

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**ABORDAGEM DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO CONTEXTO
DA SAÚDE DA FAMÍLIA**

JOSÉ GERALDO BARBUGLI ABBADE

UBERABA/MINAS GERAIS

2011

JOSÉ GERALDO BARBUGLI ABBADE

**ABORDAGEM DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO CONTEXTO
DA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientadora: Professora Sirley Alves Silva Carvalho

UBERABA/MINAS GERAIS

2011

JOSÉ GERALDO BARBUGLI ABBADE

**ABORDAGEM DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO CONTEXTO
DA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientadora: Professora Shirley Alves Silva Carvalho

Banca Examinadora

Prof.^a Shirley Alves Silva Carvalho

UFMG

Prof.^a Márcia Helena Destro Nomelini

UFMG

Aprovada em Belo Horizonte: 04/02/2012.

Dedico este trabalho a minha esposa Maria José, a minha filha Ana Silvia e a minha neta Ana Carolina pelo apoio na realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e a todos que de alguma maneira colaboraram comigo nesta jornada.

Agir, eis a inteligência verdadeira. Serei o que quiser. Mas tenho que querer o que for. O êxito está em ter êxito, e não em ter condições de êxito. Condições de palácio tem qualquer terra larga, mas onde estará o palácio se não o fizerem ali?

Fernando Pessoa

Até que o sol não brilhe, acendamos uma vela na escuridão.

Confúcio

RESUMO

A ocorrência da gravidez e da maternidade na adolescência é uma experiência intensamente abordada na literatura, sendo claro neste discurso que este acontecimento é um problema de saúde pública. Este artigo, caracterizado como um estudo bibliográfico objetivou discutir as diferentes percepções sobre a maternidade na adolescência, entendida como fenômeno socialmente constituído. Este trabalho apresenta uma reflexão sobre o papel do setor saúde em particular o Programa Saúde da Família (PSF) na assistência e prevenção a gravidez na adolescência. Discute aspectos importantes como as possíveis causas e conseqüências da maternidade precoce, bem como os modos de abordagem deste programa. Nota-se a importância das práticas de atenção em saúde, a inserção e a adesão diferenciada dos setores no Programa, e a importância das organizações e representações da sociedade civil no processo de gestão e acompanhamento destas políticas públicas.

Palavras chave: Gravidez na Adolescência. Planejamento Familiar. Saúde Pública. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

The pregnancy and teenage motherhood is a subject intensely discussed in the literature, it is clear in researches that this event is a public health problem. This present work, through bibliographical study, aimed to discuss the different perceptions of teenage motherhood, understood it as a phenomenon socially constituted. This paper presents a reflection on the role of the health sector in particular the Family Health Program (PSF) in the care and prevention of teenage pregnancy. Discusses important issues as the possible causes and consequences of early motherhood, as well as ways to approach this program. Note the importance of health care practices, the inclusion and participation of different sectors in the Program, and the importance of organizations and representatives of civil society in the process of managing and monitoring these policies.

Keywords: Pregnancy in Adolescence. Family Planning. Public Health. Family Health Program.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	12
2.1	OBJETIVO GERAL	12
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3	METODOLOGIA	13
3.1	ANÁLISE DOS DADOS.....	14
4	DESENVOLVIMENTO	15
4.1	A ADOLESCÊNCIA	15
4.2	SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA E ALTERAÇÕES	17
4.3	MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA.....	19
4.4	POSSÍVEIS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DA MATERNIDADE PRECOCE	21
4.5	DIMENSÃO MULTIDISCIPLINAR E OS PROCESSOS DE TRABALHO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	25
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
6	REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

Dentre as diversas fases experimentadas pelo indivíduo, a adolescência possivelmente é uma das mais complexas, comportando a fase de transição entre a infância e a idade adulta, onde a sexualidade é de vital importância, pois direciona o indivíduo à identidade adulta, determinando inúmeras características.

É nesta fase de transição (entre 10 e 19 anos), conjuntamente a sexualidade que outro fator passa a existir em alta porcentagem: a ocorrência da gravidez na adolescência. Neste aspecto, dados do Sistema Único de Saúde (SUS) relativos ao ano de 2000, mostram que, dentre os 2,5 milhões de partos realizados nos hospitais públicos brasileiros, 689 mil eram de mães adolescentes. Tal fato evidencia o alto índice de gravidez na adolescência (BRASIL, 2001).

No que tange ao cenário brasileiro a gravidez na adolescência não constitui um fenômeno novo; acompanhando uma tendência internacional, ela admite, globalmente, sobretudo nas últimas décadas, o estatuto de problema social, para o qual converge a atenção dos poderes públicos, de organismos internacionais e da sociedade civil (HEILBORN *et al.*, 2002).

Tal problema constitui um desafio para as políticas públicas no contexto da promoção da saúde e ressalta pontos relevantes sobre a situação, no momento em que há o desafio de dar aos adolescentes subsídios para viver sua sexualidade de forma plena e com planejamento de anticoncepção ou concepção, no âmbito da promoção da saúde (GURGEL, 2008).

O interesse de diversos profissionais pelo assunto é proveniente, em boa parte, do aumento das preocupações que tem havido em torno das questões que envolvem a adolescência, que não se determina apenas a partir de critérios etários ou biológicos (OLIVEIRA, 2008).

No campo da saúde, as questões debatidas relativas a essa temática ressaltam os riscos para a saúde das mães e das crianças provenientes de gestação em mulheres muito jovens (GAMA *et al.*, 2001).

Com a finalidade de dar conta deste processo, foi criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família (PSF)/ Estratégia Saúde da Família (ESF), que seleciona a unidade básica como local privilegiado da atenção básica. O enfoque de saúde da família avalia que os riscos em saúde e a aparição de doenças, bem como a aquisição do bem-estar, têm como um de seus fatores determinantes o aspecto familiar, entendido este em suas concepções estrutural e dinâmica (BRASIL, 2003).

O PSF surge desse modo para estruturar a atenção básica à saúde, propondo a reorganização das práticas fundamentadas no conhecimento das reais necessidades da comunidade sob sua responsabilidade, para o alcance tanto da integralidade quanto da equidade em saúde (MARTINS *et al.*, 2010).

O novo modelo traz como base de sustentação a equipe (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos) com uma redefinição do processo de trabalho, apontando novos caminhos para a superação das velhas e ineficientes ações (FARIA, *et al.*, 2010).

Atualmente no Brasil em consonância aos dados do Ministério da Saúde (MS) cerca de 90% dos municípios já dispõem de pelo menos uma equipe de saúde da família (NESCON, 2008).

Diante destas reflexões, o interesse pelo tema se deu pela longa experiência como médico vivenciada no PSF localizado no bairro Residencial 2000, comunidade esta, que dista em torno de 10 km do centro da cidade de Uberaba-Minas Gerais. O bairro possui uma barreira natural que é a rodovia BR-262, nele a violência e o tráfico de drogas são problemas reais e aliados a estes agravantes as famílias são numerosas, sendo que a grande maioria é de baixa renda. Um fato marcante é o desemprego e/ou subemprego o que conseqüentemente gera a baixa condição socioeconômica e a baixa escolaridade que pela pressão social levam a violência, alcoolismo e consumo de drogas, ocasionando um circulo vicioso o que acaba por refletir nas adolescentes que mal orientadas terminam por engravidar. No bairro 27,5% das adolescentes entre 10 a 19 anos são gestantes, de acordo com o diagnóstico realizado por meio do Plano Diretor da Atenção primária á saúde. Nota-se que a idealização de uma formação futura não faz parte do ideário destas meninas, tal conceito é trocado pela gravidez precoce almejando a possibilidade de constituir uma nova família afim de não presenciar ou sofrer violências dentro de seu lar.

O presente estudo justifica-se pelo acentuado número de gravidez na adolescência ocorrido em áreas carentes – no Brasil, segundo o DATASUS (2008) entre 20 a 25% do total de mulheres gestantes são adolescentes – o que permeia a importância de maiores investigações e direciona para a necessidade de estudar as práticas educativas voltadas para este público nas unidades de saúde.

No Brasil, a literatura científica é ainda desprovida de investigações a respeito da vivência da maternidade na adolescência e o tema permanece polêmico. Muitos estudos sugerem que a gravidez na adolescência não desejada, não planejada, é produto da carência de informação e de um contexto de desvantagem socioeconômica.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar os aspectos pertinentes a gravidez na adolescência e desse modo contribuir por meio de informações para redução e enfrentamento da problemática.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conceituar a adolescência e os fatores que a permeiam;
- Descrever as possíveis causas e conseqüências da gravidez na adolescência;
- Discorrer sobre abordagens para um melhor entendimento das atitudes frente à maternidade precoce;
- Discutir sobre ações na área da saúde do adolescente com ênfase na gravidez na adolescência.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão da literatura com base em pesquisa descritiva e de abordagem qualitativa.

O estudo descritivo tem como objetivo principal descrever fatos e características de determinada população estabelecendo relações entre as variáveis. É usado para descrever fenômenos, situações e eventos, identificar problemas e justificar condições, comparar e avaliar o que vem sendo desenvolvido em situações semelhantes com o objetivo de aclarar situações para futuros planos e decisões (GRESSLER, 2003).

A pesquisa qualitativa segundo Gressler (2003) é usada quando se procura descrever a complexidade de um problema sem a manipulação de variáveis e/ou experimentos e busca, portanto, levar em consideração todos os componentes de uma determinada situação, adotando uma visão holística dos fenômenos.

Conforme Marconi e Lakatos (2003) a revisão de literatura utiliza o conhecimento teórico já publicado sobre determinado tema e permite ao pesquisador, conhecer o já foi estudado sobre o assunto. A pesquisa bibliográfica tem o objetivo de recolher conhecimentos prévios acerca do problema a que se busca a resposta.

Köche (2002) ainda ressalta que a pesquisa bibliográfica busca explicar um problema a partir de informações obtidas de fontes secundárias; obter informações sobre a situação atual do tema estudado; conhecer publicações já existentes e os aspectos anteriormente abordados; verificar as opiniões semelhantes ou diferentes acerca do assunto; elaborar estrutura conceitual no desenvolvimento do tema; descobrir as lacunas teórico - metodológicas do tema em questão.

Os descritores foram localizados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Descritores em Ciências da Saúde (DECS): Gravidez na Adolescência; Planejamento Familiar; Saúde Pública, Programa Saúde da Família. Foi com base nas idéias apresentadas pelos autores em cada artigo ou literatura que obtivemos o resultado da pesquisa.

O material utilizado no estudo foi obtido através de um levantamento de referências a partir bases de dados como: Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), MEDLINE, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da UFMG (NESCON), documentos do Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde, além de estudos já produzidos por outros autores em livros e periódicos.

Os critérios de inclusão utilizados foram os trabalhos retirados do meio eletrônico e em livros que continham o seguinte conteúdo: Maternidade Precoce dentro da Atenção Primária, Saúde Pública; Educação em Saúde, além de estudos disponíveis nas bases de dados citadas; trabalhos nacionais publicados no período de 2000 a 2011, seguindo os descritores escolhidos.

Os critérios de exclusão se deram por trabalhos não relacionados ao tema e/ou publicados em outra língua, não disponíveis na íntegra ou então publicados antes de 2000. Após a seleção do material bibliográfico foi realizado um fichamento, onde foram selecionados os materiais relevantes para o estudo, sendo considerados os mais condizentes com o assunto investigado.

O fichamento busca resumir o texto lido e interpretar a posição do autor acerca do assunto, possibilitando a retirada de trechos do texto através de citações diretas e indiretas para a formulação de um trabalho científico (SANTOS; CANDELORO, 2006).

3.1 ANÁLISE DOS DADOS

O procedimento de análise dos dados seguiu os seguintes passos:

- Levantamento das referências e seleção dos materiais relevantes para o estudo;
- Realização do fichamento dos mesmos;
- Descoberta de eixos em torno dos quais giram os argumentos dos autores acerca das questões investigadas
- A identificação das idéias centrais;
- A análise e interpretação do conteúdo;
- Elaboração textual.

4 DESENVOLVIMENTO

4.1 A ADOLESCÊNCIA

Etimologicamente o termo adolescência vem do verbo latino *adolescere* (*ad* = para e *olescere* = crescer), estando subentendido neste a condição ou processo de crescimento, assinalando para as mudanças que começariam com o início da puberdade e terminariam quando as responsabilidades adultas fossem assumidas (TRAVERSO-YEPEZ; PINHEIRO, 2002).

Partindo para o viés cronológico a Organização Mundial da Saúde (OMS), afirma que a adolescência compreenderia o período entre 10 e 19 anos de idade, subdividido em adolescentes menores (de 10 a 14 anos) e adolescentes maiores (de 15 a 19 anos). Sendo este critério o mais utilizado na literatura biomédica (*World Health Organization*, 2004).

Já a percepção de adolescente que nos é dada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) a partir do seu segundo artigo, nos diz que adolescente é a pessoa entre doze e dezoito anos incompletos. Tendo como base essa legislação o adolescente é visto como uma pessoa em situação peculiar de desenvolvimento (BRASIL, 2006).

Esta passagem também é evidenciada por alguns autores como um período que começa na biologia e termina na cultura, tanto assim que nas sociedades mais simples essa fase pode ser breve, em oposição às sociedades tecnologicamente mais desenvolvidas, nas quais tende a se prolongar. Entretanto, é manifesto na literatura psicológica e sociológica, a tendência a falarem de adolescência como uma categoria descontextualizada, seja como uma fase do desenvolvimento – etapa da vida – que, portanto, remete à biologia e a estados do corpo, ou bem como categoria sócio-demográfica que remete a parâmetros etários (TRAVERSO-YEPEZ; PINHEIRO, 2002).

Todavia afirma-se que sendo parte inerente do ciclo de vida humano, a adolescência constitui-se de características próprias, que a distinguem das demais faixas etárias. Este é um período confuso, de contradições, de formação da identidade e da auto-estima. É quando se

deve abandonar a infância para adentrar no mundo adulto, repleto de responsabilidades e cobranças, mundo este tão esperado pela sensação da liberdade a ser adquirida, mas também tão temido (RAMOS; MONTICELLI; NITSCHKE, 2000).

Alguns autores, referem-se a adolescência como:

Uma “síndrome normal”, descrevendo a seguinte “sintomatologia” que integraria esta fase: busca de si mesmo e da identidade; tendência grupal; necessidade de intelectualizar e fantasiar; crises religiosas; deslocalização temporal; evolução sexual manifesta; atitude social reivindicatória; contradições sucessivas; separação progressiva dos pais, constantes flutuações do humor e estado de ânimo (ABERASTURY; KNOBEL, 2007, p. 29, grifo do autor).

Na senda deste desenvolvimento há a descobrimento do corpo e dos órgãos sexuais. Nas meninas são definidos os seios, os quadris, há distribuição dos pêlos e ocorre a menarca. Essas alterações se dão em decorrência dos hormônios sexuais e do crescimento. Na busca do prazer, do conhecimento de si e de auto-afirmação, os jovens, comumente, tornam-se rebeldes e com oscilações de humor, motivo pelo qual vivem em constantes conflitos (MOREIRA *et al.*, 2008).

Entretanto mesmo com a diversidade de definições tanto biológicas, psíquicas quanto sociais a problemática continua, pois o adolescente neste universo se depara com a exigência de enfrentar um complexo processo que contempla importantes demandas. Deparando-se com uma nova trajetória o adolescente se vê povoado por dúvidas e impulsionado pela curiosidade. Neste estágio o adolescente se volta para o mundo externo num movimento ao mesmo tempo de afastamento e de aproximação a novos objetos com as quais irá se identificar (HEILBORN, 2002).

Neste caminho de enfrentamento com intensas transformações se faz presente a expectativa da conquista de aquisições, junto com o deslumbre e o temor em se deparar com o novo e ignorado. Assim, nesse intrincado e paradoxal jogo de expectativas e receios que acompanha o percorrido do jovem ao se afastar do mundo infantil e se aproximar do mundo adulto, é inegável o enlace entre o interno e o externo tanto na viabilidade como na fragilidade (REFOSCO; MACEDO, 2010).

Considerando que no Brasil, em torno de 19% da população geral constituem-se de adolescentes, segundo o censo de 2000, isto é, 34 milhões de jovens (IBGE, 2000), observa-se comumente que a adolescente, além dos conflitos próprios da faixa etária, vê-se com outras questões conflituosas, como a ocorrência de uma gravidez.

4.2 SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA E SUAS ALTERAÇÕES

O termo sexualidade, criado no século XIX, representa um conjunto de valores e práticas corporais culturalmente validados na história da humanidade. Mais do que pertinente à atividade sexual e sua extensão biológica, ele diz respeito a uma dimensão íntima e relacional, que compõe a subjetividade das pessoas e suas relações corporais com seus pares e com o mundo (HEILBORN, 2002).

Neste aspecto o comportamento sexual de um indivíduo depende não só da etapa de desenvolvimento em que se encontra, mas também do contexto familiar e social em que vive. Na atualidade, a sociedade brasileira tem fornecido mensagens ambíguas aos jovens, deixando dúvidas em relação à época mais adequada para o início das relações sexuais (REFOSCO; MACEDO, 2010).

Presentes na adolescência estão as mudanças biopsicossociais, tais como maturação dos caracteres sexuais secundários; independência socioeconômica e emocional dos pais; elaboração da identidade pessoal e sexual; aquisição do pensamento abstrato; exercício da sexualidade, intimidade e afetividade e frente a estas transformações, nota-se o desenvolver da sexualidade, intimamente ligado ao desenvolvimento integral do indivíduo (CARLINI-COTRIM; GAZAL-CARVALHO; GOUVEIA, 2000).

Donos de um corpo em crescente transformação e regidos por um pensamento ávido de novas experiências, os adolescentes andam pelos caminhos da curiosidade e do desejo, ainda incontrolável. Alguns com pouco ou nenhum conhecimento da fisiologia do corpo, agora reprodutivo, outros carregados de conhecimentos científicos e das orientações paternas, seguem indistintamente pelos mesmos caminhos (SOUZA, 2002).

Apoiados pela afirmação de que nada acontecerá, os adolescentes são levados pela ousadia e pelo calor das circunstâncias e situações, envolvendo-se nas mais diversas experiências, entre elas o sexo desprotegido.

Nesta fase da vida, ocorrem a aceleração e desaceleração do crescimento físico, mudança da composição corporal, eclosão hormonal, envolvendo hormônios sexuais e evolução da maturidade sexual, acompanhada pelo desenvolvimento de caracteres sexuais secundários masculinos e femininos (CAMARGO; FERRARI, 2009).

Acerca do desenvolvimento físico, as alterações físicas acontecem rapidamente, sendo que o amadurecimento sexual ocorre com o desenvolvimento das características sexuais primárias e secundárias. As características primárias são alterações físicas e hormonais necessárias à reprodução, e as secundárias distinguem externamente o sexo masculino do feminino (POTTER; PERRY, 2006).

Conjuntamente às mudanças corporais, ocorrem as psicoemocionais, como a busca da identidade, a tendência grupal, o desenvolvimento do pensamento conceitual, a vivência singular e a evolução da sexualidade (SAITO, 2001).

De acordo com os indicadores sociais sobre fecundidade, observa-se aumento da proporção de meninas com filhos na faixa etária entre 15 e 17 anos. Estudos mostram que os jovens não conhecem a fisiologia básica da reprodução nem se conscientizam sobre os riscos de iniciação sexual precoce (IBGE, 2007).

Observa-se, pelo exposto, que apenas a visão biologicista não é suficiente para o amadurecimento do indivíduo nesta etapa do crescimento, e ensaios científicos evidenciam que os jovens não possuem informações suficientes para assegurar comportamentos sexuais livres de risco (MARQUES *et al.*, 2006).

O ocasionamento de diversos fatores, como o desconhecimento sobre o que de fato ocorre na adolescência, bem como as informações errôneas e desencontradas divulgadas pela mídia fazem com que os jovens iniciem precocemente suas atividades sexuais, não cômnicos das implicações de sua vida sexualmente ativa.

4.3 MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA

A maternidade antes de tudo caminha intrinsecamente um conjunto de influências que se iniciam a partir do final do século XVIII, sendo uma transição que integra a mulher a um novo desenvolvimento humano.

No entanto quando esta fase ocorre na adolescência revela complicações, pois envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões: em primeiro lugar, verificam-se mudanças na identidade e nova definição de papéis a mulher passa a se olhar e a ser olhada de forma diferente (MOREIRA *et al.*, 2008).

Esse processo de mudança de papéis e identidade se verifica também em outros aspectos, pois há para a adolescente a transição do desenvolvimento emocional.

Estudo sobre o significado da maternidade na adolescência identificou que as adolescentes têm sua capacidade subestimada para o cuidado com o filho (SOUZA, 2002).

Segundo alguns autores, a adolescente fica como observadora e em segundo plano, entregando o filho aos cuidados de outra pessoa para deixar o bebê a salvo do que imagina ser sua incompetência (MACHADO; MEIRA; MADEIRA, 2003).

O preconceito de ser incapaz de assumir responsabilidades maternas é resultado de uma sociedade que cobra, e ao mesmo tempo impede que essas assumam verdadeiramente seus filhos e que se sintam responsáveis por eles (SILVA *et al.*, 2009).

A gestação na adolescência desse modo é enfrentada com dificuldade porque a gravidez nessas condições significa uma rápida passagem da situação de filha para mãe. Nessa transição abrupta do seu papel de mulher, ainda em formação, para o de mulher-mãe, a adolescente vive uma situação conflituosa e, em muitos casos, penosa. A grande maioria é despreparada física, psicológica, social e economicamente para desempenhar o novo papel, o que compromete as condições para assumir adequadamente a maternidade (SCAVONE, 2001).

Compreender o fenômeno em pauta implica primeiramente, identificar as condições sociais e históricas que propiciaram a emergência da gravidez na adolescência como um problema, os atores que se mobilizam em torno dele e sua representação atual. Entender a construção social do problema é de fundamental importância para modificar este quadro (HEILBORN *et al.*, 2002).

O problema da gestação na adolescência é, antes de tudo, um fenômeno social, um nome que se dá a um período do desenvolvimento no qual algumas expectativas sociais incidem sobre os indivíduos e se configuram como fruto da conjugação de transformações biológicas, cognitivas, emocionais e sociais (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Para além da gestação propriamente dita, a discussão em questão coloca em foco uma alteração no ciclo de desenvolvimento destes adolescentes pais e mães, a partir do nascimento da criança. Nesse sentido, busca-se uma ponderação a longo prazo do fenômeno da gravidez na adolescência (CERQUEIRA-SANTOS *et al.*, 2010).

A maternidade adolescente é apresentada como um produto de vários fatores de risco, nomeadamente, a história familiar dos pais, nível socioeconômico, redes de apoio, recursos psicológicos e a idade dos progenitores (JACARD; DODGE; DITTUS, 2003).

Outros fatores também contribuem para a incidência de gravidez na adolescência dentre eles: a não-adoção dos métodos contraceptivos ou o uso incorreto e o desconhecimento da fisiologia reprodutiva; todavia, o início cada vez mais precoce da puberdade, manifestado desde a década de 1940 e provocando a redução da idade da primeira menstruação nas adolescentes, favorece a instalação precoce da capacidade de reprodução desse grupo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O enfoque de risco é ressaltado e associado à realidade contemporânea que concebe a adolescência como um período de instabilidade, aludido a atitudes descompromissadas e a um estilo de vida efêmero, o que contribui para uma construção negativa dessa fase da vida (CABRAL, 2002).

Estudos evidenciam que a gravidez na adolescência tem assumido extensas proporções nos últimos anos, sendo considerada um grave problema de saúde pública. No

Brasil existe tendência de queda nas taxas de fecundidade total, mas entre mulheres de 15 a 19 anos esse índice cresceu em 26% de 1970 a 1991, e entre 1993 e 1998 houve incremento de 31% no percentual de partos entre meninas de 10 a 14 anos atendidas na rede do Sistema Único de Saúde-SUS (CEARÁ, 2002).

Avalia-se que no Brasil um milhão de nascidos vivos a cada ano tem mães com idade entre 10 a 19 anos, o que corresponde a 20% do total de nascidos vivos no País (PONTE JÚNIOR; XIMENES NETO, 2007).

Dados do Datasus nos últimas duas décadas no Brasil mostram que a incidência da gravidez nesta faixa etária conta com cifras que vão de 16,27 a 25,96% (BRASIL, 2010).

Em estudo que pondera dados relativos à América Latina, observa-se que entre os 25% mais pobres da população um de cada três nascimentos origina-se de mãe adolescente, e nas áreas rurais, essa proporção é ainda maior: 40% (KLIKSBERG, 2006).

Nota-se claramente que a maternidade no começo da vida reprodutiva acelera a maturidade biológica, e precipita momentos socialmente institucionalizados para a reprodução, com nítidas implicações para a constituição da família e a organização social como um todo (CABRAL, 2002).

4.4 POSSÍVEIS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DA MATERNIDADE PRECOCE

O evento da gravidez na adolescência não é um fenômeno novo. No passado, as jovens se casavam com idades entre 13 e 14 anos e, após a menarca, onde ocorrência de uma gestação era um resultado esperado. Todavia, atualmente, com a mudança dos costumes e a evolução do conhecimento científico, engravidar precocemente tornou-se uma problemática que vem tomando grandes proporções, despertando o interesse em relação às repercussões da maternidade precoce na saúde das adolescentes e, também, em sua educação, independência econômica e relacionamento social (SPINDOLA; SILVA, 2009).

No que tange as possíveis causas a análise do conhecimento sobre anticoncepcionais hormonais entre adolescentes que já ficaram grávidas mostrou alguns aspectos importantes sobre as informações que as adolescentes possuem.

Evidencia-se que aproximadamente 98% das adolescentes apresentaram baixo conhecimento tanto objetivo quanto percebido. Conhecimento objetivo aludi àquilo que o indivíduo realmente sabe a respeito, enquanto o conhecimento percebido mostra a relação de confiança da pessoa com o conhecimento que julga ter (SOUSA; GOMES, 2009).

A respeito do conhecimento do próprio corpo, ou seja, sobre a anatomia e a sexualidade a compreensão reside mais em níveis superficiais, mais no aspecto aparente. Analisando que essa visão depende de alguns fatores.

Os adolescentes conhecem mais a anatomia dos órgãos genitais (44,5%) do que sua fisiologia (39%) (SOUSA; GOMES, 2009).

Quanto maior a idade, escolaridade e qualidade de vínculo com o parceiro, mais elevado é o conhecimento sobre fisiologia da reprodução, incluindo o reconhecimento do período fértil. Assim, as adolescentes que tem entre 10 e 14 anos e baixa escolaridade tem menos conhecimento sobre reprodução do que as mais velhas e as que freqüentam a escola por mais tempo. Apesar disso, nem sempre o razoável nível de escolaridade e o conhecimento sobre sexualidade conseguem ser traduzidos em sexo protegido e alterações de comportamento (CARVACHO; SILVA; MELLO, 2008, CHALEM *et al.*, 2007, SOUSA; GOMES, 2009).

Posterior aos aspectos anatômicos, outra situação se coloca, ou seja, os diversos problemas enfrentados por adolescentes no exercício de sua sexualidade.

Neste aspecto o desenvolvimento psíquico ocorre depois do orgânico, sendo que a adolescente pode chegar à maturidade reprodutiva passando a apresentar corpo de mulher jovem e fértil, sem ainda ter amadurecimento emocional para administrar o próprio corpo e lidar com a sexualidade. Tal fato resulta, muitas vezes, em comportamentos de risco para a contaminação por doenças sexualmente transmissíveis e para a gravidez (BERLOFI *et al.*, 2006).

Quanto as implicações obstétricas em estudo realizado, envolvendo dois grupos etários de adolescentes grávidas (entre 10 e 15 anos e entre 16 e 19 anos), verifica-se que o grupo de adolescentes primíparas na faixa etária mais jovem revela-se de risco significativamente maior para a ocorrência de recém-nascido (RN) de baixo peso. Neste estudo o risco atingiu cerca de quatro vezes maior em relação à faixa etária mais velha (ROCHA *et al.*, 2006).

Os problemas ocorridos na gravidez na adolescência estão associados a início tardio do pré-natal e número de consultas de pré-natal abaixo do recomendado, e ocasionam baixo peso ao nascer e maior incidência de desproporção céfalo-pélvica e pré-eclâmpsia (SANTOS; MARTINS; SOUSA, 2008).

A gravidez na adolescência está associada a risco acrescido de ideação suicida durante a gestação e pós-parto, paralelamente a uma grande incidência de depressão e percepção negativa da rede de apoio social (MANFRÉ; QUEIRÓZ; MATTHES, 2010).

As adolescentes passam por transformações físicas e psicológicas para as quais estão despreparadas e muitas vezes são abandonadas pelo pai do bebê. Também são comuns os registros de abusos físicos e sexuais nessa população, o que se associa à presença de ideação suicida, tentativas de suicídio e sintomatologia depressiva crônica no primeiro ano após o parto (MANFRÉ; QUEIRÓZ; MATTHES, 2010).

Contribuindo para a problemática em consonância as implicações psíquicas, também é possível salientar para a vida da adolescente a desestruturação pessoal e familiar, a entrega do bebê para a adoção e o abandono do mesmo.

Em ambientes nos quais há poucas possibilidades de realização, a maternidade acaba por ser uma saída para as adolescentes, uma maneira dissimulada de se autoafirmarem. Corolários deste aspecto estão a ausência de alternativas educacionais, profissionais e afetivas desejáveis (LEVANDOWSKI; PICCININI; LOPES, 2008, CARVALHO; MERIGHI; JESUS, 2009).

Sob este viés a adolescente acaba por compreender esta situação como alternativa para conseguir a união com o parceiro, sendo esta uma tentativa de adquirir independência da família de origem e efetividade de sua identidade feminina (VIEIRA *et al.*, 2007).

Para a adolescente o seu perfil desfavorável como mãe pode ser minimizado pela mudança significativa da situação conjugal para casada ou amasiada.

A gravidez precoce e não-planejada no desenvolvimento da adolescente pode resultar em sobrecarga psíquica, emocional e social. Colaborando para alterações no seu projeto de vida futura, assim como na perpetuação do ciclo de pobreza, educação precária, falta de perspectiva de vida, lazer e emprego e, conseqüentemente, na busca de melhores condições de vida (PARAGUASSÚ *et al.*, 2005 *apud* VIEIRA *et al.*, 2007).

O projeto de vida da adolescente fica, neste contexto, extremamente comprometido com a gravidez precoce, tornando distante a possibilidade de obter êxitos que poderiam melhorar suas condições socioeconômicas.

A instabilidade econômica coopera para uma reação em cadeia. Primeiro a adolescente abandona os estudos para cumprir outras responsabilidades decorrentes do novo papel que assume, o de mãe. Em seguida, a baixa escolaridade e grau de instrução precário levam à dificuldade de inserção no mercado de trabalho, bem como causam comprometimento da estabilidade conjugal e do estado de saúde da adolescente e de seu filho, sobretudo na ausência do suporte da família (VIEIRA *et al.*, 2007).

A repetição de nova gestação indesejada ainda na adolescência conjectura que nem a vivência da gestação nem suas conseqüências são efetivas para o desenvolvimento de um comportamento sexual responsável, capaz de romper um círculo vicioso (CHALEM *et al.*, 2007).

A articulação de políticas de prevenção voltadas para essa faixa etária poderia fazer com que cada vez menos adolescentes participassem dessa estatística. Evitar a gravidez e, mais ainda, a repetição desta nesse grupo etário específico fortalecerá as perspectivas de futuro das jovens (VIEIRA *et al.*, 2007).

As jovens mães devem ser amparadas em suas representações maternas e na prestação dos cuidados ao bebê, sendo importante o desenvolvimento de programas de intervenção que esclareçam as mães adolescentes ao longo da gravidez e as apoiem em seu processo de adaptação, tentando gerar uma boa competência parental (CARLOS *et al.*, 2007).

4.5 DIMENSÃO MULTIDISCIPLINAR E OS PROCESSOS DE TRABALHO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

No que tange a maternidade precoce na literatura científica, constata-se que tal fenômeno no passado não foi acompanhado por políticas públicas educacionais e de saúde direcionadas às necessidades originadas das vivências sexuais, o que colaborou para o aumento deste quadro.

Paralelamente, estabeleceu-se no país uma noção particular de infância e adolescência que protela políticas sociais de atendimento à criança e ao adolescente como direitos de cidadania (RIZZINI, NAIFF, BAPTISTA, 2006).

Todavia com a proclamação da Constituição Cidadã e a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), corroborados como um conjunto de direitos civis, sociais, econômicos e culturais de promoção e proteção houve a alteração deste paradigma (GODINHO *et al.*, 2000).

Diante deste novo pensamento, nos últimos anos temas relacionados a estes cuidados foram sendo cada vez mais discutidos e inseridos nas agendas de formulação de políticas públicas.

Atualmente, o ECA demanda do Estado brasileiro e da sociedade política e civil esforços e continuidade nas ações objetivando, por um lado, à formulação, implementação, monitoramento e controle social de políticas constitucionais e estatutárias e por outro, ações mobilizadoras e societais capazes de ressignificar a concepção arcaica de infância e juventude presente no imaginário social da população (PEREZ; PASSONE, 2010).

Atualmente o previsto no Estatuto, entende que a criança e o adolescente devam estar assegurados por políticas públicas de proteção, promoção e direitos, bem como as suas respectivas famílias (RIZZINI, NAIFF, BAPTISTA, 2006).

Tal contexto remete a diversas situações e fatores, e englobando estes direitos também se considera primordialmente o direito a assistência a saúde, como preventiva, orientadora e protecionista.

Esses temas, que abordam a qualidade e a integralidade da assistência, o acolhimento e a humanização das práticas de saúde, gradualmente direcionam a atenção para a importância de se discutir a dimensão multidisciplinar e os processos de trabalho nos serviços de saúde ao adolescente (SÁ, 2009).

Na atualidade, o Programa Saúde da Família (PSF) é considerado um modelo de mudanças das práticas profissionais e de assistência à saúde das populações, podendo redirecionar as ações programáticas até então instituídas para o grupo de adolescentes, nas diferentes áreas de abrangência dos serviços de atenção básica de saúde (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2008).

A expansão do PSF tem expandido as possibilidades de universalizar o cuidado à saúde do adolescente em vulnerabilidade social, uma vez que as equipes têm sido implantadas, prioritariamente, em locais cujas comunidades apresentam limitação de acesso aos serviços de saúde; tendo como princípios orientadores a integralidade, a equidade e a participação social. O trabalho em equipe constitui-se em uma das premissas do PSF para a produção de impactos sobre os distintos fatores que interferem no processo saúde-doença (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Conforme as diretrizes do PSF, a cobertura é feita de acordo com a proporção da população (famílias cadastradas) no modelo de atenção SF(Saúde da Família) com relação à população geral do município. As equipes de PSF são compostas por um médico, um enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, com a responsabilidade de acompanhar aproximadamente mil famílias (2.400 a 4.500 pessoas; 3.450 pessoas em média) por equipe (BRASIL, 2001).

Para que se tenha adequada atenção aos adolescentes, a indicação é que as ações de saúde destinadas a essa população devem exceder os aspectos orgânico-biológicos. Nesse sentido, a apreensão de características psicossociais da adolescência é o de instrumentalizar intervenções com maior potencial de efetividade (FORMIGLI; COSTA; PORTO, 2000).

Esses resultados instigam a uma reflexão por parte de todos os profissionais envolvidos no PSF (gestores municipais, profissionais de saúde e comunidade) a fim de buscar uma ampliação do programa e uma adequada distribuição dos recursos humanos disponíveis no município.

No tocante à atenção às adolescentes grávidas e ao pré-natal na perspectiva da integralidade, os profissionais de saúde devem acolher as grávidas adolescentes com escuta sensível e responsabilização diante das especificidades das demandas, valorizando o contexto em que estas são geradas. O movimento argumentativo identificado na análise dos discursos de profissionais do PSF deve trazer simultaneamente aproximações da perspectiva da integralidade. Em se tratando do cuidado pré-natal consideram-se modos de perceber e modos de agir, assim como são também consideradas falas e práticas que se confirmam para efetivar as ações (MELO; COELHO, 2011).

Para a adesão do adolescente ao ambiente que lhe é oferecido, é necessário permitir que ele seja compreendido, possa expor suas idéias, sentimentos e experiências e, que, também seja respeitado e valorizado. O adolescente não quer nada finalizado e, talvez, ele ainda não tenha encontrado este espaço no serviço de saúde (JEOLÁS; FERRARI, 2003).

Na realidade, quando os profissionais auferem a confiança dos adolescentes, eles se tornam ouvintes e interlocutores. E antes mesmo que aconteça esta interação, é necessário que se efetive uma política pública para ampliar o acesso do adolescente aos serviços de saúde, para criar espaços de discussão e aprofundamento de questões formuladas pelos próprios adolescentes, que sintam prazer em discutir temas arduamente abordados no cotidiano. O objetivo desta proposta deve ir muito além das preocupações higienistas e epidemiológicas (JEOLÁS; FERRARI, 2003).

Observa-se que, entre os jovens há um conhecimento internalizado sobre a relação entre o sexo e os riscos de engravidar, mas a incorporação de medidas contraceptivas e de

proteção não acontece, evidencia-se que há um descompasso entre informação e o exercício sexual.

Este aspecto sinaliza para a necessidade de políticas públicas para esta área, é notória a existência de uma lacuna nas possíveis esferas de diálogo e de formação dos adolescentes, como família, escolas e unidades de saúde.

Contudo, é preciso entender que as mudanças de comportamento sexual são mais vagarosas e enfrentam obstáculos e constrangimentos cristalizados ao longo dos anos: condenação moral, vergonha, dificuldades de se impor na relação frente ao parceiro, dentre diversos fatores (MELO; COELHO, 2011).

Diante da constatação de que os jovens encontram-se desassistidos nas unidades de saúde, no âmbito escolar e na família, alguns aspectos precisam ser discutidos no tocante à assistência e à construção de políticas públicas voltadas para as suas necessidades. Tanto quanto ouvir os jovens, torna-se necessário compreender também a interação dos profissionais de saúde que com eles se relacionam (ALVES; BRANDAO, 2009).

Garantindo apenas a sobrevivência, não se atende às múltiplas dimensões humanas e o grande problema é que crianças e adolescentes ficam órfãos do atendimento abrangente de que precisam, estando expostos a todo tipo de mazelas (ABRAMOVAY *et al.*, 2002)

Embora se fale de saúde integral, de modelo biopsicossocial e de prevenção e promoção, na prática há continuidade de um atendimento centrado na doença e na proposta curativa (TRAVERSO-YÉPEZ, PINHEIRO, 2002).

Mais que em qualquer outra faixa etária, no caso das adolescências, fica evidente a fraqueza do sistema de saúde vigente, que, ao partir de uma visão unidimensional de saúde, menospreza a diversidade de patologias não orgânicas que ameaçam a vida de crianças e adolescentes (TRAVERSO-YÉPEZ; PINHEIRO, 2002).

Nessa perspectiva, a atuação dos trabalhadores de saúde não deve localizar-se apenas na Unidade Básica de Saúde (UBS). É imperioso que ocorra também nos domicílios e demais espaços comunitários, admitindo maior acesso com as singularidades de cada

indivíduo, família e comunidade, de maneira a contribuir para as ações efetivas e adaptadas às desigualdades dos grupos sociais e diferentes demandas em saúde (GIL, 2005).

Os profissionais consideram o atendimento aos adolescentes tarefa difícil. Muitas vezes os profissionais não sabem lidar com essa situação e atribuem ao próprio adolescente o obstáculo ao atendimento (CAPALBO, 2000).

Outra questão a ser evidenciada é que na relação existente entre os profissionais e o adolescente o encontro desses atores é permeado por conflitos e questionamentos. Em seus discursos os profissionais relatam que não conseguem ter bom relacionamento com os adolescentes e não são aceitos por estes. Os profissionais consideram que, por ser um sujeito em transformação, seu atendimento é complicado (HENRIQUES; ROCHA; MADEIRA, 2010).

No entanto, ressalta-se que é necessária efetiva comunicação entre os atores, uma vez que o modo pelo qual os homens se comunicam é de grande relevância para o processo de entendimento. Desse modo, a comunicação é elemento fundamental na relação profissional-adolescente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A constatação da grande incidência da gravidez na adolescência e suas conseqüências indica a necessidade de se investigar o significado da gravidez por meio do discurso que se apresenta, bem como pelo modo e pela influência dos fatores culturais e psicológicos que norteiam este acontecimento.

Todavia esta relação entre adolescência e maternidade acaba por se tornar um problema de saúde pública, onde a jovem se depara com dificuldades e problemas tanto na esfera física como na psíquica.

Enfocada pelas ciências médicas a adolescência é uma temática multidisciplinar e interdisciplinar, pois consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais.

Neste viés o Programa Saúde da Família (PSF) se propõe a ser um espaço de ações básicas e, portanto, de promoção à saúde, onde coexiste um processo de planejamento e programação que se constitua em um espaço compartilhado de articulação de interesses, saberes e práticas dos diversos profissionais envolvidos. Permitindo a produção de conhecimentos e práticas compatíveis com a resolução dos problemas.

Desse modo ressalta-se ser indispensável a aproximação da comunidade assistida com os profissionais de saúde envolvidos na atenção integral aos adolescentes, sem o que estaremos tratando com uma empobrecedora parcialidade de um fenômeno bastante complexo.

Sem dúvidas o panorama é preocupante; contudo, o alento mescla-se em políticas públicas efetivas em consonância aos próprios adolescentes. Com todas as adversidades, e apesar delas, esta fusão atua como agente de transformação dessa realidade.

Assim, resta acolhê-los e criar condições para reconstruir um novo caminho. O desafio da interdisciplinaridade consiste em identificar objetivos comuns e persegui-los.

Deste modo, é mediante um núcleo estratégico de planejamento e definição de prioridades para as ações conjuntas de modo a inserir de fato a saúde nas macropolíticas ou nas políticas setoriais, que esta condição não será colocada à margem das definições de diretrizes e prioridades dos planos de desenvolvimento.

6 REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A.; KNOBEL, M.. **Adolescência normal: Um enfoque psicanalítico**. 11. ed. Artes Médicas, 2007.
- ABRAMOVAY, M. *et al.*. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas**. Brasília: UNESCO, BID, 2002.
- ALVES, C. A.; BRANDAO, E. R.. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, [S.l.], v. 14, n.2, 2009. ISSN 1413-8123.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M.. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da Estratégia Saúde da Família. **Cien Saude Colet.**, São Paulo, v.12, n.2, 2007.
- BELO, M. A. V.; SILVA, J. L. P.. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 38, n. 4, 2004.
- BERLOFI, L. M. *et al.*. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um programa de planejamento. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 2, 2006.
- BRANDAO, E. R.; HEILBORN, M. L.. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, [S. l.]. 2006, v.22, n.7. ISSN 0102-311X.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus**. Nascidos vivos – Brasil. Nascimento por residência/mãe por região – período 2001. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: Set. de 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Pacto de indicadores da atenção básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. **Rev Bras Saúde Mat. Infant.**, Brasília, v. 3, n. 2, 2003.
- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. In: **Legislação Brasileira para o Serviço Social**. 2 ed. São Paulo, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus**. Situação de Saúde – Brasil. Brasília; 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSBR.DEF>. Acesso em: Fev. de 2010.
- CABRAL, C. S.. **Vicissitudes da gravidez na adolescência entre jovens das camadas populares do Rio de Janeiro**. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002

CAMARGO, I. A. E.; FERRARI, P. A. R. **Adolescentes**: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. **Cien Saude Colet.**, [S.l.], v. 14, n. 3, Mai./Jun., 2009. Disponível em : <http://www.falasp.futuro.usp.br/arquivo/e036/e036res.php>. Acesso em: Nov. de 2011.

CAPALBO, C.. A subjetividade em Alfred Schutz. **Veritas Rev Filosof. PUCRS**, Porto Alegre, v. 45, n. 2, 2000.

CARLINI-COTRIM, B.; GAZAL-CARVALHO, C.; GOUVEIA, N.. Comportamento de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, 2000.

CARLOS, A. I. *et al.*. Comportamento parental de mães adolescentes. **Análise Psicológica**. [S.l.], v.25, n. 2, 2007.

CARVACHO, I. E.; SILVA, J. L. P.; MELLO, M. B.. Conhecimento de adolescentes grávidas sobre anatomia e fisiologia da reprodução. **Rev Assoc Med Bras.**, São Paulo, v.54, n. 1, 2008.

CARVALHO, G. M.; MERIGHI, M. A. B., JESUS, M. C. P.. Recorrência da parentalidade na adolescência na perspectiva dos sujeitos envolvidos. **Rev Texto Contexto - Enferm.** São Paulo, v.18, n.1, 2009.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Saúde reprodutiva e sexual**: um manual para a atenção primária e secundária (nível ambulatorial). Fortaleza; 2002.

CHALEM, E. *et al.*. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n. 1, 2007.

CERQUEIRA-SANTOS, E. *et al.* . Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 15, n. 1, Mar., 2010 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Jul. de 2011. doi: 10.1590/S1413-73722010000100009.

DATASUS. **Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. [S.l.]: SISPRENATAL, 2008.

Disponível em: <<http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php>> Acesso em: Ago. de 2011.

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P.. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paideia**, Santa Maria, RS, jan.-abr., v. 20, n. 45, 2010.

FARIA, H. P. *et al.*. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. NESCON/UFMG. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R.. Ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. **Interface - Comunic.,Saúde, Educ.**, v.12, n.25, Abr./Jun. 2008

FORMIGLI, V. L. A.; COSTA, M. C. O.; PORTO, L. A.. Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente. **Cad Saúde Pública**. São Paulo, V. 16, N. 3, 2000.

GAMA, S. G. *et al.*. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, 2001.

GIL, C. R. R.. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, [S. l.], v. 21, 2005.

GODINHO, R. A. *et al.*. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? **Latino Am Enferm.**, [S. l.], v. 8, n. 2, 2000.

GRESSLER, L. A. **Introdução à pesquisa**. São Paulo: Loyola, 2003.

GURGEL, M. G. I. *et al.*. Gravidez na adolescência: tendência na produção Científica de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, Fortaleza, CE, dez.,v. 12, n. 4, 2008.

HEILBORN, M. L. *et al.* . Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 8, n. 17, Jun. 2002 .Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832002000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Jul. de 2011. doi: 10.1590/S0104-71832002000100002.

HENRIQUES, B. D.; ROCHA, R. L.; MADEIRA, A. M. F.. Saúde do adolescente: o significado do atendimento para os profissionais da atenção primária do município de Viçosa, MG. **Rev Med Minas Gerais**, Viçosa, v. 20, n. 3, 2010.

IBGE. **Censo demográfico 2000 [on-line]**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: Set. de 2011.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais de 2006**, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Brasília: IBGE; 2007

JACARD, J.; DODGE, T.; DITTUS, P.. Do adolescents want to avoid pregnancy? Attitudes toward pregnancy as predictors of pregnancy. **Journal of Adolescent Health**, Boston,v. 33, n.2, 2003.

JEOLÁS, L.S.; FERRARI, R.A.P Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. **Cienc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v.8, n.2.

KLIKSBERG, B.. O contexto da juventude na América Latina e no Caribe: as grandes interrogações. **Rev. Adm. Pública**, [S.l.], v. 40, n. 5, 2006.

KÖCHE, J. C.. **Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e iniciação à pesquisa**. 20. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

LEVANDOWSKI, D. C.; PICCININI, C. A.; LOPES, R. C. S.. Maternidade adolescente. **Estud de Psicol**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, 2008.

MACHADO, F. N.; MEIRA, D. C. S.; MADEIRA, A. M. F.. Percepções da família sobre a forma como a adolescente cuida do filho. **Rev Esc Enferm USP.**, São Paulo, v. 37, n. 1, Mar., 2003.

MAINARTE, M. A. C.; GODOY, S. R.; BONADIO, I. C.. Gravidez na adolescência em periódicos de enfermagem, ginecologia e obstetrícia entre 1997-2001. **Anais 1º Simpósio. Internacional do Adolescente.**[on line] 2005. Disponível:<http://www.scielo.br>. Acesso em: Jul. de 2011.

MANFRÉ, C.C.; QUEIRÓZ, S. G.; MATTHES, A. C. S.. Considerações atuais sobre gravidez na adolescência. **R. bras. Med. Fam. e Comun.**, Florianópolis, v. 5, n. 17, jan./dez. 2010.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M.. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINS, A. L.; SILVA, A. B. F.; ZAGONEL, I. P. S.; SOARES, V. M. N. **Mortalidade materna x gravidez na adolescência**: um desafio para a enfermagem. In: Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília (DF): ABEn, 2000.

MARTINS, A. R. *et al.*. Práticas dos trabalhadores de saúde na comunidade nos modelos de atenção básica do Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, Dez., 2010.

MARQUES, E. S. *et al.*. O conhecimento dos escolares adolescentes sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, São Paulo, v. 8, n. 1, 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_07.htm busca 08/09/2007 Acesso em: Out. de 2011.

MELO, Mônica Cecília Pimentel de; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, Maio, 2011.

Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Out. 2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000500025>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pré-natal e puerpério**. Atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF); 2005.

MOREIRA, T. M. M. *et al.* . Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 42, n. 2, jun. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: Set. de 2011. [doi.org/10.1590/S0080-62342008000200015](http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000200015).

NESCON. **Guia do profissional em formação: Curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**. Núcleode educação em saúde coletiva FM/UFMG – Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

OLIVEIRA, R. C.. Adolescência, gravidez e maternidade: A percepção de si e a relação com o trabalho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 4, 2008.

PEREZ, J. R. R.; PASSONE, E. F.. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, v.40, n.140, maio/ago. 2010.

PONTE JÚNIOR, G. M.; XIMENES NETO, F. R. G.. Gravidez na adolescência no município de Santana do Acarajú Ceará Brasil: uma análise das causas e riscos. **Rev Eletrônica Enferm** [periódico na Internet]., Aracajú, 2007 . Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista61/pdf/f3gravidez.pdf>. Acesso em: Out. de 2011.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G.. **Fundamentos de enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro: Mosby-Elsevier, 2006.

RAMOS, F. R. S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G.(Orgs). **Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com adolescentes brasileiros**. Brasília: ABEn; 2000.

REFOSCO, L. L.; MACEDO, M. M. K.. Anorexia e bulimia na adolescência: expressão do mal-estar na contemporaneidade. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 33, dez. 2010 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782010000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: Out. de 2011.

RIZZINI, I.; NAIFF, L. A. M.; BAPTISTA R. (Coord.). **Acolhendo crianças e adolescentes: experiências de promoção do direito à convivência familiar e comunitária no Brasil**. São Paulo: Cortez; Brasília: Unicef; Rio de Janeiro: PUC-Rio, 2006.

ROCHA, R. C. L. *et al.*. Prematuridade e baixo peso entre recém-nascidos de adolescentes primíparas. **Rev Bras Ginecol Obstet**. São Paulo, v. 28, n.9, 2006.

SÁ, M. C.. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a humanização das práticas de saúde. **Interface – comunicação saúde educação**, [S. l.], v. 13, n. 1, 2009.

SAITO, M. I.. Adolescência, sexualidade e educação sexual. **Pediatria Moderna**, [S. l.], v. 27, n. 3, 2001.

SANTOS, V.; CANDELORO, R.J.. **Trabalhos acadêmicos Uma orientação para a pesquisa e normas técnicas**. Porto Alegre: Famldodti Mantrtm Lobato, 2006.

SANTOS, G. H.N.; MARTINS, M. G.; SOUSA, M. S.. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. **Rev Bras Ginecol Obstet**. São Paulo, v.30, n. 5, 2008..

SCAVONE, L.. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface Comunic, Saúde, Educ**, Araraquara, v.5, n.8, 2001.

SILVA, L. A.. *et al.*. Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 1, Jan./Mar., 2009.

SOUZA, I. F. Gravidez na adolescência: uma questão social. **Adolescência Latino Americana**, [S. 1.], v.3, n.2, 2002.

SOUZA, M. C. R.; GOMES, K. R. O.. Conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes com antecedentes gestacionais. **Cad. Saúde Pública** São Paulo, v. 25, n. 3, 2009.

SPINDOLA, T.; SILVA, L. F. F.. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 13, n. 1, jan./mar., 2009.

TRAVERSO-YEPEZ, M. A.; PINHEIRO, V. S.. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, Dez. 2002. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?t=sci_arttext&pid=S0102-1822002000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Set. de 2011. doi.org/10.1590/S0102-71822002000200007.

VIEIRA, M. L. F. *et al.*. Crescimento e desenvolvimento de filhos de mães adolescentes no primeiro ano de vida. **Rev Paul Pediatr.** , São Paulo, v. 25, n. 4, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Child and adolescent health and development** [text on the Internet], Geneva; 2004. Disponível em: http://www.who.int/child-adolescent-health/OVERVIEW/AHD/adh_over.htm. Acesso em: Out. de 2011.

YAZLLE, M. E. H. D. *et al.* A adolescente grávida: alguns indicadores sociais. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, São Paulo, v. 24, n. 2, Set., 2002.