

CYOMARA DE JESUS BIANCHINI

**ANÁLISE DA PROPORÇÃO E ÍNDICE DE GRAVIDEZ NA
ADOLESCÊNCIA ENCONTRADA NO TERRITÓRIO COBERTO
PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
ALFENAS/MG.**

CAMPOS GERAIS/ MINAS GERAIS

2010

CYOMARA DE JESUS BIANCHINI

**ANÁLISE DA PROPORÇÃO E ÍNDICE DE GRAVIDEZ NA
ADOLESCÊNCIA ENCONTRADA NO TERRITÓRIO COBERTO
PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
ALFENAS/MG.**

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

Orientadora: Profa. Dra. Suelene Coelho

CAMPOS GERAIS / MINAS GERAIS

2010

CYOMARA DE JESUS BIANCHINI

**ANÁLISE DA PROPORÇÃO E ÍNDICE DE GRAVIDEZ NA
ADOLESCÊNCIA ENCONTRADA NO TERRITÓRIO COBERTO
PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
ALFENAS/MG.**

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Suelene Coelho - CEABSF/UFMG _____

Profa. Dra. Daisy de Abreu - CEABSF/UFMG _____

Aprovada em ____/____/____

Dedico esse trabalho ao meu esposo, meus filhos e minha mãe, que foram fontes de amor, apoio e dedicação, por mais essa vitória.

Agradeço à Deus por estar finalizando mais essa etapa de minha vida.

À minha família pela compreensão, amor, carinho e paciência.

Aos tutores e orientadores pelo empenho e disposição em me ajudar.

A minha equipe, companheira nas horas boas e difíceis pelas quais passamos no decorrer desta caminhada.

“ O Senhor é minha luz e minha salvação, diante de quem temerei? ”

(Salmo 27)

Resumo

Segundo o Ministério da Saúde o índice de gravidez em adolescentes vem aumentando gradativamente, realidade que vem sendo observada também no município de Alfenas. Neste sentido, este estudo teve como objetivo analisar a situação da gravidez na adolescência no território coberto pelas 11 Equipes de Saúde da Família no município de Alfenas/MG, no período de janeiro à dezembro de 2008, para posterior implantação de ações e programas que possam minimizar os danos. A coleta de dados foi realizada por meio nos arquivos da Secretaria Municipal de Saúde e nas equipes de saúde da família de Alfenas. O índice de gravidez em adolescentes encontrado no município foi de 1,02%, e a proporção foi de 16, 97%, um número relativamente alto considerando os riscos e as conseqüências e um tema de interesse para a saúde pública local. A Secretaria Municipal de Saúde tem buscado oferecer subsídios para futuras mudanças e melhorias nos programas de saúde existentes, como também a formulação de novos programas no município a fim de minimizar os números e oferecer apoio às adolescentes que já se encontram grávidas.

Palavras – chaves: adolescência; gravidez; saúde pública.

Abstract

According to the Ministry of Health the rate of teenage pregnancy is increasing, a reality that has been observed also in Alfenas. Thus, this study aimed to analyze the situation of teenage pregnancy in the territory covered by the 11 Family Health Teams in Alfenas / MG during the period January to December 2008, for further implementation of actions and programs that can minimize damage. Data collection was done through the archives of the City Health Department and the family health teams Alfenas. The rate of teenage pregnancy found in the city was 1.02% and the proportion was 16, 97%, a relatively high number considering the risks and consequences and a topic of interest to the local public health. The City Health Department has sought to provide a basis for future changes and improvements in existing health programs, as well as the formulation of new programs in the city to minimize the numbers and offer support to teens who are already pregnant.

Word-key: 1. adolescence. 2. pregnancy.

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO.....	1
2- OBJETIVO.....	3
3. METODOLOGIA	4
3.1- Cenário de estudo.....	4
3.2- Sujeitos do estudo.....	4
4. RESULTADO E DISCUSSÃO.....	5
4.1 A gravidez precoce na adolescência como um problema de saúde pública.....	5
4.2. Conseqüências da gravidez na adolescência.....	7
4.3 Proporção e índice de gravidez na adolescência na área coberta pela Estratégia Saúde da Família em Alfenas/MG.....	9
5- MEDIDAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DAS ADOLESCENTES, NO SENTIDO DE PREVENIR A GRAVIDEZ PRECOCE.....	18
6. CONCLUSÃO.....	22

1- INTRODUÇÃO

Alfenas é um município com 849 km de extensão territorial e população de 71.628 habitantes (IBGE 2007). O município esta situado no sul de Minas Gerais e a uma distancia de 335 Km de Belo Horizonte e 306 Km de São Paulo. Possui clima mesotérmico, sendo banhado pelo lago de furnas, considerado um dos maiores da América Latina.

Possui 02 universidades com aproximadamente 10.000 estudantes e 15 escolas de ensino médio e fundamental, 12 escolas infantis. Conta com 03 hospitais (sendo 01hospital escola com 120 leitos, 01 filantrópico com 85 leitos e 01 particular com 30 leitos), 06 unidades básicas de saúde, 02 unidades para atendimento de especialidades e 12 equipes de saúde da família com uma cobertura de mais de 50% da população do município.

O Programa Saúde da Família foi criado em Alfenas em 1997, inicialmente com duas equipes, formadas por enfermeiras da própria rede, agentes de saúde indicados pela associação de bairros, médicos contratados. Em 1998 fui convidada para assumir uma das equipes, sem nenhuma experiência e conhecimento, mas com muita vontade de aprender e crescer, permanecendo por 2 anos e retornando no ano de 2007. Em 2008, com a oportunidade de um curso dentro da área, iniciei o CEABSF, quando tive oportunidade de acompanhar e aprimorar meus conhecimentos de maneira coletiva, onde todos participavam das atividades propostas.

A Equipe de Saúde da Família (ESF) Primavera - Bairro Primavera abrange 03 bairros, 1050 famílias, num total de 3792 pessoas no ano de 2008, sendo 1815 do sexo masculino (com 434 adolescentes) e 1977 do sexo feminino, das quais 398 são adolescentes. A falta de lazer, de estrutura familiar adequada, o baixo nível sócio econômico e o sedentarismo, compõem o perfil da população da área de abrangência da ESF. Neste sentido, a adolescência vem sendo o foco principal de toda infra-estrutura educacional, cultural e de saúde do município, buscando prepará-lo para ser um adulto saudável, equilibrado emocional e socialmente. Considerada como o período compreendido entre a infância e a idade adulta, a adolescência caracteriza-se por intenso crescimento físico e desenvolvimento afetivo/sexual e social. É definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o período que vai dos 10 aos 19 anos.

A gravidez é um dos graves problemas dessa faixa etária com repercussões médicas, sociais, educacionais e econômicas, a curto e a longo prazo. Embora não seja um fato novo, caracteriza-se como um problema mundial e multifatorial com intenso crescimento nas últimas décadas, trazendo desafios difíceis para a sociedade atual.

O Programa de Saúde da Família (PSF) tem importante papel na prevenção da gravidez na adolescência, já que sua meta é a atenção integral à saúde da família, inclusive aos adolescentes. Dessa maneira, os profissionais atuantes no PSF precisam conhecer intensidade desse problema na população alvo para poder elaborar programas locais que ajudem a diminuir a gravidez precoce. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), o número de adolescentes que engravidam por ano no Brasil vem aumentando.

Na sociedade contemporânea a gravidez precoce está se tornando cada vez mais comum, pois os adolescentes estão iniciando a vida sexual mais cedo. Os dados, da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), mostram que o Brasil tem hoje 233.908 jovens com menos de 18 anos e com a responsabilidade de chefiar uma família. Estes dados foram destacados pelo relatório Situação da Infância Brasileira 2009, do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF 2009)

Tendo em vista as várias conseqüências sociais, psicológicas e físicas sofridas pela mãe adolescente e sua criança, sentimos a necessidade de conhecer a população de adolescentes na área coberta pela Equipe Saúde da Família Primavera no município de Alfenas, focalizando a gravidez na adolescência.

2- OBJETIVO

Analisar a situação da gravidez na adolescência no território coberto pelas 11 Equipes de Saúde da Família no município de Alfenas/MG, para posterior implantação de ações e programas que possam minimizar os danos e dar apoio àquelas que já sofrem com o problema.

3- METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo, que utilizou a revisão bibliográfica e a análise de dados primários e secundários referentes as adolescentes grávidas atendidas pelas equipes de PSF no município de Alfenas/MG.

Tendo em vista a necessidade de atualização sobre a temática gravidez na adolescência e sua situação no país, foi realizada uma revisão narrativa da bibliografia, uma vez que parte dela foi elaborada a partir de material já publicado, abrangendo a leitura, análise e interpretação de artigos de periódicos, documentos legais e outros.

3.1- Cenário de estudo

O estudo foi realizado no município de Alfenas, situado no sul do estado de Minas Gerais. A maioria dos dados foi coletada na Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas, tendo como referencia as equipes de Saúde da Família. Procedeu-se ao levantamento de dados primários e secundários, livros, manuais, portarias, periódicos e artigos científicos disponibilizados na Internet sobre o tema, além de sistemas de informação (SIAB, SINASC, SIM, SISPRENATAL) e programas do MINISTÉRIO da Saúde, dados da Secretaria Municipal de Saúde, entre outros.

Os dados foram tabulados, apresentados sob a forma de tabelas e analisados a luz do referencial teórico pesquisado. Paralelamente à leitura e análise dos dados, realizou-se a revisão de literatura, onde articularam-se os conceitos, sistematizando-os na área de conhecimento, por meio de citações, e elaboração de propostas de ação.

3.2- Sujeitos do estudo

Foram sujeitos deste estudo as onze Equipes de Saúde da Família do município: Pinheirinho, São Carlos, Itaparica, Aparecida, Unisaúde, Recreio Vale do Sol, Boa Esperança. Vila Betânia, Santos Reis, Zona Rural e Primavera

4- RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 A gravidez precoce na adolescência como um problema de saúde pública

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), no Brasil cerca de 1,1 milhão de adolescentes engravidam por ano. Ainda segundo o autor, esse número continua crescendo e o índice de adolescentes e jovens brasileiras grávidas é 2% maior do que na última década, sendo que as meninas de 10 a 20 anos respondem por 25% dos partos realizados no país. Esta realidade aponta a gravidez precoce como um dos graves problemas relacionados à maneira como os adolescentes tem exercido a sua sexualidade.

De acordo com Correa (1999:), entre as características psicológicas da adolescência que favorecem o surgimento de gravidezes indesejadas, destaca-se:

- A utilização do ‘pensamento mágico’, ou seja, o adolescente acredita que a gravidez vai acontecer com os outros, ele se sente protegido, mesmo que não tenha tomado as providencias para tal. Este tipo de pensamento, característico da idade, tem sido também a causa das gravidezes repetidas.
- A dissociação entre o presente e o futuro, expressa na falta de incapacidade de visualizar a conseqüência de seus atos no futuro;
- A dificuldade em lidar com os impulsos fazendo com que a relação sexual seja algo imperioso e que tem de se consumir imediatamente, dificultando o planejamento e o uso adequado dos métodos contraceptivos.

Correa (1999) descreve ainda, outros fatores que também podem estar relacionados com a gravidez na adolescência, sendo estes:

- Um desejo inconsciente de provar a fertilidade, por meio da gravidez.

- Pode ser uma maneira, muitas vezes também inconsciente, de demonstrar inconformismo e rebeldia, em especial, nos casos em que os pais são separados;
- Pode ser uma maneira de preencher carências de afeto, acreditando que assim haverá alguém para amar, e conseqüentemente ser amada.
- Pode estar relacionada a tentativa de manter uma relação, ou seja, de segurar o companheiro;
- Pode caracterizar-se também como uma maneira de sair da casa dos pais, de constituir uma nova família, principalmente quando está insatisfeita com a que possui;
- Dificuldade de acesso aos serviços de saúde preventivos para obtenção de orientação de como se precaver de uma gravidez indesejada e para obter métodos contraceptivos. O que se observa, na maioria das vezes, é que pela falta de uma política que atue de maneira preventiva, o adolescente só é visível para a equipe de saúde da família quando o problema da gravidez precoce já está instalado.
- Em algumas situações pode ocorrer a falta de condições financeiras para obtenção do método contraceptivo desejado;
- É frequente também, o manuseio inadequado do método contraceptivo, em especial, a suspensão imediata do contraceptivo quando surge algum efeito colateral ou do término do namoro, neste caso se esquecendo de que o namoro pode ser reatado em poucos dias.

Como na maioria das Equipes de Saúde da Família, os profissionais de saúde acabam priorizando a demanda dos usuários com problemas característicos da infância e da vida adulta, que implicam em risco de vida, acabam não se preparando e disponibilizando tempo para lidar com as questões relativas à sexualidade do adolescente;

Outro aspecto relevante é o fato da responsabilidade da gravidez estar sempre associada às mulheres, com pouco investimento público no preparo dos adolescentes homens, no sentido de se prepararem para assumir sua

sexualidade. Neste sentido, Moraes (2007) afirma que a desinformação e a fragilidade da educação sexual são também questões problemáticas.

Segundo Viana *et al.* (2001) as taxas de morbidade e mortalidade materna estão diretamente relacionadas a complicações obstétricas ou condições constitucionais (doenças intercorrentes) agravadas pela prenhez .

Ambas as categorias de complicações estão intimamente influenciadas pela idade, paridade e intervalo intergestacional da mulher. O risco da gestante apresentar qualquer complicação é mínimo entre 18 e 30 anos e de sua 2^a à 4^a gravidez. Aumenta, progressivamente, 2 a 3 vezes, em mães mais jovens de 18 anos ou mais velhas 30 anos, a ocorrência de hemorragia, toxemia, parto distócico (VIANA et al., 2001).

4.2 Conseqüências da gravidez na adolescência

Segundo Viana et al. (2006),. quando a atividade sexual tem como resultante a gravidez, gera conseqüências tardias e a longo prazo, tanto para a adolescente quanto para o recém-nascido. Neste sentido, Norman (2003) aponta que é grande o número de crianças levadas a clínicas de orientação infantil devido à sua falta de rendimento nos estudos, apatia, oposicionismo, rebeldia, indisciplina e distúrbios de conduta, mais ou menos graves, inclusive pré-delinqüências. Quando realizadas as entrevistas de praxe e procuradas as causas determinantes desse comportamento, o psicólogo freqüentemente encontra uma problemática familiar, isto é, um problema de dissociação e falta de estabilidade no lar, tendo como pano de fundo, a gravidez precoce dos pais.

De acordo com Castilho (2004), as complicações mais freqüentes da gravidez e parto na adolescência são:

- A toxemia gravídica
- Maior índice de cesarianas, decorrentes, principalmente, da desproporção céfalo-pélvica;
- Maior ocorrência de síndromes hemorrágicas;
- Maior possibilidade de ocorrer lacerações perineais, envolvendo

vagina e, às vezes do ânus;

- Maior índice de amniorrexe prematura;
- Maior ocorrência de prematuridade fetal.

Um estudo da Organização Mundial da Saúde (2005) mostrou que a incidência de recém-nascidos gerados por mães adolescentes com baixo peso é duas vezes maior que o de mães adultas.

Neste sentido, Correa (1999) chama a atenção para o fato de que o ganho de peso deve ser uma preocupação constante, pois se correlaciona diretamente com o ganho de peso do feto. Muitas vezes, continua o autor, a paciente não quer engordar para esconder a gravidez, o que afeta tanto o peso fetal quanto a incidência de anemia carencial. Ainda segundo o autor, a suplementação de ferro e ácido fólico na segunda metade da gravidez é aconselhada para praticamente todas as adolescentes. Outras vezes, a ansiedade e os conselhos equivocados de que na gravidez se deve "comer para dois" promovem um ganho excessivo de peso, destaca o autor. Assim, a orientação dietética deve ser feita com base no acompanhamento individual e ajustada para a realidade social da adolescente

Para Silva (1996), a doença hipertensiva específica da gravidez tem uma incidência aumentada nesse grupo, fundamentalmente pela maior prevalência de primigestas. Sendo assim, continua o autor, o controle rigoroso dos níveis pressóricos, ganho de peso, surgimento de edema e proteinúria devem ser prioritários no acompanhamento pré-natal.

Ainda de acordo com Correa (1999), embora a prematuridade seja considerada por alguns autores como mais prevalente nesse grupo de pacientes, está relacionada mais especificamente às condições sociais do que propriamente à idade da paciente. Entretanto, o autor afirma que é mais freqüente nas pacientes com idade ginecológica inferior a dois anos e nas que apresentam menos de 14 anos.

Segundo Martins (2000), o crescimento intra-uterino restrito (CIUR), que pode estar relacionado ao ganho inadequado de peso ou à competição materno-fetal pelo alimento, ocorre com maior freqüência em pacientes com menos de 14 anos de idade.

Maia Filho (1998) aponta que a mortalidade materna é causa de milhares de mortes entre as adolescentes nos Estados Unidos, sendo que o risco é 60 vezes maior para uma gestante com menos de 15 anos, quando comparada com uma gestante que tenha 20 anos ou mais. O autor aponta ainda, que em um estudo retrospectivo de mortalidade materna, realizado no Hospital das Clínicas da UFMG, no ano de 1997, 15,4% das gestantes tinham idade igual ou inferior a 19 anos. O autor conclui que, em nosso país, as principais causas de morte materna são a hipertensão, a infecção e a hemorragia, e é sabido que, pelo menos, 90% destas mortes são passíveis de prevenção através de cuidados adequados de saúde. Assim, a prevenção da gravidez indesejada, associada à assistência pré-natal, parto e puerpério de qualidade, é a alternativa mais eficaz na redução destes índices.

De acordo com Correa (1999), as alterações psicológicas e as mudanças sociais existentes no período da adolescência já exigem muito dos nossos jovens. A associação de momentos considerados de "crise" não pode ser entendida como benéfica. Daí ser um papel fundamental da sociedade educar adequadamente seus jovens para que possam assumir com responsabilidade sua sexualidade, oferecer alternativas de contracepção, estimulá-los a adquirir uma ótima formação profissional e prestar uma assistência global aos adolescentes "grávidos"

4.3 Proporção e índice de gravidez na adolescência na área coberta pela Estratégia Saúde da Família em Alfenas/MG

A Estratégia Saúde da família tem um importante papel na prevenção, já que sua meta é a atenção integral à saúde da família, inclusive aos adolescentes. Os profissionais atuantes no PSF devem conhecer a população alvo e, assim, torna-se mais fácil a elaboração de programas locais de prevenção às doenças de maior incidência e também a gravidez precoce.

Neste sentido, foram levantados dados secundários referentes às adolescentes grávidas atendidas pelas equipes de PSF, no município de Alfenas/MG, como intuito de contribuir com a melhoria da assistência prestada pela Equipe Saúde da Família a esta população.

Inicialmente foram levantados o número de gestações totais e o número de gestações em adolescentes referentes as 11 Equipes de Saúde da Família do município, como pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1 – Número total de gestações, número de gestação em adolescentes e proporção de gestações em adolescentes na área coberta pelas Equipes de Saúde da Família no município de Alfenas, no período de janeiro à dezembro de 2008.

Equipes Saúde da Família	Número total de gestações	Número de gestações em adolescentes	Proporção de gestações em adolescentes
Pinheirinho	17	5	29,41%
São Carlos	16	4	25,00%
Itaparica	33	8	24,24%
Aparecida	21	4	19,04%
Unisaúde	18	3	16,66%
Recreio Vale do Sol	25	4	16,00%
Boa Esperança	21	3	14,28%
Vila Betânia	15	2	13,33%
Santos Reis	12	1	8,33%
Zona Rural	12	1	8,33%
Primavera	28	2	7,20%
Total	218	37	16,97%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas

Podemos observar na **Tabela 1**, que a proporção de gestação em adolescentes na cidade de Alfenas foi de 16,97%, no ano de 2008, abrangendo uma importante parcela da população de gestantes no município, que necessitam de atenção especial.

Ao pesquisar autores que estudaram essa temática, encontramos Simões et al. (2002), que relata um estudo realizado na cidade de São Luís, no Maranhão, onde das 2.421 gestantes, 714 eram adolescentes, representando uma proporção de 29,4%. Seu coeficiente específico de fecundidade, 72,2 por mil, foi mais elevado do que em outras

regiões do país. No estudo apontado pelo autor, as adolescentes apresentaram piores condições socioeconômicas e reprodutivas que as demais mulheres, o que provavelmente repercutiu na maior proporção de pré-natal inadequado (39,2%). Destacou-se também, que muitas não tinham companheiro (34,5%).

Neste sentido, é importante ressaltar que a gestação na adolescência apresenta muitas vezes complicações obstétricas menos pela fisiologia da gestação e mais pelas condições psíquicas da menina. Estes fatos exigem cuidados mais atentos durante o tratamento pré-natal (CANELLA, 1998). O pré-natal da adolescente deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar: obstetra, enfermeira, assistente social e psicólogo. Este aspecto também é confirmado por Santin (1998), ao dizer que a literatura mundial nos mostra que, apesar de as adolescentes possuírem piores condições biológicas para a gravidez, o maior índice de complicações perinatais nessas pacientes se deve mais a uma interação biossocioeconômica. Ainda para o autor, a assistência pré-natal adequada pode reduzir essas complicações a níveis próximos aos de uma mulher não-adolescente, pelo menos em relação aos indicadores puramente biológicos.

Correa (1999) ressaltava que, os serviços multidisciplinares voltados para o cuidado apenas das adolescentes alcançam melhores resultados por conseguirem recrutá-las mais precocemente e garantirem uma maior adesão ao acompanhamento. Para o autor, idealmente, deveríamos buscar também o envolvimento do parceiro e de alguns familiares nesse processo.

De acordo com Silva (1996), a rotina das consultas e dos exames complementares é semelhante à assistência pré-natal da mulher adulta, mas devemos ter consciência da necessidade de um apoio maior à adolescente e de procurar conhecer as repercussões dessa gravidez no seu meio familiar e com o parceiro. Ainda para o autor, é importante lembrar que com frequência, essa adolescente jamais fez uma consulta ginecológica e traz consigo uma série de receios em relação ao exame. Sendo assim, conclui o autor, é fundamental que se tenha tempo para conversar com ela sobre o exame ginecológico e deixá-la confortável durante o mesmo.

Em outro estudo realizado no hospital de Interlagos, São Paulo, Pedroso et al. (2005) revelaram que entre os 1274 partos ocorridos, durante o período de dezembro de

2004 à fevereiro de 2005, 179 (14,05%) eram de gestantes adolescentes, entre as quais encontrou-se 25% que deram à luz ao segundo filho. Destas, 43 adolescentes (23,3%) estavam na faixa etária dos 16 anos. A média de idade encontrada foi entre 16 anos e 17 anos.

Neste sentido, Correa (1999) afirma que da mesma forma que a adolescente é, de um modo geral, psicologicamente despreparada para a gravidez, ela também mantém uma atitude de medo em relação ao parto. Segundo o autor, seus temores baseiam-se em crenças e histórias contadas por familiares ou conhecidas e, freqüentemente, associam o parto a uma experiência ruim, dolorosa e com risco iminente de morte. O autor afirma também, que o pré-natal é o momento ideal para minimizar esses medos e que a adolescente deve ser bem orientada sobre o momento em que deve procurar a maternidade, como é o trabalho de parto e também o parto. Por isso, conclui o autor, ela deve ser estimulada em relação aos benefícios do parto normal, já que vivemos uma cultura equivocada que considera a cesariana uma via de parto mais segura.

Castilho (2004) destaca que, a incidência de recém nascidos de mães adolescentes com baixo peso é duas vezes maior que em recém nascidos de mães adultas, e a taxa de morte neonatal é 3 vezes maior. Entre adolescentes com 17 anos ou menos, 14% dos nascidos são prematuros, enquanto entre as mulheres de 25 a 29 anos é de 6%. A mãe adolescente também apresenta com maior freqüência sintomas depressivos no pós-parto, comenta o autor. Ainda segundo Castilho (2004), as piores complicações do parto tendem a acometer meninas com menos de 15 anos e, podem ser piores ainda em menores de 13 anos. Para o autor, a mãe adolescente tem maior morbidade e mortalidade por complicações da gravidez, do parto e do puerpério, sendo que a taxa de mortalidade é 2 vezes maior que entre gestantes adultas.

Correa (1999) destaca também, que durante a assistência ao parto, os profissionais envolvidos devem estar atentos não só às complicações mais freqüentes, como também ao fato de que, como já mencionado, a maioria das adolescentes está despreparada e emocionalmente insegura para o parto. Sempre que possível, deve-se permitir a presença de algum familiar junto à adolescente durante esse processo

Silva (1996) afirma que a analgesia de condução (peridural contínua)

nos casos conduzidos por via baixa deve ser sempre considerada e amplamente utilizada. Neste sentido Viana et al.(2001), relatam que a via de parto obedece às indicações obstétricas habituais, e não à idade da gestante. A avaliação da bacia óssea deve ser cuidadosa, principalmente em relação ao estreito médio, que é menor nos primeiros anos pós-menarca, quando comparado ao estreito médio de mulheres adultas, acrescentam os autores. Assim, a correção das distócias de contração deverá ser realizada sempre de imediato, evitando-se o trabalho de parto prolongado.

Correa (1999) destaca que, logo após o nascimento, o contato da mãe com a criança deve ser, sempre que possível, imediato, buscando-se favorecer uma relação afetiva mais harmoniosa. De acordo com Viana et al.(2006), o puerpério imediato e mediato da adolescente, do ponto de vista puramente biológico, quase não se diferencia do puerpério das mulheres adultas. Os autores enfatizam ainda, a maior necessidade de algumas medidas específicas, como o estímulo ao alojamento conjunto, à amamentação e a maior necessidade de apoio emocional.

Vale ressaltar a necessidade de orientar essa paciente sobre os métodos contraceptivos disponíveis para a mesma e a maneira de ter acesso a eles. Seria ideal que as pacientes já estivessem com uma consulta de planejamento familiar agendada no momento da sua alta hospitalar (FILHO, 1998).

Em pesquisa realizada por Duarte (1997), estimou-se que no Brasil, a cada ano, um milhão de adolescentes dava à luz, correspondendo a 20% dos nascidos vivos. Outro aspecto preocupante apontado pelo autor, é o fato dos estudos apontarem que 40% das adolescentes tornam a engravidar depois dos 36 meses da primeira gestação. De acordo com Lacerda (2007) o número de adolescentes que engravidaram em São Paulo, representa 16,6% do total de partos realizados no estado. O estudo revelou resultados próximos aos obtidos na presente pesquisa.

É importante ressaltar que, a gravidez na adolescência, por sua vez, é um problema mundial e multifatorial com repercussões médicas, sociais, educacionais e econômicas, a curto e a longo prazo. Embora não seja um fato novo, o intenso crescimento da sua incidência nas últimas décadas tem trazido problemas difíceis para a sociedade resolver. Por isso, como parte deste estudo, identificamos também, o índice de gravidez na adolescência na área

coberta pelo PSF na cidade de Alfenas, no período de janeiro a dezembro de 2008, descritos na Tabela 2

Tabela 2 – Número de adolescentes cadastradas, número de adolescentes grávidas e o índice de gravidez na adolescência na área coberta pela Estratégia Saúde da Família na cidade de Alfenas/MG, no período de janeiro à dezembro de 2008.

PSF	Número de adolescentes cadastradas	Número de adolescentes grávidas	Índice de gravidez na adolescência
Pinheirinho	303	5	1,65%
São Carlos	313	4	1,27%
Itaparica	506	8	1,58%
Aparecida	307	4	1,30%
Unisaúde	295	3	1,01%
Recreio Vale do Sol	368	4	1,08%
Boa Esperança	331	3	0,90%
Vila Betânia	293	2	0,68%
Santos Reis	282	1	0,35%
Zona Rural	269	1	0,37%
Primavera	350	2	0,57%
Total	3617	37	1,02%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas/MG.

O índice de gravidez na adolescência na área coberta pela Estratégia Saúde da Família na cidade de Alfenas foi de 1,02%, um número pequeno, mas que preocupa o setor da educação e da saúde, pois o município oferece pouco incentivo para os adolescentes no município, principalmente nos territórios da ESF.

Um estudo do Ministério da Saúde (2000) demonstrou que os estados com maiores índices de gravidez precoce pertenciam a Região Norte. Por outro lado, o Rio Grande do Sul foi o segundo estado com menor proporção de mães adolescentes, atrás

apenas de Minas Gerais, registrando 23,68% de partos em jovens sobre o total de nascimentos. Este fato corrobora com os resultados obtidos, mostrando que as medidas de prevenção podem estar apresentando resultados em Minas Gerais.

O Ministério da Saúde (2000) considera aceitável o índice de 25% de adolescentes grávidas atendidas pelo serviço público, No entanto, no Hospital Geral Cesar Cals, em Fortaleza, cerca de 40% dos 600 partos realizados por mês, no ano referido, foi de adolescentes. Diante dos parâmetros aceitáveis pelo Ministério da Saúde pode-se verificar que o município de Alfenas encontra-se com um índice bem abaixo da media nacional.

De acordo com levantamento feito pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo em 2006 o estado apresentou redução de 32% nos índices de gravidez na adolescência em comparação com o ano de 1998. O levantamento mostrou que a gravidez na adolescência é realmente assunto de interesse da saúde pública, sendo que as medidas adotadas pela Secretaria foram eficazes na prevenção da gravidez indesejada.

Ainda, segundo dados do Ministério da Saúde (2008), cerca de 1,1 milhão de adolescentes engravidam por ano no Brasil e esse número continua crescendo. O índice de adolescentes grávidas no Brasil é hoje, 2% maior do que na última década; as meninas de 10 à 20 anos respondem hoje por 25% dos partos feitos no país.

Comparativamente Carvalho e Merighi (2004) demonstraram que no Brasil em 1996 havia quase 1 milhão de grávidas e o número de partos na faixa etária de 10 a 14 anos aumentou 17% entre 1993 e 1996, e dos 15 aos 19 anos cresceu em torno de 10%, enquanto que nas outras faixas etárias é contínua a queda no crescimento populacional. Como consequência natural do aumento do número de grávidas, houve um aumento do número de abortamentos.

Pedroso et al. (2005) ao compararem os dados entre a camada mais rica e a mais pobre da população feminina, a gravidez precoce se confirmou como um acontecimento evitável. Enquanto na porção mais rica esse índice se manteve estável em torno de 20 adolescentes grávidas por mil, na parcela mais pobre subiu de 120 para 155 por mil.

No entanto, em 2009 o Ministério da Saúde publicou estudo apontando a queda do número de gravidezes na adolescência no país. Para fins de programação, ficou

definido que adolescentes são indivíduos na faixa etária entre os 10 e 19 anos, e jovens, o grupo compreendido entre 15 e 24 anos (OMS, 1977). Os dados demográficos da América Latina e do Caribe apontaram que, em 1990, 31% da população era de adolescentes e jovens, o que compreendia aproximadamente 137 milhões de pessoas. Calcula-se que no ano 2000 este grupo tenha alcançado 172 milhões (VIANA 2006, p18).

No âmbito do Ministério da Saúde, foi criado o PROSAD/Programa de Saúde do Adolescente, oficializado em 5 de outubro de 1988. De acordo com Arilha e Calazans (1998, p.12) , as bases de ação do PROSAD (Ministério da Saúde, p. 31) estabelecem que

[...] o programa de saúde do adolescente deverá ser executado dentro do princípio da integralidade das ações de saúde, da necessária multidisciplinaridade no trato dessas questões e na integração intersetorial e interinstitucional dos órgãos envolvidos, respeitando-se as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) apontadas na Constituição Brasileira.

Um fato importante a ser destacado é que em julho de 1997, a Coordenação de Saúde do Adolescente do Ministério da Saúde realizou uma reunião de caráter multidisciplinar com profissionais de serviços e ONGs, com o objetivo de traçar diretrizes para a redução do problema da gravidez na adolescência. Esse documento foi discutido em Fortaleza no Seminário para Elaboração de Diretrizes e Ações em Sexualidade, Prevenção de DST/Aids e Uso Indevido de Drogas para Crianças e Adolescentes no Período de 1998 a 2002”, promovido pelo PN/DST/AIDS do Ministério da Saúde. Foi discutido também, no Seminário Gravidez na Adolescência, promovido pelo Programa Saúde na Adolescência, promovido pelo Ministério da Saúde e Associação Saúde da Família, no Rio de Janeiro. O documento sofreu uma ampliação temática e está sendo revisto e reformulado, diante das novas críticas e sugestões.

De acordo com Cavasin e Arruda (1998 p. 68) é preciso considerar que não há dúvidas quanto ao benefício de se incluir temas como sexualidade e saúde reprodutiva no contexto educacional, pois é um meio competente para divulgar informações consistentes e de qualidade, contribuindo dessa forma na prevenção das DST/Aids e questões associadas à gravidez na adolescência. Isto se justifica ainda mais no momento atual, em que a situação de vulnerabilidade da população jovem é amplamente conhecida e carente de ações preventivas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

Os dados dos estudos apresentados apontaram que, independente do percentual de adolescentes grávidas ter diminuído na última década em nossos países, a gravidez na adolescência ainda se constitui um problema a ser priorizado nas ações das Equipes de Saúde da Família. Por isso, no próximo capítulo apresentaremos aspectos que devem ser considerados e as medidas necessárias para a promoção da saúde das adolescentes, no sentido de prevenir a gravidez precoce.

5. MEDIDAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DAS ADOLESCENTES, NO SENTIDO DE PREVENIR A GRAVIDEZ PRECOCE.

Segundo Paulics (2008), na esfera que trata da prevenção da gravidez na adolescência, destacam-se alguns tópicos de possível atuação do poder municipal, como:

- Promover campanhas de alerta e esclarecimento, que ofereçam informação ao jovem e incentivem o uso de camisinha. Embora esta medida também tenha um papel importante na prevenção de Aids, doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez precoce, é necessário desenvolver atividades de educação para a saúde que estimulem os adolescentes a refletir sobre estes temas.

- Além da distribuição gratuita de métodos contraceptivos em escolas e postos de saúde, promover campanhas de orientação para que as pessoas percamos a inibição de pegá-los, e para tal, é necessário preservar a identidade dos mesmos. É importante ressaltar que muitos adolescentes deixam de utilizar a pílula, mesmo tendo informação dos seus benefícios. É importante estar atento ao fato de que, além da dificuldade de acesso, muitas adolescentes têm receio dos efeitos colaterais. Acreditam também, que são imunes à gravidez, situação que se complica pelo fato de não conhecerem o próprio corpo, não conseguirem colocar o assunto em discussão na família e tampouco recebem qualquer orientação na escola, pois persiste, na mente de muitos dirigentes de escolas e pais, o mito de que falar de sexo estimula a prática;

- Portanto, é fundamental garantir educação sexual nas escolas, para que os jovens possam falar livremente sobre a sua sexualidade, sem preconceitos, superando os tabus. Além disso, a escola é um espaço propício para o auto-conhecimento e a descoberta de outras formas de relacionamento afetivo que não somente as relações sexuais. Temas como a responsabilidade masculina na gravidez precoce também deve ser incentivado.

- Estender os programas aos pais, que, em sua maioria, estão despreparados para tratar desta questão com os filhos. Às vezes, a adolescente

até quer contar a eles suas experiências, mas muitos não querem ouvir ou fantasiam ter uma eterna criança dentro de casa;

- Oferecer alternativas de lazer e possibilidades de esporte, que resgatem o lado lúdico e recreativo, é também uma forma de prevenção; em muitas cidades, a única opção de lazer para os jovens é beber nos botecos e namorar.

- Priorizar a assistência médica à gestante adolescente no que se refere à saúde básica, mas também deve ser enfatizado o acompanhamento particular em quatro áreas essenciais: assistência ginecológica, exames pré-natais, assistência obstetrícia e exames pós-parto;

- A adequação dos horários às exigências da gravidez e da recém-maternidade, bem como a constituição de grupos de adolescentes nesta situação nas escolas, auxilia para a continuidade dos estudos; pois tanto a gravidez em período avançado quanto a recém-maternidade impossibilitam acompanhar os horários escolares normais.

- A existência de creches municipais facilita muito a recém-materna, principalmente quando se trata de uma adolescente. A ação da prefeitura neste sentido pode ser o favorecimento de vagas a mães adolescentes em creches municipais ou de subsídio municipal para a locação de vagas em creches particulares (caso o município não possua creches ou vagas suficientes);

- Programar também projetos que incentivem a profissionalização da adolescente para que ela possa se manter e sustentar também o filho;

- Oferecer o atendimento psicológico para que a jovem mãe reconstrua sua auto-estima, sua rede de relações, sua identidade e resgate sua cidadania .

De acordo com Lemos e Leandro (2000), a instituição de saúde juntamente com a família poderá, perfeitamente unir-se com vista a um único objetivo: o de acompanhar o adolescente para uma vivência mais informada, mais autônoma e, sobretudo, mais responsável da sexualidade. Isto porque, tal como já tinha sido referido, “a família é a instância social” com o papel mais determinante no desenvolvimento e na educação da sexualidade da criança, quer pela importância dos vínculos afetivos entre filhos e pais, quer pela influência destes como modelos de observação cotidiana, nomeadamente enquanto casal.

Segundo Norman (2003), todas essas questões precisam ser debatidas abertamente por toda a sociedade, se realmente se quer ajudar os adolescentes. Neste sentido, na Secretaria de Estado da Educação de Minas Gerais (2007, p.25) foi criado o Programa de Educação Afetivo Sexual (PEAS), tendo como objetivo

[...] promover o desenvolvimento pessoal e social do adolescente através de ações de caráter educativo e participativo, focalizadas nas questões da afetividade, da sexualidade e da saúde reprodutiva e implementada nos sistemas públicos de educação e de saúde do Estado de Minas Gerais.

O referido trabalho está sendo desenvolvido respeitando os marcos referenciais do Programa, tais como:

- ”A educação sexual como um direito;
- A sexualidade como porta de entrada para o desenvolvimento pessoal e social do adolescente;
- O foco na solução e não no dano;
- Afetividade e a educação afetivo-sexual;
- A saúde sexual reprodutiva e os direitos sexuais reprodutivos;
- A perspectiva de gênero;
- A educação -sexual dentro e fora da sala de aula (Pedagogia de Projetos);
- A integração educação – saúde;
- A escola e a unidade de saúde como instituições sociais e a relação com a família e com a comunidade;
- A participação do adolescente (Protagonismo Juvenil).

O Conteúdo do PEAS pode funcionar como “autorização” que faltava para que a sexualidade pudesse adentrar os portões da escola, como se os ensinamentos do programa se constituem na mais niva “solução” para os problemas que afligem a escola (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1997, p.58) .

Apesar do relato acima, estes dados estão mudando. Segundo a Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (2009), já começou a ser distribuídos 360 mil preservativos a adolescentes. A estimativa é de que essas camisinhas sejam entregues entre fevereiro e dezembro, com objetivo de

diminuir as taxas de gravidez precoce e prevenir as doenças sexualmente transmissíveis, principalmente a AIDS. Desde o início do ano, o governo do estado de Minas Gerais vem desenvolvendo um trabalho de conscientização sobre gravidez precoce. Ainda de acordo com a Secretaria de Saúde, 44 mil meninas engravidam ao ano no estado e as meninas começam sua vida sexual aos 16 anos e os meninos aos 15, sendo que 34,2% desses adolescentes não usaram a camisinha em sua primeira relação sexual.

Correa (1999), aponta que conhecendo as características de independência e rebeldia das adolescentes, devemos estar atentos à aderência desta parcela da população e diante da gravidez precoce, atentar também às prescrições, que é responsável por falhas da conduta proposta. Neste sentido, Santin (1998) afirma que, as enfermeiras, assistentes sociais e psicólogas desempenham papel importante de apoio e educação da paciente e sua família. A adolescente deve ser orientada quanto aos cuidados básicos de higiene, alimentação, ganho de peso e cuidados com o recém-nascido, incluindo, higiene, amamentação, vacinações e doenças comuns. Ainda para o autor, nessa oportunidade, devemos aproveitar da confiança adquirida e ensinar a prevenção de outras gravidezes indesejadas

6. CONCLUSÃO

O índice de gravidez na adolescência na cidade de Alfenas no ano de 2008 foi de 1,02%, um número considerado relativamente baixo comparado com outros estudos, porém, que vem aumentando gradativamente quando comparado ao índice do ano de 2007, que foi de 0,49%. Neste sentido, este estudo nos permitiu verificar que as medidas de prevenção devem continuar sendo trabalhadas e melhoradas no território das 11 Equipes de Saúde da Família do município de Alfenas/MG.

O início da atividade sexual está relacionado ao contexto familiar, pois adolescentes que iniciam a vida sexual precocemente e engravidam, na maioria das vezes, tem o mesmo histórico dos pais. A queda dos comportamentos conservadores, a liberdade idealizada, o hábito de “ficar” em encontros eventuais, a não utilização de métodos contraceptivos, faz com que a cada dia a atividade sexual infantil e juvenil cresça e conseqüentemente haja um aumento do número de gravidez na adolescência.

Pela revisão da literatura, verificamos que gravidez precoce pode estar relacionada com diferentes fatores, desde estrutura familiar, formação psicológica e baixa auto-estima. Por isso, o apoio da família é tão importante, pois ela é a base que poderá proporcionar compreensão, diálogo, segurança, afeto e auxílio para que tanto os adolescentes envolvidos quanto a criança que foi gerada se desenvolvam de maneira saudavel. Com o apoio da família, aborto e dificuldades de amamentação têm seus riscos diminuídos. Alterações na gestação envolvem diferentes alterações no organismo da jovem grávida e sintomas como depressão e humor podem piorar ou melhorar. Para muitos destes jovens, não há perspectiva no futuro, não há planos de vida. Somado a isso, a falta de orientação sexual e de informações pertinentes, a mídia que passa aos jovens forte conteúdo de sensualidade, libido, beleza e liberdade sexual, além de fazer tudo por impulso, sem pensar nas conseqüências, pode estar contribuindo para o aumento da incidência de gestação juvenil.

É muito importante que a adolescente faça o pré-natal para que possa compreender melhor o que está acontecendo com seu corpo, seu bebê, prevenir doenças e poder conversar abertamente com um profissional, sanando as

dúvidas que atordoam e angustiam essas jovens. É importante ressaltar que os adolescentes homens devem ser envolvidos nas ações de promoção e recuperação da saúde, decorrentes de uma gravidez precoce.

As Secretarias municipais de Saúde, Educação, Assistência Social, Cultura e Comunicação, deveriam promover mais campanhas educativas, destinada aos de 5^a a 8^a série das unidades de ensino da rede municipal e estadual que têm alunos na faixa etária entre 10 e 15 anos, para redução dos índices de gravidez na adolescência. Essas ações poderiam contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população do Município de Alfenas, levando informações para os adolescentes, especialmente nas comunidades mais carentes do município.

Este estudo permitiu concluir que há muito a ser feito para os adolescentes no que diz respeito ao suporte familiar, educacional, cultural e comportamental, remetendo-se à necessidade de pesquisas nacionais acerca da gravidez durante a adolescência, fato que deveria mobilizar toda a sociedade.

Referências Bibliográficas

ALEGRIA, Fanny Viviana F.; SCHOR, Néia; SIQUEIRA, Arnaldo Augusto F. **Gravidez na adolescência**: estudo comparativo. São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v23n6/05.pdf>>.

ALMEIDA, Elisabete. **Gravidez na adolescência**. Saúde teen, 2007. Disponível em: <http://www.lincx/lincx/saude_a_z/saude_teen/gravidez.asp>.

ARILHA, Margareth; CALAZANS, Gabriela. Sexualidade na Adolescência: o que há de novo? In: **Jovens acontecendo nas trilhas das Políticas Públicas**. Brasília, CNPD, maio de 1998, 63 p.

BALLONE, G.J. **Gravidez na adolescência**. In . Psiq web, Internet, 2003. Disponível em: <<http://www.gballone.sites.uol.com.br/infantil/adolesc3.html>>.

BELFORT, Paulo. **Aborto: uma realidade invisível**. GO ATUAL. Ano 5, pág. 3, nov./dez., 1996.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gravidez na adolescência**. 2008. Disponível em: <<http://www.g1.globo.com/noticias/brasil/0,,AA1372177-5598-948,00.html>>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde . **Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente**. 1993. 1v.2v.3v.

BRUNO, Zenilda Vieira. **Fatores de risco que podem levar ao aborto induzido na gravidez**. Go Atual. Ano 8, pág. 35, ago., 1999.

BUENO, Gláucia da Motta. **Variáveis de risco para a gravidez na adolescência**. UNICAMP: Campinas, 2006.

CANELLA, Paulo. **Problemas da sexualidade na adolescência**. Go Atual. Ano 7, pág. 44, mar., 1998.

CARVALHO, G.M., MERIGHI, M. A. B. **Gravidez na Adolescência**. In: Carvalho, G.M. *Enfermagem em Ginecologia*. EPU. São Paulo, 2004.

CAVASIN, S.; ARRUDA, S. **Educação sexual e comunicação para adolescentes**. In: Vieira EM, Fernandes MEL, Bailey P, Mckay A, organizadores. *Seminário gravidez na adolescência*; 1998 jul 30-31; Rio de Janeiro, RJ. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família; 1998. p. 110-8.

CASTILHO, Márcio. **Aumenta o índice de gravidez na adolescência**. A gazeta. 2004. Disponível em: <<http://www.jakobi.com.br/gravidez.adolesc.html>>.

CORREA, Mário Dias. **Noções práticas de obstetrícia**. 12 ed. Belo Horizonte: Medsi, 1999.

DAVIS, A. J. **O papel da contracepção hormonal em adolescentes**. Go Atual. Ano 5, pág. 51, mai., 1996.

DELASCO, Domingos; ALMEIDA, Pedro Augusto Marcondes. **Propedêutica da gestação de alto risco**. São Paulo: Manole, 1974.

DUARTE, A. **Gravidez na adolescência: ai, como eu sofri por te amar**. 2ª ed. Arte e Contos. Rio de Janeiro, 1997.

FANEMA. **O que é PSF?** Faculdade de Medicina de Marília. São Paulo, 2005.

FREITAS, Gisleine Vaz Scavacini de; BOTEGA, Neury José. **Prevalência de Transtorno de humor e de ideação suicida numa população de adolescentes grávidas**. UNESP: Botucatu, 2007.

LACERDA, Aline Santos et al. **O fenômeno da gravidez na adolescência**. UNIFESO: Teresópolis, 2007.

LEMO, Amanda Eulália Lopes; LEANDRO, Maria Engrácia. **Sexualidade e gravidez na adolescência: um estudo de caso**. V Congresso Português de Sociologia: Lisboa, 2000.

MAIA FILHO, Nelson Lourenço. **Gravidez na adolescência, três décadas de um problema social crescente**. Go Atual. ano 7, pág. 28, ago., 1998.

MARTINS, Marília da Glória; SALVADOR, Mônica Cristina Joaquim. **A adolescente no ciclo grávido-puerperal**. Go Atual. Ano 9, pág. 16, nov./dez., 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/SASAD. **Prevenção Inter-setorial da Gravidez na Adolescência**. (Documento Preliminar). julho de 1997.

MORAES, Rosalina Rocha Araújo. **Sexualidade: gravidez na adolescência**, 2007. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/sexualidade/gravidez-na-adolescencia/>>.

NORMAN, A. Sprinthall W. Andrews Collins. **Psicologia do adolescente**. 3 ed. Lisboa: Fundação Calouste Guebenkian, 2003.

Organização Mundial da Saúde (OMS.). **Gravidez na adolescência**. 2008. Disponível em: <<http://www.g1.globo.com/noticias/brasil/0,,AA1372177-5598-948,00.html>>. .

PAULICS, Veronika. **Atenção à gravidez na adolescência**, 2008. Disponível em: <<http://www.sitemedico.com.br/sm/materias/index.php?/mat=279>>.

PEDROSO, Marilda Almeida, OKAZAKI, Egle Lourdes Fontes Jardim, CAVALIERI, Joyce *et al.* **Gravidez na adolescência: números do Hospital Maternidade Interlagos, retrato de uma realidade**. In: SIMPOSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE, 2., 2005, São Paulo. Anais eletrônicos... Disponvel em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000082005000200062&lng=pt&nrm=abn>. .

REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa. **Obstetrícia fundamental**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SANTIN, A. J. **Juventude materna e acompanhamento da gravidez**: Grupos escolares comparados com mulheres adultas. GO ATUAL. Ano 7, pág. 38, jun., 1998.

SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO DE MINAS GERAIS. Programa de educação afetivo sexual um novo olhar. **Manual do orientador**. Belo Horizonte, 2007

SILVA, Elaine Saraiva Ribeiro da. **Anticoncepção na adolescência**. Go Atual. Ano 5, pág. 11, jun., 1996.

SIMÕES, Vanda Maria Ferreira; SILVA, Antônio Augusto Moura da; BETIOL, Heloísa; FILHO, Fernando Lamy; TONIAL, Rosina; MOCHEL, Elba Gomide. **Características da gravidez na adolescência em São Luiz, Maranhão**. Universidade Federal do Maranhão. São Luiz: 2002.

VIANA, Luiz Carlos; MARTINS, Madalena; GEBER, Selmo. **Ginecologia**. 2 ed. Belo Horizonte: Medsi, 2001.

VIANA, Lúcia de Lima; BORGES, Patrícia Tokarski; CRIVELLARO, João Luís Gallego. **Gravidez na adolescência: mito ou responsabilidade**, 2006. Disponível em <http://www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/revista_enfermagem/artigo051.pdf>.

VITALLE, Maria Sylvia de Souza; AMANCIO, Olga Maria Silvério. **Gravidez na Adolescência**. UNIFESP: São Paulo, 2005.