

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

OLÍMPIA MENDES SARAIVA

**PREVENÇÃO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA UNIDADE DE SAÚDE
RENASCER MUNICÍPIO DE SÃO ROMÃO, MINAS GERAIS**

SÃO ROMÃO / MG

2016

OLÍMPIA MENDES SARAIVA

**PREVENÇÃO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA UNIDADE DE SAÚDE
RENASCER MUNICÍPIO DE SÃO ROMÃO, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Prof. Dra. Ângela Cristina Labanca de Araújo

SÃO ROMÃO / MG

2016

RESUMO

Segundo o diagnóstico situacional no entorno de abrangência da unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) Renascer, localizada em São Romão/MG, as questões ligadas à gravidez na adolescência não parecem ser muito diferentes de outras localidades brasileiras, onde muitas jovens engravidam por descuido, por desconhecimento ou por vontade própria. Nesse aspecto o objetivo geral deste trabalho foi estabelecer ações que melhore o nível de informação e de conhecimento a respeito dos riscos e dificuldades de uma gravidez na adolescência. Para tanto, a metodologia utilizada foi a pesquisa exploratória, proporcionando maior familiaridade com o que se pretendeu estudar, tornando o problema mais explícito, bem como a pesquisa bibliográfica, no sentido de fundamentar os dados pesquisados. Com base no diagnóstico situacional e no Plano Estratégico Situacional (PES), a pesquisa decorreu a partir de três características, sendo: o subjetivismo, por meio de análise dos problemas vivenciados pelos indivíduos envolvidos; a elaboração de um plano de propostas a partir dos problemas identificados e; por fim, o reconhecimento da incerteza do futuro. Os descritores utilizados na pesquisa bibliográfica foram: Gravidez na adolescência; Planejamento Familiar; Programa Saúde da Família (PSF) e; assistência no sentido de fundamentar os achados e, finalmente, o desenvolvimento de um plano de intervenção, buscando a integração multidisciplinar para orientação da pesquisa, e propor soluções para as questões encontradas. O desenvolvimento deste trabalho pretendeu estabelecer por ações que melhore o nível de informação e de conhecimento a respeito dos riscos e dificuldades de uma gravidez na adolescência; melhorar o nível de informação e conhecimento sobre os métodos contraceptivos e sexualidade e ampliar o diálogo entre os profissionais da saúde e os adolescentes a respeito da gravidez na adolescência.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência. Estratégia Saúde da Família. Plano de Intervenção.

ABSTRACT

According to the situational diagnosis in the surrounding scope unit of the Family Health Strategy (FHS) Renascer, located in Sao Romao / MG, the issues of teenage pregnancy does not look much different from other Brazilian cities, where many young women become pregnant by mistake by ignorance or voluntarily. In this respect the objective of this study was to establish actions to improve the level of information and knowledge about the risks and difficulties of a teenage pregnancy. Therefore, the methodology used was the exploratory research, providing greater familiarity with what was intended to study, making the problem more explicit, as well as literature, to support the surveyed data. Based on the situational diagnosis and Situational Strategic Plan (PES), the survey took place from three characteristics, namely: subjectivism, through analysis of the problems experienced by the individuals involved; the preparation of a proposed plan from the identified problems and; Finally, the recognition of future uncertainty. The descriptors used in the literature were: Teenage pregnancy; Family planning; Family Health Program (PSF) and; assistance in order to substantiate the findings and finally the development of an action plan, seeking multidisciplinary integration for directing research, and propose solutions to the issues found. The development of this work intended set by actions to improve the level of information and knowledge about the risks and difficulties of teenage pregnancy; improve the level of information and knowledge about contraception and sexuality and increase dialogue between health professionals and adolescents about teen pregnancy.

Keywords: Adolescent pregnancy. Health strategy. Intervention Plan.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 Diagnóstico situacional.....	8
2 JUSTIFICATIVA	10
3 OBJETIVOS	12
3.1 Objetivo Geral	12
3.2 Objetivos Específicos	12
4 METODOLOGIA	13
5 REVISÃO DA LITERATURA	15
5.1 Aspectos Conceituais da Adolescência.....	15
5.2 A Gravidez na Adolescência	17
5.3. Aspecto do comportamento sexual na adolescência	21
6 PLANO DE AÇÃO	23
6.1 Primeiro passo: Definição dos problemas	23
6.2 Segundo passo: Priorização dos problemas	24
6.3 Terceiro passo: Descrição dos problemas	24
6.4 Quarto passo: Explicação dos problemas	25
6.5 Quinto passo: seleção dos “nós críticos”	26
6.6 Sexto passo: desenho das operações	26
6.7 Sétimo passo: identificação dos recursos críticos	28
6.8 Oitavo passo: análise da viabilidade do plano operativo	29
6.10 Décimo passo: Gestão do plano	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho visa propor subsídios para ampliação das relações e do diálogo entre profissionais de saúde e adolescentes que vivenciam a gravidez precoce no âmbito da unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) Renascer, localizada em São Romão, Minas Gerais, onde as questões ligadas à gravidez na adolescência não parecem ser muito diferentes de outras localidades, o que pode ser observado nos registros dos Programas de Saúde da Família (PSF), especialmente, naquele para o qual se centra o presente estudo.

A ideia de estudar o assunto parte da reflexão de que, qualificar toda gravidez na adolescência como indesejada é, no mínimo, lançar um olhar parcial e equivocado sobre a questão. Pode-se observar que muitas jovens que engravidaram na adolescência fizeram-no porque desejavam um filho nesse período da vida. Compreender os sentidos construídos em torno da gravidez pelas adolescentes e pelos profissionais de saúde constitui um elemento central para a construção de serviços que garantam a integralidade do atendimento (ECOS, 2015).

O município de São Romão foi fundado em 1.668, sob o nome de Santo Antônio da Manga, localiza-se no Norte de Minas Gerais e faz parte da microrregião de Pirapora. Sua área territorial é de 2.440km². Apresenta limites com os municípios de Pintópolis, Urucuia, Riachinho, Santa Fé de Minas, Ponto Chique, Ubaí e Icaraí de Minas, localiza-se às margens do Rio São Francisco, no circuito *turístico Urucuia Grande Sertão*, é cidade berço de antigas tradições religiosas, terra de um povo que é dono de uma riqueza cultural inigualável de diversidades de expressões da fé vivenciada na religiosidade popular (IBGE, 2010).

A comunidade Renascer conta com cerca de 1.837 habitantes situada na periferia da cidade de São Romão. Atualmente a população empregada trabalha em empresas privadas e públicas, pedreiro e pescadores (SÃO ROMÃO, 2014).

Quanto a estrutura de saneamento básico da cidade existe a rede de esgoto e coleta de lixo diária. Cerca de 40% da comunidade vive em condições de moradia bastante precárias. O analfabetismo é elevado principalmente entre os maiores de 50 anos,

sendo que essa faixa etária era da zona rural e não teve acesso a escolas (SÃO ROMÃO, 2014).

A comunidade Renascer possui um abrigo para menor, uma escola, grande maioria na faixa etária dos 4 aos 17 anos frequenta escola regular. A população conserva hábitos e costumes da população rural comemoram festa junina e as festas religiosas (Nossa Senhora do Rosário e Santos Reis) (SÃO ROMÃO, 2014).

A Unidade Básica de Saúde Renascer foi inaugurada junho 2007, está situada na Rua da Abadia (Renascer). Trata-se de uma estrutura que foi construída para ser uma unidade de saúde. O espaço da unidade é amplo e atende a demanda da população (SIAB, 2014).

A unidade apresenta uma recepção ampla com cadeiras acomodando de forma satisfatória a demanda de pacientes, apresenta sala de reuniões onde são realizadas palestras e grupos (hipertensão, diabetes, pré-natal e antitabagismo) (SIAB, 2014).

A unidade atualmente esta bem equipada apresentando: um consultório médico, um consultório odontológico, uma sala ginecológica, uma sala de reuniões, uma sala de enfermagem, uma cozinha, um almoxarifado, uma sala de curativo, uma sala de esterilização, uma sala de triagem todos apresentando bom estado de conservação. Apesar de boa estrutura física não há medicamentos na unidade e falta aparelho de nebulização (SIAB, 2014).

Diante desse cenário, o presente trabalho busca estudar o acolhimento, os atendimentos prestados às adolescentes gestantes no âmbito do ESF e os principais problemas vivenciados por adolescente atendidas, não priorizando apenas aquelas já grávidas, mas no sentido de orientar aquelas que praticam ou não a atividade sexual, sem uma orientação prévia com o objetivo de proporcionar aos adolescentes maior conhecimento sobre sexualidade, métodos contraceptivos e conhecimento sobre os riscos e dificuldades de uma gravidez na adolescência.

1.1 Diagnóstico situacional

Os problemas foram identificados em reuniões com a equipe de saúde da ESF Renascer, por meio das informações e debates entre os colaboradores da unidade de saúde. Pode-se chegar a um diagnóstico situacional através do método de estimativa rápida de que o índice de gravidez na adolescência na área de abrangência da referida ESF apresentava-se alta, demandando algumas ações, no sentido de conscientizar essas adolescentes quanto aos riscos, os cuidados a serem tomados e, principalmente, da necessidade da assistência pré-natal durante a gravidez.

Os problemas foram selecionados, considerando os seguintes critérios: importância, urgência e principalmente pela capacidade para enfrentamento pela equipe de saúde.

Quadro 1 – A priorização dos problemas selecionados de acordo com os critérios: importância, urgência, capacidade de enfrentamento pela equipe Renascer do PSF Renascer – 2015

ESF Renascer				
Principais problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Gravidez na adolescência	Alta	9	Parcial	1
Diabetes melitus descontrolado	Alta	8	Parcial	2
Poucas atividades educativas em grupo desenvolvidas pela equipe de saúde	Alta	7	Parcial	3
Baixa adesão medicamentosa dos hipertensos	Alta	6	Parcial	4
Violência, drogadição	Alta	6	Parcial	5
Falta de atividades de recreação e lazer	Alta	4	Parcial	6
Poucos atendimentos a saúde bucal	Alta	5	Parcial	7

Fonte: Adaptado de Campos, Faria e Santos (2010, p. 4)

Marília (2006) ressalta que um dos principais fatores relacionadas a gravidez precoce é a falta de informação e o nível de escolaridade sendo assim torna-se necessário oferecer uma educação continuada a esses jovens focando em prevenção e qualidade de informação. Podemos descrever também os fatores socioeconômicos como importantes influentes. Segundo Oliveira e Campos (2008) os indicadores como escolaridade, a renda e o local de moradia determinam tanto o acesso quanto a qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde, podendo aumentar o número de jovens grávidas e sem acompanhamento gestacional.

De todas as reflexões e estudos sobre infância e adolescência, se alguma coisa pode ser mais ou menos consensual é que as crianças, principalmente aquelas em situação de risco ou de vulnerabilidade convivem mais com pares do que figuras familiares de outras gerações. O pai, a mãe, ou qualquer outra figura de ligação familiar está se tornando menos efetivo (GAMA, 2001). Logo, os serviços de saúde podem e devem desempenhar um papel fundamental na socialização e promoção de saúde junto às adolescentes.

Priorizado o problema detectado e a intervenção a ser implementada, estabeleceu-se como nós críticos:

- Baixo nível de informação e conhecimento a respeito dos métodos contraceptivos.
- Ausência do diálogo entre profissionais de saúde e adolescentes.

Considerando-se a intenção de estabelecer um plano de intervenção no sentido de conscientizar os jovens sobre os riscos e dificuldades da gravidez precoce, a autora deste trabalho, buscou aprofundar mais o conhecimento sobre o município, sobre a ESF Renascer e sua área de abrangência, levando em consideração seus costumes, suas estruturas e infraestruturas, entre outros, no sentido de identificar problemas que pudessem ser melhorados.

2 JUSTIFICATIVA

Apesar de todos os esforços e investimentos governamentais em políticas públicas de orientação sexual e prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez precoce entre adolescentes, pesquisas mostram que o número de gravidez na adolescência não tem diminuído, pelo contrário os índices têm aumentado de forma considerável (CABRAL, 2004; BASTOS; SILVA, 2004; CNDM, 1998).

A assistência pré-natal tem se apresentado como uma política compensatória dada à dificuldade das equipes de saúde na atuação pró-ativa junto às comunidades (GAMA, 2001).

Conhecer as dificuldades enfrentadas pela comunidade e pelo serviço é de suma importância por ser uma maneira de contribuir com os adolescentes, principais viventes das consequências da gravidez na adolescência; para a família, por propiciar-lhes conhecimento e reflexão para lidar com o problema; para o setor público que poderá, quem sabe, ter nas informações levantadas fontes para tomadas de decisões e políticas direcionadas para o problema e para a comunidade como um todo. Tal concepção de atuação está intimamente relacionada à implementação da integralidade, pautada na Lei nº 8.080/90 no atendimento em saúde que pode ser percebida como procedimentos de:

Escuta, cuidado, acolhimento, tratamento digno e respeitoso são algumas ideias que certamente participam dos sentidos da Integralidade. Olhar o ser humano como um todo, substituir o foco na doença pela atenção à pessoa, com sua história de vida e seu modo próprio de viver e adoecer são outras pistas. Reconhecer e lidar com diferentes saberes, abrir mão de modelos pré-estabelecidos e se dispor a discutir e experimentar os alcances e limites do que pode ser a integralidade torna-se também um caminho. A mesma poderia ser encarada exatamente como essa ação social de interação democrática entre sujeitos no cuidado em qualquer nível do serviço de saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2001, p. 44).

Considerando-se a gravidez na adolescência, é fundamental que a equipe de saúde possa ouvir e acolher a demanda por uma gravidez desejada ou não a fim de tornar possível a reflexão sobre o que conduziu a tal evento, podendo minimizar problemas decorrentes da ausência de apoio seja pela ausência de espaço para a colocação

de queixas de violência, seja pela falta de espaço para colocação do desejo de engravidar. Sabe-se que os casos de abuso e maus - tratos são, na maioria das vezes, cometidos por familiares ou por alguém que desfruta da confiança da criança (GOMES, 2004).

Por outro lado, a atividade sexual de adolescentes, que resulta em gravidez, pode gerar também, consequências tardias e a longo prazo, tanto para a adolescente quanto para o recém-nascido. Para a adolescente pode vir a apresentar implicações no crescimento e desenvolvimento, comportamentais e emocionais, educacionais e de aprendizado, além de outras complicações da gravidez e problemas durante parto (CABRAL, 2004).

Não se pode deixar de considerar também, que a gravidez precoce compromete o estímulo no processo aprendizagem, em virtude de ocorrer faltas às aulas, perda do ano letivo ou mesmo, abandono dos estudos, que são ocorrências compreendidas como consequências mais comuns de uma gravidez não planejada na adolescência (MARÍLIA, 2006).

Face a essas questões, o conhecimento dessas dificuldades, vivenciadas pela unidade de saúde estudada e, que, certamente, não se restringe apenas a essa unidade pesquisada, trará informações importantes, para a discussão e reflexão à respeito de uma ampliação do diálogo entre profissionais de saúde e adolescentes.

É, portanto, um estudo cuja viabilidade é garantida pela disponibilidade de literatura sobre o tema, acesso ao local para coleta de dados e interesse da autora em desenvolvê-lo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Estabelecer ações que melhore o nível de informação e de conhecimento a respeito dos riscos e dificuldades de uma gravidez na adolescência.

3.2 Objetivos Específicos

- Melhorar o nível de informação e conhecimento sobre os métodos contraceptivos e sexualidade.
- Ampliar o diálogo entre os profissionais da saúde e os adolescentes a respeito do tema.

4 METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido com base na pesquisa exploratória, proporcionando maior familiaridade com o que se pretende estudar, tornando o problema mais explícito (DUARTE; FURTADO, 1999).

Foram utilizados os parâmetros relacionados aos fatores da gravidez na adolescência, no âmbito do ESF Renascer, no Município de São Romão – MG.

Respeitando as proposituras dos objetivos o trabalho desenvolveu um diagnóstico situacional tendo como subsídio o Plano Estratégico Situacional (PES), que segundo Matus (1997) distingue-se por três características principais, sendo a primeira o subjetivismo, tendo por objetivo a análise de uma situação problemática centrada nos indivíduos envolvidos, em suas percepções e pontos de vistas, pressupondo assim, tendo os indivíduos características próprias, sua interpretação em relação a situação estudada dependerá dos seus conhecimentos, experiências, posições entre outros.

A segunda característica é a elaboração de plano-propostas a partir de problemas, entendidos como obstáculos criados em razão da diferença entre a realidade atual e as aspirações do ator conforme o seu mundo subjetivo. Em outros termos, tem-se um problema quando o pesquisador não está satisfeito com determinada situação e ao mesmo tempo a considera evitável (HUERTAS, 1996).

A terceira característica é quando o PES reconhece a incerteza do futuro, não sendo possível prevêê-lo. Assim, o que se busca é enumerar possibilidades e preparar os atores para enfrentá-las (MATUS, 1997).

Também foi utilizada a pesquisa bibliográfica, com base na revisão de literatura, utilizado-se como base de dados a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), entre os anos de 2003 a 2014. Os descritores utilizados na pesquisa foram: Gravidez na adolescência; Planejamento Familiar; Programa Saúde da Família (PSF) e; assistência no sentido de fundamentar os achados e, finalmente, foi desenvolvido um plano de intervenção, buscando a integração multidisciplinar para orientação da pesquisa, e propor soluções para as questões encontradas. Os passos utilizados para o desenvolvimento do trabalho foram:

- Primeiro passo: Definição dos problemas.
- Segundo passo: Priorização dos problemas.
- Terceiro passo: Descrição dos problemas.
- Quarto passo: Explicação dos problemas.
- Quinto passo: Seleção dos “nós críticos”.
- Sexto passo: Desenho das operações.
- Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos.
- Oitavo passo: Análise da viabilidade do plano operativo.
- Nono passo: Elaboração do plano operativo.
- Décimo passo: Gestão do plano.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Aspectos Conceituais da Adolescência

Etimologicamente, a palavra “adolescente” tem origem latina, pois deriva da palavra *adolescere*, que significa crescer, desenvolver-se, tornar-se jovem (PFROMM NETO, 1976). Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa, sob a concepção de Ferreira (2004, p.39) o termo “adolescência”, na sua acepção psicológica, corresponde ao

[...] período que se estende da terceira infância até a idade adulta, caracterizada psicologicamente por intensos processos conflituosos e persistentes esforços de autoafirmação. Corresponde à fase de absorção dos valores sociais e elaboração de projetos que impliquem plena integração social.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência compreende um período entre os 11 e 19 anos de idade, desencadeado por mudanças corporais e fisiológicas advindas da maturação fisiológica (KAHHALE *et al.*, 1997).

Entretanto, há grande dificuldade em estabelecer uma idade efetivamente comprovada para a iniciação e o término da adolescência uma vez que esta não é sequer um fator concreto de existência para a vida de todos os jovens de forma igualitária.

Todavia, pode-se afirmar que a adolescência é um período no qual se verificam mudanças no aspecto biológico e, que é semelhante em qualquer adolescente, ao contrário dos aspectos psicossociais, que são característicos do contexto, cujo adolescente está inserido, refletindo a maneira como o adolescente vivenciará. Tais fatos permitem considerar, portanto, que a adolescência não é um fenômeno natural e, sim, social e histórico, no qual a entendição atualmente concebido, considera como um fenômeno historicamente recente (NEVES, 2001).

Considerando o contexto brasileiro, depara-se com periodizações diferenciadas, para cada classe socioeconômica (Classe média, classe operária e o segmento empobrecido da população). Isto é, jovens que, pelas circunstâncias familiares inserem-se mais cedo no campo de trabalho, tem o seu período de adolescência

encurtado em relação aos que não precisam trabalhar (ABERASTURY; KNOBEL, 1992).

Talvez, seja motivo de se estabelecer que no Brasil, a adolescência tenha diferentes configurações, vez que, depende da classe social em que o adolescente pertence. Haja vista, que em classes privilegiadas a adolescência é percebida como um período de experimentações sem maiores consequências econômicas, sociais e emocionais. Pois o adolescente, neste contexto, não costuma assumir muitas responsabilidades, dedicando-se aos estudos, que passa a ser ponto de interligação com o mundo adulto. Nas classes mais baixas, no entanto, e, que, representa cerca de 70 milhões de adolescentes com idade abaixo dos 18 anos, os riscos manifestam-se maiores, principalmente, nas experimentações de novas experiências. Geralmente, os adolescentes desta classe, não estão possibilitados à dedicação exclusiva aos estudos e, portanto, passando a ser a adolescência, um mero ciclo que antecede a constituição da própria família (KAHHALE *et al.*, 1997; LUCENA; PORTO; ARAÚJO, 2015).

A afirmativa de que o jovem ainda não está preparado para as responsabilidades da vida de adulto, apesar de não corresponder à realidade de muitos jovens, acaba sendo um forte elemento de identidade do adolescente. Psicologicamente o jovem vive a angústia que representa a ambiguidade de não ser mais menino e ainda não ser adulto. Assim, o jovem que assumiu responsabilidades de adulto aos dezesseis anos irá imaginar-se como alguém que "perdeu" sua juventude (BOCK, 1999).

Conforme esclarece Bandura (1979) em relação à análise do comportamento, as alterações emocionais do adolescente podem ser esclarecidas, por intermédio do ambiente vivenciado, bem como, os comportamentos podem ter origem nas interações com um meio ambiente, que não propicia a expansão e a adequação do repertório comportamental do adolescente. Mesmo porque, muitos dos comportamentos são transversais, o que faz com que os problemas dos adolescentes estejam relacionados com o mundo, ratificando a teoria da aprendizagem social, quando afirma que o comportamento é determinado inicialmente por fatores sociais e ambientais, que operam com o contexto situacional particular.

Entretanto, essa mesma adolescência não é marcada apenas por dificuldades, crises, mal-estares, angústias. Ao se abandonar a atitude infantil e ingressar no mundo adulto, há uma série de acréscimos no rendimento psíquico. O intelecto, por exemplo, apresenta maior eficácia, rapidez e elaborações mais complexas, a atenção pode se apresentar com aumento da concentração e melhor seleção de informações, a memória adquire melhor capacidade de retenção e evocação, a linguagem torna-se mais completa e complexa com aumento do vocabulário e da expressão (BALLONE, 2003).

5.2 A Gravidez na Adolescência

A abordagem sobre a gravidez na adolescência, geralmente leva a um questionamento inicial da sua causa, principalmente pela dificuldade de se interpretar se esse tipo de gravidez é um efeito ou um meio.

No entanto, o que se tem postulado é que, a gravidez na adolescência pode incorrer, conforme explica Vitalle e Amâncio (2001) em implicações sérias do ponto de vista biológico, familiar, emocional e econômico, além dos jurídico-sociais, que alcançam o indivíduo de forma isolada e a sociedade como um todo, limitando ou mesmo adiando as possibilidades de desenvolvimento e engajamento do adolescente na sociedade.

A atividade sexual na adolescência tem se iniciado em período cada vez mais precoce, e muitas das vezes, com consequências indesejáveis imediatas como o aumento da frequência de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e, muitas vezes, pelo fato de ser uma gravidez indesejável, pode encaminhar para o aborto (CRESPIN, 1998; CHABON *et al.*, 2000).

Por outro lado, a atividade sexual de adolescentes, que resulta em gravidez, pode gerar também, consequências tardias e a longo prazo, tanto para a adolescente quanto para o recém-nascido. Para a adolescente pode vir a apresentar implicações no crescimento e desenvolvimento, comportamentais e emocionais, educacionais e de aprendizado, além de outras complicações da gravidez e problemas de parto (WILCOX; FIELD, 1998; VITALLE; AMÂNCIO, 2001).

A cada ano, em todo o mundo, cerca de 7,3 milhões de jovens se tornam mães, observando-se que desse total 2 milhões estão na faixa etária abaixo dos 15 anos, podendo chegar em 2030 com 3 milhões de mães menores de 15 anos, caso a tendência atual se mantenha. Nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, aproximadamente 20 mil jovens menores de 18 anos dão a luz, ressaltando-se que cerca de 200 vão a óbito em decorrência de complicações ou na gravidez ou no parto (LAVACA; BORELLI, 2013).

Segundo Tavares (2012) a expressividade do índice de gravidez na adolescência no Brasil está na faixa etária entre 15 e 19 anos, com registro de mais de 400 mil casos. Por outro lado, importa-se destacar que a gravidez na adolescência, quando indesejada leva a consequências drásticas tanto para a saúde quanto para a educação, podendo tornar-se obstáculo significativo para o desenvolvimento do potencial pleno dessas jovens, ressaltando-se que a gravidez antes dos 16 anos é de risco, em decorrência da imaturidade física, funcional e emocional das jovens (LAVACA; BORELLI, 2013).

Entretanto, conforme enfatiza Griesinger (2013), no Brasil o índice de gravidez na adolescência caiu de 20,4% do total em 2002, para 17,7% no ano de 2012, cabendo considerar que a Região Sudeste é a que tem o menor índice com 15,2%, enquanto que a Região Norte com 23,2%, apresenta o maior índices nessa faixa etária.

Em virtude das repercussões concebidas sobre a mãe e sobre o conhecimento a gravidez na adolescência é considerada gestação de alto risco pela *Organización Mundial de La Saúde* (OMS 1977, 1978). Contudo, atualmente, o que se postula é que o risco seja mais social do que biológico (VITALLE; AMÂNCIO, 2001).

Diante dessas observações e, retomando-se ao questionamento sobre as causas da gravidez na adolescência, o que pode se afirmar de forma prévia é que a gravidez é um fenômeno multicausal, cuja etiologia se relaciona a uma variedade de aspectos que podem ser agrupados entre: fatores biológicos; fatores de ordem familiar e fatores sociais.

Observa-se que a faixa etária de jovens do sexo feminino a menarca adiantou-se em aproximadamente quatro meses por década durante o século XX. Diversos autores afirmam, que de uma maneira geral, se admite que a idade de ocorrência da

primeira menarca tenha uma distribuição gaussiana e o desvio-padrão em torno de um ano na maioria das populações e, conseqüentemente, faixa de 95% da sua ocorrência se encontra nos limites de 11 a 15 anos de idade (MARSHAL; TANNER, 1969; BEZERRA *et al.*, 1973; SEDENHO; FREITAS, 1984).

No que concerne à puberdade, esta tem um aspecto biológico e universal, que é caracterizada pelas modificações visíveis, como por exemplo, o crescimento de pelos pubianos, axilares ou torácicos, o aumento da massa corporal, desenvolvimento das mamas, evolução do pênis, menstruação, dentre outros. Estas mudanças físicas costumam caracterizar a puberdade, que neste caso seria um ato biológico ou da natureza. “Crianças e adolescentes já não são mais os mesmos. Eles participam avidamente do mundo dos adultos e se transformam em novos entrantes da realidade orgástica do consumo e dos prazeres” (BALLONE, 2003, p. 5).

Quanto aos fatores de ordem familiar, verifica-se, que este tem relação direta com o período da iniciação da atividade sexual. Adolescentes que iniciam sua vida sexual em época precoce ou engravidam nesse mesmo período, originam-se, geralmente, de famílias em que as mães, iniciaram também a vida sexual ou engravidaram ainda na adolescência (DAVIS, 1989). Por conseguinte, avalia-se que quanto mais jovens e imaturos forem os pais, maiores as probabilidades de desajustes e desagregação familiar (DADOORIAN, 1996). O que revela que no contexto familiar, a maturidade e o ajustamento são inversamente proporcionais.

Já em relação aos fatores sociais, percebe-se que as atitudes dos jovens estão condicionadas tanto pela família, quanto pela sociedade. Principalmente, por reconhecer que a sociedade, em virtude das mudanças estruturais, passou a aceitar melhor a sexualidade na adolescência, o sexo antes do casamento e a gravidez na adolescência, revelando que os tabus e estigmas vão se reduzindo e a proporção da gravidez se ampliando (MEDRADO; LYRA, 1999).

Por outro lado, não se pode deixar de considerar, que a gravidez precoce compromete o estímulo no processo aprendizagem, em virtude de ocorrer faltas às aulas, perda do ano letivo ou mesmo, abandono dos estudos, que são ocorrências

compreendidas como consequências mais comuns de uma gravidez não planejada na adolescência (ALMEIDA, 2006).

De todas as reflexões e estudos sobre infância e adolescência, se alguma coisa pode ser mais ou menos consensual é que as crianças, principalmente aquelas em situação de risco ou de vulnerabilidade convivem mais com pares do que figuras familiares de outras gerações. O pai, a mãe, ou qualquer outra figura de ligação familiar está se tornando menos efetivo (ALTMANN, 2015). Logo, os serviços de saúde podem e devem desempenhar um papel fundamental na socialização e promoção de saúde junto às adolescentes.

Dados estatísticos elaborados pelo Ministério da Saúde, revelam que no Brasil cerca de 661,2 mil adolescentes dão a luz anualmente, correspondendo a 20% do total de partos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No ano de 2004, aproximadamente 26,4 mil mães tinham idade até 14 anos quando engravidaram. Além da vultuosidade desses dados, verifica-se também, que a maioria das jovens, quando engravidam na adolescência, enfrenta sérios problemas, principalmente em trabalho de parto. Segundo dados do governo, a cada semana morrem cinco adolescentes em decorrência de problemas da gravidez (CAMPBELL, 2006).

Ainda em relação ao assunto, Campbell (2006, p. 2) afirma que:

Com número tão expressivo, essa causa *mortis* já é a terceira no ranking nacional de óbitos de adolescentes, perdendo somente para acidentes de trânsito e homicídios. Para efeito de comparação, entre mulheres adultas, a morte neonatal não está nem entre as 20 maiores causas de mortes. No Norte e Nordeste, mais da metade das mães precoces que morrem por causa da gravidez é de negras. Foram 274 óbitos maternos de adolescentes em 2004. No geral, o número de mortes entre jovens adolescentes — incluindo causas externas — naquele ano foi de 25.021 ocorrências.

Diante disso e, Maria de Fátima Marinho citada por Campbell (2006, p. 2) entende que:

[...] reduzir a gravidez entre as adolescentes brasileiras é um grande desafio do governo, principalmente porque 80% das adolescentes que ficam grávidas são pobres e moram em municípios com menos de 100 mil habitantes. “Nesses lugares, as campanhas de prevenção não chegam. Não existe informação e as meninas não fazem pré-natal. Por isso o índice de mortalidade materna é muito alto”.

Embora os fatos mostrem que o número de adolescentes grávidas é alto, é importante observar, conforme considerações, que a maioria delas está situada no interior dos estados brasileiros e de condições sociais pauperizada.

5.3. Aspecto do comportamento sexual na adolescência

Como já foi mencionada anteriormente a adolescência é um período de vida do jovem constituído por um processo de intensos conflitos e, que, por isso mesmo requer maior atenção, pois, caso contrário a transição que intermedia a infância e a idade adulta pode resultar em problemas futuros ou não, em relação ao desenvolvimento do mesmo. Todavia, para melhor entender como a adolescência é capaz de favorecer o surgimento ocorrências como gravidez, dentre outros problemas que refletem em questões comportamentais, Beaufort (1996, p. 32), com bastante propriedade esclarece que:

[...] a adolescência se caracteriza como uma fase que ocorre entre a infância e a idade adulta, na qual há muitas transformações tanto físicas como psicológicas, possibilitando o surgimento de comportamentos irreverentes e desafiantes com os outros, o questionamento dos modelos e padrões infantis que são necessários ao próprio crescimento.

Nesse sentido o próprio termo adolescência parece estar ligado ao comportamento, vez que sua origem latina "*adolescere*" citado por Pfromm Neto (1976) por si só, significa fazer-se homem ou mulher ou ainda, crescer ou evoluir na maturidade, entendimento que só foi percebido como etapa distinta de desenvolvimento, a partir do século XIX (REINECKE; DATÍLIO; FREEMAN, 1999).

Segundo a literatura relacionada ao comportamento adolescente, o seu término se estabelece em termos sociais. Isto é, pode ser marcado por rituais de passagem, tal como o casamento (MUUSS, 1996).

Não obstante, é também de se ressaltar, que as mudanças físicas que ocorrem em função do aumento da produção hormonal neste período adolescente, podem

provocar uma alteração das emoções, o que explica, muitas vezes, a perda do controle e mesmo o desequilíbrio psicológico do adolescente (KIMMEL; WEINER, 1998).

A análise do comportamento do adolescente e a alteração das suas emoções pode ser explicada, por intermédio do papel do ambiente em que está inserido, ou seja, seus comportamentos podem ter origem em uma interação com um ambiente, de certa forma, punitivo que não possibilita o aumento ou mesmo a adequação do seu repertório comportamental. Mesmo porque, muitos destes comportamentos caracterizam-se por esquivas de um ambiente aversivo, o que leva à interpretação de que os problemas do adolescente estão vinculados à sua relação com o mundo (BANACO, 1995).

Em virtude do exposto, as condições corporais e fisiológicas das adolescentes, como gravidez precoce, podem representar algumas complicações que devem ser observadas, acompanhadas e defendidas do ponto de vista médico.

6 PLANO DE AÇÃO

Um plano de ação com objetivo de intervenção e solução de implicações específicas na área de abrangência de uma determinada Estratégia Saúde da Família (ESF), não é, senão, uma elaboração estratégica situacional, que busca diagnosticar, conhecer e entender os determinantes da questão específica estudada, para então dar início, juntamente com a equipe de saúde a um planejamento. No plano aqui estruturado, trata-se de uma diagnose de enfrentamento, com distinção das prioridades, mas que seja consonante e coerente com a capacidade estrutural e de recursos do setor de saúde a ser estudado (SANTOS, 2014).

Cabe então salientar segundo Matus (1989) que um plano consiste em um traçado transitório de um processo de planejamento. Portanto, um plano não é o mesmo que um planejamento, mas sua parte integrante.

Considerando-se que a intenção aqui é trabalhar a gravidez na adolescência, uma vez que as observações prévias, enquanto médica atendente do ESF Esperança no Município de São Romão, o plano de ação, constará de 10 passos a serem seguidos, conforme descritos adiante.

6.1 Primeiro passo: Definição dos problemas

A equipe de saúde da unidade de saúde Renascer conseguiu definir os seguintes problemas:

- Gravidez na adolescência;
- Diabetes *melitus* descontrolado;
- Baixa adesão medicamentosa dos hipertensos;
- Poucas atividades em grupo desenvolvida pela equipe de saúde;
- violência, drogadição;
- Falta de atividades de recreação e lazer;
- Pouca atendimentos a saúde bucal.

6.2 Segundo passo: Priorização dos problemas

A abordagem sobre a gravidez na adolescência, geralmente leva a um questionamento inicial da sua causa, principalmente pela dificuldade de se interpretar se esse tipo de gravidez é um efeito ou um meio.

O problema escolhido pela equipe de saúde Renascer foi gravidez na adolescência dada a sua maior capacidade de enfrentamento e por ser considerada uma situação de crise individual, um risco social, devido a sua magnitude, amplitude e dos problemas dela derivados, destacando-se: o abandono escolar e do trabalho, gerando uma queda no orçamento familiar, pauperização e maior dependência econômica dos pais, já que muitos continuam morando com os seus genitores ou responsáveis.

Diante dos problemas identificados pela equipe de saúde da ESF Renascer em São Romão/MG fica evidenciado um alto índice de gestantes adolescente.

No segundo passo foi realizada a priorização dos problemas durante o diagnóstico apresentado no Quadro 1 mostrado anteriormente. Foram selecionados pela Equipe de saúde da unidade Renascer considerando os seguintes critérios: importância, urgência e principalmente pela capacidade para enfrentamento pela equipe de saúde.

6.3 Terceiro passo: Descrição dos problemas

Neste passo, buscar-se-á identificar as causas principais de ampliação da gravidez na adolescência, cujos descritores dos problemas facilitarão a visualização dos mesmos, conforme mostra o Quadro 2. Os dados foram levantados pelo Sistema de Pré-Natal DATASUS – SISPRENATAL e pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2014).

Quadro 2 – Descritores do problema Gravidez na Adolescência no ESF Esperança - 2015

Descritores	Quantidade	Fonte
Numero de adolescentes grávidas entre 10 e 19 anos	18	SISPRENATAL
Gravidez indesejada	18	SIAB
Escolaridade:		
1º Grau incompleto	6	SIAB
2º Grau incompleto	3	
2º Grau completo	1	
5ª a 8ª série incompleta	3	
Ensino médio completo	2	
Estado civil:		
Convive com o companheiro, filhos e outros familiares	1	SIAB
Convive com o companheiro e filhos	4	
Convive com familiares sem o companheiro	12	
Convive com o marido sem filhos	1	

Fonte: SIAB (2015).

6.4 Quarto passo: Explicação dos problemas

Este quarto passo tem como objetivo entender a gênese do problema que queremos enfrentar a partir da identificação das suas causas e consequências.

As causas mais prováveis para a gravidez em adolescentes são:

- Atividade sexual precoce;
- Ausência de diálogo familiar;
- Estrutura familiar;

- Questões psicológicas;
- Maior exposição à banalização sexual;
- Influência de amigos e conteúdos midiáticos;
- Falta de informação a respeito dos métodos contraceptivos;
- Inconsequência e violência sexual.

Consequências:

- Abandono do parceiro;
- Conflitos familiares;
- Não realização de pré-natal de qualidade;
- Gestação de risco;
- Aumento de abortos;
- Implicações durante o parto;
- Abandono escolar.

6.5 Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

- Baixo nível de informação e conhecimentos a respeito da sexualidade e dos métodos contraceptivos;
- Ausência do diálogo entre profissionais de saúde e adolescentes.

6.6 Sexto passo: desenho das operações

Para o desenvolvimento efetivo do plano de ação será elaborado um desenho operacional, destacando-se as necessidades tanto de monitoramento quanto de solução para as prioridades detectadas na ESF Esperança, indicando os nós críticos, as operações/projeto, os resultados e os recursos necessários.

Quadro 3 – Desenho de operações para os “nós críticos” do problema “Gravidez na adolescência” de gestantes cadastrados na ESF Renascer – 2015.

Nó crítico	Operação / Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
<p>Baixo nível de informação e conhecimentos a respeito da sexualidade e dos métodos contraceptivos.</p>	<p>Estabelecer não só para as adolescentes grávidas, mas também as não grávidas, inflexões discursivas relacionadas às determinações, consequências e modalidades do risco que a gravidez na adolescência pode decorrer.</p>	<p>Que as gestantes adolescentes conheçam os riscos de uma gravidez na adolescência, bem como as não grávidas, no sentido de evitá-la.</p>	<p>Formação de equipe pedagógica para atuar periodicamente, desenvolvida por equipe multidisciplinar tais como: ESF, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), abordando o tema.</p>	<p>Cognitivo:</p> <p>Filmes, <i>slides</i>, cartilhas entre outros materiais pedagógicos e informativos sobre as consequências da gravidez na adolescência; elaboração do projeto.</p> <p>Financeiro:</p> <p>Aquisição dos materiais cognitivos</p> <p>Organizacional:</p> <p>Adequar estrutural e fisicamente o ambiente para o desenvolvimento da operação/projeto.</p> <p>Político:</p> <p>Adesão e mobilização dos profissionais aos projetos desenvolvidos.</p>
<p>Ausência do diálogo entre profissionais de saúde e adolescentes.</p>	<p>Capacitar profissionais e agentes comunitários, sobre temas relacionados aos adolescentes especificamente, independente de estar ou não grávidas, ou serem homens</p>	<p>Que os adolescentes se sintam mais protegidos e mais vinculados à equipe, mais informados; troca de experiências e prevenção de novos casos.</p>	<p>Formação de grupos operativo para atendimento à gestantes adolescentes; e formação de grupo operativos para jovens com assuntos diversificados.</p>	<p>Cognitivo:</p> <p>Livros, folhetos, cartilhas, e outros materiais que forneçam conhecimento, para a consecução do diálogo entre profissionais e jovens.</p>

	ou mulheres; Implantar um programa específico de atendimento ao adolescente;			Financeiro: Aquisição dos materiais cognitivos Organizacional: Adequar estrutural e fisicamente o ambiente para o desenvolvimento da operação/projeto. Político: Adesão e mobilização dos profissionais, sociedade e jovens aos projetos desenvolvidos.
--	---	--	--	---

Fonte: Autoria própria

6.7 Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

Este é um passo de grande relevância, tendo em vista que o seu objetivo principal será a identificação da capacidade dos recursos dos nós críticos, e da sua gestão, de forma a possibilitar a capacidade tanto de execução do plano, quanto de solução do problema.

Quadro 4 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema principal.

ESF RENASCER	
Baixo nível de informação e conhecimentos a respeito dos métodos contraceptivos.	Financeiro: Recursos para materiais audiovisuais, folhetos, equipamentos para melhor informação e materiais contraceptivos.
Ausência do diálogo entre profissionais de saúde e adolescentes.	Financeiro: Recursos adequação estrutural do ESF e aquisição de materiais cognitivos Organizacional: Adequar a estrutura física e os recursos humanos para os atendimentos a jovens.

Fonte: Autoria própria

6.8 Oitavo passo: análise da viabilidade do plano operativo

Neste tópico, serão analisados e apresentados em planilha as operações/projetos, levando-se em consideração os recursos críticos, os atores de controle desses recursos, o controle efetivo desses recursos, bem como, as ações estratégicas, possibilitando a definição das ações, no sentido de proporcionar melhor resolubilidade do problema de cada projeto criado, facilitando o controle e, conseqüentemente a solução.

Quadro 5 – Operações/Projeto definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema principal

Operações/Projeto	Resultados	Produto	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Baixo nível de informação e conhecimentos a respeito dos métodos contraceptivos.	Pacientes melhor informado; sabedores dos riscos e conseqüências da gravidez na adolescência.	Reuniões educativas, que jovens convidadas, moradoras do entorno de atendimento da ESF, devendo ser periódicas com participação de equipes multidisciplinar	Apresentação do projeto de intervenção ao coordenador da ESF.	Uma enfermeira	Início em Agosto 2015 Final em Setembro 2015.
Ausência do diálogo entre profissionais de saúde e adolescentes.	Cumprimento das operações de vínculo entre profissionais, sociedade e jovens adolescentes.	Implementação do diálogo e conscientização entre profissionais, sociedade e jovens adolescentes.	Analisar junto aos gestores a necessidade de contratação para desenvolvimento das operações	Uma Assistente Social	Início em Agosto 2015 Final em Setembro 2015

Fonte: Autoria própria

6.9 Nono passo: Elaboração do plano operativo

Este passo privilegiará a descrição e apontamento do gerenciamento de cada operação, em prazo pré-estabelecido, para a execução dos mesmos, de forma satisfatória.

6.10 Décimo passo: Gestão do plano

Neste passo, também será apresentado em quadro descritivo o modelo de gestão, com utilização de instrumentos de avaliação e forma do acompanhamento, no sentido de assegurar que o plano obtenha eficácia, eficiência, efetividade e resolubilidade.

Quadro 6 – Descrição do Plano Operativo para o PSF Renascer – 2015.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Baixo nível de informação e conhecimentos a respeito da sexualidade e dos métodos contraceptivos.	Preparar equipe para o acolhimento e atendimento às jovens gestantes	Capacitação da equipe no aspecto abordagem às jovens gestantes	Elaborar Plano Estratégico que envolva o ESF Renascer e respectiva equipe.	Médico, Enfermeira e Assistente Social.	Início em 2 meses e término e 4 meses.
Ausência do diálogo entre profissionais de saúde e adolescentes.	Informar às jovens adolescentes sobre sexualidade e métodos contraceptivos	Campanhas educativas, com participação da família; capacitação da equipe do ESF Renascer; parceria com a Prefeitura local.	Elaborar Plano Estratégico sobre as campanhas educativas; capacitação da equipe e; formação da parceria com a Prefeitura local.	Médico, Enfermeira e Assistente Social.	Início em 3 meses e término em 4 meses.

Fonte: Autoria própria

A construção do modelo de gestão será desenvolvido conforme mostra o quadro que segue.

Quadro 7 – Gestão do Plano Operativo para o PSF Renascer – 2015.

Operações	Produtos	Responsáveis	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo prazo
Baixo nível de informação e conhecimentos a respeito dos métodos contraceptivos.	Capacitação da equipe no aspecto abordagem às jovens gestantes	Médico, Enfermeira e Assistente Social.	Início em 2 meses e término e 4 meses.	Não iniciado	Aguardando elaboração do plano estratégico.	A elaborar cronograma
Ausência do diálogo entre profissionais de saúde e adolescentes.	Campanhas educativas, com participação da família; capacitação da equipe do ESF Renascer; parceria com a Prefeitura local.	Médico, Enfermeira e Assistente Social.	Início em 3 meses e término em 4 meses.	Não iniciado	Aguardando elaboração do plano estratégico.	A elaborar cronograma

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para o desenvolvimento deste trabalho, é importante destacar que na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), entre os anos de 2003 a 2014, as publicações sobre o assunto ainda se apresentam de forma tímida, uma vez que foram levantados 16 trabalhos, sendo dois em Inglês e 14 em Português, sendo que dentre esses últimos 12 apresentavam-se nas modalidades artigo e dois em teses de doutorado

Quanto ao tema central, esclarece-se que, embora o plano operativo para o ESF Renascer não se tenha iniciado, conforme mostra o Quadro 7, as expectativas da sua operacionalização são bastante promissoras por privilegiar a redução da gravidez na adolescência.

Nessa perspectiva o que se pretende otimizar são as ações que priorize de forma otimizada dois segmentos que se interligam. O primeiro segmento trata-se do nível de informação por parte das equipes de saúde da ESF em estudo, observando-se como ponto de relevância para esse fim, seja o estabelecimento do diálogo profissionais/adolescentes.

Entretanto, pôde-se evidenciar certa insuficiência de conhecimento dos próprios agentes, o que levou a reconhecer a necessidade de maior capacitação sobre o tema, para lidar com suas dificuldades e seus enfrentamentos. Por isso mesmo os produtos preconizados para a gestão do Plano Operativo para o PSF Renascer foram: a capacitação da equipe no aspecto abordagem às jovens gestantes e; as campanhas educativas, com participação da família; capacitação da equipe do ESF Renascer; parceria com a Prefeitura local.

Considerando-se então, que essas ações operativas ocorram num âmbito multidisciplinar, torna-se necessário entender a importância da transferência de informações, paralelas às contribuições e métodos de uma disciplina à outras.

Quanto ao segundo segmento, este refere-se conhecimento às jovens adolescentes sobre a sexualidade e os métodos contraceptivos.

Embora essas adolescentes percebam os serviços que lhes são disponibilizados por parte da ESF, deve-se levar em conta, que nesse caso, o que se percebe é que sendo o programa de atenção à saúde da família, dotado de equipes que atendem nas residências, o conhecimento pautado para as adolescentes é uma necessidade.

Não obstante, essa ausência desse conhecimento, ou melhor, de um conhecimento que se dá somente conforme a jovem vai se inteirando, permite interpretar, ser este um obstáculo de diálogo, por partes dos agentes comunitários, que não estão informando os serviços como deveria.

Pois já deveria ser de conhecimento dos adolescentes, tanto para as adolescentes grávidas quanto para os meninos e meninas que não iniciaram suas vidas sexuais, a importância dos serviços realizados como reuniões, palestras, e outros eventos que informam e conscientizam.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A.; KNOBEL, M.. **Adolescência Normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- ALMEIDA, M. Gravidez precoce compromete a aprendizagem. **Correio Brasiliense**; 15.Dez, 2006. Disponível em: <http://www.agenciaaids.com.br/clipping/aids_15122006.htm#_Toc153932102>. Acesso em: 13.Jun.2015.
- ALTMANN, H.. **A sexualidade adolescente como foco de investimento político-educacional**. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/27/ge23/t235.pdf>> Acesso em 11.Jul.2015.
- BALLONE, G.J. **Gravidez na Adolescência**. 2003. Artigo disponível em <<http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/adoelesc3.html>> Acesso em: 10.Jun.2015.
- BANACO, A. R. Adolescentes e terapia comportamental. In: RANGÉ, B. (Org.), **Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas**. Campinas: Psy, 1995.
- BANDURA, A. **Modificação do comportamento**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.
- BASTOS, F.B.; SILVA, S.M.M. Prevalência de partos na adolescência no município de Palmas. **Anais da IV Jornada de Iniciação Científica do CEULP/ULBRA**, Palmas-TO, 2004.
- BEAUFORT, G;M.P. **Suporte familiar, adolescência e drogas: análise das relações**. Campinas: DUCAMP, 1996.
- BEZERRA, V. L. V. A.; CAMPOS, D.; SALOMON, J. B. R. - Crescimento e desenvolvimento no adolescente. **Arch. Latinoam. Nutr.** V. 23, n. 4, pp. 465-83, 1973.
- CABRAL, P.M. **Gravidez na adolescência: desejo ou descuido?** [Dissertação em Enfermagem]. Tocantins: Centro Universitário Luterano de Palmas, 2004.
- CAMPBELL, U.; A gravidez perigosa. **Correio Brasiliense**; 15.Dez, 2006. Disponível em: <http://www.agenciaaids.com.br/clipping/aids_15122006.htm#_Toc153932102>. Acesso em: 13.Jul.2015.
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. Elaboração do plano de ação. In: CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CHABON, B.; FUTTERMAN, D.; HOFFMAN, N.D. HIV and AIDS in adolescents. **PediatricClin. North Am.** v.47, n.1, pp. 171-187, 2000.

CNDM. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. **Distribuição de nascidos vivos de mães com idade entre 10 e 20 anos das regiões do Brasil e unidades da federação.** 1998. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sedh/cndm/genero/saude/BR_addo001_1998.htm>. Acesso em: 15. Jun. 2015.

CRESPIN, J. Gravidez e abortamento na adolescência - novos dados, velhos desafios. *Rev. Paul. Pediatr.*; v.16, n.4, pp. 197-200, 1998.

DADOORIAN, D. Adolescentes: por quê elas querem engravidar? **Femina.** v. 24, n.1, pp. 47-51, 1996.

DAVIS, S. Gravidez em adolescentes. **Pediatr.Clin.North.Am.** n. 3, pp. 691-707, 1989.

DUARTE, S.V.; FURTADO, M.S. **Manual para elaboração de monografias e projetos de pesquisa.** Montes Claros/MG: Unimontes, 1999.

ECOS. Comunicação em Sexualidade. **Programas de atenção à gravidez na adolescência.** Disponível em: <<http://www.polis.org.br/publicações>>. Acesso em 19.Jun.2015.

GAMA, S.G.N. **A gravidez na adolescência e efeitos adversos no recém-nascido:** um estudo no Município do Rio de Janeiro, 1999 – 2000. [Tese de doutorado em Ciências na área de Saúde Pública]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz. 2001.

GOMES, P.S..**Seminário Internacional de Combate à Exploração Sexual e Tráfico Humano,** na Assembléia Legislativa do Ceará. Nov/2004. Disponível em: <<http://ellogicabr.inter.net/lumigun/artigo>>. Acesso em 19.Jun.2015.

GRIESINGER, D. **Mulheres estão tendo filhos mais tarde e gravidez na adolescência diminui, mostra IBGE.** Dez./2013. Disponível em: <<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-12-20/mulheres-estao-tendo-filhos-mais-ta> HYPERLINK "<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-12-20/mulheres-estao-tendo-filhos-mais-tarde-e-gravidez-na-adolescencia-diminui-mostra-ibge>"rde-e-gravidez-na-adolescencia-diminui-mostra-ibge> Acesso em: 15.Dez.2015.

HUERTAS, F. Entrevista com Mateus. São Paulo: FUNDAP, 1996.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Minas Gerais “São Romão” –** Infográficos: Histórico. 2010. Disponível em: > Acesso em: Jun.2015.

KAHHALE, E. P., ODIERNA, I. C., GalLetta, M. A., NEDER, M.; ZUGAIB, M. Desenvolvimento da sexualidade e da relação materno-filial em gestantes adolescentes. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**, v.8, n. 1, pp. 23-29, 1997.

KIMMEL, J.; WEINER, R. **La adolescencia: una transición del desarrollo**. Barcelona: **Ariel Psicología**, 1998.

LAVACA, U.; BORELLI, G. **Gravidez na adolescência é tema do relatório anual do UNFPA**. Nov./2013. Disponível em: <http://www.crianca.mppr.mp.br/modules/noticias/article.php?storyid=633> Acesso em: 15.Dez.2015.

LUCENA, A.L.; PORTO, E.F.S.S.; ARAÚJO, E.C. **Paradigmas que norteiam a concepção sobre a sexualidade na adolescência**: estudo de revisão de literatura. Artigo disponível em: <http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=951>. Acesso em: 03.Jun.2015.

MARÍLIA, L.C. **Prevenção Ainda É O Melhor Remédio: Gravidez Na Adolescência**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2006.

MARSHAL, W. A.; TANNER, J. M. Variations in pattern of puberal changes. In girls. **Arch. Dis. Child.**; n. 44, pp. 291-303. 1969.

MATUS, C. **O Método PES: roteiro de análise teórica**. São Paulo: FUNDAP, 1997.

MATUS, C.; HUERTAS, F.. **O método PES: entrevista com Matus**. 1ª ed. São Paulo: Fundap, 1998.

MEDRADO, B.; LYRA, J. A adolescência "desprevenida" e a paternidade na adolescência: uma abordagem geracional e de gênero. **Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento**. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. v. I, p. 230-48, 1999.

MUUSS, R.E. **Teorias da adolescência**. Tradução: Instituto Wagner de Idiomas, 5ª ed. Belo Horizonte: Interlivros. 1996.

NEVES, D. C. A. Gravidez na adolescência e educação. **Rev. Univ. Católica de Goiás**. Goiânia, n. 6, nov/dez., 2001.

OLIVEIRA, S. M; CAMPOS, M. **Promovendo o Cuidado: Ações de Atenção a Saúde**. 2. ed. São Paulo: ÁTICA, 2008.

OMS. Organización Mundial de La Salud - **Necesidades de salud de los adolescentes. Informe de um Comitê de Expertos de la OMS**. Ginebra, OMS: 1977, 55 páginas. (Série de Informes Técnicos, 609).

OMS.Organización Mundial de La Salud - **Risk approach for maternal and Childhealth care**. Geneva. WHO: 1978, 42 páginas. (WHO Offset Publication, 39).

- PFROMM NETO, S.. **Psicologia da Adolescência**. 5.ed. São Paulo: Pioneira, 1976.
- PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. **Os sentidos a Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.
- REINECKE, M.M.; DATTILIO, F.F.; FREEMAN, A. **Terapia Cognitiva em crianças e adolescentes**: Manual para a prática clínica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
- SANTOS, S.Q. **Gestação na adolescência**: Plano de Ação Preventiva na Estratégia Saúde da Família no bairro João Paulo II – Município de Barbacena – Minas Gerais. [Dissertação de Especialização em Básica em Saúde da Família]. Conselheiro Lafaiete/MG: Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, 2014.
- SÃO ROMÃO. Prefeitura Municipal de São Romão. **Dados característicos do Município de São Romão**. São Romão: Prefeitura Municipal de São Romão, 2014.
- SEDENHO, N.; FREITAS, J. A. S. Fatores que influenciam a ocorrência da menarca. **J. Bras. Ginecol.** v.94, n.8, pp. 303-308, 1984.
- SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica. **ESF Renascer**. São Romão: ESF. 2015.
- TAVARES, E. **IBGE divulga índices sobre gravidez na adolescência**. Jun./2012. Disponível em: <<https://comuniverso.wordpress.com/2012/06/26/ibge-divulga-indices-sobre-gravidez-na-adolescencia/>> Acesso em: 15.Dez.2015.
- VITALLE, M.S.S.; AMANCIO, M.S. **Gravidez na Adolescência**. UNIFESP, 2001. Disponível em: <http://www.brazilpednews.org.br/set2001/bnpar101.htm>. Acesso em 10.Jul.2015.
- WILCOX, H.; FIELD, T. - Correlations between the BDI and CES-D in a sample of adolescent mothers. **Adolescence**; v.33, n. 131, pp. 565-574, 1998.