



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: O PAPEL DA ATENÇÃO
BÁSICA À SAÚDE NA PREVENÇÃO**

LETÍCIA TIEMI SILVA INOE

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Universidade Federal de São Paulo para ob-
tenção do Título de Especialista em Saúde da
Família.**

Orientadora: Julie Silvia Martins

**São Paulo
2016**

RESUMO

A adolescência é um período na vida do indivíduo marcado por mudanças, sejam estas físicas ou psicológicas. A gestação quando ocorre nessa fase, sendo planejada ou não, pode implicar em diversos riscos biopsicossociais para a mãe e o bebê. As complicações relacionadas a gestação já ocupam o segundo lugar no ranking dentre as causas de morte entre as meninas de 15 a 19 anos no mundo. Altos índices de abortamento e baixa adesão ao pré-natal são mais frequentemente encontrados em gestações de mães adolescentes. Para os bebês é possível destacar uma maior incidência de baixo peso ao nascer e prematuridade. A alta prevalência de gestação de mães adolescentes tem chamado a atenção das equipes de saúde da família não só por esses motivos, mas também pelo impacto na estrutura familiar e na sociedade como um todo. O objetivo desse trabalho é identificar através de uma breve revisão bibliográfica os fatores de risco associados à gestação na adolescência e após isso propor ações, a nível de atenção básica, com intenção de diminuir a incidência de gestação na adolescência na população adstrita no território da Unidade Básica de Saúde Novo Horizonte, em Jundiaí/SP. As ações terão enfoque educativo-preventivo e objetivam facilitar o acesso à informação e aos métodos contraceptivos.

Palavras-chave: Gravidez. Adolescência. Prevenção.

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------------------|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 3 |
| 2 OBJETIVOS | 6 |
| 2.1 Geral | 6 |
| 2.2 Específico(s) | 6 |
| 3 REFERENCIAL TEÓRICO | 7 |
| 4 MÉTODO | 13 |
| 4.1 Local | 13 |
| 4.2 Participantes | 13 |
| 4.3 Ações | 13 |
| 4.4 Avaliação e Monitoramento | 14 |
| 5 RESULTADOS ESPERADOS | 15 |
| 6. CRONOGRAMA | 16 |
| 7 REFERÊNCIAS | 17 |

1. INTRODUÇÃO

A adolescência, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é o período compreendido entre os 10 e os 19 anos, 11 meses e 29 dias.(1) Em 2010, o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) revelou que 34.157.631 de brasileiros estão inseridos nessa faixa etária.(2) Essa segunda década de vida é marcada por muitas mudanças, já que o indivíduo está deixando a fase de criança para assumir responsabilidades de adulto. Além das mudanças psicossociais, também ocorrem mudanças físicas e biológicas em resposta aos níveis de hormônios sexuais que fisiologicamente se elevam. Dentre essas mudanças, podemos destacar o desenvolvimento corporal com surgimento de caracteres sexuais (como mamas e aumento do volume testicular) e a descoberta do desejo sexual.(3) Essa descoberta nem sempre é acompanhada de maturidade psicológica e responsabilidade, o que pode levar os adolescentes a se exporem frente a uma gestação não planejada e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's).(4)

A gestação na adolescência é um problema enfrentado rotineiramente nos serviços de saúde em todo o mundo. De acordo com dados de 2014 da OMS, todos os anos, cerca de 17 milhões de meninas adolescentes dão à luz, sendo que 1 milhão dessas meninas são menores de 15 anos. A maior parte dessas meninas são provenientes de países de média e baixa renda: “Estatísticas da Saúde indicam que a taxa de natalidade média global entre 15 a 19 anos de idade é de 49 por cada 1000 meninas. As taxas nacionais variam de 1 a 299 nascimentos por cada 1000 meninas, com as taxas mais elevadas na África subsaariana” de acordo com a OMS.(5)

Em 2011, dentre os 2.913.160 nascimentos, 18% eram de mães que tinham idades entre 15 a 19 anos, e 0,9% eram de mães com idade entre 10 a 14 anos (6). Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) coletados no município de Jundiaí – SP entre os anos de 2003 e 2013, mostram que dentre os 104.775 partos, 14.491 foram de adolescentes. (7)

A gravidez precoce implica em riscos à saúde materna e infantil, principalmente quando está associada a comportamento de risco, como uso de substâncias nocivas, má adesão às consultas de pré-natal ou início tardio do mesmo, nutri-

ção inadequada, entre outros fatores.(8) O contexto psicossocial também é um desfecho preocupante:

As consequências sociais da gestação na adolescência podem ser severas e dependem do significado nas diferentes culturas e contextos, com potencial impacto negativo no desenvolvimento físico, emocional e dependendo do grupo social, levando a instabilidades e violência contra a própria adolescente (BONILHA et al., 2015, p.01).

Diante dos dados apresentados, percebe-se a importância da prevenção da ocorrência da gestação em idade precoce e a adequada educação relacionada à sexualidade e gravidez para o público alvo. O presente estudo tem como objetivo definir os principais fatores de risco potencialmente modificáveis no nível da Atenção Básica à Saúde e Estratégia Saúde da Família, e a partir disso criar um projeto de intervenção com aplicabilidade plausível na realidade em que está inserida a população adstrita no território da Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Novo Horizonte, localizada no bairro Almerinda Chaves no município de Jundiaí, estado de São Paulo. As intervenções têm como público alvo os adolescentes de ambos os sexos, e sob uma perspectiva educativo-preventivo, a meta é construir aos poucos uma base sólida de informação e conhecimento levando ao empoderamento do indivíduo sobre uma decisão de tanto impacto em seu futuro. A partir desse primeiro passo, fica mais fácil integrar as ferramentas de prevenção disponíveis no Sistema Único de Saúde ao cotidiano dos jovens.

Os jovens têm iniciado a vida sexual cada vez mais cedo, conseqüentemente se expõem mais precocemente ao risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis ou de engravidar. Junto com o direito sexual de cada um, deve haver responsabilidade para garantir sua própria segurança e dos demais. A educação sexual é essencial nesse momento para evitar exposição a riscos. Apesar de todo o acesso à informação disponível atualmente, através principalmente da internet, nota-se um número alto de desfechos indesejados, como os já descritos. Isso mostra que o conhecimento sobre proteção e prevenção sexual é insuficiente e/ou pouco aplicado na prática sexual.

A atenção primária à saúde é uma ferramenta importante, já que a descentralização e a longitudinalidade tornam possível conhecer a população adstrita em

seu território e suas demandas. O número de gestantes com menos de 19 anos chamou a atenção dos profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) da Unidade Básica de Saúde (UBS) Novo Horizonte em Jundiaí - SP. Uma vez identificados os fatores de risco relacionados a gestação na adolescência, torna-se possível propor intervenções no âmbito da atenção básica com enfoque educativo-preventivo. A facilidade em formar parcerias com escolas da região também é importante, já que torna a aproximação dos profissionais da ESF ao público alvo mais sutil e aceita. Uma base sólida de informação deve ser construída, garantindo proteção à saúde dos jovens e levando ao empoderamento individual sobre uma decisão de tanto impacto em seu futuro. A partir desse primeiro passo, fica mais fácil integrar as ferramentas de prevenção disponíveis no Sistema Único de Saúde ao cotidiano dos jovens e adolescentes de ambos os sexos.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O presente projeto de intervenção tem como finalidade elaborar ações com objetivo de reduzir a incidência de gravidez na adolescência na população adstrita da UBS Novo Horizonte, em Jundiaí/SP.

2.2 Objetivo específico

1. Promover informação adequada sobre “sexo seguro e métodos contraceptivos” para os adolescentes, de forma simples e interessante.
2. Promover informação sobre os riscos e consequências de gestar na adolescência, visando despertar reflexões individuais e promovendo o empoderamento dos grupos vulneráveis.
3. Facilitar o acesso aos métodos contraceptivos disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) e oferecer assistência médica ginecológica para as adolescentes que manifestarem interesse em usufruir de outros métodos contraceptivos além do preservativo.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Gestação na adolescência

A descoberta da sexualidade geralmente ocorre na adolescência e é influenciada por valores culturais, religiosos e sociais de cada época. Quando comparamos a realidade atual com a realidade vivida algumas gerações atrás, podemos observar significativas diferenças na forma como a sociedade interage com o tema sexualidade, e são nítidas as mudanças em pontos de vista sobre os diversos assuntos relacionados ao sexo, como virgindade, liberdade sexual, casamento, entre outros. (10)

Vivenciamos também nas últimas décadas um grande avanço tecnológico que impactou em uma reestruturação nos meios de comunicação. Essa tecnologia rapidamente foi disseminando-se e atualmente já está à disposição de grande parte da população. A informação sobre a sexualidade foi igualmente disseminada e já é amplamente disponível para os jovens, que podem facilmente pesquisar sobre métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. O papel dos pais como educadores, pode ter perdido o seu valor como fonte de informação, e em alguns casos é deixado de lado, seja por escassez de informação dos pais ou por constrangimento em falar sobre o assunto com seus filhos. Como resultado percebe-se que apesar do aumento da oferta de informações, os índices de gestação na adolescência não foram inversamente proporcionais à difusão do conhecimento.(10)(11)

O Fundo de População das Nações Unidas consolidou informações oficiais:
(12)

- 26,8% da população sexualmente ativa (15-64 anos) iniciou sua vida sexual antes dos 15 anos no Brasil;(PCAP/MS – 2008, p.45)
- Cerca de 19,3% das crianças nascidas vivas em 2010 no Brasil são filhos e filhas de mulheres de 19 anos ou menos;(SINASC/MS - 2012)
- Em 2009, 2,8% das adolescentes de 12 a 17 anos possuíam 1 filho ou mais; (SINASC/MS – 2011, p.41)
- Em 2010, 12% das adolescentes de 15 a 19 anos possuíam pelo menos um filho (em 2000, o índice para essa faixa etária era de 15%).(CEPAL – 2012) (UNFPA, 2013, p.01)

Uma pesquisa realizada pelo Ministério da saúde em 2004, com pessoas de 14 a 54 anos, mostrou que 36% dos entrevistados tiveram sua primeira relação

sexual antes dos 15 anos, sendo a idade média na sexarca de 15,3 anos. Dentre os entrevistados, 16% já tiveram relações sexuais com mais de 10 parceiros e aproximadamente 7% tiveram mais de cinco parceiros eventuais no último ano.(20)(21) Essa liberdade sexual associada a um início mais precoce das atividades sexuais pode estar relacionada ao número maior de gestações não planejadas e doenças sexualmente transmissíveis. (10)

Um estudo conduzido em Ribeirão Preto, São Paulo, mostrou que dentre os partos ocorridos em gestantes adolescentes: “2,1% corresponderam a categoria particular, 17,9% a categoria convênio e 80,0% a categoria SUS”. Se presumirmos que a categoria de internação representa a classe social do indivíduo, pode-se atribuir a maior parte dos casos como provenientes da população de baixa renda.(26)

“A gestação na adolescência é, de modo geral, enfrentada com dificuldade porque a gravidez nessas condições significa uma rápida passagem da situação de filha para mãe” (MOREIRA, 2008). Além disso, pode suscitar em diversos riscos à saúde biológica, da mãe e do bebê, e ao bem-estar psicossocial. (8)

Em relação à saúde das gestantes no geral, as adolescentes são mais frequentemente acometidas por agravos relacionados a gravidez, como as Síndromes Hipertensivas Específicas da Gravidez (SHEG), Ruptura Prematura de Membranas, anemia, DST's, AIDS, infecções do trato urinário, descolamento prematuro da placenta e placenta prévia. Quando a gestação culmina em aborto, complicações mais graves podem ocorrer, como hemorragia, infecções bacterianas, endometrites, salpingites, lesões no trato genital feminino, sepse e até morte materna.(13)(15)

Estudos mostraram também uma prevalência maior de cesáreas, consequentes de um processo de amadurecimento incompleto no crescimento e no desenvolvimento da mãe:

Distócias funcionais, em estreias precoce e antecipada, bacia incompletamente formada, comportamento emocional descontrolado durante o trabalho de parto, apresentação e posições fetais anômalas e patologias mais incidentes justificariam mais cirurgias para ultimar o parto.(SILVA; SURITA, 2012, p.349) (15)

No ano de 2005, 1.615 óbitos ocorreram por causas maternas, ou seja, relacionados à gravidez, parto e puerpério. Destas mulheres, 16% tinham entre 10 e

19 anos e 22% entre 20 e 24 anos, portanto 38% dos óbitos maternos registrados ocorreram em mulheres jovens.(20) De acordo com a OMS “As complicações durante a gravidez e o parto são a segunda causa de morte entre meninas de 15-19 anos de idade em nível global.”(5)

Um outro fator importante que deve ser destacado é a prevalência de abortamentos e de suas complicações nessas jovens gestantes. Um pequeno estudo realizado no ano de 2008 em uma favela no estado de São Paulo, mostrou que, naquela população, a maior parte dos abortos provocados ocorreram entre mulheres de 13 a 24 anos e que a idade média das mulheres que praticaram seu primeiro aborto era de 21,6 anos.(17) A OMS afirma que 3 milhões de meninas de 15 a 19 anos são submetidas a técnicas não seguras de aborto todos os anos.(5)

Na América Latina e Caribe, 21% das mortes maternas são resultantes de complicações do abortamento não seguro (OMS-2004). Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (2004) o aborto inseguro é a principal causa de óbito materno nessas regiões. (17)

Entre os anos de 1993 e 1998, aproximadamente 50 mil adolescentes foram atendidas pelo SUS por complicações decorrentes da tentativa de abortamento provocada em clínicas clandestinas, sendo que 6% dessas adolescentes tinham idade entre 10 e 14 anos. (19). No Brasil, cerca de 11% de todas as mortes em mulheres tem relação com o aborto inseguro, sendo ele a quarta causa de mortalidade materna. (18)

Existe também uma diferença estatisticamente significativa entre o número de consultas de pré-natal nas gestantes de acordo com a idade. (14) Segundo Maciel:

“Essa inadequação de consultas pode ser explicada não só pelos problemas de acessibilidade, mas também pelas dificuldades específicas dos adolescentes quanto à procura de serviços médicos, como o medo de procedimentos obstétricos, vergonhas dos pais e abordagem de práticas sexuais.(MACIEL et al., 2012, P.47)

Outro fator que pode estar relacionado ao número inferior de consultas de pré-natal é a descoberta tardia da gestação, que além do possível prejuízo relacionado a demora no início do acompanhamento de pré-natal (como a não solicitação de exames de primeiro trimestre, ausência de orientações, não tratamento de possíveis agravos potencialmente danosos na gestação, entre outros),

pode levar a prejuízos causados por comportamento de risco de uma gestante que não sabe que está grávida, como uso de substâncias nocivas para o feto.(8).

O número insuficiente de consultas está relacionado aos desfechos desfavoráveis, já citados, na saúde materna e também pode levar a riscos para a saúde do bebê, porém o oposto também se faz verdade, e quando há assistência ao pré-natal adequada, as mães adolescentes não são consideradas grupos de risco, comprovando o efeito protetor do pré-natal adequado.(16)(10)

No que diz respeito à saúde do bebê, já foi comprovada a relação da idade materna com a prematuridade e o baixo peso ao nascer, além de maiores taxas de malformação fetal, aborto espontâneo e morte perinatal. Há estudos que afirmam que as mães adolescentes de faixa etária entre 13 e 16 anos tem a maior incidência de partos prematuros, e como consequências os bebês são mais vulneráveis a doenças e podem apresentar complicação na adaptação à vida extrauterina devido a imaturidade de seus órgãos e sistemas.(13)(14)(22) Segundo a OMS, filhos de mães adolescentes tem um risco maior de morrer quando comparado ao risco dos filhos de mães com idade entre 20 e 24 anos.(5) Agravos à saúde como “epilepsia, deficiência mental, transtornos do desenvolvimento, baixo quociente intelectual, cegueira, surdez,” também foram descritos com maior frequência (DIAS, TEIXEIRA. 2010. p.124) (22).

As repercussões psicossociais de uma gestação precoce são igualmente preocupantes. O abandono escolar ocorre na grande maioria dos casos, seja durante a gestação ou após o nascimento da criança, principalmente nas classes sociais mais desfavorecidas. Isso pode acarretar prejuízo na formação profissional do jovem e dificultar a inserção no mercado de trabalho, agravando as condições de vida em que essa família vive.(8)(22)

A pesquisa demonstra frequente baixa escolaridade e falta de profissionalização entre as gestantes e mães adolescentes, o que dificulta a inserção no mercado competitivo de trabalho, implicando em empregos de baixa remuneração e desqualificação, colocando mães adolescentes e filhos em situação de risco social, se medidas de suporte não forem adotadas.(MOREIRA. 2008, p.319)

Para que haja gravidez, obviamente, é necessário que haja relação sexual sem uma medida contraceptiva eficaz. Como já discutido, a sexarca vem ocorrendo cada vez mais precocemente, fazendo com que a exposição ao risco de engrá-

vidar ocorra mais cedo. O padrão do comportamento sexual mudou muito a partir dos anos 60, e um dos fatores determinantes foi o surgimento da pílula anticoncepcional, que desvinculou o coito a função reprodutiva exclusivamente e permitiu a aceitação como fonte de prazer.(22) Para a atual geração “essa desvinculação ocorreu de tal forma que hoje é difícil para o adolescente associar o sexo com a possibilidade de procriação e assim adotar um comportamento contraceptivo eficaz” (DIAS, TEIXEIRA. 2010. p.126)(22). Segundo o Ministério da Saúde, em 2006, 33% das meninas menores de 15 anos já não eram mais virgens e 30% das meninas com idade entre 15 e 19 anos já tem vida sexual ativa. Dentre as jovens com idade de 15 a 19 anos, 66% relataram já ter usado algum tipo de método contraceptivo: preservativo (33%), a pílula (27%) e os injetáveis (5%).

O uso do preservativo na primeira relação sexual foi relatado por apenas 53% dos jovens, e o uso regular em todas as relações sexuais, independente do parceiro ser fixo ou eventual, foi relatado em menos de 40% dos jovens.(4)(20) Os métodos contraceptivos são ignorados muitas vezes, e a causa não parece ser a falta de informação sobre a importância do uso. A maior parte das adolescentes que engravidam, sabem do risco ao qual estão se expondo e sabem como poderiam ter evitado. Observa-se que o saber nem sempre leva ao comportamento equivalente. O motivo é que o nível de conhecimento sobre os métodos muitas vezes é insuficiente para uma implantação eficaz do mesmo (22). Apesar de esse ser destacado como um elemento influente, não podemos deixar de citar que aproximadamente 45% das mães adolescentes, engravidaram por desejo de ser mãe. A maternidade e paternidade fazem parte dos projetos de vida da maioria das pessoas, porém em alguns casos a inclinação à constituição familiar pode ocorrer de forma precoce. (25) Segundo Guanabens et al. (2012) muitos motivos podem ser apontados:

(...)desejo inconsciente de ficar grávida; alternativa para sair de casa, da escola e ficar livre da pressão dos pais, contrariando ordens familiares; desejo de prender o namorado; carência afetiva; alívio da sensação de depressão e isolamento; desejo de ter mais poder, chamar a atenção para si; projeto de vida da adolescente, sendo uma escolha tomada como um meio de inserção social, visto que tal objetivo não é facilmente alcançado através de outros meios de condução à mobilidade social” (GUANABENS et al. 2012, p.23)

Tanto para um grupo, quando para o outro, a informação se faz essencial para garantir uma gestação saudável, com diminuição de riscos para a mãe e para o

bebê, e também para minimizar a exposição familiar aos desfechos sociais desfavoráveis. O aconselhamento ao jovem se faz útil tanto em fase de prevenção da gravidez precoce, quanto em fase de acompanhamento responsável de pré-natal.

A educação sexual para os jovens é útil não somente no contexto contraceptivo, mas também na proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis e seus danos. O empoderamento do jovem deve ser estimulado a fim de garantir uma postura responsável e consciente diante da sua sexualidade. (4)

Implementar ações de saúde que consigam a atenção desse público é um grande desafio.

É preciso oferecer atendimento integral e com equidade, considerando as diferenças individuais de cada jovem, como a orientação sexual, classe social, gênero, faixa etária, entre outras peculiaridades. É necessário minimizar as burocracias tornando o acesso aos métodos contraceptivos descomplicado e rápido, como por exemplo: “o acesso aos preservativos e ao teste de gravidez deve ser o mais abrangente e simples possível, favorecendo as ações de anti-concepção, de prevenção das DST/HIV/Aids e o acesso precoce ao pré-natal.” (23)

Também é essencial envolver os meninos nas responsabilidades que estão implícitas ao iniciar a vida sexual, como nos assuntos relacionados à prevenção da gravidez e das DSTs, e também nas obrigações paternas.(23)

4. METODOLOGIA

4.1 Local

O projeto de intervenção será aplicado na UBS Jardim Novo Horizonte, localizada no bairro Almerinda Chaves, município de Jundiaí – SP. O projeto terá apoio da Escola Estadual Parque Residencial Almerinda Chaves. As ações propostas serão aplicadas no período de março de 2016 a março de 2017, dentro do espaço da UBS Novo Horizonte e nas salas de aula da escola.

4.2 Participantes (público-alvo)

Público-alvo: Adolescentes (10 a 19 anos) que fazem parte da população adstrita ao território da UBS Novo Horizonte.

Participantes: Os profissionais das duas equipes de saúde da família que atuam na Unidade de Saúde Novo Horizonte serão envolvidas neste projeto.

4.3 Ações

Ação 1: Serão capacitados os profissionais de 2 Equipes de Saúde da Família (Médico, enfermeira, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde) para a aplicação do Projeto.

Ação 2: Pretende-se abrir um período na agenda do médico e do enfermeiro da equipe para atendimento em hebiatria. Não é obrigatória a presença de acompanhante na consulta, exceto em casos onde o exame físico seja necessário. Nestes casos o acompanhante pode ser algum amigo ou parente maior de idade, não sendo obrigatória a presença dos pais. Essa consulta tem como meta facilitar o acesso do jovem aos métodos contraceptivos, esclarecer dúvidas, criar um vínculo do adolescente com a equipe e garantir o sigilo e privacidade do mesmo.

Ação 3: Com o intuito de construir conhecimento, ao invés de apenas doá-lo, propõe-se arquitetar metodologias alternativas de ensino:

- Jogos de “Perguntas e Respostas” com premiação do time vencedor.
- Debates sobre assuntos que envolvem polêmicas e tabus: aborto, AIDS/HIV, métodos contraceptivos populares e ineficazes.

- Discussões com temas reflexivos, por exemplo: “*O futuro desejado e o impacto de uma gestação precoce nesse futuro*” ou “*Quanto custa ter um filho?*”.
- Vídeos educativos que esclareçam o funcionamento do aparelho reprodutor feminino e masculino e os métodos contraceptivos.

Ação 4: Realizar campanhas de prevenção em datas comemorativas como carnaval e dia dos namorados, contando também com a ajuda dos próprios adolescentes na disseminação do conhecimento sobre sexo seguro e distribuição de preservativos aos seus amigos.

Ação 5: A participação ativa dos adolescentes nos encontros é importante não só para compreender suas dificuldades, necessidades e esclarecer suas dúvidas individuais, mas também para receber sugestões dos mesmos, visando o aperfeiçoamento do projeto. Para tal, uma caixa de sugestões e dúvidas será passada em todos os encontros, sendo desnecessário a identificação do autor.

4.4 Avaliação e Monitoramento

Constantemente serão levantados dados do SIS-PRENATAL para que haja uma busca ativa pelas gestantes adolescentes. Estas gestantes devem ser incentivadas a continuar participando das atividades educativas, para que não seja interrompido o processo de educação continuada, além de serem acompanhadas no pré-natal.

Os dados referentes à idade das novas gestantes serão organizados em uma tabela para servir de base para avaliação da eficácia do projeto, que poderá ser demonstrada se houver declínio do número de gestantes menores de 19 anos ao fim do projeto.

5. RESULTADOS ESPERADOS

As ações propostas visam não somente a disseminação de informação sexual, mas também estimular o mais precocemente possível a reflexão sobre as consequências de seus atos, de forma que os adolescentes tomem suas decisões com mais responsabilidade e sabendo os riscos aos quais estão se expondo. Com isso, espera-se diminuir o número de gestações não planejadas, bem como aumentar a idade média da primeira gestação e que o número de gestantes com menos de 19 anos seja menor após a implementação do Projeto de Intervenção. De forma secundária, espera-se que os adolescentes percebam a importância do uso de preservativo na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, diminuindo a frequência dessas doenças entre os jovens e aumentando a prática de sexo seguro.

7. REFERÊNCIAS

- (1) WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adolescent health, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/> Acesso em: 10 dez. 2015.
- (2) IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília, 2009. Tabela 261. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/desc/desc.asp?z=pnad&o=3&i=P&e=c&c=261>> Acesso em: 10 dez. 2015.
- (3) FERREIRA, E.B.; VERAS, J.L.A..; BRITO, S.A. et al. Causas predisponentes à gestação entre adolescentes. *Revista de pesquisa Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, v. 6, p.1571-1579, out./dez. 2014.
- (4) PEDRO FILHO, F. et al. Perfil epidemiológico da grávida adolescente no município de Jundiaí e sua evolução em trinta anos. *Adolescência e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 21-27, jan/mar 2011
- (5) WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adolescent pregnancy,. *Fact sheet* n.364, September 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>> Acesso em 15 dez. 2015.
- (6) ALMEIDA, A.M.B., *Cartilha – Primeira Infância e Gravidez na Adolescência*. 2015. Fortaleza - CE. Disponível em: <<http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/01/Cartilha-Gravidez-Adol-FINAL-HD.pdf>> Acesso em: 15 dez. 2015
- (7) SIAB – Sistema de Informação Atenção Básica. 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSSP.def>> Acesso em: 12 nov. 2015.

- (8) OLIVEIRA, M.; COIMBRA, V.; PEREIRA, A. Complicações na gravidez adolescente em situação de risco social. *Revista E-Psi*, 5(2), 35-50, 2015.
- (9) BONILHA, E.A. et al. Gestação na adolescência no município de São Paulo. *Boletim Eletrônico CEInfo*, ano 6, nº 2, mar 2015. Disponível em:
<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/boletimeletronico/Ano6_n02_Gestacao_Adolescencia.pdf>
Acesso em: 15 dez. 2015.
- (10) MOREIRA, T.M.M. et al., Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, vol. 42, n. 2, p. 312-320, 2008
- (11) SOUZA, A.V.N., Política social de prevenção à gravidez na adolescência: uma questão de saúde pública. 2007. 142 f. il. Dissertação (Mestrado em Política Social)—Universidade de Brasília, Brasília, 2007. Disponível em: < <http://repositorio.unb.br/handle/10482/18567>>
Acesso em: 01 dez. 2015.
- (12) UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas. *Gravidez na Adolescência no Brasil*. 2013. Disponível em:
<<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/Gravidez%20Adolescente%20no%20Brasil.pdf>> Acesso em: 12 dez. 2015.
- (13) CÔRTEZ, C.T. *Gravidez na Adolescência: aspectos epidemiológicos e resultados perinatais de gestantes adolescentes em Macapá-AP*. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde - Epidemiologia e Saúde Pública) – Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), Amapá.
- (14) MACIEL, S.S.S.V. et al., Epidemiologia da gravidez na adolescência no município de Caruaru, PE. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, vol.56 (n.1): p. 46-50, jan.- mar. 2012.

- (15) SILVA, J.L.P., SURITA, F.G.C., Gravidez na adolescência: situação atual. 2012. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Rio de Janeiro, v.34, n.8, p.347-350, Ago. 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000800001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 dez. 2015.
- (16) CHEN, X.K. et al., Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohorte study. *Int J Epidemiol*. Vol. 36(n.2): p. 368-73, 2007.
- (17) FUSCO, C.L.B.; ANDREONI, S.; SILVA, R.S.. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza Favela Inajar de Souza. *Revista brasileira de Epidemiologia*. São Paulo, v.11, n.1, p.78-88, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 dez. 2015.
- (18) SANTOS, T.F. et al., Prevalência e características de mulheres com aborto provocado – Favela México 70, São Vicente - São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo*, vol.15(n.1): p. 123-33, 2012.
- (19) CANNON, L.R.C. et al, Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agenda nacional. 1999. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_juventude.pdf> Acesso em: 14 dez. 2015.
- (20) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde na escola*. Brasília; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 22)
- (21) BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Pesquisa de Conhecimento, Ati-

tudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos, 2004. Brasília; 2005. 175 p.

- (22) DIAS, A.C.G., TEIXEIRA, M.A.P.; 2010 Gravidez na adolescência. *Paideia. Campinas*, vol. 20, n. 45, p.123-131, jan.-abr. 2010
- (23) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 56 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- (24) XIMENES NETO, F.R.G. et al . Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. *Revista brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 60, n. 3, p. 279-285, Jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 dez. 2015.
- (25) GUANABENS, M.F.G. et al . Gravidez na adolescência: um desafio à promoção da saúde integral do adolescente. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v.36, n.1, supl. 2, p. 20-24, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000300004&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 18 dez.2015
- (26) YAZLLE, M.E.H.D. Gravidez na adolescência. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v.28, n.8, p. 443-445, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000800001&lng=en&