

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

**ELEXSI CERVANTES PELEGRIN**

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UMA PROPOSTA DA EQUIPE DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA DAS DORES ROCHA, DE ICARAÍ -  
MINAS GERAIS.**

**MONTES CLAROS – MINAS GERAIS**

**2015**

**ELEXSI CERVANTES PELEGRIN**

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UMA PROPOSTA DA EQUIPE DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA DAS DORES ROCHA, DE ICARAÍ -  
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.

Orientador: Prof. Edison José Corrêa

**MONTES CLAROS – MINAS GERAIS**

**2015**

**ELEXSI CERVANTES PELEGRIN**

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UMA PROPOSTA DA EQUIPE DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA DAS DORES ROCHA, DE ICARAÍ -  
MINAS GERAIS.**

Banca examinadora

Prof. Edison José Corrêa – Orientador

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 23/05/2015.

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho

À memória de meu pai.

A minha querida família.

A minha esposa.

Aos professores.

Ao povo do Brasil.

A todos os que contribuem para a realização deste maravilhoso  
Programa Mais Médicos para o Brasil.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao povo do Brasil.

À Organização Pan-americana de Saúde.

Ao Ministério da Saúde do Brasil e de Cuba.

Às autoridades do Governo Brasileiro e Cubano,

Ao Ministério da Educação e sua Universidade Federal de Minas Gerais.

À equipe da Saúde da Família Maria das Dores Rocha do Programa de Saúde da Família do Morrinho e autoridades locais da saúde do município Icaraí de Minas.

Aos maravilhosos professores que com muita paciência dedicaram seus esforços para lograr os objetivos deste trabalho.

Obrigado a todos.

## RESUMO

O presente estudo apresenta um plano de intervenção sobre o problema considerado prioritário – gravidez na adolescência – pela Equipe de Saúde da Família Maria das Dores Rocha, do município de Icaraí de Minas, Minas Gerais, com o objetivo de diminuir em 30% a prevalência da gravidez na adolescência, considerada, nesse trabalho, como o grupo de pessoas entre os 12 e 18 anos. Para a definição dos problemas e daquele considerado prioritário foi aplicado o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES). O trabalho apresenta uma revisão bibliográfica sobre conceitos de adolescência e gravidez na adolescência. Definido o problema prioritário e identificados cinco nós críticos, ou seja, problemas intermediários que resolvidos colaboram na resolução ou resolvem o problema principal. São nós críticos: (1) Dúvidas dos adolescentes e questionamento sobre a sexualidade e outras mudanças nesta idade; (2) Desconhecimento do uso dos métodos anticoncepcionais; (3) Influência negativa da cultura familiar sobre a prevenção da gravidez; (4) Mães que iniciaram sua vida sexual muito cedo e engravidaram na adolescência, tendendo a fazer padrão de comportamento familiar. (5) Vulnerabilidades das famílias com más condições econômicas. Para cada um desses cinco nós críticos é proposto um projeto e os resultados esperados, os recursos necessários, os responsáveis e o processo de acompanhamento e avaliação. Ao final, esse trabalho apresenta comentários e considerações e o registro das referências bibliográficas utilizadas.

**Palavras-chave:** Adolescente. Saúde do adolescente. Fatores de risco. Gravidez na adolescência. Anticoncepção.

## ABSTRACT

The present study presents a plan of intervention on the issue considered as a priority-teenage pregnancy-family health team Maria das Dores Rocha, of the municipality of Icaraí de Minas, Minas Gerais, with the goal of decreasing in 30% the prevalence of teenage pregnancy, considered, in this work, as the Group of people between 12 and 18 years. For the definition of problems and that priority was applied the method of the Situational strategic planning (PES). The work presents a literature review on concepts of adolescence and teenage pregnancy. Set the priority problem and identified five critical nodes, i.e. problems intermediaries who resolved collaborate in resolution or solve the main problem. Are we critics: (1) Questions of teenagers and questioning about sexuality and other changes in this age; (2) ignorance of the use of contraception methods; (3) negative Influence of culture familiar about the prevention of pregnancy; (4) mothers who began their sex life too early and got pregnant in adolescence, tending to make familiar behavior pattern. (5) Vulnerabilities of households with poor economic conditions. For each of these five critical nodes is proposed a project and the expected results, resources required, those responsible and the monitoring and evaluation process. In the end, this work presents comments and considerations and the register of references used.

**Keywords:** Adolescent. Adolescent health. Risk factors. Pregnancy in adolescence. Contraception

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
1.1 Caracterização geográfica do município	9
1.2 Histórico e descrição do município	9
1.3 Aspectos demográficos	10
1.4 Aspectos socioeconômicos	12
1.5 Índice de Desenvolvimento Humano Municipal	13
1.6 Saneamento básico	13
1.7 Educação	14
1.8 Recursos da comunidade	16
1.9 Sistema Municipal de Saúde	16
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>19</b>
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>20</b>
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>21</b>
<b>5 BASES CONCEITUAIS</b>	<b>22</b>
5.1 Conceitos de adolescência	22
5.2 Gravidez na adolescência: fatores predisponentes	23
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>25</b>
6.1 Definições dos problemas e classificação de prioridades	25
6.2 Explicação do problema.	26
6.3 Identificações de "nós críticos"	27
6.4 Plano de intervenção para cada nó crítico	
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>34</b>



## **1 INTRODUÇÃO**

Nessa introdução serão apresentadas as principais informações sobre o município de Icaraí de Minas, em Minas Gerais, espaço em que atua a Equipe de Saúde da Família Maria das Dores Rocha, da qual faz parte o autor desse trabalho.

### **1.1 Caracterização geográfica do município**

A cidade de Icaraí de Minas está localizada ao norte do estado de Minas Gerais, a 172 km de Montes Claros e a 612 km de Belo Horizonte, capital do estado. Icaraí de Minas limita-se com os municípios de São Francisco a norte, a leste com Luislândia, a oeste pelo Rio de São Francisco e ao sul pelo São Romão e Ubaí. Têm uma população de 11.524 habitantes, de acordo com censo divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estimativa 2014, com uma densidade demográfica de 17,18 habitantes por km<sup>2</sup>. (BRASIL, 2015a).

### **1.2 Histórico e descrição do município**

Icaraí de Minas surge em meados da década de 1920, quando começou a ser formado um agrupamento de casas em torno de uma fazenda, cujo proprietário chamava-se José Bernardino Teixeira. Com o passar dos anos o local ficou conhecido como Tiririca, aonde veio a ser instalada a primeira escola da região. O coronel Bernardino, para incentivar o crescimento do povoado e com interesse de manter a mão de obra na fazenda procurou formas para promover a construção de uma igreja, procurando dar um atrativo a mais para os moradores que ali começavam a habitar. Em 1956 o município passou para a jurisdição da Paróquia de São José/São Francisco em 1992 foi criado o município, cujo nome Tiririca passou a Icaraí de Minas (BRASIL, 2015a).

### 1.3 Aspectos demográficos

O município de Icaraí de Minas tem uma extensão territorial de 625.664 km<sup>2</sup> e concentração habitacional de 17,18 hab./km<sup>2</sup>, com um total de 2.518 famílias, com média de 4,2 moradores por família, aproximadamente (Quadros 1 e 2). Sua taxa de crescimento anual é de 1,44% (BRASIL, 2015a).

Quadro 1 - Número de famílias no município de Icaraí de Minas, Minas Gerais, 2014.

Região	Famílias
Zona urbana	831
Zona rural	1.687
Total	2.518

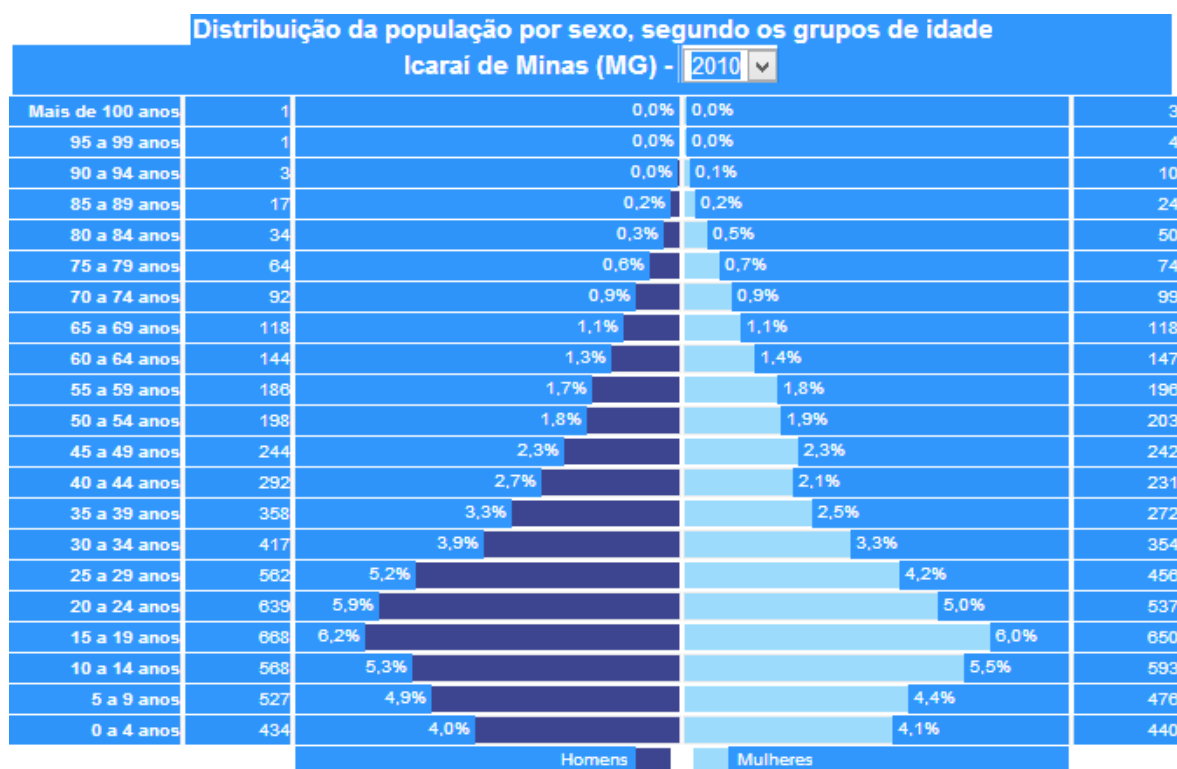
Fonte: Icaraí de Minas, 2014.

Quadro 2 - População por faixa etária e sexo, Icaraí de Minas - Minas Gerais, 2014.

Grupos etários	Masculinos	%	Feminino	%	Total	%
0 a 4 anos	434	4.0	440	4.1	874	8.13
5 a 9 anos	527	4.9	476	4.4	1003	9.33
10 a 14 anos	568	5.3	593	5.5	1161	10.80
15 a 19 anos	668	6.2	650	6.0	1318	12.2
20 a 24 anos	639	5.9	537	5.0	1176	10.9
25 a 29 anos	562	5.2	456	4.2	1018	9.4
30 a 34 anos	417	3.9	354	3.3	771	7.2
35 a 39 anos	358	3.3	272	2.5	630	5.8
40 a 44 anos	292	2.7	231	2.1	523	4.8
45 a 49 anos	244	2.3	242	2.3	486	4.6
50 a 54 anos	198	1.8	203	1.9	401	3.7
55 a 59 anos	186	1.7	196	1.8	382	3.5
60 a 64 anos	144	1.3	147	1.4	291	2.7
65 a 69 anos	118	1.1	118	1.1	236	2.2
70 a 74 anos	92	0.9	99	0.9	191	1.8
75 a 79 anos	64	0.6	74	0.7	138	1.3
80 a 84 anos	34	0.3	50	0.5	84	0.8
85 a 89 anos	17	0.2	24	0.2	41	0.4
90 a 94 anos	3	0.0	10	0.1	13	0.1
95 a 99 anos	1	0.0	4	0.0	5	0.0
Mais de 100 anos	1	0.0	3	0.0	4	0.0
<b>Total</b>	<b>5567</b>	<b>52</b>	<b>5179</b>	<b>48</b>	<b>10746</b>	<b>100</b>

Fonte: Brasil, 2015a

Figura 1 - Pirâmide etária de Icarai de Minas, Minas Gerais, censo IBGE de 2010.



Fonte: Brasil, 2015a

Os Quadros 1 e 2 e a Figura 1 mostram que a população maior é a compreendida entre as idades de 5 a 29 anos representando 52,63 % do total da população, pelo que se considera uma população jovem com tendência ao crescimento. A imagem da pirâmide em copa invertida mostra que a base da população é menor para pessoas de mais idade e maior para pessoas mais jovens. O grupo de idade de 10 a 14 anos representa 10,80% da população total, sendo o de maior porcentagem.

A taxa de urbanização, segundo dados do IBGE 2010, mostra população residente urbana de 2.986 pessoas (27,7%) e a população rural de 7.760 habitantes (72,21%), o que pode ser justificado pelo tipo de economia da região, essencialmente agrícola, com predomínio de pequenas propriedades rurais.

#### 1.4 Aspectos socioeconômicos

A principal atividade econômica municipal é a agricultura, a pecuária de corte e leiteira, assim como a exploração de sua floresta para fabricação de carvão vegetal e plantação de milho. Duas cooperativas dos Pequenos Produtores Rurais (COPERPRIM e COPERLEITE) são significativas. O comércio é pequeno e fundamentalmente de gêneros alimentícios e bares.

A renda média domiciliar *per capita* de Icaraí de Minas é de R\$ 275,52 tomando como referência o salário mínimo do ano 2010 de R\$ 510,00 (BRASIL, 2015a). A proporção de moradores abaixo da renda média familiar é de 64,89%, o qual vem melhorando após a inclusão da bolsa familiar (BRASIL, 2015a).

O Quadro 3 mostra os principais recursos econômicos para os gastos com saúde, no município.

Quadro 3 - Transferências de recursos fundo a fundo em 2013, município de Icaraí de Minas - Minas Gerais.

SETOR	R\$
Atenção Básica	987.692,99
Media e alta complexidade	0
Vigilância em saúde	76.820,5
Assistência farmacêutica	41.822,55
Gestão do SUS	0
Investimento	0
Total de repasse do Fundo a Fundo em 2013	1.106.335,9
Recursos próprios aplicados na saúde em 2013 (18,54%)	2.161.267,51

Fonte: Icaraí de Minas, 2014.

## 1.5 Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Índice de Desenvolvimento Municipal (IDHM) de Icarai de Minas é considerado médio. Seu valor absoluto é de 0,65 (PNUD/2000). O Produto Interno Bruto (PIB) é de R\$40.342,006. (IBGE,/2008), que representa a soma (em valores monetários) de todos os bens e serviços finais produzidos, é um dos indicadores mais utilizados hoje na macroeconomia em um ano de um território (BRASIL, 2015a).

O Produto Interno Bruto *per capita* do município é R\$3.738,14, dados de 2008 (BRASIL, 2015). Para estimar a proporção de pessoas que estão abaixo da linha da pobreza foi somada a renda de todas as pessoas do domicílio, e o total dividido pelo número de moradores, sendo considerado abaixo da linha da pobreza os que possuem renda *per capita* de até R\$ 140,00 (BRASIL, 2015a).

## 1.6 Saneamento básico.

O sistema de abastecimento de água de Icarai de Minas é responsabilidade da Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA), para a garantia de atendimento da demanda atual e futura, em quantidade e qualidade suficiente. O índice de atendimento de água chega aos 98% das casas, na área urbana, e de 89,9% na rural, aí com o abastecimento de água sendo operada pela prefeitura de Icarai de Minas (ICARAÍ DE MINAS, 2014).

O lixo é coletado por serviço de limpeza, realizando aterro sanitário, de responsabilidade do governo local em áreas rurais e urbanas, com problema em áreas rural muitas apartadas onde o lixo é queimado, afetando o meio ambiente. Os resíduos perigosos são cremados em Brasília de Minas, por empresa contratada pela prefeitura. A responsabilidade da coleta, tratamento e destinação final do esgoto gerado na cidade de Icarai de Minas é responsabilidade também de COPASA. Atualmente a cidade se encontra com um 30% de seu esgoto tratado de maneira correta. Muito foi feito e muito ainda falta por fazer. Os atuais déficits de cobertura dos serviços de esgotos (Quadro 4) indicam a relação direta entre

carências no atendimento às populações de baixa renda com menor capacidade de pagamento, enquanto o esgoto sanitário não tratado adequadamente está diretamente ligado à incidência de doenças totalmente evitáveis como, por exemplo, hepatite e a disenteria entre as doenças infecciosas (BRASIL, 2015a).

Quando 4 – Percentual da população segundo a situação do saneamento básico no município de Icaraí de Minas, 2000-2010: por tipo de abastecimento de água, instalação sanitária e coleta de lixo.

<b>Abastecimento de água</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
Rede geral	46,1	89,5
Poço ou nascente (na propriedade)	56,5	36,9
Outra forma	1,4	1,6
<b>Instalação Sanitária</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
Rede geral de esgoto ou pluvial	37,4	69,8
Fossa séptica	0,1	1,9
Fossa rudimentar	3,2	13,5
Vala	1,5	10,4
Rio, lago ou mar.	-	21,0
Outro escoadouro	29,0	1,0
Não sabe o tipo de escoadouro	0,3	-
Não tem instalação sanitária	28,4	5,5
<b>Coleta de lixo</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
Coletado	14,0	74,5
Queimado (na propriedade)	42,2	14,5
Enterrado (na propriedade)	8,8	0,4
Jogado	9,9	10,6
Outro destino	25,2	-

Fonte: Adaptado de Brasil, 2015.

## 1.7 Educação.

A situação da educação no município pode ser sintetizada com os indicadores de taxa de analfabetismo entre maiores de 15 anos em 14, 8% e no percentual de

crianças em idade escolar fora da escola de 10,3. Em outros dados registrados por censo 2010 se distribuiu o nível de escolaridade segundo o Quadro 5. O Quadro 6 descreve as redes escolares do município de Icaraí de Minas:

Quadro 5 - Distribuição da população segundo grau de escolaridade, Icaraí de Minas - Minas Gerais, 2010.

1º ciclo fundamental incompleto	32,47 %
1º ciclo fundamental completo /2ºciclo incompleto	16,32 %
2º ciclo completo ou mais	16,32 %
Não determinada	12,21 %

Fonte: Brasil, 2015a

Quadro 6 – Rede escolar em Icaraí de Minas - Minas Gerais, 2010.

Estabelecimento escolar	N
Creche	1
Pré-escolar	7
Escolas de ensino médio	5
Ensino fundamental	12

Fonte: Brasil, 2015a

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB)–índice que combina o rendimento escolar às notas do exame Prova Brasil, aplicado a crianças da 4ª e 8ª séries – pode variar de 0 a 10. Este município está na 1.777ª posição, entre os 5.565 do Brasil, quando avaliados os alunos da 4.ª série, e na 3.210.ª, no caso dos alunos da 8.ª série. O IDEB nacional, em 2011, foi de 5,0 para os anos iniciais do ensino fundamental em escolas públicas e de 4,1 para os anos finais. Nas escolas particulares, as notas médias foram, respectivamente, 6,5, 6,0 e 5,7 (BRASIL, 2013).

## **1.8 Recursos da comunidade**

A cidade tem uma praça pequena, com um ginásio livre onde a população faz exercício físico para uma vida mais saudável. Tem três igrejas, sendo a católica a maior. Existem em cada comunidade uma ou duas igrejas como tradição das crenças da população.

A grande maioria das ruas está sem asfalto, 100% dos domicílios possuem energia elétrica e a grande maioria também utiliza água da rede pública de abastecimento, destinam seu lixo à coleta pública municipal e o esgoto ao sistema da rede pública. Existem dois bancos (SICOOB e Bradesco), uma casa de loteria e um correio que faz o serviço do Banco do Brasil. Os serviços de luz elétrica e telefonia são acessíveis a toda a população.

## **1.9. Sistema Municipal de Saúde.**

No município de Icaraí de Minas 100% da população é usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), não existindo locais de saúde privados. São as seguintes as unidades públicas prestadoras de serviços de saúde:

- Uma Unidade Mista de Saúde, sem atendimento hospitalar, somente com consultas ambulatoriais e urgências/emergências e, vinculados, laboratório de patologia clínica (com problemas atuais por falta de profissionais) e fisioterapia. É a unidade de referência no município para as demais unidades básicas. Funciona como se fosse uma unidade de pronto socorro.
- Três equipes de Saúde da Família: a equipe José Mendes da Rocha na sede do município, a equipe Maria das Dores Rocha no povoado de Nova Aparecida e a equipe Logradouro no povoado de Logradouro. As duas primeiras equipes possuem equipe de Saúde Bucal.
- Uma Farmácia popular.



Com o objetivo de ampliar a estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, ocorreu o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica, criando-se quatro pontos de apoio na zona rural (Morrinhos, Brejo Grande, Cabeceira da Vargem e Pindaíba).

O autor atua na Equipe de Saúde da Família Maria das Dores Rocha, pertencente à comunidade rural de Morrinhos, com uma população de 1.153 habitantes em 366 famílias. A equipe está constituída por um médico especialista em medicina familiar, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e cinco Agentes Comunitários da Saúde. O local de atendimento é adaptado, sem condições mínimas para enfrentar os principais problemas de saúde da área, pois tem uma recepção para os pacientes, uma área de curativo, uma área para enfermagem, um local de consulta médica. Está localizada no centro da comunidade, que tem as principais ruas pavimentadas. A unidade conta, também, com uma pequena área para a farmácia.

Os horários de atendimento de todas as equipes de saúde são de oito horas diárias com exceção da Unidade Mista de Saúde que mantém plantão 24 horas. Os problemas de saúde não resolvidos no município são encaminhados via Central de Regulação da Programação Pactuada e Integrada (PPI) para as Unidades de Referência nos municípios vizinhos. O sistema de referência e contrarreferência estão desenhados, porém não funciona adequadamente. O município não conta com redes de média e alta complexidade.

As equipes da Estratégia Saúde da Família são compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde de acordo com o número de população de cada equipe, uma equipe de saúde bucal (cirurgião dentista e técnico de higiene dental ou auxiliar de saúde bucal), esta somente em duas equipes.

O município conta com duas ambulâncias para transporte de pacientes que precisam de atendimento fora da cidade e um microônibus para tratamento fora do domicílio (TFD).

## 2 JUSTIFICATIVA

A Equipe de Saúde da Família Maria das Dores Rocha planeja de forma mensal todas suas atividades e semanalmente analisa os principais problemas de saúde da população para definir prioridades. Em todas as reuniões da equipe sempre se identificava como um dos principais problemas da saúde a questão da “gravidez na adolescência”, pois, em análise realizada durante o primeiro trimestre de 2014 pode-se verificar que, do total das grávidas cadastradas, um número importante era de adolescentes. Para esse problema, pode-se registrar que os **"nós críticos"** – situações que resolvidas atenuariam ou resolveriam o problema – seriam: desconhecimento dos adolescentes sobre o uso dos métodos contraceptivos; influência negativa da cultura familiar sobre a prevenção da gravidez; adolescentes que engravidam tendenciadas por padrão de comportamento familiar; baixa escolaridade e baixo nível de vida socioeconômico da população.

Este é um dos problemas de saúde que, também, mais preocupa a comunidade do Morrinho, em Icaraí de Minas, por constituir 30% do total das grávidas na comunidade, conforme dados do atendimento em consultório. Esse número segue os dados do Brasil, do Ministério de Saúde, de que aproximadamente 25% do total de mulheres que se engravidam são adolescentes.

Foi de extrema importância para a equipe o problema das meninas da comunidade do Morrinho, já que existe muito desconhecimento sobre o uso de os métodos anticoncepcionais entre os adolescentes frequentando nesta fase da vida os riscos que representa para a vida ao grupo de mulheres selecionadas. A partir destes dados, justifica-se e torna-se necessário realizar ações a fim de organizar o processo de trabalho da equipe de Saúde da Família Maria das Dores Rocha.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo geral

Propor processo de trabalho para a Equipe de Saúde da Família Maria das Dores Rocha, do município de Icaraí de Minas, para diminuir em 30% a prevalência da gravidez no grupo de adolescentes, considerados como o grupo entre 12 a 18 anos.

#### 3.2 Objetivos específicos

Propor ações para esclarecer dúvidas dos adolescentes e questionamento sobre a sexualidade e outras mudanças que ocorrem nesta idade.

Propor ações para incrementar o nível de informação dos usos de métodos anticonceptivos na população em risco.

Estabelecer mecanismos para melhor atenção da equipe às adolescentes grávidas, especialmente quanto às vulnerabilidades das famílias em piores condições econômicas.

Propor mecanismo de atuação junto a influência negativa da cultura familiar sobre a prevenção da gravidez.

Propor mecanismo de atuação com famílias cujas mães iniciaram sua vida sexual muito cedo ou engravidaram na adolescência, tendendo a fazer padrão de comportamento familiar.

#### **4 METODOLOGIA**

Para a definição do problema prioritário e nós críticos foi utilizada a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme consta do módulo Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).

Para a realização desse trabalho como uma proposta de intervenção foram consultadas publicações básicas do Ministério da Saúde e da legislação brasileira, bem como artigos científicos sobre os temas descritos como palavras-chave. Foi necessária a utilização de informação da Análise da Situação de Saúde de nossa Área de abrangência, a visita à Biblioteca Virtual do Programa Ágora e a revisão dos textos dos Cadernos da Atenção Básica da Saúde. Também foram pesquisados para obtenção de dados do governo os sítios DATASUS e IBGE.

Para a elaboração do texto, foram utilizadas as normas metodológicas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), conforme a publicação Introdução à metodologia – produção de textos (CORRÊA; VASCONCELOS e SOUZA, 2013).

## 5 - BASES CONCEITUAIS

Para melhor balizar esse trabalho serão conceituados, de acordo com as evidências científicas, os termos adolescência e gravidez na adolescência.

### 5.1 - Conceitos de adolescência

O conceito de adolescência varia de autor a autor e de instituição a instituição.

Adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive. A adolescência se inicia com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e sua personalidade, obtendo progressivamente sua independência econômica, além da integração em seu grupo social. Os limites cronológicos da adolescência são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 10 e 19 anos (*adolescents*) (EISENSTEIN, 2005, p. 5).

Para o descritor “adolescente” a Biblioteca Virtual em Saúde define o período de 13 a 18 anos. A cultura norte-americana denomina adolescentes os “teenagers”, dos 13 (thirteen) aos 19 anos (nineteen).

De acordo com a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências, “considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescentes aquela entre doze e dezoito anos de idade (BRASIL, 1990, art. 2º)”. Esse conceito é o utilizado na Caderneta de Saúde do (a) Adolescente (BRASIL, 2015b).

Nesse trabalho utiliza-se a definição de adolescente o período entre 12 e 18 anos fundamentado na lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990, do Brasil.

A adolescência é uma das etapas mais belas da vida e está cheia de curiosidades e indagações que precisam de orientações. Há ocasiões, no seio da família, em que as pessoas se obviaem em esclarecer. Entretanto, os adolescentes permanecem com dúvidas, que a equipe de saúde tem a função de esclarecer mediante ações que

coordena ou planeja em conjunto, ou pode atuar em momentos precisos para educar o prevenir.

## 5.2 Gravidez na adolescência: fatores predisponentes

A gravidez na adolescência é um problema extremamente relevante uma vez que sua incidência vem aumentando, apresenta uma serie de repercussões para a mãe e o recém-nascido principalmente. As tentativas de prevenção devem levar em consideração o conhecimento dos chamados fatores predisponentes ou situações precursoras da gravidez na adolescência (YAZLLE, 2006).

Assim, a gravidez nesta fase da vida representa uma das principais causa de morte de mulheres entre 15 e 19 anos, seja por complicações na própria gravidez ou pela prática clandestina de aborto (CAVASIN, 2004). O Quadro 7 mostra os principais fatores predisponentes.

Quadro 7 – Fatores predisponentes e perfis na gravidez na adolescência

Fatores predisponentes ou situações precursoras	Baixa autoestima, abuso de álcool e drogas, comunicação familiar escassa, conflitos familiares, pai ausente e ou rejeitador, violência física, psicológica e sexual, rejeição familiar pela atividade sexual e gravidez fora do casamento. Tem sido ainda referidos: separação dos pais, amigas grávidas na adolescência, problemas de saúde e mães que engravidaram na adolescência.
Perfil de morbidade	Doenças crônicas, fármaco-dependência, doenças sexualmente transmissíveis e problemas relacionados à gravidez, parto e puerpério.
Perfil econômico / financeiro	Baixa renda ou dependência familiar, prejuízo no crescimento pessoal e profissional.
Perfil psicossocial	Discriminação social
Perfil gineco-obstétricos	Maior incidência de anemia materna, doença hipertensiva específica da gravidez, desproporção cefalopélvica, infecção urinária, prematuridade, placenta prévia, baixo peso ao nascer, sofrimento fetal agudo intraparto, complicações no parto (lesões no canal de parto e hemorragias) e puerpério (endometrite, infecções, deiscência de incisões, dificuldade para amamentar).
Perfil educacional	Rejeição da própria escola ou <i>bullying</i> , dificuldade escolar ou abandono dos estudos.

Fonte: Yazlle, 2006

## 6 - PLANO DE INTERVENÇÃO

Para a proposição de um plano de intervenção sobre um problema de saúde significativo foi inicialmente descritos os principais problemas, de acordo com um diagnóstico situacional, e classificado pelos quesitos importância, urgência, capacidade de enfrentamento, estabelecendo-se a prioridade para intervenção.

### 6.1 Definições dos problemas e classificação de prioridades

Esse processo está registrado no Quadro 8, classificando-se cada problema de acordo com a importância, a urgência e a capacidade de enfrentamento.

Quadro 8 - Classificação de prioridades para os problemas registrados no diagnóstico situacional de saúde, na comunidade Morrinhos, Icaraí de Minas - MG.

<b>Principiais problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência do problema</b>	<b>Capacidade enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Gravidez na adolescência	Alta	10	Parcial	1
Hipertensão arterial	Alta	8	Parcial	2
Diabetes mellitus	Alta	7	Parcial	4
Verminoses	Alta	6	Parcial	3
Acumulo de Lixos nas ruas	Alta	5	Fora	5
Falta de esgoto	Alta	4	Fora	6

Fonte: Consultório.

\*Alta= 10 pontos.

## 6.2 Explicação do problema.

Na comunidade do Morrinho, em Icaraí de Minas, estavam cadastradas (primeiro trimestre de 2014) um total de 43 grávidas, das quais 13 eram grávidas menores de 18 anos (Quadro 8).

Quadros 9 - Adolescentes de 12 a 18 anos, atendidas pela Equipe de Saúde da Família Maria das Dores, em Icaraí de Minas - Minas Gerais, no primeiro trimestre de 2014.

Adolescente (Idade)	Quantidade	%
De 12-15 anos	2	4,6
De 15- 17 anos	6	13,9
De 17- 18 anos	3	6,9
Todas	11	25,6

Fonte: Dados do consultório.

Podemos apreciar que a maioria das adolescentes grávidas está no grupo de 15 a 17 anos, que poderia ser um dos indicadores para ações preventivas preferenciais.

## 6.3 Identificação dos "nós críticos"

Identificar os "nós críticos" desse problema – gravidez de adolescente – é fundamental para enfrentar ou atacar suas causas. O problema identificado tem múltiplas causas e, dentro delas, algumas podem ser consideradas mais importantes por influírem na origem da gravidez na adolescência, quando enfrentadas em tempo suficiente. São considerados os "nós críticos", ou seja, problemas que resolvidos, minimizam ou resolvem o problema principal. Na presente situação foram os seguintes os "nós críticos" selecionados;

1. Dúvidas dos adolescentes e questionamento sobre a sexualidade e outras mudanças nesta idade.
2. Desconhecimento do uso dos métodos anticonceptivos.
3. Influencia negativa da cultura familiar sobre a prevenção da gravidez.



4. Mães que iniciaram sua vida sexual muito cedo ou engravidaram na adolescência, tendendo a fazer padrão de comportamento familiar.
5. Vulnerabilidades das famílias com más condições econômicas.

#### **6.4 Planos de intervenção para cada “nó crítico”**

Para cada um desses cinco “nós críticos” é proposto um projeto e os resultados esperados, os recursos necessários, os responsáveis e o processo de acompanhamento e avaliação (Quadros 10, 11, 12, 13 e 14).

Quadro 10 – Projeto + Saúde: operação sobre “nó crítico” 1 para intervenção sobre o problema de saúde priorizado pela equipe de Saúde da Família Maria das Dores Rocha, na cidade de Icarai de Minas, Minas Gerais, 2015.

<b>Problema prioritário</b>	<b>Gravidez na adolescência</b>
<b>Nó crítico 1</b>	Duvidas dos adolescentes e questionamento sobre a sexualidade e outras mudanças em esta idade
<b>Projeto</b>	<b>+Saúde</b>
<b>Operação</b>	Palestras em as escolas. Programa de campanha na rádio local para fomentar práticas saudáveis.
<b>Resultados esperados</b>	Esclarecimento das duvidas dos adolescentes sobre a sexualidade, uso de métodos de proteção e quebrar tabus que ainda persistem neles. Informação do grupo de risco e demais setores que precisamos modificar estilos
<b>Produtos esperados</b>	Diminuir em 30% a gravidez na adolescência na área de abrangência
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: envolvimento da equipe de saúde, escolas e famílias mais necessitadas. Cognoscitiva: Conhecimento e seleção de material educativo. Política: Conseguir mobilização social intersetorial e adesão dos gestores Financeiro: Recursos para audiovisuais, folhetos educativos, etc.
<b>Recursos críticos</b>	Equipe da saúde (todos os integrantes) como recurso humano essencial. Materiais audiovisuais ou folheto ilustrativo necessário sobre a gravidez na adolescência e métodos pra prevenir. Garantir disponibilidade gratuita dos diferentes métodos anticonceptivos
<b>Responsáveis</b>	Setor de educação. Secretaria Municipal de Saúde. Médico da equipe de saúde
<b>Prazo</b>	6 meses
<b>Ações estratégicas</b>	Articulação com os setores de educação o comercia. Apresentar o projeto aos órgãos locais administrativos do governo para apoio das associações comunitárias. Visitar o 100% de estas famílias em sua casa e educar para elevar o conhecimento sobre a prevenção da gravidez.
<b>Acompanhamento e avaliação</b>	Atenção continuada das grávidas que encontram- se dentro do grupo de estudo e avaliação do risco e do trimestre em que cada uma se encontra. Avaliar a cada seis meses os registros de cadastro da UBS como estadística fidedigna de avaliação do impacto. Medir os conhecimentos dos adolescentes fazendo e avaliando as dúvidas que pudessem persistir.
<b>Viabilidade</b>	Muito favorável, dependendo da disponibilização de todos os recursos cognoscitivos dos integrantes da equipe, os materiais necessários e cumprir com o planejamento das atividades.

Quadro 11 – Projeto Saber +: operação sobre nó crítico 2 para intervenção sobre o problema de saúde “gravidez na adolescência”, priorizado pela Equipe de Saúde da Família Maria das Dores Rocha, na cidade de Icaraí de Minas, Minas Gerais, 2015.

<b>Problema prioritário</b>	<b>Gravidez na adolescência</b>
<b>Nó crítico 2</b>	Desconhecimento do uso dos métodos anticoncepcionais
<b>Projeto</b>	<b>Saber +</b>
<b>Operação</b>	Campanha educativa na rádio local. Programa de educação em as escolas com palestras agendadas.
<b>Resultados esperados</b>	Lograr uma população mais informada sobre gravidez na adolescência, sobretudo no grupo de idade de 12 a 18 anos. Maior conhecimento do grupo de risco e da população sobre o uso de métodos anticoncepcionais para prevenção de gravidez e outras doenças de transmissão sexual.
<b>Produtos esperados</b>	Adolescentes e comunidade com conhecimentos sobre métodos anticoncepcionais.
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: envolvimento da equipe de saúde, escolas e famílias mais necessitadas. Cognoscitiva: Conhecimento e seleção de material educativo. Política: Conseguir mobilização social intersetorial e adesão dos gestores Financeiro: Recursos para audiovisuais, folhetos educativos, etc.
<b>Recursos críticos</b>	Equipe de saúde e professores preparados como recursos essenciais. Materiais audiovisuais ou folheto com técnicas ilustrativas, necessários sobre métodos anticoncepcionais, para prevenir a gravidez na adolescência. Garantir disponibilidade gratuita dos diferentes métodos anticoncepcionais
<b>Responsáveis</b>	Setor de educação. Secretaria Municipal de Saúde. Médico da equipe de saúde
<b>Prazo</b>	1 mês
<b>Ações estratégicas</b>	Articulação com os setores de educação para realizar reunião e palestras com os grupos de idades selecionados. Visitar o 100% de estas famílias em sua casa e educar para elevar o conhecimento sobre a prevenção da gravidez.
<b>Acompanhamento e avaliação</b>	Medir os conhecimentos dos adolescentes fazendo enquete para avaliando as dúvidas que possam persistir.
<b>Viabilidade</b>	Tiver todos os recursos cognoscitivos dos integrantes da equipe, os materiais necessários e cumprir com o planejamento das atividades.

Quadro 12 – Projeto Viver melhor: operação sobre “nó crítico” 3 para intervenção sobre o problema de saúde “gravidez na adolescência”, priorizado pela Equipe de Saúde da Família Maria das Dores Rocha, na cidade de Icarai de Minas, Minas Gerais, 2015.

<b>Problema prioritário</b>	<b>Gravidez na adolescência</b>
<b>Nó crítico 3</b>	Mães que iniciaram sua vida sexual muito cedo ou engravidaram na adolescência tendendo a fazer padrão de comportamento familiar
<b>Projeto</b>	<b>Viver melhor</b>
<b>Operação</b>	Programa de campanha na radio local pra fomentar práticas saudáveis Reunião do grupo de mães com comportamento familiar deste tipo e as identificadas de riscos sociais e de piores condições econômicas.
<b>Resultados esperados</b>	Quebrar tabus que ainda persistem nelas. Lograr o esclarecimento das duvidas das mães com neste comportamento familiar. Melhorar o conhecimento do grupo de risco e da população sobre o uso de métodos anticonceptivos pra prevenção de gravidez na adolescência.
<b>Produtos esperados</b>	Diminuir a gravidez em 30%, no grupo de idade de 12-18 anos. Quebrar
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: com a equipe e famílias mais necessitadas. Cognoscitiva: Informação a o grupo de risco e demais sectores que precisamos pra modificar estilos. -Política: Conseguir local, mobilização social intersetorial. -Financeiro: Recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
<b>Recursos críticos</b>	-Equipe da saúde (todos os integrantes) como recurso humano essencial. -Materiais audiovisuais ou folheto ilustrativo necessário sobre a gravidez na adolescência e métodos pra prevenir. -Garantir disponibilidade gratuita dos diferentes métodos anticonceptivos
<b>Responsáveis</b>	Secretaria Municipal de Saúde. Medico da equipe de saúde
<b>Prazo</b>	3 meses
<b>Ações estratégicas</b>	Apresentar o projeto para apoio das associações comunitárias Visitar o 100% das famílias com esse comportamento em sua casa e educar para elevar o conhecimento sobre a prevenção da gravidez.
<b>Acompanhamento e avaliação</b>	Avaliar cada 6 meses os registros de cadastro da UBS como estadística fidedigna de avaliação do impacto. Medir os conhecimentos dos adolescentes e as mães de riscos fazendo encosta e para avaliando as dúvidas que pudessem persistir.
<b>Viabilidade</b>	Tiver todos os recursos cognoscitivos dos integrantes da equipe, os materiais necessários e cumprir com o planejamento das atividades.

Quadro 13 – Projeto Adoração ao vivo: operação sobre “nó crítico” 4 para intervenção sobre o problema de saúde “gravidez na adolescência”, priorizado pela Equipe de Saúde da Família Maria das Dores Rocha, na cidade de Icarai de Minas, Minas Gerais, 2015.

<b>Problema prioritário</b>	<b>Gravidez na adolescência</b>
<b>Nó crítico4</b>	Influencia negativa da cultura familiar sobre a prevenção da gravidez.
<b>Projeto</b>	<b>Adoração ao vivo</b>
<b>Operação</b>	Campanha educativa na radio local. Programa de educação em as escolas com palestras agendadas. Reunião do grupo com as famílias identificadas de riscos sociais e de piores condições econômicas.
<b>Resultados esperados</b>	Maior conhecimento do grupo de risco e da população sobre o uso de métodos anticonceptivos pra prevenção de gravidez e outras doenças de transmissão sexuais.
<b>Produtos esperados</b>	Garantir de métodos cognoscitivos e métodos anticonceptivos para as famílias com influencia negativa da cultura sobre a prevenção da gravidez.
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: com a equipe e famílias com cultura negativa da gravidez. Cognoscitiva: Informação a o grupo de risco e demais sectores que precisamos pra modificar estilos. -Política: Conseguir local, mobilização social intersetorial. -Financeiro: Recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
<b>Recursos críticos</b>	-Equipe da saúde (todos os integrantes) como recurso humano essencial. -Materiais audiovisuais ou folheto ilustrativo necessário sobre a gravidez na adolescência e métodos pra prevenir. -Garantir disponibilidade gratuita dos diferentes métodos anticonceptivos
<b>Responsáveis</b>	Secretaria Municipal de Saúde. Medico da equipe de saúde
<b>Prazo</b>	3 meses
<b>Ações estratégicas</b>	Medir em atividades de grupo os conhecimentos de uso de métodos anticonceptivos e garantir gratuitamente os diferentes métodos anticonceptivos pela UBS para a prevenção da gravidez.
<b>Acompanhamento e avaliação</b>	Avaliar cada 6 meses os registros de cadastro da UBS como estadística fidedigna de avaliação do impacto. Medir os conhecimentos dos adolescentes, das famílias e as mães de riscos fazendo encosta e para avaliando as dúvidas que pudessem persistir.
<b>Viabilidade</b>	Tiver todos os recursos cognoscitivos dos integrantes da equipe, os materiais necessários e cumprir com o planejamento das atividades.

Quadro 14 – Projeto Viver melhor: operação sobre “nó crítico” 5 para intervenção sobre o problema de saúde “gravidez na adolescência”, priorizado pela Equipe de Saúde da Família Maria das Dores Rocha, na cidade de Icarai de Minas, Minas Gerais, 2015.

<b>Problema prioritário</b>	<b>Gravidez na adolescência</b>
<b>Nó crítico5</b>	Vulnerabilidades das famílias más necessidades económicas
<b>Projeto</b>	<b>Cuidar melhor</b>
<b>Operação</b>	Campanha educativa na radio local. Programa de educação em as escolas com palestras agendadas. Reunião do grupo com as famílias identificadas de riscos sociais e de piores condições económicas.
<b>Resultados esperados</b>	Reunião do grupo com as famílias identificadas de riscos sociais e de piores condições económicas. Quebrar tabus que ainda persistem nelas. Lograr o esclarecimento das duvidas das mães e adolescentes com neste comportamento familiar.
<b>Produtos esperados</b>	Manter os melhores cuidados de atenção às famílias mais vulneráveis e com piores condições económicas e diminuir a 30 % a gravidez na adolescência.
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: com a equipe e famílias mais necessitadas. Cognoscitiva: Informação a o grupo de risco e demais sectores que precisamos pra modificar estilos. -Política: Conseguir local, mobilização social intersetorial. -Financeiro: Recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
<b>Recursos críticos</b>	Equipe da saúde (todos os integrantes) como recurso humano essencial. Materiais audiovisuais ou folheto ilustrativo necessário sobre a gravidez na adolescência e métodos pra prevenir. Garantir disponibilidade gratuita dos diferentes métodos anticoncepcionais
<b>Responsáveis</b>	Secretaria Municipal de Saúde. Médico da equipe de saúde
<b>Prazo</b>	3 meses
<b>Ações estratégicas</b>	Apresentar o projeto para apoio das associações comunitárias Visitar o 100% destas famílias em sua casa e educar para elevar o conhecimento sobre a prevenção da gravidez.
<b>Acompanhamento e avaliação</b>	Avaliar cada 6 meses os registros de cadastro da UBS como estadística fidedigna de avaliação do impacto. Medir os conhecimentos dos adolescentes, das famílias e as mães de riscos fazendo encosta e para avaliar as dúvidas que pudessem persistir.
<b>Viabilidade</b>	Tiver todos os recursos cognoscitivos dos integrantes da equipe, os materiais necessários e cumprir com o planejamento das atividades.

É importante conhecer que todo tipo de projeto em benefício da comunidade tem sempre necessidade de algum tipo de recurso. Porém, sempre devemos considerar, como neste caso, de gravidez na adolescência, na comunidade de Morrinhos, em Icaraí de Minas, a possibilidade de utilizar os mínimos recursos financeiros e de gastar o máximo com os recursos que a equipe já tem em disponibilidade, desde que suficiente para modificar o problema de saúde identificado.

A identificação dos recursos críticos constitui uma atividade fundamental para a viabilidade deste plano que queremos executar.

Mas, seguramente, o principal é estabelecer e executar um processo de intervenção baseado em um planejamento, caracterizando para cada grande problema, os problemas intermediários, ou nós críticos, e estabelecendo um projeto de implementação com definição clara dos resultados e produtos a serem obtidos, com a definição dos responsáveis e, especialmente, a viabilidade, ou seja, a possibilidade de se ter sucesso na proposta.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a apresentação deste trabalho falamos da identificação de um problema da saúde da área de abrangência da equipe de Saúde da Família responsável pela comunidade de Morrinhos, no município de Icaraí de Minas, em Minas Gerais: a gravidez da adolescência. O mesmo foi estabelecido como prioridade, pela existência de 30% da gravidez no grupo de idade compreendido entre 12 e 18 anos.

Devido a este problema de saúde a equipe compreendeu os riscos e consequências que poderiam trazer para esses adolescentes este fenômeno tão complexo e multifatorial, em uma idade em que a mulher não se encontra nas condições de maturês física, intelectual ou profissional, além de, possivelmente, não ter condições econômicas e sociais pra enfrentar uma gravidez.

Compreendemos que seria muito difícil para a equipe de saúde, dentro da sua estratégia de trabalho, traçar objetivos e lograr diminuir a gravidez nesta etapa da vida sem antes identificar bem os recursos **críticos e não críticos** com que devia contar e lograr uma atuação específica nesse problema, pois o consideramos de extrema importância e de possível solução, já que nos tempos de hoje existem facilidades de métodos e gratuidade na oferta de meios pelo SUS.

No Brasil e nos territórios das equipes de Saúde da Família, pode-se evitar em muito o problema, independentemente de, como fator inconsciente, os desejos da adolescente de ficar grávida, pois promove o status.

Damo-nos conta que, mais que tudo, há a desinformação e o desconhecimento do uso de métodos anticonceptivos nos jovens entre 12 e 18 anos. É uma questão que afetada só nas mulheres, mas também os homens, com tabus, comportamento e influência negativa da cultura familiar na gravidez, além das vulnerabilidades das famílias em piores condições econômicas.

Sobre todos esses fatores seriam dedicados nossos esforços, considerando ainda que, como equipe, deveríamos nos preparar muito bem sobre o tema. E mais, capacitar os professores nas escolas, as autoridades locais e buscar o apoio das



organizações sociais e das comunidades, pois queremos a busca da solução do problema com a participação comunitária.

Assim, buscamos lograr que a população frequente mais nossos serviços de saúde pública (SUS), com facilidade de acesso e com utilização de seus recursos. É que o conhecimento dos jovens, de suas famílias e de toda a comunidade possa elevar a qualidade da atenção e reduzir muitos problemas, como o que planejamos como projeto de intervenção nesse trabalho.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. **Cidades@ Minas Gerais**. Icaraí de Minas. Brasília, [online], 2015 a. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=313005>>. Acesso em: 3 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Adolescente**. Brasília, [online], 2015b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta\\_saude\\_adolescente\\_menina.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_menina.pdf)>. Acesso em: 3 abr. 2015

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)>. Acesso em: 3 abr. 2015.

BRASIL. Instituto Nacional de Pesquisas e Estudos Nacional Anísio Teixeira. IDEB. Brasília, [online], 2013. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/web/portal-ideb>>. Acesso em: 3 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Adolescente**. Brasília, [online], 2015b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta\\_saude\\_adolescente\\_menina.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_menina.pdf)>. Acesso em: 3 abr. 2015.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P. ; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento\\_e\\_avaliacao\\_das\\_acoes\\_de\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3)>. Acesso em: 3 abr. 2015.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZ. A, S. L.. **Iniciação à metodologia:** textos científicos. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo.2015>>. Acesso em: 3 abr. 2015.

CAVASIN, S.(org.) *et al.* **Gravidez entre adolescentes de 10-14 anos:** estudo exploratório em 5 capitais brasileiras e vulnerabilidade social - relatório de pesquisa. Rio Janeiro, ECOS, 2004. Disponível em: <<http://www.ecos.org.br/download/Pesquisa%20Gravidez%20na%20Adolescencia%20-%20Mar%C3%A7o2004.pdf>>. Acesso em: 3 abr. 2015.

EISENSTEIN, E. Revista Oficial do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente. Rio de Janeiro, v.2. p. 6, Abr/Jun., 2005. Disponível em: <[https://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=167](https://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167)>. Acesso em: 21 abr.2015.

ICARAÍ DE MINAS. Prefeitura Municipal. Dados locais, 2014.

YAZLLE, M. E. Gravidez na adolescência. **Rev.Bras.Ginecol.Obstet.** Rio de Janeiro, v.28,n. 8, aug. 2006. Disponível em:<[https://www.scielo.br/php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032006000800001](https://www.scielo.br/php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000800001)>. Acesso em: 21 abr.2015.

