

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

**ERIKA VIVIANE SOARES ALVES**

**GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: ABORDAGEM NA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA RENASCER – SÃO ROMÃO/MG**

**MONTES CLAROS - MINAS GERAIS  
2015**

**ERIKA VIVIANE SOARES ALVES**

**GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: ABORDAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA RENASCER – SÃO ROMÃO/MG**

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

Orientador: Professora Dra. Suelene Coelho

**MONTES CLAROS – MINAS GERAIS  
2015**

**ERIKA VIVIANE SOARES ALVES**

**GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: ABORDAGEM NA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA RENASCER – SÃO ROMÃO/MG**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Profa. Dra. Suelene Coelho – UFMG

Examinador 2: Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Aprovado em Belo Horizonte, em 27 de janeiro de 2015.

*“Curar algumas vezes, aliviar muitas vezes e consolar sempre...”*

*Joffre Marcondes de Rezende*

## RESUMO

Nos últimos anos constatou-se um aumento na atividade sexual praticada por adolescentes, juntamente com o aumento no número de gestações precoces em São Romão – MG. Observa-se que, no cotidiano da prestação de assistência a saúde, que parte considerável dessas “adolescentes-mães” possui baixa condição financeira, social ou emocional para assumir a maternidade. No período de março a julho de 2014 foram acompanhadas no PSF Renascer em São Romão-MG 40 (quarenta) gestantes, dentre elas 21 (vinte e uma) eram adolescentes, o que correspondia a 52,5% dos acompanhamentos pré-natais. Pode-se inferir que a falta de proteção contraceptiva, aliada a atividade sexual precoce, pode estar resultando no aumento da gravidez nesta faixa etária. Desse modo, o objetivo deste estudo é elaborar um projeto de intervenção a ser implementado pela Equipe de Saúde da Família Renascer com vistas à redução da incidência de gravidez na adolescência no território de atuação. Propõe-se a implantação de ações de prevenção que contemple atividades de educação sexual, junto ao adolescente, à família e à escola; o fornecimento de métodos contraceptivos em quantidade suficiente, aliado ao trabalho de grupos. Além disso, buscar-se-á articulação com as autoridades locais visando à criação de áreas de lazer e incentivo para a formação de escolas profissionalizantes que poderão contribuir para que os adolescentes tenham melhores condições para planejar as suas vidas, inclusive planejar suas famílias com conseqüente redução das gestações na adolescência.

**Palavras-chave: Adolescência. Gravidez na adolescência. Estratégia saúde da família.**

## ABSTRACT

In recent years found an increase in sexual activity practiced by teens, along with the increase in the number of early pregnancies in Sao Romao - MG. It is observed that, in the provision of health care everyday that a considerable portion of these "adolescent mothers" has low financial, social or emotional condition to become mothers. In the period from March to July 2014 were followed in the PSF Reborn in Sao Romao MG-40 (forty) patients, among them 21 (twenty-one) were teenagers, which corresponded to 52.5% of pre-natal follow-ups. It can be inferred that the lack of contraceptive protection, combined with early sexual activity, may be resulting in increased pregnancy in this age group. Thus, the aim of this study is to develop an intervention project to be implemented by the Family Health Team Reborn with a view to reducing the incidence of teenage pregnancy in the territory of operation. It is proposed to implement preventive actions that includes sex education activities, with the teenager, the family and the school; the provision of contraceptive methods in sufficient quantity, together with the working groups. In addition, will seek to-articulation with local authorities aimed at creating recreational areas and encouragement for the training of vocational schools that could contribute to that teenagers are better able to plan their lives, including plan their families with consequent reducing teenage pregnancies.

**Key words: Adolescence. Teenage pregnancy. Family health strategy.**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>11</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>12</b>
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
<b>5 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO MUNICÍPIO DE SÃO ROMÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>26</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>32</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>33</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O município de São Romão localiza-se no norte de Minas Gerais e sua área territorial é de 2.440 km<sup>2</sup>. Em 2010 possuía 10.276 habitantes e em 2014 a estimativa foi de 11.370 pessoas residentes no município (BRASIL, 2014).

A adolescência é definida pela Organização Mundial de Saúde como sendo o período compreendido entre 10 e 19 anos e caracteriza-se por mudanças físicas aceleradas e características da puberdade, diferentes do crescimento e desenvolvimento que ocorrem em ritmo constante na infância (OMS, 1965). Essas alterações ocorrem devido a fatores hereditários, ambientais, nutricionais e psicológicos.

Segundo Oliveira e Gomes (1998 *apud* Fonseca 2004, p.17):

[...]a adolescência é uma “crise” dita “normal”, desencadeada pelas modificações corporais inerentes à própria adolescência, bem como que essas mudanças trazem dificuldades readaptativas aos jovens. É uma etapa marcada pela aventura de cada descoberta e, principalmente, pelo desabrochar da sexualidade. As jovens sentem maior necessidade de se afastar do seio familiar e preferem o convívio com as amigas ou a convivência consigo mesmas.

Durante a adolescência, os jovens passam por incertezas, medos, frustrações, descobrimentos, busca de realizações. E muitos acabam passando por momentos críticos e definitivos em sua vida: primeiro ato sexual, primeiro casamento e maternidade/paternidade (BRUNO, 2002).

A ocorrência de gravidez na adolescência não constitui um fato recente na sociedade, mas traz atualmente riscos biopsicossociais importantes. O crescimento da incidência desse fato é reflexo das estruturas culturais, sociais e familiares que esses adolescentes estão incluídos. Esse grupo etário necessita de cuidados especiais e multiprofissionais capacitados para prestar-lhes atendimento.

Ao realizar o diagnóstico situacional verificou-se que a questão da gravidez na adolescência é um problema prevalente na região e foi priorizada no processo de trabalho da Equipe de Saúde do PSF Renascer. Como descrição e explicação para o problema a Equipe de Saúde identificou que no período de março a julho de 2014 foram acompanhadas no PSF Renascer em São Romão-MG 40 (quarenta)

gestantes, dentre estas 21 encontram-se no período da adolescência, ou seja, 52,5% dos acompanhamentos pré-natais eram de adolescentes.

Acerca do “problema” gravidez na adolescência pode-se identificar inúmeros nós críticos, no entanto, são citados nessa seção aqueles de maior importância e passíveis de sofrer impactos com as ações de promoção de educação em saúde envolvendo a atenção básica:

- Ausência de atendimento multiprofissional e capacitação dos profissionais para a abordagem aos adolescentes da área adscrita;
- Falta de apoio familiar consistente;
- Baixo nível socioeconômico e baixo nível de escolaridade;
- Falta de orientação adequada aos adolescentes sobre os métodos contraceptivos;
- Formação familiar em idade precoce.

Para Campos, Faria e Santos (2010) o nó crítico é um tipo de causa de um problema que quando trabalhada, é capaz de impactá-lo e efetivamente transformá-lo. Assim, o nó crítico traz em si a ideia de intervenção, de ação sobre um problema com o objetivo de mudá-lo.

Como já destacado, nos últimos anos constatou-se aumento significativo da atividade sexual praticada pelos adolescentes, o que pode estar contribuindo para um aumento no número de gestações precoces em São Romão – MG. Observa-se que um número considerável de “adolescentes-mães” tem ocorrido em jovens com baixa condição financeira, social ou emocional para assumir a maternidade, o que permite considerar a gravidez na adolescência umas das implicações da atividade sexual precoce (BRASIL, 2006).

Nesta direção, após realização do diagnóstico situacional a Equipe de Saúde do PSF Renascer em São Romão apontou a necessidade de intervenção com incremento da educação sexual dos adolescentes, com o intuito de diminuir as taxas de incidência de gravidez na adolescência.

Justifica-se a realização deste plano de intervenção, visto a boa probabilidade de interferir no problema em estudo por meio da criação de grupos de apoio, palestras, oficinas e atendimento multiprofissional aos adolescentes em risco, em

especial de desenvolverem a gravidez na adolescência. Desse modo, com o desenvolvimento de uma abordagem educativa de promoção da saúde acredita-se ser possível encontrar novas perspectivas para uma prevenção mais eficaz e eficiente da gravidez na adolescência.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Elaborar um plano de intervenção a ser implementado pela Equipe Saúde da Família Renascer com vistas à redução da incidência de gravidez na adolescência no território de atuação.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar os fatores biopsicossociais acerca da gravidez na adolescência;
- Conhecer os fatores que influenciam a gravidez precoce e suas consequências;
- Estabelecer estratégias para orientar adequadamente os adolescentes sobre os métodos contraceptivos, promovendo oficinas que visem a educação sexual.

### 3 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional – PES, descrito no módulo denominado Planejamento e avaliação das ações básicas de saúde (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010), que corresponde a uma das disciplinas da Unidade Didática 1, do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família. Foi realizado também, levantamento bibliográfico junto às bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e da Plataforma Ágora do Nescon Biblioteca Virtual. Ao realizar a busca na base de dados foram utilizados os seguintes descritores: adolescência, gravidez na adolescência, estratégia saúde da família.

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) apresentado no módulo acima citado está dividido em dez passos, o que proporcionou uma forma de enfrentar os problemas de maneira sistematizada, e conseqüentemente, com mais chances de sucesso. O primeiro passo consiste em identificar os problemas da área de abrangência e inferir causas e conseqüências destes. Após a identificação dos problemas, priorizam-se aqueles com mais chances de serem resolvidos, levando em conta a importância, a urgência e a capacidade de enfrentamento da equipe de saúde naquele momento.

O terceiro passo é a descrição do problema selecionado para entender a sua dimensão e como se apresenta na realidade, favorecendo desse modo, afastar possíveis ambigüidades diante do problema e obter indicadores que poderão ser utilizados para avaliar o impacto alcançado pelo plano.

O quarto passo é a explicação do problema, cujo objetivo consiste em entender melhor a origem do problema enfrentado e suas causas e o quinto passo consiste na seleção dos nós críticos, ou seja, alguma coisa sobre a qual se pode intervir durante o plano de ação.

O sexto passo consiste no desenho das operações, com o estabelecimento de soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando assim, a elaboração do plano de ação.

O sétimo passo é a identificação dos recursos críticos utilizados em cada operação e juntamente com o oitavo passo analisar a viabilidade do plano, diante dos atores, recursos e a motivação em relação aos objetivos pretendidos.

O penúltimo passo é e a elaboração do plano operativo, designando os responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, e estabelecendo prazos para o cumprimento das ações. O décimo e último passo consiste em desenhar o modelo de gestão do plano de ação e seus respectivos instrumentos, garantindo eficiente utilização de recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

## 4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 4.1 As principais características físicas e psicossociais da adolescência

Para Gambardella; Frutuoso; Franch (1999, p. 56)

A adolescência, do latim *adolescere* (crescer), é um período de várias mudanças que acontece entre os 10 e 20 anos de idade, marcado por transformações físicas aceleradas e características da puberdade, diferentes do crescimento e desenvolvimento que ocorrem em ritmo constante na infância.

De acordo com Outeiral (2003 *apud* BACKES, 2007, p.5) a adolescência apresenta três etapas em que algumas características se confundem e outras não, e se manifestam [...] “como ‘flutuações’ progressivas e regressivas que se sucedem, alternam-se ou executam num movimento de ‘vaivém’ ”, e cujos início, meio e fim não são muito precisos.

Segundo Moore e Persaud (2000), a adolescência é o período compreendido entre onze e dezenove anos de idade, caracterizado pela rápida maturação física e sexual. Neste período verificam-se os primeiros sinais de maturidade sexual, ou seja, o surgimento dos pêlos pubianos, denominado também de desenvolvimento puberal e vai até a obtenção da maturidade física, mental e emocional.

Campos (2001) afirma que existe muita diversidade de pontos de vista quanto ao início e término da adolescência, o que de acordo com a autora contraria as opiniões populares de que a adolescência constitui um período claramente demarcado do ciclo vital. Por isso, não há definição de seus limites. Desse modo, a autora conclui que a adolescência inicia com as reações psicológicas do jovem e as modificações físicas da puberdade, se prolongando até uma aceitável definição de sua idade pessoal. Assim, enquanto o processo de maturação sexual pode ser iniciado na primeira década da vida para alguns indivíduos, para outros, nunca se conseguirá um fundamentado senso de identidade pessoal (CAMPOS, 2001).

Oliveira e Bossa (2005) consideram que esta é uma fase em que existe uma atualização dos conflitos das fases estruturantes da personalidade do sujeito ocasionando alterações na maneira de agir do indivíduo, sem que necessariamente

isso signifique uma patologia. Esta etapa coincide também com um ego bastante fragilizado devido, principalmente, às dificuldades que as mudanças biológicas infligem ao indivíduo. As autoras consideram ainda, que o meio externo contribui para aumentar ainda mais as dificuldades decorrentes desta etapa da vida, decorrente das contradições existentes nas expectativas que a sociedade tem do adolescente, pois em alguns momentos é tratado como um adulto e em outros, como uma criança.

Por isso, ao ser considerado um processo psicossocial, a adolescência produz diferentes especificidades de acordo com o ambiente social, econômico e cultural em que o adolescente cresce (OUTEIRAL, 2003). Como apontado anteriormente, a adolescência se distingue por mudanças evolutivas biológicas, cujo início biológico é caracterizado pela aceleração rápida do crescimento esquelético e pelo princípio do incremento sexual.

De acordo com Alcott e Sadock (2007) a aceleração do desenvolvimento cognitivo e a consolidação da formação da personalidade caracterizam o início da ampliação da esfera psicológica. Assim, para os autores, a adolescência é considerada o período de preparação ativada para o papel iminente do jovem adulto, do ponto de vista social.

Segundo Costa e Souza (2002) o desenvolvimento psicossocial do adolescente passa ao lado das mudanças físicas e fisiológicas significativas. Por isso, verifica-se estados de desequilíbrios e instabilidades extremas, em especial durante o enfrentamento dos “lutos”, dentre eles, a perda do corpo e da identidade infantis. Desse modo, de acordo com os autores, eles deslocam o sentimento de dependência dos pais para o grupo de iguais, onde são fortalecidos, na sua busca de individualidade.

Para Schoen-Ferreira e Aznar-Farias (2003) a tarefa primordial da adolescência é a construção da identidade pessoal, pois é considerada, o passo mais importante da transformação do adolescente em adulto produtivo. Assim, a formação da identidade recebe a influência de fatores intrapessoais, que são as capacidades inatas do indivíduo e as características adquiridas da personalidade, de fatores interpessoais, ou seja, de identificações com outras pessoas, e de fatores

culturais, que são os valores sociais a que uma pessoa está exposta, sejam eles globais ou comunitários.

Segundo Kalina e Grynberb (1985) a adolescência corresponde a um renascimento, uma vez que o primeiro, sem dúvida, é o biológico e é constituído apenas pelas informações dos pais. Por ser considerado um novo despertar para vida, em todos os sentidos, incluindo o físico, os autores consideram que o adolescente não deve abrir mão de elaborar esse novo começo; e para isso precisa ser estimulado a ser o sujeito de sua história.

É necessário ressaltar ainda que, de acordo com Pratta e Santos (2007), o processo de adolescência afeta também as pessoas que se relacionam diretamente com os mesmos, principalmente a família, e não apenas os indivíduos que estão passando por este período. Dessa maneira, a adolescência constitui-se em um processo difícil e doloroso, tanto para os adolescentes quanto para seus pais, pois as mudanças que ocorrem com os filhos tem influência direta no funcionamento familiar. Os autores concluem afirmando que, a família não é constituída apenas pela simples somatória de seus membros, mas por um sistema formado pelo conjunto de relações interdependentes, no qual a modificação de um elemento induz a dos restantes, modificando todo o sistema familiar, que passa de um estado para outro.

Molina, Silva e Silveira (2004) nos descrevem com clareza a situação vivenciada pelo adolescente, pois aponta que ele vive ao arbítrio de impulsos de difícil controle. Assim exibem uma ambigüidade confirmada pela exuberância e pela competência biológica, por um lado, e por um estatuto social que o desdenha e o avalia como um incapaz, de outro lado. Por tudo isso, os autores concluem que a adolescência é vivida com muitos “medos” por parte dos adolescentes, ao mesmo tempo em que é alvo de muita repressão por parte dos adultos.

Kalina e Grynberg (1985) destacam que todo esse período é fortemente marcado por estas distintas alterações que estão associadas às experiências vivenciadas no processo de desenvolvimento, as quais afetam diretamente e em diferentes níveis os interesses, o comportamento social e a vida afetiva dos adolescentes. Por isso, nesta fase da vida existe muito questionamento. Tanto do

que foi imposto ao adolescente, pelos adultos do seu meio social, como também dele próprio, já que existe a busca por compreender-se, descobrir sua identidade. Como consequência, é comum vê-lo contestar tudo que o desvia de seu domínio. Os autores afirmam ainda, que esse período é marcado por sentimentos tais como: alta ansiedade, apreensão, agressividade e muitas dúvidas, que na maioria das vezes são reflexos das dúvidas sobre si próprio, sobre seu corpo, do que dizem sobre ele e do que ele próprio sente e pensa.

## **4.2 Gestação na adolescência**

Gravidez na adolescência determina a gestação ocorrida em jovens de até 21 anos de idade e que, na maioria das vezes, acontece de maneira não planejada em relacionamentos sem estabilidade, cuja aproximação decorreu do imperativo biológico. No entanto, muitas vezes, ela ocorre devido ao próprio desejo de se ter um filho (DADOORIAN, 2003).

Segundo Porto e Luz (2002) a gravidez na adolescência é considerada de alto risco por poder ter consequências clínicas, biológicas e comportamentais relacionadas à assistência a saúde, além de sugerir ainda questões sócio-culturais, econômicas e ambientais. Souza *et al.* (2001) corroboram com os autores ao afirmarem que a gravidez representa uma das principais causas de morte de mulheres entre 15 e 19 anos, seja por complicação da própria gravidez, como no parto, ou pela prática clandestina de aborto. Por estes fatores Costa (2005) aponta que a gestação na adolescência é um tema complexo e de ocorrência mundial, tornando desse modo, de grande relevância para a saúde pública.

Conforme César, Ribeiro e Abreu (2000) a magnitude da série de problemas que as mães adolescentes enfrentam é proporcional ao nível de pobreza. Com isso, em muitas situações, a gestação precoce acaba acelerando uma união estável. Em outros casos elas se tornam extensão das famílias de seus parentes, o que muitas vezes acaba dificultando a continuidade dos estudos e uma possível carreira, devido os cuidados com a criança. No futuro pode dificultar também a inserção dessas adolescentes no mercado de trabalho.

Nesta direção, Sabrosa *et al.*, (2001) destacam que a responsabilidade precoce trazida com a gravidez, paralela ao processo de amadurecimento, pode resultar em um ser humano com dificuldades para assumir responsabilidades psicológicas, sociais e econômicas que a maternidade impõe. Para os autores, diante da gravidez precipitada, o ambiente familiar pode se tornar pouco acolhedor e prejudicar as relações conjugais já instáveis, contribuindo para a ocorrência de danos emocionais e de ordem afetiva. Os autores apontam ainda, que existem estudos demonstrando que pode ocorrer maior risco de crianças filhos de adolescentes serem vítimas de maus tratos.

Vilela e Doreto (2006) afirmam que quanto maior o nível de escolaridade menor a taxa de fecundidade da jovem, sugerindo que para algumas adolescentes, pobres e pouco escolarizadas, a gravidez seja vista como uma solução, o que pode se tornar um meio de identidade e função social. Na maioria das vezes, o problema segue se repetindo como num círculo vicioso, pois não existem ações efetivas para diminuir a pobreza e a exclusão dessas jovens e seus filhos.

Além do mais, essas adolescentes parecem só ter visibilidade para a equipe de saúde a partir do momento em que se encontram grávidas, não existindo medidas preventivas e um acompanhamento regular após o parto, no sentido de apoiá-las para prevenir uma nova gravidez.

Conforme Vieira *et al.* (2007), a vida das adolescentes é ligada a várias carências, por isso é comum observar que seus recém-nascidos apresentam baixo peso ao nascer com maior frequência, o que pode acarretar consequências imediatas e a longo prazo. Os autores afirmam ainda, que filhos de adolescentes quando comparados com filhos de mulheres adultas, apresentam com maior frequência, atraso no desenvolvimento, problemas psicológicos, maior morbidade e mortalidade infantil.

Para Otsuka *et al.*, (2005) verificaram que um trabalho humanizado das equipes de saúde da família junto aos jovens tem efeitos importantes sobre a proporção de ocorrência de gravidez na adolescência. De acordo com os autores, essas ações devem estar voltadas para a educação sobre sexualidade, riscos e

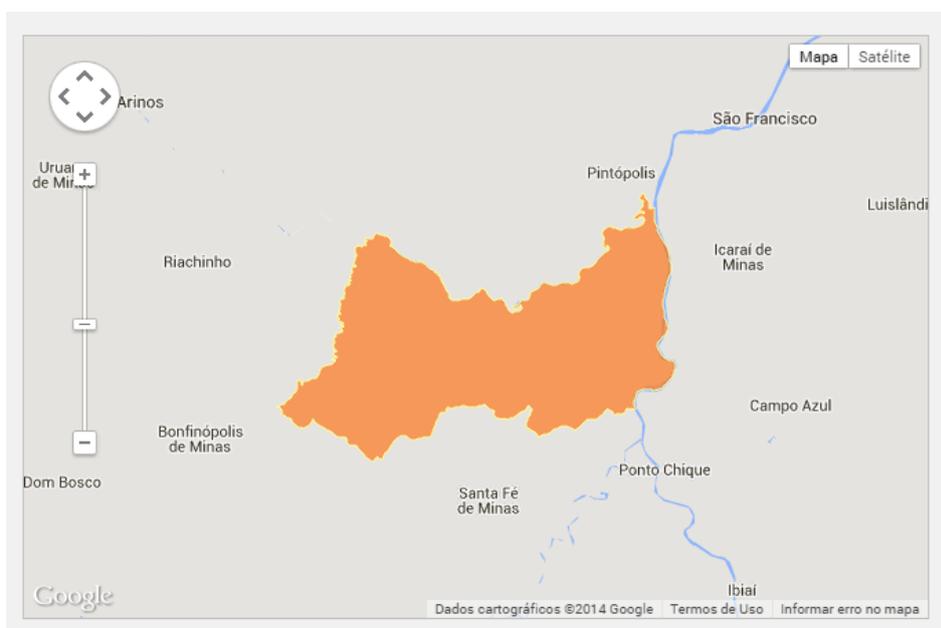
complicações da gravidez e do aborto; bem com ao acesso aos métodos contraceptivos no contexto da política de planejamento familiar.

## 5 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO MUNICÍPIO DE SÃO ROMÃO

### 5.1 Aspectos demográficos

No mapa abaixo (Figura 1) verificamos que São Romão apresenta limites com os municípios de Pintópolis, Urucuia, Riachinho, Santa Fé de Minas, Ponto Chique, Ubaí e Icarai de Minas. Localiza-se a 658 km de Belo horizonte, 187 km de Montes Claros (sede da macro-região), 82 km de Brasília de Minas (sede da micro-região), 32 km de Ubaí e a 407 km de Brasília-DF (BRASIL, 2014).

**Figura 1 – Mapa do município de São Romão com os municípios limítrofes.**



Fonte: BRASIL (2014).

A distribuição populacional na última década apresentou um declínio importante entre os anos de 1991 e 1996, em São Romão, provavelmente por diminuição da taxa de natalidade associada ao aumento da taxa de mortalidade e imigração. Observamos melhor essa distribuição populacional através do Gráfico 1, apresentado a seguir:

**Gráfico 1 - Evolução Populacional do município de São Romão/MG**

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 1991, Contagem Populacional 1996, Censo Demográfico 2000, Contagem Populacional 2007 e Censo Demográfico 2010

Ainda com relação aos aspectos demográficos, verifica-se que a população do município em 2012, de acordo com IBGE, era de 10.653 habitantes, sendo 5.223 do sexo feminino, 5.430 do sexo masculino, apontando para um número maior de homens em relação ao número de mulheres. Verifica-se também, que do total de da população do município 63% (6487 habitantes) residem da área urbana e 37% (3809 habitantes) residem da zona rural (SÃO ROMÃO, 2013).

## 5.2 Aspectos socioeconômicos

O IDH Municipal varia de 0 a 1 considerando indicadores de longevidade (saúde), renda e educação. Quanto mais próximo de 0, pior é o desenvolvimento humano do município. Quanto mais próximo de 1, mais alto é o desenvolvimento do município. O Índice de desenvolvimento humano (IDH) de São Romão, no ano de 2010, foi de 0,640, classificado como médio e ocupando a posição 3.291<sup>o</sup> no ranking nacional (PNUD, 2010). Com relação ao IDH M de Longevidade (que avalia a saúde) o índice foi de 0,787, o que é considerado alto. Já a educação em 2010 recebeu o IDH M de 0,568, considerado baixo e apontando para uma população sem acesso ao ensino formal, principalmente nas faixas etárias mais envelhecidas da população.

Segundo informações do Ministério da Saúde 87,15% da população é alfabetizada, porém encontra-se um percentual significativo de analfabetos funcionais. Com relação à renda o IDH M foi de 0,586, considerado um baixo índice. A população possui uma renda média familiar urbana de R\$ 450,96 e rural de R\$ 280,83 (SÃO ROMÃO, 2013).

Segundo informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2013) 77,2% da população tem acesso à água tratada e apenas 0,8% da população local possui sistema de esgoto. Essa ausência de investimento no sistema de esgotamento sanitário pode aumentar o risco de doenças infectocontagiosas para a população (SÃO ROMÃO, 2013).

O setor de serviços que corresponde ao setor terciário da Economia e responde por 67,4% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro, cuja tendência é a de que a participação desse setor cresça ainda mais nos próximos anos. Como a maioria das cidades brasileiras, em São Romão este é o setor mais importante atualmente, seguindo a tendência nacional. A economia municipal de São Romão está diretamente ligada às atividades agropecuárias. A cidade abriga duas grandes empresas do ramo, a Terracal e a DB, que emprega vários moradores da região, proporcionando uma melhor qualidade de vida para a população (SÃO ROMÃO, 2013).

### **5.3 Atenção à saúde no município de São Romão**

O município de São Romão, em geral, abriga uma população de baixa renda e pouca qualificação profissional, desse modo, o quadro de pobreza e desigualdade se reflete diretamente nas condições de saúde da população. Portanto, o conhecimento do perfil epidemiológico da população é fundamental, tanto no processo de diagnóstico das necessidades e definição de prioridades, como na avaliação dos resultados.

Dentre os grandes grupos de causas básicas de óbito, destacam-se as doenças do aparelho circulatório, como primeira causa de morte no município de São Romão. As doenças e crônicas não transmissíveis (DCNT) têm se constituído

um problema de grande magnitude para a saúde pública do Brasil e também do município (SÃO ROMÃO, 2013).

A atenção básica à saúde de São Romão encontra-se estruturada a partir de 04 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 01 Unidade Mista de Saúde. As UBS constituem porta de entrada do SUS e têm como objetivo oferecer assistência integral às necessidades básicas de saúde, desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção de agravos.

É comum a todas as equipes a realização de visitas domiciliares por diferentes motivos como o de cadastramento da família realizada pelo Agente Comunitário de Saúde, para levantamento de uma determinada situação. É por meio da visita domiciliar que são realizadas ações de busca ativa, acompanhamento dos casos considerados como de risco no território, quer sejam de pacientes acamados, idosos ou portadores de agravos crônicos.

Outra atribuição comum são as ações de promoção e prevenção da saúde que as Unidades de Saúde oferecem de acordo com as necessidades locais, tais como: grupos de caminhada, grupos de orientações para pacientes portadores de hipertensão e diabetes, bem como grupos de atividade física. São realizadas ações educativas nos espaços coletivos, como escolas, grupos comunitários e orientações individuais em temas como: autocuidado, alimentação saudável, noções sobre sexualidade, reprodução e planejamento familiar, prevenção de câncer de mama e colo de útero, aconselhamento sobre DST/AIDS, cuidados com a gravidez, amamentação, os riscos do tabagismo, melhoria de autoestima, denominada de terapia comunitária.

O trabalho realizado pela equipe da Unidade de Saúde visa organizar a atenção a algumas áreas e/ou grupos de população considerados de maior risco ou de interesse epidemiológico por meio de programas, além do atendimento à demanda espontânea, e o atendimento ao seu território de responsabilidade. O objetivo destes programas é possibilitar adequado controle e avaliação de resultados, como, por exemplo: controle de hipertensão e diabetes, saúde da mulher (pré-natal, detecção precoce de câncer ginecológico e mama, planejamento familiar), saúde da criança (puericultura, imunizações e vigilância ao recém-nascido de risco),

controle da tuberculose e hanseníase, saúde mental, manejo do tabagismo e assistência ao portador de asma. Conta-se ainda, com assistência farmacêutica, fisioterapia, terapia comunitária, saúde indígena, saúde do idoso, rede de proteção à criança e adolescentes vítimas de violência e apoio social.

Entre as diretrizes do Ministério da Saúde, destaca-se a reorientação da assistência farmacêutica, tendo como objetivo o desenvolvimento de atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais e o apoio às ações da atenção básica de saúde. Uma estratégia para o desenvolvimento dessa diretriz foi a implantação da Portaria nº 176, de 8 março de 1999, que estabeleceu critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à assistência farmacêutica básica (BRASIL, 1999). A assistência farmacêutica reforça e dinamiza a organização do sistema municipal, tornando-o mais eficiente, consolidando vínculos entre os serviços e a população, contribuindo para a universalização do acesso e a integralidade das ações. No município contamos com uma unidade da farmácia de Minas que se localiza ao lado do hospital local.

Participa também da rede de saúde local o Hospital Municipal Fundação Assistencial Manoel Simões Caxito, de baixa complexidade e que atualmente passa por sérios problemas de funcionamento, devido à falta de materiais e plantonistas médicos.

Os pacientes que necessitam atendimentos especializados são referenciados na maioria das vezes para Brasília de Minas, e infelizmente, não ocorre a contra referência, dificultando assim, a assistência integral ao cliente.

Conta-se ainda, com 02 laboratórios de análises clínicas, que fazem os exames de bioquímica, hematologia, imunologia, microbiologia, hormônios, urinálise, parasitológico de fezes. Alguns exames de maior complexidade são encaminhados para realização em outros municípios.

Com relação aos recursos humanos da área da saúde o município conta com 92 funcionários, cujas funções encontram-se descritas no Quadro 1, a seguir:

**Quadro 1 - Função, número e carga horária semanal dos funcionários da atenção básica à saúde do município de São Romão / MG em 2014.**

<b>FUNCIONÁRIOS</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>CARGA HORÁRIA/SEMANA</b>
Administração	05	40
Agentes Comunitários de saúde	23	40
Assistência farmacêutica	02	40
Assistência laboratorial	03	40
Assistente social	01	40
Enfermeiro	08	40
Médicos	05	32
Motoristas	10	40
Psicólogo	01	40
Recepcionista	05	40
Técnicos de enfermagem	12	40
Técnico de Raio X	02	24
Vigilância Sanitária	02	40

**Fonte:** Secretaria Municipal de Saúde de São Romão (2014).

No momento, são aguardadas a contratação de mais categorias profissionais, tais como nutricionista e fonoaudiólogo, para melhor assistência a população.

O território de trabalho da Estratégia Saúde da Família Renascer é composta por 551 famílias e 2.123 habitantes (SÃO ROMÃO, 2013). A unidade de saúde se localiza no próprio território, facilitando o acesso aos usuários. Está situada na Rua Nossa Senhora D'abadia, é composta por 01 médico (a), 01 enfermeiro (a), 01 técnico de enfermagem e 05 agentes comunitários de saúde.

Sua estrutura física possui uma recepção, um consultório de enfermagem, um consultório médico, copa, central de materiais e esterilização, sala de procedimentos, sala de triagem, dois leitos de observação, um consultório de atendimento especializado, um consultório ginecológico, sala de reuniões, além de sanitários masculino e feminino. A constituição da área física possibilita uma boa assistência à população, apesar da má conservação das instalações.

A unidade funciona de segunda a sexta-feira de 7:00 as 17:00, atendendo a demanda espontânea e aos grupos de risco. A maioria da população é alfabetizada, reside em casas de alvenaria e trabalha em comércios locais, como servidores municipais ou no setor agropecuário.

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O primeiro nó crítico identificado pela equipe de saúde foi a ausência de atendimento multiprofissional aos adolescentes adscritos e a necessidade de capacitação dos profissionais para a abordagem desses pacientes. O projeto criado para este nó crítico foi o MAIS CONHECIMENTO, oferecendo cursos de capacitação para os profissionais da saúde, proporcionando assim, atendimento adequado aos adolescentes (Quadro 2).

### Quadro 2 – Operações sobre o “Nó Crítico 1” relacionado ao problema Gravidez na adolescência na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família RENASCER, em São Romão - Minas Gerais.

<b>Nó crítico 1</b>	Ausência de atendimento multiprofissional e capacitação dos profissionais para a abordagem aos adolescentes da área adscrita.
<b>Operação</b>	Proporcionar capacitação aos profissionais de saúde sobre atendimento especializado aos adolescentes.
<b>Projeto</b>	<b>MAIS Conhecimento</b>
<b>Resultados esperados</b>	Atendimento adequado para os adolescentes.
<b>Produtos esperados</b>	Cursos de capacitação.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Médico (a) e Coordenador (a) da atenção básica
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: sala de reunião, profissionais treinados, projetor; Cognitivo: Conhecimentos; Político: apoio do CRAS; Financeiro: Cartilhas educativas.
<b>Recursos críticos</b>	Organizacional: Profissionais aptos a capacitar sobre atendimento de adolescentes Político: Disponibilização de funcionários para assistência social Financeiro: Confeccionar cartilhas
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Secretário de Saúde Motivação: Favorável
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apresentação de Projeto
<b>Responsáveis:</b>	Médica
<b>Cronograma / Prazo</b>	Capacitação dentro de 6 meses

<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Avaliar após 6 meses de início do projeto a situação atual de cada produto com o seu responsável, determinando uma justificativa em caso de atraso ou não cumprimento das ações e determinação de novo prazo.
-------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

O segundo nó crítico identificado foi a falta de apoio familiar consistente aos adolescentes sob risco de gravidez indesejada. O projeto criado para este nó crítico foi o MAIS APOIO FAMILIAR, organizando grupos operativos com os familiares desses adolescentes para orientá-los sobre a importância e como lidar com a educação sexual no ambiente familiar, proporcionando assim, apoio dos pais/responsáveis aos adolescentes em risco (Quadro 3).

**Quadro 3 – Operações sobre o “Nó Crítico 2” relacionado ao problema Gravidez na adolescência na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família RENASCER, em São Romão - Minas Gerais.**

<b>Nó crítico 2</b>	Falta de apoio familiar consistente.
<b>Operação</b>	Orientar os pais a importância do apoio familiar aos adolescentes em risco para gravidez indesejada
<b>Projeto</b>	<b>MAIS Apoio Familiar</b>
<b>Resultados esperados</b>	Apoio dos pais aos adolescentes em risco.
<b>Produtos esperados</b>	Grupos operativos com os pais/responsáveis dos adolescentes em risco.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Médica, Assistentes Sociais, Enfermeira e Agentes comunitários de saúde.
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: sala de reunião e disponibilidade dos pais; Cognitivo: Conhecimentos prévios; Político: apoio do CRAS.
<b>Recursos críticos</b>	Organizacional: Disponibilidade dos pais dos adolescentes em risco para reuniões Político: Apoio dos funcionários do CRAS
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: coordenadora da atenção básica Motivação: Favorável
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apresentação de Projeto
<b>Responsáveis:</b>	Assistente social
<b>Cronograma / Prazo</b>	1 mês para apresentar projeto;

	3 meses para início do grupo educativo.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Avaliar após 6 meses de início do projeto a situação atual de cada produto com o seu responsável, determinando uma justificativa em caso de atraso ou não cumprimento das ações e determinação de novo prazo.

O terceiro nó crítico identificado pela equipe de saúde foi o baixo nível socioeconômico e baixo nível de escolaridade desses adolescentes. O projeto criado para este nó crítico foi o MAIS DINHEIRO E EDUCAÇÃO, objetivando diminuir a taxa de desemprego e aumentar o nível de alfabetização dos adolescentes e familiares por meio de programa de geração de emprego e renda, e, incentivo à educação (Quadro 4).

**Quadro 4 – Operações sobre o “Nó Crítico 3” relacionado ao problema Gravidez na adolescência na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família RENASCER, em São Romão - Minas Gerais.**

<b>Nó crítico 3</b>	Baixo nível sócio-econômico e de escolaridade.
<b>Operação</b>	Aumentar a oferta de emprego e escolas educadoras e profissionalizantes.
<b>Projeto</b>	<b>MAIS Dinheiro e Educação</b>
<b>Resultados esperados</b>	Diminuir taxa de desemprego e aumentar nível de alfabetização.
<b>Produtos esperados</b>	Programa de geração de emprego e renda; Programa de incentivo à educação da população.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Secretário de educação e Prefeito
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: Elaboração e gestão de projetos de geração de empregos, educadores, escolas, locais de trabalho. Cognitivo: Conhecimentos Político: Apoio da secretaria de educação, CRAS e PRONATEC Financeiro: Rede de educação e Cursos Profissionalizantes
<b>Recursos críticos</b>	Político: articulação intersetorial Organizacional: Mobilização social em relação às questões de desemprego e analfabetismo
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Prefeito Motivação: Indiferente
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apresentação de Projeto

<b>Responsáveis:</b>	Secretário de Saúde
<b>Cronograma / Prazo</b>	1 ano para o início de cursos de capacitação.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Avaliar após 6 meses de início do projeto a situação atual de cada produto com o seu responsável, determinando uma justificativa em caso de atraso ou não cumprimento das ações e determinação de novo prazo.

O quarto nó crítico selecionado pela equipe de saúde foi a falta de orientação adequada aos adolescentes sobre os métodos contraceptivos. O projeto criado para este nó crítico foi o MAIS CONTRACEPÇÃO, oferecendo palestras e oficinas sobre educação sexual e os métodos contraceptivos nas escolas, objetivando o aumento no uso de contraceptivos adequadamente pelos adolescentes em risco. Contando ainda com a disponibilização e fácil acesso desses métodos à população (Quadro 5).

**Quadro 5 – Operações sobre o “Nó Crítico 4” relacionado ao problema Gravidez na adolescência na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família RENASCER, em São Romão - Minas Gerais.**

<b>Nó crítico 4</b>	Falta de orientação adequada aos adolescentes sobre os métodos contraceptivos.
<b>Operação</b>	Orientar adequadamente os adolescentes sobre uso dos métodos contraceptivos
<b>Projeto</b>	<b>MAIS Contracepção</b>
<b>Resultados esperados</b>	Adolescentes conscientes quanto ao uso de contraceptivos.
<b>Produtos esperados</b>	Palestras/ Grupos operativos e oficinas sobre educação sexual e métodos contraceptivos nas escolas.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Médica, Enfermeira, Farmacêutico e Diretores das escolas
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: Auditórios para palestras Cognitivo: Conhecimentos Político: Apoio do setor de educação Financeiro: Cartilhas/Cartazes informativos, métodos contraceptivos.
<b>Recursos críticos</b>	Financeiro: Disponibilização de métodos contraceptivos e confecção de cartilhas informativas
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Secretaria de Saúde e Educação Motivação: Favorável

<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apresentação de Projeto
<b>Responsáveis:</b>	Enfermeira
<b>Cronograma / Prazo</b>	Apresentar Projeto em 2 meses Grupos e Oficinas ativas em 6 meses.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Avaliar após 6 meses de início do projeto a situação atual de cada produto com o seu responsável, determinando uma justificativa em caso de atraso ou não cumprimento das ações e determinação de novo prazo.

O quinto nó crítico selecionado foi a formação familiar em idade precoce. O projeto criado para este nó crítico foi o MAIS PLANEJAMENTO FAMILIAR, oferecendo grupos de apoio, proporcionando assim, fortalecimento da identidade pessoal e cultural desses adolescentes (Quadro 6).

**Quadro 6 – Operações sobre o “Nó Crítico 5” relacionado ao problema Gravidez na adolescência na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família RENASCER, em São Romão - Minas Gerais.**

<b>Nó crítico 5</b>	Formação familiar em idade precoce.
<b>Operação</b>	Conscientizar os adolescentes sobre a importância de vivenciar os ciclos de vida
<b>Projeto</b>	<b>MAIS Planejamento familiar</b>
<b>Resultados esperados</b>	Jovens com melhor estrutura para composição familiar.
<b>Produtos esperados</b>	Planejamento familiar
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Diretores de escola, Coordenadora da Atenção básica de Saúde, Médica, Enfermeira e Agentes comunitários de saúde.
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: Sala de reunião, escolas, projetos de extensão para adolescentes, terapias comportamentais. Cognitivo: Conhecimentos Político: Apoio do setor educacional e assistência social Financeiro: Boa rede de ensino local, capacitação profissionalizante aos jovens.
<b>Recursos críticos</b>	Político: apoio intersetorial
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Setor Educacional Motivação: Favorável
<b>Ação estratégica de</b>	Apresentação de Projeto

<b>motivação</b>	
<b>Responsáveis:</b>	Coordenadora da atenção básica de Saúde
<b>Cronograma / Prazo</b>	Apresentação de Projeto: 3 meses Melhoria do planejamento familiar: 1 ano
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Avaliar após 6 meses de início do projeto a situação atual de cada produto com o seu responsável, determinando uma justificativa em caso de atraso ou não cumprimento das ações e determinação de novo prazo.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A atenção básica é o local ideal para práticas de prevenção primária e secundária. Para o sucesso dessas ações devemos utilizar protocolos, realizar a estratificação de risco dos usuários, estimular o autocuidado e propor ao paciente corresponsabilidade pelo seu tratamento.

A proposta a partir desse projeto é a melhoria da qualidade de vida da população adscrita da ESF Renascer e o atendimento adequado aos adolescentes e seus responsáveis.

A autora deste projeto de intervenção acredita que, por meio da implantação de programas de prevenção da gravidez na adolescência, tais como a educação sexual, junto à família e à escola; fornecimento de métodos contraceptivos suficientes; articulação com as autoridades locais visando à criação de áreas de lazer e incentivo para a formação de escolas profissionalizantes; formação de grupos de adolescentes poderá ser possível reduzir as gestações na adolescência no território da Equipe de Saúde Renascer em São Romão/ MG.

Espera-se também, que esta proposta possa contribuir com outros profissionais que atuam na atenção básica de municípios brasileiros e que vivenciam problemática semelhante em seus territórios de atuação.

## REFERÊNCIAS

ALCOTT, V.; SADOCK, B. **Compêndio de psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9.ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2007.

BACKES, D.I.M. **O olhar de alunos e professores em relação a violência em uma escola privada no interior do estado** – estudo de caso. 2007. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/11067/000603971.pdf?sequence=1> Acesso em: dezembro 2014.

BRASIL. **Portaria nº 176, de 08 de março de 1999**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-0176.html> Acesso em janeiro/2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Síntese de indicadores sociais**: 2006. Estudos e pesquisas: informação demográfica e socioeconômica. Rio de Janeiro: IBGE: 2006.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília: IBGE [online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php> Acesso em: dezembro 2014.

BRUNO, Z.V.H. **Transformação social e adolescência**. Ceará: Interlivros, 2002.

CAMPOS, D.M.S. **Psicologia da Adolescência: Normalidade e Psicopatologia**. 18.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

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

CÉSAR, C.C.; RIBEIRO, M.P.; ABREU, D.M.X. Efeito-idade ou efeito-pobreza? Mães adolescentes e mortalidade neonatal em Belo Horizonte. **Rev. Bras. de Estudos de População**, v. 17, n. 2, p. 283-292. 2003. Disponível em: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev\\_inf/vol17\\_n1e2\\_2000/vol17\\_n1e2\\_2000\\_10artigo\\_177\\_196.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol17_n1e2_2000/vol17_n1e2_2000_10artigo_177_196.pdf) Acesso em: dezembro 2014.

COSTA, M.; SOUZA, R. **Adolescência: aspectos clínicos e psicossociais**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2002.

COSTA, M. **Sexualidade na adolescência: dilemas e crescimento**. 8 ed. São Paulo: L & PM editores, 2005.

DADOORIAN, D. Gravidez na adolescência: um novo olhar. **Psicologia Ciência e Profissão**. V.23, n 1, p. 84-91. 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932003000100012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000100012) Acesso em: dezembro 2014.

FONSECA, A.D. da. **A concepção de sexualidade na vivência de jovens: bases para o cuidado de enfermagem**. 2004. Tese (Doutorado). Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004. Disponível em: <http://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/86887/206118.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: dezembro 2014.

GAMBARDELLA, A.M.D.; FRUTUOSO, M.F.P.; FRANCH, C. Práticas alimentares de adolescentes. **Rev. de Nutrição**. Campinas, v.1, p. 55-59, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v12n1/v12n1a05.pdf> Acesso em: dezembro 2014.

KALINA, E.; GRYNBERG, H. **Aos pais de adolescentes – Viver sem drogas**. Rio de Janeiro: Editora Record, 1985.

MOLINA, R.M K.; SILVA, L.O.; SILVEIRA, F.V. Celebração e transgressão: a representação do esporte na adolescência. **Rev. Bras. de educação física e esportiva**. São Paulo. v. 18, n. 2, p. 125-136, Abr/jun. 2004. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/rbefe/article/view/16555/18268> Acesso em: dezembro 2014.

MOORE, K.L.; PERSAUD, T.V.N. **Embriologia Clínica**. 6.ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2000.

OLIVEIRA, V.B.; BOSSA, N.A. **Avaliação psicopedagógica do adolescente**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Problemas de salud de la adolescência**. Série de informes técnicos. Geneva: OMS, p. 308-329, 1965.

OTSUKA, F. *et al.* O programa de saúde da família e a gravidez na adolescência em São Bernardo do Campo. **Arq Med ABC**, v. 30, n. 2, p. 90-93, 2005. Disponível em: <http://portalnepas.org.br/amabc/article/view/289> Acesso em: dezembro 2014.

OUTEIRAL, J. **Adolescer - estudos revisados sobre adolescência: O que é adolescência e puberdade**. 2.ed. Editora Revinter, 2003. p.146.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). 2010. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx> Acesso em dezembro 2014.

PORTO, J.R.R; LUZ, A.M.H. Percepções da adolescente sobre a maternidade. **Rev. Bras. de Enfer.** V. 55, n. 4, p. 384-391, jul-ago. 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672002000400005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672002000400005&script=sci_arttext) Acesso em: dezembro 2014.

PRATTA, E.; SANTOS, M. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicologia em estudo.** Maringá, v.12, n.2, p.247-256, Mai/Agosto 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722007000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722007000200005&script=sci_arttext) Acesso em: dezembro 2014.

SABROSA, A.R. *et al.* Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, s. 1, p. 130-137, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000700014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000700014&script=sci_arttext) Acesso em: dezembro 2014.

SÃO ROMÃO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde.** Secretaria Municipal de Saúde. São Romão: 2013.

SCHOEN-FERREIRA, T., AZNAR-FARIAS, M. Estudos de psicologia: A construção da identidade em adolescentes: um estudo exploratório. **Rev. Estudos de Psicologia.** Rio Grande do Norte, v. 8, n. 1, p. 107-115, 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2003000100012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2003000100012) Acesso em: dezembro 2014.

SOUZA, V. L. C. *et al.* O aborto entre adolescentes. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 42-47, abr. 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692001000200006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200006) Acesso em: dezembro 2014.

VIEIRA, M. L. *et al.* Crescimento e desenvolvimento de filhos de mães adolescentes no primeiro ano de vida. **Rev. Paul. Pediatria**, v. 25, n. 4, p.343-348, dez. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822007000400008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822007000400008) Acesso em: dezembro 2014.

VILELA, W. V.; DORETO, D. T. Sobre a experiência sexual dos jovens. **Cad.**

**Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2467-2472, nov. 2006. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006001100021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100021) Acesso em: dezembro 2014.