

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Vanessa de Souza Pereira

**VULNERABILIDADE SOCIAL NA GESTAÇÃO:
aumento significativo de gestantes inseridas no CadÚnico no município de
Lassance**

Lassance- Minas Gerais

2022

Vanessa de Souza Pereira

**VULNERABILIDADE SOCIAL NA GESTAÇÃO:
aumento significativo de Gestantes inseridas no CadÚnico no município de
Lassance**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

**Lassance- Minas Gerais
2022**

Vanessa de Souza Pereira

**VULNERABILIDADE SOCIAL NA GESTAÇÃO:
aumento significativo de Gestantes inseridas no CadÚnico no município de
Lassance**

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

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- orientadora- UFMG

Professora Dra. Eliana Aparecida Villa – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 03 de novembro de 2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NESCON - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DO CURSO
ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Aos 28 dias do mês de Novembro de 2022, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família - (CEESF) se reuniu online para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso do aluno VANESSA DE SOUZA PEREIRA intitulado "**VULNERABILIDADE SOCIAL NA GESTAÇÃO: aumento significativo de gestantes inseridas no CadÚnico no município de Lassance**", requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Estratégia Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras: Profa. DRA. MATILDE MEIRE MIRANDA CADETE e Profa. Dra. ELIANA APARECIDA VILLA. O TCC foi aprovado com a nota 98.

Esta ata foi homologada pela Coordenação do CEESF no dia vinte oito do mês de Novembro do ano de dois mil e vinte e dois e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro.

Belo Horizonte, 28 DE NOVEMBRO DE 2022.

Tarcísio M. Pinheiro
Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro
Coordenador do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família.
Especialização em

DEDICO

Aos meus maiores incentivadores, minha família.

Em especial meu querido esposo, minha doce mãe e meu irmão que sempre foi exemplo para mim

AGRADECIMENTOS

Agradeço a equipe do CRAS do município de Lassance-MG pela oportunidade e fornecimento de dados importantes para elaboração deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho abarca um tema interdisciplinar e delicado no contexto da realidade brasileira, principalmente pelas desigualdades sociais e econômicas do país. Trata-se da vulnerabilidade social nas gestações no município de Lassance no Estado de Minas Gerais onde há prevalência de gravidez não planejada principalmente por adolescentes. Nesse sentido, o objetivo do trabalho foi apresentar um plano de intervenção para diminuir o número de gravidez de mulheres em vulnerabilidade social residentes no município de Lassance, Minas Gerais. Este plano de intervenção seguiu os passos do método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) e sustentado, teoricamente, por aporte bibliográfico realizado nas bases de dados da SciELO e da LILACS com os descritores: gestação, vulnerabilidade social, gravidez precoce e educação. Também compuseram o referencial teórico conteúdo dos Cadernos do Ministério da Saúde e da Biblioteca Virtual do Nescon além de alguns livros que versam sobre a temática, em pauta. Espera-se que as ações/projetos propostos no plano de intervenção diminuam a gravidez precoce e sejam mantidos, cotidianamente, com os profissionais do Centro de Referência de Assistência Social, principalmente psicólogos, o diálogo familiar, orientação nas escolas, disseminação das informações de maneira adequada aos adolescentes e adultos em situação de vulnerabilidade.

Palavras-chave: Gestação. Vulnerabilidade social. Gravidez precoce. Educação.

ABSTRACT

The present work covers an interdisciplinary and delicate theme in the context of the Brazilian reality, mainly due to the country's social and economic inequalities. It is about social vulnerability in pregnancies in the municipality of Lassance in the State of Minas Gerais, where there is a prevalence of unplanned pregnancies, mainly among adolescents. In this sense, the objective of the work was to present an intervention plan to reduce the number of pregnancies of women in social vulnerability residing in the municipality of Lassance, Minas Gerais. This intervention plan followed the steps of the Situational Strategic Planning (PES) method and theoretically supported by bibliographic input carried out in the SciELO and LILACS databases with the descriptors: pregnancy, social vulnerability, early pregnancy and education. They also made up the theoretical content of the Cadernos do Ministério da Saúde and the Nescon Virtual Library, in addition to some books that deal with the topic on the agenda. It is expected that the actions/projects proposed in the intervention plan will reduce early pregnancy and be maintained, on a daily basis, with the professionals of the Social Assistance Reference Center, mainly psychologists, family dialogue, school guidance, dissemination of information in a suitable for adolescents and adults in vulnerable situations.

Keywords: Pregnancy. Social vulnerability. Early pregnancy. Education

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Dados cadastrais pertencentes ao município de Lassance, 2021.....	19
Quadro 2 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade atendida pelo Centro de Referência de Assistência Social- CRAS de Lassance, Minas Gerais, em 2021.....	21
Quadro 3 - Comparativo dos atendimentos mensais ocorridos no ano de 2020 e de 2021 segundo Registro Mensal de Atendimentos, Lassance, 2021.....	36
Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “vulnerabilidade social na gestação”, na população sob responsabilidade do CRAS, do município de Lassance, estado de Minas Gerais.....	39
Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “vulnerabilidade social na gestação”, na população sob responsabilidade do CRAS, do município de Lassance, estado de Minas Gerais.....	40
Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “vulnerabilidade social na gestação”, na população sob responsabilidade da Equipe do CRAS, do município de Lassance, estado de Minas Gerais.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEAE	Centro Estadual de Atenção Especializada
CEASA	Central de Abastecimento
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CISMESF	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio São Francisco
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HPV	Papiloma Vírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAIF	Proteção e Atendimento Integral à Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PIB	Produto Interno Bruto
PMDI	Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado
PSE	Promoção de Saúde nas Escolas
REMUNE	Relação Municipal de Medicamentos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SENARC	Secretaria Nacional de Renda e Cidadania
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
RMA	Registro Mensal de Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Aspectos gerais do município.....	12
1.2 O sistema municipal de saúde.....	14
1.3 Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).....	16
1.4 A equipe do CRAS.....	17
1.5 Funcionamento do CRAS.....	18
1.6 O dia a dia do CRAS.....	18
1.7 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	20
2 JUSTIFICATIVA	24
3 OBJETIVO	25
4 METODOLOGIA	26
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	27
5.1 A realidade da gestante com necessidades básicas de sobrevivência.....	27
5.2 A importância do amparo social e do CRAS para famílias desfavorecidas no Brasil.....	30
5.3 Causas, consequências e proposições às gestações não programadas.....	32
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	37
6.1 Descrição do problema selecionado.....	37
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo).....	38
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	39
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultado e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo).....	39
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	44

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município e da comunidade

Lassance é uma cidade localizada na macrorregião Norte e microrregião de Pirapora, distante 263 km da capital do Estado e faz limite com os municípios de Várzea da Palma, Corinto, Três Marias, Buritizeiro, Buenópolis, Augusto de Lima, Joaquim Felício, Francisco Dumont. Conta com uma área territorial de 3.204.217 km² e seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,629. O Produto Interno Bruto (PIB) per capita corresponde a R\$ 19.381,14 (IBGE, 2021).

O território onde se situa Lassance era uma região cortada por tropeiros, ligando lugares distantes como Montes Claros, Sabarabussu (Sabará), Diamantina e Coração de Jesus. Conta a história que em 1850, um tropeiro chamado Liberato Nunes de Azevedo construiu os primeiros ranchos às margens do Córrego Maria Grande, atualmente conhecido como Córrego São Gonçalo. Em 1907, surgem as primeiras fazendas dedicadas à agropecuária e à extração de látex em seringueiras e, com a chegada da estrada de ferro, o desenvolvimento local foi impulsionado. O primitivo arraial era muito modesto, situando-se à beira do Rio das Velhas. Em 1908, em homenagem ao engenheiro chefe da construção do Ramal de Pirapora da Estrada de Ferro Central do Brasil, Dr. Ernesto Antônio Lassance Cunha, o povoado recebeu o nome de Lassance. Em 1923 foi elevado a distrito de Pirapora em dezembro de 1953 foi emancipada. (IBGE, 2021; LASSANCE, 2021).

O município é mundialmente conhecido por ter sido o local onde o doutor Carlos Chagas identificou a Doença de Chagas e o protozoário causador da infecção, *Trypanossoma Cruzi*. Carlos Chagas foi designado para cuidar dos trabalhadores da antiga Ferrovia Central do Brasil que estava sendo construída em Lassance e identificou a doença em campo, em seu laboratório que havia sido estabelecido inicialmente dentro de um vagão (LASSANCE, 2021).

De acordo com dados do censo de 2010 e estimativa para 2021, Lassance tem uma população de 6.484 pessoas, o que representa uma densidade demográfica de 2,02 habitantes/ km² (IBGE, 2021). Esta baixa densidade demográfica é devido à grande extensão territorial do município, composto pela comunidade urbana e pelas comunidades rurais: Brejo, Tira-Barro, Onça, Santa Maria, João Martins, Morada

Nova, Barrreiro Fundo, Barro Branco, Bebe Água, Bebedouro, Boqueirão, Canabrava Escaramuça, Gameleira, Laranjeiras, Palmeiras, Resfriado e Salobro.

O município vive basicamente da agricultura (café, fumo, mamão, mandioca, milho, banana, uva), cuja produção é, em sua maior parte, encaminhada para a Central de Abastecimento (CEASA) e nos últimos anos também cresceu muito a produção de cigarro artesanal. Existem áreas de reflorestamento com eucalipto para a produção de carvão vegetal e pecuária de corte, assim como empresas de agronegócio.

Como fonte empregadora do município pode-se mencionar a Prefeitura Municipal, as atividades rurais e os estabelecimentos comerciais, além do trabalho informal. Considera-se grande o número de desempregados e subempregados. Em 2019, o salário médio mensal era de 1.9 salários mínimos e a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 17.8% (IBGE, 2021).

Na área da educação, Lassance possui oito escolas municipais e duas estaduais, sendo quatro no perímetro urbano e seis nas zonas rurais. Conta, ainda, com nove escolas de ensino fundamental e uma de ensino médio. Encontra-se em fase final de construção a creche pró infância, o que para uma cidade tão pequena é de grande valia, onde as mães que não podem trabalhar por conta dos filhos pequenos terão um lugar para deixá-los enquanto buscam o sustento de todos os dias. Dados do IBGE (2021) apontam que a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade no censo de 2010 era de 96,4 %. O índice de analfabetismo vem diminuindo com os cursos de alfabetização.

No que tange às questões ambientais, o município apresenta 3,8% de domicílios com esgotamento sanitário adequado; 81,8% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 1,1% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada, isto é, tem bueiros, calçadas, pavimentação e meio-fio (IBGE, 2021).

Nas últimas administrações, a cidade tem recebido muito investimento público (escola, centro de saúde, creche, asilo, centros de fisioterapias, inclusive nas zonas rurais).

Existem algumas iniciativas de trabalho na comunidade por parte de Igrejas e Associações Comunitárias, contudo, esses trabalhos estão bastante dispersos e desintegrados e, em sua maioria, voltados para crianças, adolescentes e mães.

Lassance também faz parte do Território de Desenvolvimento (Intermunicipal) Norte, microterritório Espinosa. Ainda, como outra ação de desenvolvimento que abrange o município tem-se o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI). Esta política estadual de desenvolvimento regional visa aprimorar o planejamento das ações governamentais, aproximando-as do contexto local e consiste em espaços de desenvolvimento econômico e social, formados por um conjunto de municípios, nos quais se organizam pessoas e grupos sociais, enraizados por suas identidades e culturas.

A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas. A cidade sempre teve uma tradição forte na área cultural movimentando a região com suas festas tradicionais, sendo que dentre elas pode-se mencionar a Folias de Reis, a Festa de São Sebastião, o Carnaval, as Festas Juninas e o Forró da cidade, bem como ainda preserva suas festas religiosas.

Concernente à questão religiosa, o censo de 2010 aponta que 5.532 pessoas informaram ser católicos apostólicos romanos, 781 evangélicos e 20 espíritas (IBGE, 2021).

Em relação ao turismo, Lassance faz parte da Área de Proteção Ambiental da Serra do Cabral. A área conta com circuito turístico com várias cachoeiras e preserva exemplares de vegetação do cerrado. A região do município ainda abrange os rios São Francisco e das Velhas (LASSANCE, 2021).

Na área de saúde, há algum tempo, o município adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a reorganização da atenção básica e conta com três Equipes de Saúde da Família: ESF Dr. Carlos Chagas Centro, ESF Nova Lassance e ESF Bela Vista, cobrindo 100% do município. Um grande problema no desenvolvimento da ESF, em que pese uma remuneração superior à média do mercado, é a rotatividade dos profissionais de saúde, particularmente de médicos.

1.2 O sistema municipal de saúde

A atenção primária do município de Lassance conta com a infraestrutura do Centro de Saúde Godofredo Soares Ribas de Menezes e de três Unidades Básicas de Saúde, cada uma com suas equipes completas compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), sendo: Unidade

Básica de Saúde da Família Dr. Carlos Chagas, no Centro da cidade, Unidade Básica de Saúde no Bairro Bela Vista, Unidade Básica de Saúde no Bairro Nova Lassance. Ademais, as comunidades rurais, tais como, Santa Maria, Brejo e Morada Nova também são contempladas com Postos de Saúde. Totaliza-se, portanto, 100% de cobertura populacional.

O atendimento odontológico é realizado em todas as Unidades Básicas de Saúde e nas zonas rurais, sendo a equipe formada por cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal e técnica de saúde bucal, atendendo urgência/demanda espontânea, por agendamentos, prevenção e promoção a saúde. Para os atendimentos de especialidades em odontologia, como canal e extração de terceiro molar (dente siso) é realizado encaminhamento para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) do município de Várzea da Palma, referência da região.

Para apoiar as equipes de Saúde da Família, tem-se o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com atuação dos profissionais de educação física, nutricionista, fisioterapeuta e psicólogo.

No que se refere à média complexidade, são ofertados no município os atendimentos de ortopedia, dermatologia e ginecologia no Centro de Saúde Godofredo Soares Ribas de Menezes. As demais especialidades são referenciadas para o Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE) localizado no município de Pirapora, com atendimento de 10 especialidades: urologia, ginecologia, obstetrícia, angiologia, nefrologia, cardiologia, endocrinologia, oftalmologia, pediatria e mastologia. Ainda, de acordo com a Programação Pactuada Integrada, o município tem cota programada para os municípios de Belo Horizonte, Curvelo, Montes Claros e Várzea da Palma.

Importante destacar a implantação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo 1, que conta com equipe multiprofissional e médico psiquiatra.

No município tem, ainda, o Centro de Reabilitação Física, com uma sede no centro da cidade, uma na comunidade do Brejo e uma na comunidade de Santa Maria. A assistência fisioterapêutica é realizada por quatro profissionais, principalmente nas áreas de Ortopedia, Neurologia, Pneumologia, Pediatria, Angiologia, Oncologia e Uroginecologia, incluindo atendimento domiciliar. O setor também é responsável pelo encaminhamento de pacientes ao Centro de Órtese e Prótese em Montes Claros, onde

os mesmos recebem, de acordo com sua necessidade, próteses e meios auxiliares de locomoção, como andadores e cadeiras de rodas.

Os atendimentos de urgência e emergência são feitos no Centro de Saúde, que possui atendimento contínuo 24h/dia e plantão que inclui sábados, domingos e feriados. Para os casos que necessitam de encaminhamento, por não contar com instituição hospitalar, tem-se o referenciamento principalmente para os municípios vizinhos de Várzea da Palma (Hospital Ataíde Correa), Pirapora (Hospital Moises Magalhaes Freire) e Montes Claros (Hospital Dílson Godinho).

Em relação ao serviço de apoio diagnóstico, Lassance conta com o laboratório municipal onde são realizados exames, além dos dois laboratórios conveniados do Consorcio Intermunicipal de Saúde do Médio São Francisco (CISMESF). No próprio município também tem o serviço de Raio X e eletrocardiograma.

A assistência farmacêutica é realizada de forma centralizada na sede da Farmácia de Minas, que conta com farmacêutico, técnico e responsável pelo atendimento e dispensação de medicamentos, sendo em média 70 atendimentos por dia. Para os medicamentos de componente especializado da assistência farmacêutica (os de alto custo), são preenchidos processos pelo médico, montados pela farmacêutica municipal e enviados para a Regional de Saúde. Utiliza-se a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) e a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) (BRASIL, 2020a)

No que se refere ao sistema de informação em saúde, o município possui sistema próprio em fase de implantação que é o sistema de informatização VIVVER (prontuário eletrônico) onde estão sendo informatizados todos os serviços da rede de saúde.

No quesito transporte em saúde, o município dispõe de setor e frota de veículos para transportar os pacientes para atendimentos fora do domicílio.

Por não possuir serviço hospitalar, o município encaminha os pacientes para Várzea da Palma que faz o cadastro no sistema SUSfácil, ficando o município com acesso ao sistema somente para fazer busca e acompanhamento.

A emissão do cartão de identificação do usuário do SUS é centralizada na Secretaria Municipal de Saúde, com um servidor de referência para tal.

1.2 Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) foi inaugurado há cerca de 12 anos e é a porta de entrada da Assistência Social. É um local público, localizado prioritariamente em áreas de maior vulnerabilidade social, onde são oferecidos os serviços de Assistência Social com o objetivo de fortalecer a convivência com a família e com a comunidade.

A partir do adequado conhecimento do território, o CRAS promove a organização e articulação das unidades da rede socioassistencial e de outras políticas. Assim, possibilita o acesso da população aos serviços, benefícios e projetos de assistência social, tornando-se referência para a população local e para os serviços setoriais.

Conhecendo o território, a equipe do CRAS pode apoiar ações comunitárias, por meio de palestras, campanhas e eventos, atuando junto à comunidade na construção de soluções para o enfrentamento de problemas comuns.

Seguindo as orientações da Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (BRASIL, 2012), o CRAS de Lassance oferta o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV).

O PAIF é o principal serviço da proteção social básica que desenvolve o trabalho social com famílias. Foi reconhecido pelo governo federal como um serviço continuado de proteção básica (Decreto nº 5.085/2004), passando a integrar a rede de serviços socioassistenciais (BRASIL, 2004). Os cidadãos também são orientados sobre os benefícios assistenciais e podem ser inscritos no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal. Atende famílias e indivíduos em situação de desproteção, pessoas com deficiência, idosos, crianças retiradas do trabalho infantil, pessoas inseridas no Cadastro Único, beneficiários do Programa Bolsa Família e do Benefício de Prestação Continuada (BPC), entre outros.

O SCFV é um serviço da Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que é ofertado de forma complementar ao trabalho social com famílias realizado por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF). Tem o objetivo de prevenir a ocorrência de situações de risco social (BRASIL, 2012; 2006). Dentro do SCFV tem-se os grupos: Casa do Brincar que atende crianças de quatro até seis anos; Mundo Feliz atende crianças de sete aos 11 anos e o grupo Viver Melhor que atende adolescentes de 12 anos até 21 anos. Tem-se, ainda,

o Grupo Melhor Idade para idosos e os grupos Educação pelo Tambor, Capoeira Arte e Convivência Saudável Zumba que atende todas as faixas etárias de idade a partir dos 08 anos. Estes últimos grupos são considerados grupos intergeracionais por abraçarem na sua execução uma variedade de faixa etária desde crianças a idosos.

O Programa Criança Feliz, lançado pelo Governo Federal em 2016, foi implantado no Município de Lassance em junho de 2020 com previsão de atendimento de 100 famílias, e busca promover o desenvolvimento integral das crianças na primeira infância e considerando sua família e seu contexto de vida. Ele fortalece a trajetória brasileira de enfrentamento da pobreza com redução de vulnerabilidades e desigualdades e potencializa a integração do acesso à renda com inclusão em serviços e programas. Tem por objetivo promover o desenvolvimento humano a partir do apoio e do acompanhamento do desenvolvimento infantil integral na primeira infância; apoiar gestantes e a família na preparação para o nascimento e nos cuidados perinatais; colaborar no exercício da parentalidade, fortalecendo os vínculos e o papel das famílias para o desempenho da função de cuidado, proteção e educação de crianças na faixa etária de até 06 anos de idade; mediar o acesso da gestante, de crianças primeira infância e de suas famílias às políticas e serviços públicos que necessitem. Seu público-alvo prioriza crianças e famílias em situação de vulnerabilidade e risco social; gestantes, crianças de até três anos e suas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família; crianças de anos e suas famílias beneficiárias do benefício de Prestação Continuada (BPC) e crianças de até 06 anos afastadas do convívio familiar em razão da aplicação de medida de proteção e suas famílias (BRASIL, 2018; 2016a)

1.4 A Equipe do CRAS

A equipe do CRAS é composta por uma Coordenadora, duas equipes técnicas sendo uma que atende a comunidade urbana e outra que atende a zona rural (ambas equipes são formadas por uma Psicóloga e uma Assistente Social); uma recepcionista, duas Orientadoras Sociais (do SCVF). Para o CadÚnico conta com uma gestora e uma digitadora e no Criança Feliz com uma coordenadora e três visitadoras e uma profissional de serviços gerais.

1.5 O funcionamento do CRAS

O CRAS Acácias de Lassance tem a capacidade de referenciamento para até 2.500 famílias. Configura-se, então, como Pequeno Porte I e tem sua sede própria situada na Rua Marechal Deodoro da Fonseca, 184 - Centro.

Funciona das 7:00hs às 16:00hs com intervalo das 12:00 às 13:00hs para almoço, de segunda à sexta-feira.

A sede conta com uma recepção, duas salas para as equipes técnicas, uma para coordenação, uma para o cadastro único e uma para o Programa Criança Feliz; dois banheiros, sendo um para funcionários e um para os usuários e adaptado para deficientes físicos e uma cozinha. Tem também rampa de acesso e um rol de entrada. Uma das dificuldades que os profissionais encontram é a falta de uma sala para reuniões.

1.6 O dia a dia do CRAS

No CRAS funciona opcionalmente o setor do Cadastro Único (CadÚnico) e há dois anos o município aderiu ao programa do Governo Federal “Criança Feliz” e que também funciona opcionalmente nas instalações do CRAS.

O cadastro único é a base de dados do Governo Federal onde estão registradas as informações socioeconômicas das famílias de baixa renda domiciliadas no território brasileiro, que são aquelas que possuem renda mensal de até meio salário-mínimo por pessoa. O Governo Federal utiliza os dados do CadÚnico para conceder benefícios e serviços de programas sociais, como: Tarifa Social de energia elétrica, Benefício de Prestação Continuada – BPC, Programa Bolsa Família, entre outros.

Os dados do CadÚnico são utilizados para mapeamento das vulnerabilidades locais, planejamento das ações e a seleção dos beneficiários dos programas sociais geridos pelo município. Importante ressaltar que são esses dados que norteiam o planejamento e o acompanhamento das famílias pelo CRAS. De acordo com o Ministério da Cidadania – Secretaria Nacional de Renda e Cidadania (SENARC) (BRASIL, 2020b).

O município de Lassance apresenta hoje os seguintes dados cadastrais, conforme exposto no Quadro 1:

Quadro 1 Dados cadastrais pertencentes ao município de Lassance, 2021

Descrição	Dados
Famílias inseridas no CadÚnico	1.726
Famílias beneficiárias no Programa Bolsa Família – PBF até (10/2021)	843
Porcentagem da população beneficiada pelo PBF	30,07%
Valor médio do benefício por família	R\$121,22
Famílias com Cadastro Atualizado nos últimos dois anos	1.191
Família com renda de até 1/2 salário mínimo	1.396
Famílias com renda de até ½ salário mínimo com cadastro atualizado em 2021	999
Famílias Quilombolas	84
Famílias beneficiárias com BPC Deficiente	99
Famílias beneficiárias com BPC Idoso	68

Fonte: CadÚnico Lassance 2021.

A partir dos dados pode-se extrair, também, que há famílias identificadas ou autodeclaradas como: família cigana, família extrativista, família de pescadores artesanais, família pertencente a comunidades de terreiro, família ribeirinha, família de agricultores familiares, família assentada da reforma agrária, família beneficiária do Programa Nacional de Crédito Fundiário, família acampada, família atingida por empreendimentos de infraestrutura, família de presos do sistema carcerário e família de catadores de material reciclado.

Por meio do trabalho das equipes do CRAS, pretende-se realizar atualização cadastral para o próximo ano com o intuito de identificar essas famílias, uma vez que já foi observado possuir no município famílias não declaradas, mas com perfil de família de pescadores artesanais, família ribeirinha, família de agricultores familiares, família de presos do sistema carcerário e família de catadores de material reciclado.

Dentre todas as funções ofertadas pelo CRAS de Lassance estão:

- Acolhida;
- Visitas domiciliares realizadas pela equipe técnica de referência;
- Busca ativa de famílias em descumprimento das condicionalidades do PBF;

- Acompanhamento sociofamiliar;
- Busca ativa das famílias em acompanhamento;
- Planejamento e implementação do PAIF;
- Atendimentos individuais;
- Desenvolvimento de atividades coletivas e comunitárias nos territórios;
- Apoio técnico continuado aos profissionais responsáveis do SCFV;
- Realizações de encaminhamentos a rede socioassistencial e para os serviços setoriais;
- Elaboração de Laudos, Relatórios e Pareceres;
 - Participação de reuniões sistemáticas para planejamento das ações a serem desenvolvidas;
- Acompanhamento e solicitações de benefícios eventuais;
- Vigilância Socioassistencial;
- Demandas do Judiciário.

1.7 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

A estimativa rápida constitui-se ferramenta apropriada ao Planejamento Estratégico Situacional (PES), possibilitando a análise da situação de saúde do território, considerando a perspectiva dos diferentes atores sociais envolvidos na construção da realidade local (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

O PES possibilita obter informações sobre um conjunto de problemas num curto período e sem grandes gastos de tempo profissional e de dinheiro, examinando os registros existentes, entrevistando informantes importantes e em seguida fazendo observações em conjunto, com uma equipe e com participação da comunidade, procurando elaborar as suas prioridades (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

A partir do método da estimativa rápida, dentro da realidade do CRAS, foi possível levantar alguns problemas que necessitam de atenção e cuidado por parte da equipe. São eles:

- Número crescente de idosos no município

- Violência doméstica
- Vulnerabilidade social na gestação
- Piora na saúde mental dos usuários do serviço em e pós pandemia

1.8 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Após identificar os problemas mais relevantes na realidade do CRAS, torna-se necessária a seleção ou priorização dos que serão enfrentados. Essa seleção deverá considerar a importância do problema, sua urgência e a própria capacidade de enfrentá-lo. Considerar tais critérios se torna importante tendo em vista a falta de recursos (financeiros, humanos, materiais, etc.) para enfrentamento de todos. Para auxiliar nesse processo foi elaborado o quadro 2 classificando as prioridades dos problemas diagnosticados:

Quadro 2 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade atendida pelo Centro de Referência de Assistência Social- CRAS de Lassance, Minas Gerais, em 2021

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Vulnerabilidade social na gestação	Alta	9	Parcial	1
Número crescente de idosos no município	Alta	7	Parcial	3
Violência doméstica	Alta	8	Parcial	2
Piora na saúde mental dos adultos e idosos usuários do serviço em e pós pandemia	Alta	6	Parcial	4

* Fonte: Autoria própria (2021)

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenados considerando os três itens

Para elaboração do plano de intervenção, fazendo uma análise dos problemas e a pontuação obtida nos quesitos de priorização, definiu-se como prioritário o problema relativo à *vulnerabilidade social na gestação*.

2 JUSTIFICATIVA

A escolha do tema deste trabalho “vulnerabilidade *social na gestação*” originou-se do levantamento de problemas e análise situacional realizado no CRAS do município de Lassance, onde se verificou aumento significativo de gestantes inseridas no CadÚnico no ano de 2020 para 2021. A gravidez na adolescência ou a gravidez com ou sem planejamento familiar são problemas que têm forte impacto na trajetória de vida das mulheres e das famílias, gerando um ciclo de vulnerabilidade social.

Carmo e Guizardi (2018, p.10), a partir de pesquisa, descrevem que o “termo vulnerabilidade foi inserido no léxico das políticas públicas brasileiras de seguridade social não contributiva orientando a abrangência de suas ofertas”.

Entretanto, essas autoras afirmam que não há consenso a respeito do termo vulnerabilidade social apesar de diversos estudos existentes. Chamam a atenção para o fato que nas

[...] últimas décadas, pouco se estudou sobre a vinculação dos diferentes conceitos que a palavra **vulnerabilidade** pode admitir e sua **relação com a produção de cidadania no âmbito das políticas públicas de saúde e assistência social**. A reflexão crítica com base na revisão da literatura sobre vulnerabilidade, seguridade social e cidadania nas áreas da saúde e da assistência social revelou pontos de convergência bastante sinérgicos no que diz respeito à ideia de um conceito que representa as múltiplas determinações que incidem sobre os contextos de cidadãos que vivenciam frágil ou nulo acesso a direitos (CARMO; GUIZARDI, 2018, p.10) (grifo da autora)

Sabe-se que diversos fatores integram questões de vulnerabilidade para gestantes desde os econômicos, sociais, psicológicos, violências e outros. Quando se trata então de mulheres gestantes, devido às transformações corporais e hormonais que lhe sucedem, essa questão pode tomar dimensões ainda maiores.

Nesse sentido, cabe mencionar as ocorrências da gravidez sem planejamento que são múltiplas e se estendem tanto ao nível de escolaridade quanto ao de violência doméstica. E no que diz respeito à gravidez precoce, ela se deve principalmente à ausência de educação sexual, desconhecimento/falta de acesso a métodos anticoncepcionais, baixa escolaridade, falta de perspectivas futuras tornando-se, assim, um problema de saúde pública relevante para ser trabalhado.

3 OBJETIVO

Apresentar um plano de intervenção para diminuir o número de gravidez de mulheres em vulnerabilidade social residentes no município de Lassance, Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

A proposta de intervenção foi definida após a análise situacional em que se verificou um aumento de solicitações do Benefício Eventual de Auxílio Natalidade por parte de mulheres em situação de vulnerabilidade social inseridas no CadÚnico, dentro do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) em Lassance.

A identificação deste problema nos direcionou para necessidade de um plano de intervenção com ações voltadas para orientação e conscientização das famílias, adolescentes e jovens por meio de atividades educativas a serem realizadas por profissionais da Saúde e da Assistência Social.

A elaboração do Plano de Intervenção foi realizada de acordo com o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) em conformidade com o proposto por Faria, Campos e Santos (2018).

Para a fundamentação teórica deste trabalho foi realizada uma pesquisa bibliográfica em bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Cadernos do Ministério da Saúde além da Biblioteca Virtual do Nescan e alguns livros que versam sobre a temática, em pauta.

A busca de artigos nas bases de dados mencionadas se baseou nos descritores: gestação, vulnerabilidade social gravidez precoce e educação, sendo as buscas direcionadas para artigos de publicação em português.

Para a redação do texto, utilizou-se as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e orientações do módulo de Iniciação à Metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2017).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 A realidade da gestante com necessidades básicas de sobrevivência

O Ministério da Saúde, com vistas à garantia de direitos e atendimento à saúde dos adolescentes, apresenta políticas públicas visando à promoção, à proteção e à saúde de adolescentes.

Apesar da mudança demográfica que vem ocorrendo no Brasil, o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística mostra que: “[...] a geração de adolescentes e jovens de 10 a 24 anos de idade é significativa, representando, no censo de 2010, um total de 51.402.821 pessoas – 36,89% da população brasileira” (BRASIL, 2017, p.11).

E o Ministério da Saúde ainda alerta que:

Adolescentes e jovens constituem um grupo populacional que exige novos modos de produzir saúde. Seu ciclo de vida particularmente saudável evidencia que os agravos em saúde decorrem, em grande medida, de modos de fazer “andar a vida”, de hábitos e comportamentos, que, em determinadas conjunturas, os vulnerabilizam. As vulnerabilidades produzidas pelo contexto social e as desigualdades resultantes dos processos históricos de exclusão e discriminação determinam os direitos e as oportunidades de adolescentes e jovens brasileiros (BRASIL, 2017, p.11).

Okido *et al.* (2012), nesse sentido, apontam que não existe apenas vulnerabilidade e sim, vulnerabilidades, da mesma forma que não se deve compreender de uma única forma a adolescência, mas as variadas adolescências uma vez que habitam desiguais contextos sociais, econômicos, educacionais, dentre outros.

Sabe-se que na adolescência é que acontecem as grandes transformações físicas e psicológicas, maturação sexual e experimentações. Estas podem se associar à vulnerabilidade tendo em vista que nesta fase da vida pode ocorrer o exercício da sexualidade. As relações sexuais, de forma impensada, não programada, podem gerar consequências como gravidez precoce, infecções sexualmente transmissíveis, aborto e outras (OKIDO *et al.*, 2012).

Farias e Moré (2012) realizaram pesquisa com adolescentes que engravidaram entre 12 e 14 anos, em contexto de vulnerabilidade social e detectaram que diversos impactos acontecem na vida destas adolescentes dentre os quais destacam: dificuldades que ressoam no desenvolvimento da adolescente e de sua família; medo de que tanto a família quanto profissional não lhe deem crédito de saber cuidar do filho; evasão escolar; desemprego ou subemprego; sentimento de perda, tristeza e solidão. Em alguns casos, maus tratos infantis acontecem.

No que tange aos estudos, Faria e Moré (2012) encontraram que a grande maioria das adolescentes participantes do estudo não estava estudando e algumas planejavam retornar à escola, apesar de considerarem difícil, pois tinham que cuidar dos filhos ou, ainda, pelo contexto de violência onde moravam o que lhes dificultava saírem de casa no período noturno.

Faria e Moré (2012, p.603) afirmaram que “Os planos de vida, de um modo geral, centraram-se na busca de emprego, retorno às atividades escolares, desejo pela casa própria e empenho para que o filho tenha uma vida melhor[...]”.

Sena Filha e Castanha (2014) relatam que em relação aos profissionais da saúde, normalmente, têm suas ações voltadas à saúde sexual e reprodutiva sem abrangência das dimensões sociais e culturais de adolescentes. Que estas ações devem se pautar no diálogo e manter interface com os diferentes níveis de atenção à saúde. Reforçam que as ações e programas de intervenção ficam mais circunscritos à saúde reprodutiva, sem construção de ações intersetoriais que possibilitam criar estratégias de saúde integral dos adolescentes.

[...] o acompanhamento da gravidez na adolescência, no setor da saúde, deve ser pensado diferentemente do acompanhamento de uma gestação na vida adulta, devendo-se, dessa maneira, levar em consideração um conjunto de aspectos que possa abranger a dimensão biopsicossocial, entendendo a saúde como direito humano e condição de cidadania (SENA FILHA; CASTANHA, 2014, p.87).

O Ministério da Saúde (2017, p.157) esclarece que as equipes de saúde da Atenção Básica precisam conhecer “os riscos e as vulnerabilidades da população adstrita e identifiquem as medidas de prevenção viáveis no contexto de vida de cada adolescente que os procurar”.

Asscherer *et al.* (2021, p.2) asseguram que a “situação de vulnerabilidade social está atrelada a exclusão de cidadãos e com a falta de acolhimento, representatividade e atenção por parte de serviços públicos”.

Também Asscherer *et al.* (2021) afirmam que ainda não temos uma política pública que atenda as individualidades da gravidez na adolescência, mas que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem, nas suas concepções e princípios básicos do Sistema Único de Saúde, papel basilar para prover ações de promoção da saúde para adolescentes e familiares abrangendo educação sobre métodos contraceptivos e gravidez precoce. Cabe, mesmo, que os profissionais esclareçam à família sobre a importância de ouvir o adolescente, acolhendo-o.

Nesse sentido, é fundamental, como afirmaram Sena Filha e Castanha (2014), que ações intersetoriais sejam firmadas. Afinal, ao se abordar sexualidade e saúde reprodutiva, deve-se ter como premissa que as práticas educativas são imperativas para a formação de adolescentes. “Estas atividades visam facilitar também a troca de informações e a apropriação do conhecimento necessário à prática do sexo seguro. A escola é um espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos à saúde e de doenças” (BRASIL, 2017, p.142).

Resultados de estudo feito com 50 adolescentes grávidas atendidas em Unidades Básicas da cidade de São Paulo demonstraram que a maioria não trabalha e não estuda e tem como principal fonte de comunicação a internet e a mãe é a maior responsável pela de orientação sexual, além de prover financeira e emocionalmente. Destacam que as vulnerabilidades decisivas para a gravidez se constituem em conjunto de condições, não podendo, por conseguinte, elaborar e prover ações educativas direcionadas apenas aos adolescentes sem conhecimento das suas condições de vida, grupo onde se inserem e o que interfere no comportamento deles. Que elementos externos os circundam? (NASCIMENTO; LIPPI; SANTOS, 2018).

Assim, questiona-se: como educar adolescentes a respeito da sexualidade?

A abordagem pelo profissional de Saúde sobre o tema sexualidade não pode ser preconceituosa e nem carregada de códigos morais ou religiosos. Este deve estar aberto para ouvir os adolescentes em suas escolhas, auxiliando-os a lidar com situações difíceis, frequentes nesta fase. Devem ser usadas de preferência terminologias adequadas, evitando-se gírias. É preciso promover a reflexão sobre a sexualidade e potencializar o senso crítico e responsável sobre a temática abordada (BRASIL, 2017, p.141).

Não se pode deixar de mencionar as outras faixas etárias de mulheres grávidas em vulnerabilidade social. Afinal, a gravidez acarreta transformações físicas, emocionais, psicológicas e sociais, podendo-se dizer até de cunho econômico. Silva *et al.* (2021, p. 603-604), a partir de pesquisa realizada com o objetivo de investigar a condição de vulnerabilidade de gestantes de alto risco associado a fatores socioeconômicos, no período de 2018 a 2019, encontraram que “As variáveis renda, escolaridade, planejamento da gravidez e hábitos de vida intensificam a vulnerabilidade já existente[...] “As gestantes do estudo residiam em bairros onde há significativo percentual de domicílios com mulheres declaradas como responsáveis.”

Araújo *et al.* (2017) asseguram que cuidar da gestante em condição de risco ou em vulnerabilidade social requisita dos profissionais que a atendem, atenção acurada relativa às orientações e assistência, de forma individualizada, com vistas à promoção

da saúde e prevenção de outras intercorrências. E que este cuidado deve abranger desde o pré natal até o pós parto. E destacam que a construção de vínculo de confiança é condição precípua entre gestantes e profissionais com base na ética. Dessa forma, torna-se viável diminuir os danos à saúde da mãe.

Duarte *et al.* (2020, p.596) associaram mortalidade materna e vulnerabilidade social na pesquisa realizada em Alagoas. Mostraram que o perfil encontrado na população estudada “foi caracterizado pelo predomínio de mulheres jovens, pretas/pardas e de baixa escolaridade”. E que: “Mulheres pretas e pardas são grupos mais vulneráveis ao óbito materno”. Chama atenção a descoberta de que mesmo com a implantação da política pública -Rede Cegonha- Alagoas não alcançou mudanças significativas da mortalidade, havendo pequena redução da taxa que era de 59,09/100 mil nascidos vivos (NV) (2010) para 51,90/100 mil NV (2016b). Significa, portanto, que não basta implantar políticas públicas, de forma isolada. É imperativo que sejam implantadas, concomitantes, ações capazes de afetar os determinantes sociais.

Baquião *et al.* (2020) narram que resultados de pesquisa realizada com gestantes em vulnerabilidade mostram o quão é importante compreender e pôr em prática o diálogo horizontal entre gestantes e profissionais e prover discussões acerca do autocuidado e do cuidar.

Isto requer profissionais que tenham a capacidade de escuta e comunicação, no intuito de estimular o autocuidado e hábitos de vida saudável e respeite a individualidade das gestantes. Vale salientar que não somente gestantes em situação de vulnerabilidade social tenham acesso a este tipo de serviço, mas todas as gestantes (BAQUIÃO *et al.*, 2020, p.16907)

5.2 A importância do amparo social para famílias desfavorecidas no Brasil

A história é marcada pela evolução do pensamento humano quanto às concepções que temos em relação a nós mesmos e ao próximo. Conforme a humanidade amadureceu os conceitos relativos aos direitos individuais e coletivos, notou-se a existência de disparidade de condições entre os indivíduos. Tal circunstância desencadeou a criação de normas que visam proteger os menos favorecidos, promovendo-lhes vida digna com efetiva participação na sociedade.

Seguindo essa premissa, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) trouxe vários dispositivos que visam assegurar uma vida digna a todos os cidadãos. Dentro desse contexto, destaca-se o cuidado necessário com as

parcelas fragilizadas da população, como os idosos, os deficientes, e as mulheres, esta última destaca-se nesse estudo as mulheres em período de gestação (BRASIL, 1988)

O receio quanto às situações de necessidade é um pensamento recorrente ao homem desde as civilizações mais antigas. Tal característica pode ser inerente ao ser humano ou mesmo fruto da observação do ambiente em que vive. Após o homem deixar de ser nômade e fixar-se em localidades que ofereciam condições de vida sedentária, passou a viver em sociedade, organizando-se em grupo, e doravante, criando a concepção de família, primeiro ente social o qual tem a finalidade de gerar a proteção e estabilidade essenciais ao indivíduo. Quanto a essa perspectiva, aduz Ibrahim:

[...] que a proteção social nasceu, verdadeiramente na família. A concepção da família já foi muito mais forte do que nos dias de hoje, no passado, as pessoas comumente viviam em largos aglomerados familiares. O cuidado aos mais idosos e incapacitados era incumbência dos mais jovens e aptos para o trabalho. Contudo, nem todas as pessoas eram dotadas de tal proteção familiar e, mesmo quando esta existia, era frequentemente precária. Daí a necessidade de auxílio externo, com natureza eminentemente voluntária de terceiros, muito incentivada pela igreja, ainda que tardiamente (IBRAHIM, 2010, p. 1).

Ressalta-se que o Estado percebeu que havia situações em que o núcleo familiar era fragilizado ou inexistente, mesmo existindo o forte o conceito de proteção e cuidado inerentes à família. Percebeu-se, ainda, que órfãos, viúvas, idosos, deficientes e outras pessoas em situações análogas tornavam-se cada vez mais numerosas e incapacitadas de exercerem qualquer atividade que lhes provesse sustento e fosse capaz de proporcionar uma subsistência digna (IBRAHIM, 2010).

Independentemente da ideia motor, os projetos como o Programa Renda Brasil são importantes aos desfavorecidos economicamente diante de um país que geograficamente apresenta uma extensão territorial imensa e nela desigualdades sociais alarmantes evidenciadas em disparidades econômicas visíveis.

Com isso, tornou-se necessário o surgimento de programas estatais para acolher determinadas parcelas da população, evitando a exclusão social.

Romagnolis (2016) assevera que o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) amparado pela Constituição Federal de 1988 tem como objetivo garantir a proteção social mantendo um padrão igualitário de assistência social.

Somente a partir da Constituição de 1988 é que se inovam os aspectos essenciais da Assistência Social, marcando historicamente o reconhecimento desta política como direito, ocorrendo uma alteração das normas e regras centralizadoras e distribuição das competências entre União, Estados e Municípios, junto ao Distrito Federal, estimulando maior participação das coletividades. Esta Constituição ao mesmo tempo em que encerra uma legislação formal, inicia um processo de consolidação de uma nova proteção social (BOSCHETTI, 2006 *apud* SILVA; CORGOZINHO, 2011, p.13).

Através dele, criou-se os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS). O CRAS é o que podemos definir como equipamento público voltado à proteção social básica para acolher pessoas em vulnerabilidade, assim está localizado em áreas que apresentam pessoas em situações familiares de risco buscando sempre propor uma qualidade de vida básica a pessoa que está em vulnerabilidade. Segundo Andrade e Romagnolis (2010, p. 606) o CRAS é:

[...] responsável pela execução de serviços, programas e projetos que potencializam a família como unidade de referência, reconhecendo os diversos arranjos familiares, valorizando as particularidades de cada grupo familiar, fortalecendo esses vínculos e articulando-os com seu contexto comunitário. O CRAS, como proposta de unidade de atenção social básica, é composto por psicólogos, assistentes sociais, coordenador, auxiliar administrativo e educadores sociais, entre outros. Em 2003, inicia-se a implantação dessas unidades públicas em 301 Municípios brasileiros [...].

Nesse sentido, destaca-se que a qualidade de vida da gestante e da saúde do bebê se enquadra nos objetivos do trabalho do CRAS, para garantir um futuro com qualidade de vida digna para a gestante e para o futuro do bebê.

5.3 Causas, consequências e proposições às gestações não programadas

Considerando as desigualdades sociais e econômicas no Brasil, muitas famílias de baixa renda sofrem com a falta de recursos informacionais a respeito da gravidez indesejada, principalmente na adolescência. O preparo educacional da família, bem como da escola e do ciclo social da adolescente podem promover uma prevenção aos casos de gravidez não planejada, e por outro lado, as consequências dessas gravidezes indesejadas levam à agravantes tanto para a família, para a gestante e até para o bebê, aumentando ainda mais as desigualdades sociais e diminuindo a qualidade de vida para a gestante e a criança devido à falta de recursos materiais e preparo psicológico.

Na fase da infância até adolescência emergem mais agravantes do que gravidez não planejada na fase adulta, isso porque:

No contexto da saúde para a infância e adolescência, é necessário considerar que a proteção do direito à vida e à saúde de crianças e jovens é dever social do Estado. Para tanto, informações sobre a saúde sexual e reprodutiva aos jovens são um dilema em saúde pública, de fundamental diálogo e de políticas públicas eficazes. A gravidez afeta eminentemente as trajetórias dessas vidas ao impulsionar as meninas à maternidade antes de estarem preparadas física, emocional ou financeiramente, por vezes perpetuando os ciclos intergeracionais de pobreza. Isso porque as meninas marginalizadas são frequentemente afetadas de forma desproporcional pela gravidez precoce. Contudo, a temática pode ser devastadora em todas as classes sociais, caso a parentalidade não seja planejada (ROSANELI; COSTA; SUTILE, 2020, p.2).

As causas de uma gestação não planejada podem ser muitas, no entanto estão sempre norteadas por duas variáveis, uma que diz respeito a vulnerabilidade socioeconômica e outra ao respeito da falha na proteção, educação e amparo da família e do Estado. É o que postulam Farias e Moré:

A consideração de aspectos como baixa escolarização, relações familiares violentas ou conflituosas, ausência ou insuficiência de recursos financeiros e serviços de saúde, além de poucas perspectivas profissionais e de futuro, constituem-se, portanto, enquanto fatores individuais, coletivos e contextuais que configuram o que se chama de vulnerabilidade social, uma vez que podem favorecer direta, ou indiretamente, a ocorrência da gravidez (FARIAS; MORÉ, 2012, p.597).

No entanto, há outras causas como por violência (estupro de vulnerável). Assim, ressalva o estudo de Souto et al (2017) que apresenta um número alto de adolescentes do sexo feminino vítimas de violência:

As meninas-mães notificadas por estupro tiveram maiores percentuais de cesárea, início tardio e menor número de consultas de pré-natal; e seus bebês tiveram peso ao nascer e Apagar do 1º minuto piores que das mães sem notificação. O estupro de criança e adolescente é um fator de risco importante que repercute na gestação, em complicações no parto e no nascimento. Apesar do rigor da lei ao caracterizar toda gravidez no universo de meninas considerado no estudo, como estupro, outras questões como início precoce da atividade sexual e o consentimento devem ser consideradas para que as políticas públicas de saúde sejam melhor desenhadas. Nesse contexto, acredita-se que aquelas meninas com notificação de estupro foram, em sua maioria, vítimas de relação sexual forçada, o que geraria mais repercussões para a saúde física e psíquica das mães, com reflexo na saúde gestacional e parto. Também é possível que os casos que chegaram ao serviço de saúde são os de maior gravidade (SOUTO *et al.*, 2017, p. 2912).

Sendo assim, existe uma ampla variedade de causas para a gravidez precoce, que estão quase sempre correlacionadas com o contexto social e econômico, mas também cultural. A cultura majoritariamente paternalista no Brasil apresenta a configuração de família como homem que vai atrás do recurso para que a mulher fique em casa cuidando das crianças, um retrocesso no pensamento que torna a mulher objeto de reprodução diminuindo sua autonomia diante o mercado de trabalho e sua própria vida, sendo assim o elemento cultural influencia bastante na gravidez indesejada quando princípios éticos e religiosos interferem na Educação Sexual (DINIS; LUZ, 2007).

Discursos normativos sobre a sexualidade, a gravidez, os modos de ser homem ou de ser mulher, de ser adulto/a, ou de ser jovem e adolescente, de ser mãe e de ser pai, percorrem os espaços da escola e da mídia. Na modernidade, a mídia torna-se um elemento de formação cultural com igual e, às vezes, até maior presença do que a formação escolar, o que faz, muitas vezes, com que um discurso afete o outro. É assim que muitos dos discursos construídos pela mídia ajudam a formar também as representações da escola e da família sobre a sexualidade e a adolescência (DINIS; LUZ, 2007, p.3).

Na adolescência a ocorrência de métodos contraceptivos como preservativos, anticoncepcionais, entre outros, são dificilmente planejados e utilizados entre os jovens, devido a falta de informação e preocupação, inexperiência do assunto, influência cultural dos meios de convívio e a utilização de drogas, álcool estimulantes que propiciam a ocorrência de relação sexual inconsequente. E a respeito disso, Okido *et al.* (2012) destacam:

Analisando a perspectiva da vulnerabilidade correlacionada com o uso de métodos contraceptivos nas relações afetivo-sexuais dos adolescentes, existe descontinuidade no uso dos métodos contraceptivos, tendo em vista que o relacionamento entre adolescentes é marcado por forte hierarquia de gênero e pela ausência de uma formação adequada sobre sexualidade no contexto familiar e escolar. Há pouco espaço para o acolhimento dos jovens nos serviços de saúde e escolas, impedindo que as questões sobre sexualidade sejam tratadas de maneira a sensibilizá-los (OKIDO *et al.*, 2012, p.655).

As principais consequências da gravidez não planejada na adolescência estão relacionadas aos fatores psicológicos e de estrutura financeira da família. No entanto, salienta-se a questão da saúde dos envolvidos na relação, como a questão das doenças sexualmente transmissíveis (DST) como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e a Papiloma Vírus Humano (HPV) (OKIDO *et al.*, 2012).

Além disso, é muito passível de ocorrer que a família e a sociedade não amparem psicologicamente a adolescente em gestação, devido as intolerâncias culturais de ordem machista e religiosa da sociedade onde a mulher precisa resguardar o corpo até certa idade, o que agrava a situação criando possíveis traumas e desencadeando novos problemas posteriores. Nesse sentido destacam Rosaneli, Costa e Sutile (2020, p. 2):

A gravidez afeta eminentemente as trajetórias dessas vidas ao impulsionar as meninas à maternidade antes de estarem preparadas física, emocional ou financeiramente, por vezes perpetuando os ciclos intergeracionais de pobreza. Isso porque as meninas marginalizadas são frequentemente afetadas de forma desproporcional pela gravidez precoce. Contudo, a temática pode ser devastadora em todas as classes sociais, caso a parentalidade não seja planejada.

A gravidez também cria traumas psicológicos não apenas as meninas, mas também aos meninos, como destaca o estudo de Rosaneli, Costa e Sutile (2020). Para os jovens de sexo masculino, os traumas provocam a necessidade de buscar trabalho precoce e desvincular de instituições de ensino, criando assim a evasão escolar ou, em casos mais extremos em contextos de vulnerabilidades, esses jovens podem ingressar do mundo do crime. Além disso, a paternidade precoce atrapalha o desenvolvimento psicológico do adolescente, uma vez que ele passa rapidamente da adolescência à vida adulta sem muita experiência aumentando as chances de uma família sem muita estrutura, tendo eles que buscarem apoio em outros familiares. Enquanto para as meninas o sentimento é de vergonha, mas também há a relação de evasão escolar. O abandono do parceiro é um agravante para a família, onde a mãe solteira jovem terá apoio jurídico, mas sem um amparo imediato do pai (ROSANELI; COSTA; SUTILLE, 2020).

Entre as alternativas para intervir na situação da gravidez precoce, torna-se necessária a atuação conjunta entre Estado, órgãos de saúde, consciência coletiva da população. Uma das alternativas é a educação sexual nas escolas que é pauta em debate público por apresentar algumas complexidades de ordem religiosa e conservadora, onde alguns pais atentam que o papel de educar é da família e não do estado, enquanto a família nem sempre exerce o papel senão fosse o contrário não teríamos tantas gestações indesejadas na adolescência como já foi destacado anteriormente. Por isso, Higa *et al.* (2015, p. 881) dizem que:

Cada grupo social e cultural constrói e recria valores imaginários e conceitos sobre o papel da sexualidade para o ser humano. Em vista disso, a educação sexual acontece em todos os grupos sociais, de forma atemporal e acultural, expressando-se em diversos paradigmas e refletindo-se em múltiplas organizações da sociedade, inclusive, a escola. Paradigma é um tipo de visão de mundo, individual e coletivo, que se expressa no fazer cotidiano humano, como dito, indissociado da sexualidade. No campo sexual, os paradigmas se concretizam no que se chamam vertentes pedagógicas de educação sexual.

Os autores também enfatizam que promoção da saúde nos programas Promoção de Saúde nas Escolas (PSE) e do Estratégia Saúde da Família ESF, são essenciais nesse combate, além do amparo da sociedade e da atuação do CRAS.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “vulnerabilidade social na gestação”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos.

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós crítico”, a(s) operação(ões), projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Dados registrados no CRAS apontam um aumento nas solicitações por gestantes do Benefício Eventual - Auxílio Natalidade. O Benefício Eventual se configura pelo atendimento imediato de necessidades humanas básicas decorrentes de riscos sociais ou situações inesperadas.

Fazendo um comparativo dos atendimentos mensais do ano de 2020 e de 2021 (dados do Registro Mensal de Atendimentos- RMA) percebe-se um aumento significativo de gestantes que se enquadram no perfil de baixa renda, onde todas as famílias estão cadastradas no Programa Renda Brasil (Antigo Programa Bolsa Família). Todas as gestantes receberam, na forma de auxílio natalidade, uma ajuda financeira para reduzir a vulnerabilidade provocada por nascimento de um novo membro da família, conforme demonstrado no quadro 2:

Quadro 3: Comparativo dos atendimentos mensais ocorridos no ano de 2020 e de 2021 segundo Registro Mensal de Atendimentos, Lassance, 2021

RMA 2020	19 solicitações de Auxílio Natalidade
RMA 2021 (até mês Outubro)	40 solicitações de Auxílio Natalidade

Fonte: Elaborado pela autora, 2021

Os dados descritos no quadro 3 apontam que houve duplicação de um ano para o outro a solicitação e concessão do auxílio. Tal situação, além de levar a equipe a

questionar sua motivação, aponta para a necessidade de estruturar algumas ações de intervenção.

Observa-se que, dentre as gestantes que tiveram a concessão do incentivo tem-se adolescentes, mães solo, mulheres com outros filhos, desempregadas ou sem vínculo empregatício formal.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A questão do alto índice de gestantes no ano de 2021, com perfil de baixa renda, chama a atenção e merece aprofundamento, inclusive por haver consenso de que a pobreza agrava o estresse enfrentado por todas as famílias e pode ter um efeito negativo sobre o desenvolvimento das crianças.

A equipe do CRAS diante desses dados, começou a questionar o que levou o número de gestantes a aumentar desta forma e o que levaria essas mulheres a engravidarem sem nenhum tipo de planejamento familiar ou mesmo o “porquê” de não fazerem uso de métodos contraceptivos.

Dados da literatura já apontam que a situação econômica da família, o grau de instrução, a raça e a religião da mulher, a falta de acesso à informação e a precariedade nos serviços de saúde interferem no número de filhos e a idade com que a mulher tem esses filhos (CARMO; GUIZARDI, 2018; BRASIL, 2012; 2020b)

Observando a comunidade de Lassance, acredita-se que os fatores que interferem no aumento de mulheres grávidas em situação de vulnerabilidade social estão questões que vão além da própria questão socioeconômica.

Também se acredita que a falta de orientação ou a falta de oferta para a comunidade tanto masculina como feminina de contraceptivos é uma questão que interfere. Não basta saber que existem os métodos; é essencial que saibam como utilizá-los para diminuir o índice de falha.

Não é raro identificar que muitas mulheres acreditam que quanto mais filhos, maior a renda vinda dos Programas Sociais, mas esquecem de que estão falando de vidas que precisam, além de comer e vestir, de apoio familiar. Os riscos de resultados negativos para a criança e a probabilidade de condições precárias de vida são sensivelmente maiores para crianças que vivem em famílias mais vulneráveis.

Apesar dos avanços dos últimos anos, o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva ainda está longe de ser o ideal.

Diante desse contexto torna-se ainda mais evidente o quanto são importantes a educação sexual e o planejamento familiar onde valores, características de personalidade, história de vida das famílias de origem se destacam como elementos que interferem diretamente na estrutura familiar que está sendo formada.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os principais “nós críticos” identificados foram:

- Não uso/ou uso inadequado dos métodos contraceptivos;
- Falta de ações de educação sexual e planejamento familiar;
- Desestruturação familiar

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “vulnerabilidade social na gestação”, na população sob responsabilidade do CRAS, do município de Lassance, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Não uso/ou uso inadequado dos métodos contraceptivos
6º passo: operação (operações)	Aumentar o nível de informação sobre os métodos contraceptivos e como utilizá-los; Orientar e divulgar para população masculina e feminina, principalmente para adolescentes, informações acerca dos métodos contraceptivos.
6º passo: projeto	Saber +
6º passo: resultados esperados	População mais informada sobre métodos contraceptivos. Diminuição de gravidezes não planejadas
6º passo: produtos esperados	Grupos operativos com mulheres, em funcionamento regular; Parceria com as escolas para educação de escolares
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos e cartilhas, lanche para os grupos, etc Político: Mobilização social, articulação com a rede de ensino e Saúde.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Secretário Municipal de Saúde e ESF's (motivação favorável), Secretário Municipal de Educação e Escolas (motivação favorável) Reuniões intersetoriais e com a diretoria da escola.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Psicóloga Apresentar o projeto de grupos operativos à direção do CRAS, às diretoras das escolas de Lassance
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Equipe do CRAS – Psicóloga e Assistente Social e Enfermeiro coordenador dos ESF's Seis meses para início das atividades
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	As ações serão monitoradas pelas psicólogas do CRAS e enfermeira da ESF, de forma contínua e permanente, com vistas à detecção precoce de fragilidades nas ações propostas e desenvolvidas.

Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “vulnerabilidade social na gestação”, na população sob responsabilidade do CRAS, do município de Lassance, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Falta de ações de educação sexual e planejamento familiar
6º passo: operação (operações)	Proporcionar conhecimento e esclarecer dúvidas sobre temas relacionados à sexualidade e planejamento familiar
6º passo: projeto	Planejar é cuidar
6º passo: resultados esperados	População feminina adulta e adolescente mais informada sobre o tema. Equipe envolvida com maior nível de conhecimento. Adolescentes e jovens participando de ações educativas sobre educação sexual e planejamento familiar. Mulheres empoderadas sobre Planejamento Familiar
6º passo: produtos esperados	Grupos operativos em funcionamento e participação ativa do público alvo. Parceria ativa entre profissionais do CRAS e comunidade escolar.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógica Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos e cartilhas, lanche para os grupos, etc Político: articulação com os Gestores da Secretaria Municipal de Saúde, de Educação e da Assistência Social
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Secretário Municipal de Saúde e ESF (motivação favorável), Secretário Municipal de Educação e Escolas (motivação favorável) Reuniões intersetoriais com equipe de saúde e escolas
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Psicóloga e diretoras escolares Apresentar o projeto de educação sexual e planejamento familiar ao Secretário de Saúde, diretorias escolares.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Equipe do CRAS – Psicóloga e Assistente Social e Enfermeiro coordenador dos ESF's Início dos grupos educativos após aprovação das escolas (segundo semestre de 2022)
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Avaliação do nível de informação dos participantes dos grupos educativos acerca de educação sexual e planejamento familiar por meio de instrumento a ser formulado pela psicóloga, assistente social e enfermeira

Quadro 6- Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “vulnerabilidade social na gestação”, na população sob responsabilidade da Equipe do CRAS, do município de Lassance, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Desestruturação familiar
6º passo: operação (operações)	Trabalhar a desestruturação familiar como consequência da gravidez precoce. Trabalhar com as famílias em acompanhamento pelo PAIF (Programa de Atenção Integral a Família) sobre a importância de um ambiente familiar saudável como reflexo positivo na vida dos filhos
6º passo: projeto	Diálogo aberto.
6º passo: resultados esperados	Melhorar a comunicação entre pais e filhos; Melhorar a relação familiar.
6º passo: produtos esperados	Rodas de conversas com vistas à efetiva comunicação entre pais e filhos e outros familiares que compõem o ciclo familiar
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de abordagem com as famílias Financeiro: material de papelaria para dinâmicas, lanche para as reuniões, e aquisição de recursos audiovisuais Político: Articulação com o Secretário de Assistência Social
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: domínio sobre a questão da desestruturação e atitudes para melhoria no contexto familiar Político: Secretário de Assistência Social Financeiro: Recursos para aquisição do material
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretário da Assistência Social (favorável)
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Psicólogo e Assistente Social do CRAS Início das rodas de conversa em até seis meses
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Rodas de conversa quinzenais com as Famílias do PAIF e também quinzenais, com os grupos de mães que receberam o Benefício Eventual Auxílio Natalidade sobre o tema desestruturação familiar e suas implicações.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final do trabalho foi constatado, através da pesquisa bibliográfica, que a gravidez não planejada pode acarretar problemas sociais imensos, principalmente em áreas de vulnerabilidade, colocando ainda mais em risco a qualidade de vida da família. Dessa forma, equipamentos públicos como o CRAS são importantes para acolher pessoas em risco social.

Existem muitas causas que provocam a gravidez indesejada, principalmente na adolescência, quando é mais comum, segundo os estudos aqui realizados. Entre as causas destacam-se a falta de informação, a utilização inadequada ou inutilização total dos métodos contraceptivos, bem como desestruturação familiar que proporciona falta de diálogo. Para tanto, a educação sexual nas escolas e por parte de entidades públicas são importantes nesse sentido.

Visto isso, o trabalho propôs um planejamento de intervenção no município de Lassance-MG através do CRAS local, considerando as informações desse equipamento público. Visando atender ao objetivo, foi feito proporcionando, através de planejamento, as ações com passo-a-passo observando os principais aspectos que aumentam a tendência de gestações não planejadas, como a desestruturação familiar, falta de ação em educação sexual e utilização de métodos contraceptivos inadequadas ou sua inutilização. As principais maneiras de intervir estão relacionadas ao diálogo familiar, orientação das escolas, disseminação das informações de maneira adequada aos adolescentes e adultos em situação de vulnerabilidade, acompanhamento de profissionais do CRAS, principalmente psicólogos, atuação em conjunto da sociedade como um todo desde a família a escola.

Destaca-se que esse tema é amplo por envolver um problema muito delicado no Brasil, que é um país com muita vulnerabilidade social e econômica. Assim, compreende-se esse tema como interdisciplinar nas áreas da enfermagem, medicina, sociologia, ciências sociais, geografia, psicologia e gestão pública. Portanto, devido a tal amplitude do assunto é importante a realização de mais pesquisas e planos para intervir no controle das gestações não planejadas, principalmente nas adolescentes.

REFERENCIAS

ANDRADE, L. F.; ROMAGNOLIS, R. C. O Psicólogo no CRAS: uma cartografia dos territórios subjetivos. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 30, n. 3, p. 604-619, 2010

ARAÚJO, A.S. *et al.* O contexto da gestante na situação de rua e vulnerabilidade: seu olhar sobre o pré-natal. **Rev enferm UFPE** (on line) v. 11(Supl. 10), p. 4103-10, 2017

ASSCHERER, A. *et al.* Gestação na infância e na adolescência de pessoas em situação de vulnerabilidade social. **Rev.Pubsaúde**, v.8, n.a221, p.1-6, 2021

BAQUIÃO, L. S. M. *et al.* Práticas educativas a gestantes em situação de vulnerabilidade social. **Braz. J. of Develop.**, v. 6, n.4, p.16903-16907,2020

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Decreto nº 5.085, de 19 de maio de 2004 define as ações continuadas de assistência social. **Diário Oficial da União** - Seção 1, p.3, 20/5/2004

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS). Proteção Básica do Sistema Único de Assistência Social. **Orientações técnicas para o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Sistema Único de Assistência Social **Orientações Técnicas sobre o PAIF – O serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF** segundo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília. v. 2, 2012.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Decreto nº 8.869, de 5 de outubro de 2016. Institui o Programa Criança Feliz. **Diário Oficial da União**. Seção 1, p.2, 6/10/2016a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cuidando de Adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes**

na atenção básica [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017

BRASIL. Câmara dos Deputados. Decreto nº 9.579, de 22 de novembro de 2018. Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática do lactente, da criança e do adolescente e do aprendiz, e sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, o Fundo Nacional para a Criança e o Adolescente e os programas federais da criança e do adolescente, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1, p.49, 23/11/2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2020** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília, Ministério da Saúde, 2020 a

BRASIL. Ministério da Economia e Ministério da Cidadania. Decreto nº 10.357, de 20 de maio de 2020. **Diário Oficial da União**. Edição 96, Seção 1, p.8, 21/05/2020 b

CARMO, M.E.; GUIZARDI, F.L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, v.34, n.3, p.1-14, 2018

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia:** trabalho de conclusão de curso. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2017

DINIS, N; LUZ, A.A. Educação sexual na perspectiva histórico-cultural. **Educar**. n. 30, p. 77-87, 2007

DUARTE, E. M. S. *et al.* Mortalidade materna e vulnerabilidade social no Estado de Alagoas no Nordeste brasileiro: uma abordagem espaço-temporal. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** v. 20, n. 2, p. 587-598, 2020

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C.C. SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde.** Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018

FARIAS, R.; MORÉ, C. O.O. Repercussões da Gravidez em Adolescentes de 10 a 14 Anos em Contexto de Vulnerabilidade Social. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 25, n. 3, p. 596-604, 2012

HIGA, E. F. R. *et al.* A intersectorialidade como estratégia para promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 879-891, 2015.

IBRAHIM, Fábio Zambitte. **Curso de Direito Previdenciário**. Rio de Janeiro: Impetus, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Lassance:** panorama.,2021 Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/lassance/panorama>>, 2021

LASSANCE, Prefeitura Municipal de Lassance. **História e Turismo**. Disponível em: <<http://lassance.mg.gov.br/>>. Acesso em: 28 nov. de 2021.

NASCIMENTO, M. S.; LIPPI, U. G.; SANTOS, Á. S. Vulnerabilidade Social Individual e a gravidez na adolescência. **Rev Enferm Atenção Saúde** [online]. v.7, n.1, p.15-29, 2018

OKIDO, A. C. C. *et al.* GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: aspectos relacionados à vulnerabilidade. **Rev enferm UFPE** (on line). V.6, n. 3, p. 652-7, 2012

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Relações macropolíticas e micropolíticas no cotidiano do CRAS. **Psicologia & Sociedade**, v. 28, n.1, p. 151-161, 2016

ROSANELI, C. F.; COSTA, N. B.; SUTILE, V.M. Proteção à vida e à saúde da gravidez na adolescência sob o olhar da Bioética. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n.1, (e300114), p.1-12, 2020.

SENA FILHA, V. L. M.; CASTANHA, A. R. Profissionais de Unidades de Saúde e a gravidez na adolescência. **Psicologia & Sociedade**. v.26 (n. spe.), p. 79-88, 2014

SILVA, C. A. *et al.* Gestação de alto risco: vulnerabilidade social e fatores socioeconômicos. **Rev. Conjecturas**. v. 21, n. 3, p. 591- 608, 2021

SILVA, J. V.; CORGOZINHO, J. P. Atuação do psicólogo, SUAS/CRAS e psicologia social comunitária: possíveis articulações. **Psicologia & Sociedade**, 23(n. spe.), p.12-21, 2011.

SOUTO, R. M. C. V. *et al.* Estupro e gravidez de meninas de até 13 anos no Brasil: características e implicações na saúde gestacional, parto e nascimento. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 22, n. 9, p. 2909- 2918, 2017