

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

LORENA AMARAL BENTO

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA SOB A ÓPTICA DO
ACOLHIMENTO EM ENFERMAGEM**

BOM DESPACHO – MINAS GERAIS
2014

LORENA AMARAL BENTO

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA SOB A ÓPTICA DO
ACOLHIMENTO EM ENFERMAGEM**

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

Orientador: Renato Santiago Gomez

**BOM DESPACHO – MINAS GERAIS
2014**

LORENA AMARAL BENTO

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA SOB A ÓPTICA DO
ACOLHIMENTO EM ENFERMAGEM**

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

Orientador: Renato Santiago Gomez.

Banca examinadora:

Marisa Elaine do Couto – Orientadora

_____ – Examinadora

Aprovada em Bom Despacho, ____/____/____.

Aos meus pais, meus maiores mestres, pelo amor incondicional.

Ao meu namorado por acreditar em minha vitória sempre.

Aos meus colegas que me ajudaram a construir esse trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela sabedoria e por ter me permitido chegar até aqui.

Ao orientador, Renato Santiago Gomez, pela paciência na construção deste trabalho.

À tutora presencial do Polo de Bom Despacho, Marisa Elaine do Couto, pelas orientações, apoio e palavras de encorajamento.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para esta construção, fica expressa aqui a minha gratidão.

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto à obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

FLORENCE NIGHTINGALE

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa com revisão de literatura da enfermagem sobre as dificuldades da gestação na gravidez adolescente onde foi observado as formas de abordagem do tema por estes profissionais, as dificuldades estruturais e também a necessidade do investimento em ações e estratégias de melhoria na capacitação destes profissionais a fim de minimizar os danos de tal acontecimento e o acolhimento precoce. Os resultados da pesquisa revelam que os adolescentes em sua maioria possuem pouca informação sobre a sexualidade. Programas educacionais devem contar com a participação dos pais, professores, serviços de saúde e com os próprios adolescentes. A acessibilidade dos adolescentes deve ser incentivada no serviço de saúde de forma preventiva e interdisciplinar, pois a facilitação na busca da unidade de saúde é um forte requisito para o sucesso da prática a uma assistência de qualidade.

Palavras Chaves: Gravidez. Adolescente. Enfermagem. Acolhimento.

ABSTRACT

This is a survey of the literature review of nursing about the difficulties of pregnancy in teenage pregnancy where it was observed how to approach the subject by these professionals, structural difficulties and the need for investment in equities and strategies for improvement in training these professionals in order to minimize the damage of such an event and early care. The research findings reveal that adolescents mostly have little information about sexuality. Educational programs should include the participation of parents, teachers, health services and the adolescents themselves. The accessibility of adolescents should be encouraged in the health service and preventive interdisciplinary manner, facilitating the search for the health unit is a strong requirement for successful practice quality care.

Key Words: Pregnancy. Teenager. Nursing. Host.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Motivos atribuídos a gravidez adolescentes pelo entendimento dos jovens em escolas públicas e privadas.....19**
- Tabela 2 - Motivos atribuídos a gravidez adolescentes pelo entendimento dos jovens em escolas públicas e privadas.....20**
- Tabela 3 - Complicações gestacionais entre adolescentes grávidas, área de abrangência do grupo tutorial PET-Saúde (UBS São Marcos – Belo Horizonte).....22**
- Tabela 4 - Número de partos de adolescentes entre 2000 – 2009, no Brasil.....24**
- Tabela 5 - Variáveis que caracterizam o perfil socioeconômico das gestantes adoescentes. Santana do Acaraú- Ceará- Brasil, fev. a jun. 2003.....31**

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Motivos de gravidez adolescente por falta dos métodos contraceptivos
.....23

Gráfico 2 - Pessoas com quem os adolescentes esclareciam suas dúvidas sobre sexo, por gênero.....26

LISTA DE SIGLAS

AIDS.	Acquired Immunodeficiency Syndrome
BDEF.	Base de Dados de Enfermagem.
BIREME.	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde.
BVS.	Biblioteca Virtual em Saúde.
CFM.	Conselho Federal de Medicina.
CODEPPS.	Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde
COFEN.	Conselho Federal de Enfermagem.
DST.	Doença Sexualmente Transmissível.
ECA.	Estatuto da Criança e do Adolescente.
ESF.	Estratégia Saúde da Família.
GRAVAD.	Pesquisa Gravidez na adolescência: Estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil.
IBGE.	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
LILACS.	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.
MAC.	Método Contraceptivo.
MEDLINE.	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online.
NASF.	Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
OMS.	Organização Mundial da Saúde.
OPAS.	Organização Pan-Americana de Saúde.
PNDS.	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher.
SciELO.	Scientific Electronic Library Online
SINAC.	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.
TCC.	Trabalho de Conclusão de Curso
WHO.	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.3	Objetivos Específicos	13
3	DESENVOLVIMENTO.....	14
3.1	Sexualidade na Adolescência.....	27
3.2	Consequências da Gravidez Adolescente.....	30
3.3	Interdisciplinaridade no Cuidado da Adolescente Gestante.....	33
3.4	Enfermagem e a Gestante Adolescente.....	36
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
	REFERÊNCIAS.....	41

1 INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência e/ou a gravidez indesejada é considerada em uma faixa etária específica, dos 12 aos 19 anos, assim sendo é tema de debate em muitos seguimentos principalmente na saúde onde se observa uma grande necessidade de subsídios para intervenções dos profissionais que lidam diariamente com esta situação (FARIA, *et al*, 2012).

A gravidez nesse momento de vida oferece implicações desenvolvimentais tanto para o adolescente quanto para aqueles envolvidos nessa situação. A literatura tem tratado a gravidez na adolescência como um problema de saúde pública, especialmente pelo fato de propiciar riscos ao desenvolvimento da criança gerada e da própria adolescente gestante (GONTIJO e MEDEIROS, 2004).

Foram observadas as dificuldades da enfermagem perante o processo na gestação da adolescente e os fatores envolvidos nesta, por isso foi formulada a seguinte questão problema: *“qual a melhor forma de atender a gestante adolescente para minimizar os traumas e dificuldades inerentes a este tipo de gestação.”*

Muito foi encontrado e observado sobre a real relevância do tema e a importância de levantar elementos científicos que auxiliem as condutas das equipes básicas de saúde na abordagem e acolhimento da adolescente gestante e seus familiares, para que possam ser diminuídos os impactos da situação e evitar possíveis agravos a esta gestação, onde se buscam mudanças comportamentais (SILVA; TONETE, 2006).

Serão abordados também alguns temas tidos pela comunidade como tabu, mas que devem ser pontuados para que a conscientização populacional seja alertada para a quebra de paradigmas culturais da comunidade.

A construção deste trabalho aconteceu através de uma investigação exploratória de revisão da literatura científica descritiva, com observação analítica de artigos, periódicos e livros em formato eletrônico ou não que se enquadra em uma amostra pré-definida sobre o tema. As bases de dados utilizadas foram BIREME, LILACS, BVS, COCHRANE, IBECs, MEDLINE, REE, ScieLO e Ministério da Saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O objetivo geral foi abordar os conteúdos que tinham como tema a gravidez adolescente, contribuindo com conhecimentos em referenciais teóricos dentro da realidade social de um assunto que traça uma linha tênue e delicada com o desenvolvimento da autonomia juvenil.

Procurou-se também descrever as dificuldades e nuances do atendimento da gestante, centrado na figura do enfermeiro (a) dentro da Estratégia Saúde da Família.

Os argumentos e dados de cunho técnico/científico sobre o tema citado devem contribuir para futuras intervenções, como educação em saúde e assim, melhorar a qualidade de vida do binômio (mãe/filho) na demanda populacional de adolescentes grávidas.

2.2 Objetivos Específicos

- Demonstrar através de artigos científicos que a educação em saúde pode prevenir uma gravidez indesejada desde que haja a participação ativa dos atores envolvidos;
- Gerar informações para que a gestão e os profissionais de saúde tenham condições de conhecer o perfil da usuária a ser atendida pela equipe da Estratégia Saúde da Família;
- Levantar questionamentos da qualidade do atendimento prestado e promover o pensamento do senso crítico quanto às ações de saúde;

3 DESENVOLVIMENTO

A gravidez é uma fase importante na vida da mulher dentro do seu contexto de vida e pode acontecer a partir da menarca, quando o corpo feminino estará pronto para parir gerando assim, modificações físicas, psíquicas e sociais durante a gravidez que mudam, em um curto espaço de tempo, estando intensificado na adolescente (BUENDGENS; ZAMPIERI, 2012).

O processo de gravidez é um momento de transtornos que gera dúvidas e inseguranças no período da adolescência principalmente porque é um período transitório entre a infância e a idade adulta. Essas alterações são mais profundas na menina grávida que se transforma em mulher e ainda com a responsabilidade da maternidade (BUENO; *et al*, 2012).

Há modificação, de forma definitiva, da sua nova identidade criando dúvidas e incertezas nas atitudes com aumento da ansiedade e a instabilidade afetiva. Essas duas fases do processo evolutivo do ser humano deveriam ser vivenciadas separadamente devido a sua intensidade porém, na adolescente gestante, isso não será possível (ficando para) cabendo à equipe que a acompanhará muito tato e destreza. (MIRANDA; *et al*, 2008). Não está na referência.

Apesar da gravidez na adolescência ser em sua maioria indesejada é necessário ressaltar que a gravidez é um processo natural feminino, que pode ocorrer em qualquer idade. O que pode diferenciar é a questão da formação e maturação dos órgãos reprodutores e da condição psicológica do processo materno que pode ser e deve ser encarado como um dificultador.

Devido à peculiaridade do perfil que é descrito pela Organização Mundial de Saúde, a adolescência é o período dos 10 aos 19 anos sendo intermediária da infância e da idade adulta, uma época muito significativa pelos contrastes do corpo, com alterações biológicas e psicológicas além da maturação sexual (WHO, 2000).

Entretanto, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que foi instituído em 1990, define que a “criança é a faixa etária do 0 aos 12 anos incompletos e o adolescente para o termos da lei vai dos 12 anos completos até os 18 anos” (BRASIL, 1990).

[...] “Art. 2º Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

Art. 3º: A criança e ao adolescente, gozam dos todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Art. 4º. É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde” [...] (BRASIL, 1990).

Dentro das características comportamentais na denominada, “Síndrome da Adolescência Normal” pode citar as seguintes alterações conflitantes (BRASIL, 1993):

- Busca da identidade,
- Tendência de convivência em grupos,
- Necessidade de divagação intelectual e de fantasiar,
- Busca religiosa,
- Falta de realidade temporal entre necessidade e urgências,
- Evolução das características sexuais e seus conflitos,
- Atitude reivindicatória social das limitações sociais,
- Contra pondo as manifestações de condutas das convivências sociais,
- Instabilidades emocionais e de humor.

Por isso a gravidez na adolescência é uma situação desencadeadora de fatores e condições tensionais já inerentes à idade. No que tange o equilíbrio já fragilizado pelas mudanças pode-se dizer que a gravidez adolescente e/ou precoce é heterogênea e atinge todos os segmentos da sociedade quer seja nas camadas mais humildes, onde existe uma prevalência maior, até as camadas sociais elevadas (BRANDÃO; HEIBORN, 2006; BRASIL, 2006). Não localizado nas referências.

Normalmente, essa gravidez não planejada vem sendo uma crise individual vivenciada pela mãe adolescente o que aumenta os riscos inerentes a mesma como: a morbidade materna e fetal e outros riscos de saúde neste tipo de gestação (SILVA, *et al*, 2013). Entretanto, a gravidez na adolescência não é uma ocorrência recente sendo referida em vários estudos e artigos nos quais muitos deles associam este fenômeno as classes menos favorecidas como fator de risco pós parto, o abandono escolar, baixo nível intelectual, dentre outros que estão associados à baixa renda (RODRIGUES, 2010).

Nesta gravidez a idade não pode ser o único critério como definição, pois a adolescência não deve ser descrita por critérios cronológicos apenas ou pelo amadurecimento fisiológico, mas também, pela individualidade de cada ser sendo uma etapa da vida caracterizada pelos conflitos nos quais provocam grandes paradoxos na vida das adolescentes (SILVA; *et al*, 2010).

A maneira de lidar com esta situação ainda é vista como um tabu onde a sexualidade e os mecanismos de contracepção e prevenção de DST/ AIDS devem ser revistos no contexto dentro de um processo diferenciado e individualizado que deve observar os contrastes inerentes a cada situação respeitando os critérios: social, psicológico, econômico, cultural da adolescente (BRASIL; 2000).

Assim sendo, os profissionais de saúde podem contribuir para evitar os fatores dificultadores gerados pela gravidez indesejada, pois com isso evitará o insucesso escolar, dificuldades com relações familiares e a baixa renda que foi identificada em vários estudos com relevância neste contexto. Porém, não se podem considerar estes fatores isoladamente porque existe uma individualidade em cada caso, onde se pode notar um fator ou múltiplos fatores (DINIZ; KOLLER, 2012).

No entanto, existem literaturas e referenciais que apontam o fator da baixa renda como promotor e associado à gravidez da adolescente conforme estudo demonstrado por Chacham, Maia e Camargos (2012). Neste estudo, com um grupo de 648 jovens com idade de 15 a 24 anos em Belo Horizonte sendo 292 de classe média e 356 de classe baixa residentes em comunidades, foi encontrada uma prevalência de 27,3% de gravidez antes dos 19 anos e nas de classe média/alta, 1,7%, o que demonstra uma forte associação entre o critério social e a gravidez precoce.

Outra observação que é descrita em trabalhos e estudos é a real importância de treinamento dos profissionais de saúde nos cuidados com este público em especial, devido a carga emocional inerente ao caso que já é muito alta, e associado a fatores como a

discriminação social e cultural, além dos fatores de risco à saúde da mãe e da criança (MOURA; GUIMARAES; LUZ, 2013). Não localizado nas referências.

A grande ferramenta de sucesso no atendimento é a interdisciplinaridade que deve ser utilizada como forma de melhorar o atendimento diminuindo os índices de mortalidade materno-infantil e índices de abortamento além de sequelas psicológicas e físicas deste processo, onde a captação muitas vezes cabe ao enfermeiro da equipe que terá a primeira abordagem com a realização da consulta de enfermagem observando a higiene, alimentação, sexualidade, vacinas, vínculo escolar, entre outras situações que possam causar risco ao binômio (MINAS GERAIS, 2006).

Dentro deste contexto, o abortamento não espontâneo é uma realidade onde se estima que 7 a 9% das mulheres em idade reprodutiva realizam o aborto programado muitas vezes em condições insalubres. Deste total, a maioria estava entre 17 e 19 anos ou seja adolescentes mais velhas ou adultas jovens (FARIA; *et al*, 2012).

Apesar dos indicadores do Ministério da Saúde mostrarem uma queda significativa no número de adolescentes gestantes, o número de recorrência destas adolescentes mães é de grande significância, pois o grau da iniquidade social que elas estão inseridas são as piores, e as consequências pós parto aumentam essa recorrência (SILVA; *et al*, 2011).

No Brasil, até 2006, uma pesquisa demográfica identificou que 16,2% de adolescentes com idade entre 15 e 19 anos já eram mães, dentre elas, 13,5% tinham dois ou mais filhos. Além disso, apenas 11,6% das gestantes haviam feito o pré-natal de forma adequada até o final, conforme preconização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

Conferir o ano.

Autoridades no assunto apontam a gravidade em que 1,1 milhões de adolescentes parturientes de 15 a 19 anos no Brasil já tem um filho. Alguns estudos atribuem a recorrência da gravidez na adolescência aos padrões da sexualidade impostos pela sociedade atual e às modificações hormonais, visto que a iniciação sexual ocorre de maneira mais precoce (NERY, *et al*, 2011).

A recorrência na gravidez adolescente pode causar vários efeitos adversos o que causa prejuízo para mãe e filho como já descrito anteriormente. Entretanto, deve-se lembrar da significância da atuação dos profissionais de saúde, principalmente da enfermagem que tem contato direto com os clientes do serviço (VIELLAS; *et al*, 2012).

Entre tais efeitos, a prematuridade do parto e o baixo peso ao nascer são os mais comuns, segundo Costa, Sena e Dias, (2011, p. 184), na gravidez da adolescente e pode

aumentar as expectativas e anseios, o que exige uma estrutura da equipe de saúde muito além das preconizadas.

Ressalta-se que a gravidez na adolescente é de risco e deve ser conduzida desta forma, com amparo familiar, dos profissionais envolvidos e da sociedade, pois a heterogeneidade desta gravidez pode atingir qualquer família e não deve ser julgada ou condenada (CORREIA, *et al*, 2011). Não localizado na referência.

Portanto, ao se refletir sobre tais aspectos, observa-se a necessidade de uma política de educação e saúde que possa acolher todas as condições, expectativas, dúvidas e medos da adolescente. É importante saber problematizar seus saberes onde a base seja a confiança e o diálogo, com a conscientização e a autonomia na tomada de decisões importantes da sua vida e das pessoas do seu convívio (DANIELI, 2010).

Envolver os pais adolescentes sempre que possível para minimizar a sobrecarga materna e nas famílias, o que normalmente se vê é a participação maior da família materna, com uma renúncia por parte da família paterna, que se limita muitas vezes ao pagamento de pensões alimentícias e visitas ocasionais determinadas por juízes da vara de família (MOTTA; *et al*, 2004). Não localizado nas referências.

A adolescente que vive em um meio social desprovido de condições materiais e financeiras satisfatórias poderá ver na gravidez uma futura expectativa de libertação e fuga, com isto acaba em uma situação de vulnerabilidade expondo-se as intemperes de um acaso que poderá refletir por toda sua vida (XIMENES NETO, *et al*, 2007).

Conforme o Tabela 1, pode-se observar as colocações e pontuações das adolescentes frente aos fatores que levam a gravidez adolescente, que muitas vezes são inesperadas ou não planejadas, o que causam grandes mudanças na vida desta, que ainda vive uma época de sonhos e planos.

Tabela 1. Motivos atribuídos à gravidez adolescente pelo entendimento dos jovens em escolas públicas e privadas

Perguntas	Escolas Privadas	Escolas Públicas
São irresponsáveis.	62%	62%
Não acham que vai acontecer com eles(as).	65%	58%
Não usaram métodos contraceptivos.	65%	62%
Não planejam a “transa”.	42%	45%
Querem prender o namorado.	22%	35%
Não tem informações sobre o métodos contraceptivo.	25%	18%
Não têm acesso a métodos contraceptivos.	8%	10%

Fonte: LEVANDOWSKI; PICCININI; LOPES (2008). Não localizado nas referências.

Em muitos seguimentos da sociedade, inclusive na saúde, existem alguns preconceitos quando o assunto é sexualidade e vida reprodutiva para a criança e adolescentes, pois a forma de tratar o assunto requer um domínio e maturidade que às vezes não é condizente com a idade e por consequência promoverá muitas mudanças na vida destes jovens (GUANABENS, *et al*, 2012).

Talvez, por isso, vários gestores e/ ou profissionais de saúde evitem o tema porém essa “falsa fragilidade” da adolescente deve ser revista, afinal as informações sobre sexo seguro e métodos contraceptivos são disponibilizados às vezes de forma errônea por transferência de informações seja pela internet, mídia e ou amigos o que deveria ser uma responsabilidade de vários segmentos educacionais, familiar e de saúde básica (DINIZ; KOLLER, 2012).

A pesquisa apresentada por Fernandes, Santo Júnior e Gualda (2012), mostra que as mães conversam com as filhas sobre a questão da sexualidade, porém assumem pouco domínio do assunto e também existe muita dificuldade das filhas em aceitar os diálogos o que evidencia que não se mostrou eficaz em evitar o ocorrido.

A informação e a maneira como ela chega à adolescente deverá ser facilitada por ações e estratégias a serem estudados por gestores regionais, para que crie vínculos de confiança e uma estrutura concreta ao relacionamento entre os profissionais de saúde e a comunidade, pois o acesso às informações contraceptivas das jovens é entre as amigas as mães e familiares como tias e primas mais velhas, que podem transferir o conhecimento de forma errônea ou de maneira equivocada (CARVACHO, *et al*, 2008).

Por isso, as mães (avós) relataram ainda discutir sobre o uso de contraceptivos orais e preservativos como forma de prevenir doenças, no caso deste último, como forma de prevenção de uma gravidez indesejada, a perda da juventude e a interrupção dos estudos, mas que os argumentos foram insuficientes (BRANDÃO; HEILBORN, 2006).

Com diálogo sincero e franco deve ser enfatizado o risco das DST/AIDS, visto que para a adolescente engravidar não houve proteção e esta seria uma condição oportunista para este tipo de moléstia. O uso de drogas ilícitas também deve ser observado, pois existe a associação de recorrência na gravidez adolescente devido à promiscuidade durante o efeito das mesmas (CAPUTO; BORDIN, 2008).

Estes questionamentos atribuem a precisão da reflexão sobre o tema de como profissionais de saúde e educadores em saúde devem se comportar em relação a este grupo de

forma a propiciar a participação, oferecer informações e ter disponibilidade para a escuta e atenção ao adolescente já problematizado quanto à situação (BUENDGENS; ZAMPIERI, 2012).

A adolescente ainda não tem preparo financeiro e psicológico para prover uma gravidez sozinha, com raras exceções, conforme demonstrado na Tabela 2, onde a maioria das adolescentes ainda são estudantes e do lar, ou seja, dependem da família para muitos fatores relacionados às decisões de sua vida. Talvez, por isso, muitos pais desenvolvem o sentimento de traição quando recebem a notícia da gravidez, porém depois de certo tempo o núcleo familiar volta-se para ajudá-la durante este processo tão importante de sua vida que a leva ingressar nas responsabilidades pertinentes à fase adulta.

Tabela 2. Variáveis que caracterizam o perfil obstétrico e sexual das gestantes adolescentes. Santana do Acaraú- Ceará- Brasil, fev. a jun. 2003.

Variáveis	Nº	%
Atividade/Ocupação		
Do lar	132	61,1
Doméstica	26	12,1
Estudante	22	10,2
Artesã	14	6,5
Agricultora	10	4,6
Do lar + Estudante	05	2,3
Não respondeu	07	3,2
Renda Familiar Mensal R\$		
Menos de 1 SM*	88	40,7
1 SM	24	11,1
Acima de 1 SM	61	28,1
Não respondeu	43	20,0
Escolaridade		
Alfabetizada	190	88,0
Analfabeta	14	6,5
Não respondeu	12	5,5
Total	216	100,0

*SM: Salário Mínimo. Fonte: XIMENES NETO, (2004).

Das adolescentes grávidas, 96,9% referiram exercer alguma atividade/profissão. Destas 61,1% (112) atuam nos cuidados de seu próprio lar, e apenas 10,2% (22) referem continuar estudar. Além disso, 4,6% (10) realizam atividades que necessitam de grandes esforços que é a prática na agricultura. Uma adolescente com doze anos é responsável pelos cuidados com seu lar, caracterizando o trabalho infantil, pois segundo o Artigo 60 do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA , é “proibido qualquer trabalho a menores de quatorze anos de idade, salvo na condição de aprendiz”. (BRASIL, 1990).

Em relação à renda familiar, 51,8% (112) das adolescentes apresentam até um salário mínimo (em valores da época); sendo que 40,7% (88) estão abaixo da linha da pobreza. Outros autores relacionam a condição econômica desfavorável como um fator social que pode influenciar a gravidez na adolescência.

Quanto à escolaridade, 88% (190) das adolescentes tem algum nível de estudo; sendo, que destas 43% tem menos de 06 (seis) anos de estudo. Das adolescentes, 6,5% (14) são analfabetas. Segundo o PNAD, realizado pelo IBGE em 2000, 5,2% das mulheres brasileiras de 15 a 19 anos são analfabetas.

Sendo assim, a gravidez recorrente na adolescência é uma situação preocupante e deve ser tratada de forma relevante para melhorar a qualidade de vida materno/infantil, diminuindo a mortalidade inerente à mesma. Pode-se observar na tabela que a gravidez adolescente tem uma relação íntima com as questões: socioeconômicas, baixa escolaridade, conhecimentos sobre sexualidade, acessibilidade a métodos contraceptivos entre outros (SILVA, *et al*, 2013).

Conforme a Tabela 3, o índice de prematuridade relacionado à gravidez adolescente é muito alto, além dos abortos que podem ser espontâneos ou não. No caso deste último, os dados não são muito confiáveis devido esta prática ser ilegal e as gestantes não quererem participar de pesquisas ou estudos relacionados ao tema. Existem estudos muitas vezes baseados em evidências e números de curetagens em hospitais públicos, o que reforça a importância do levantamento do perfil populacional da unidade de saúde para captação precoce destas adolescentes (GUANABENS *et al*, 2012).

Tabela 3. Complicações gestacionais entre adolescentes grávidas, área de abrangência do grupo tutorial PET-Saúde (UBS São Marcos – Belo Horizonte).

	Gravidas adolescentes registradas	Gravidas adolescentes não registradas	Total de gravidas.
Nascimentos prematuros	4/33(12,1%)	9/136 (6,6%)	13/169 (7,7%)
Abortamentos entre egressos em hospitais	3/31 (9,7%)	12/117 (10,3%).	15/148 (10,1%)

Fonte: GUANABENS *et al*, (2012).

Obs. SINASC, MS-BR, período avaliado ano de 2009.

Por isso, a promoção em saúde, bem como prevenção de agravos, através de planos individualizados com determinantes sociais e experiências pessoais de cada gestante

ainda é a melhor forma de evitar a gravidez precoce. Evitam-se “custos” técnicos, sociais e políticos pertinentes aos agravos desta população que são vulneráveis as condições do meio que estão inseridas (TEIXEIRA-FILHO; PRATTA; COLHANTE, 2005).

Costa, Sena e Dias (2011), relatam que o processo do “adolescer” é um período rico em manifestações emocionais onde se caracteriza pela ambiguidade de sentimentos e valores, também pela dificuldade na busca de independência sendo que a população de adolescentes representam de 20 a 30% da população mundial e no Brasil estima-se uma população em torno de 25% da totalidade.

A gravidez por si é um período de transformação e transição dentro de conceitos do desenvolvimento, porém ao acontecer na adolescência traz consigo uma necessidade de reestruturação e ajustamento que vão desde a identidade pessoal até o desenvolvimento emocional (MOREIRA, *et al*, 2008).

Portanto, a Organização Mundial de Saúde destaca que a gravidez na adolescência de alto risco devido à comoção social, psicológica, biológica e financeiras inerentes a mãe e ao recém-nascido que influência de maneira negativa a saúde de ambos (CORRÊA, 2008).

Por isso, existe a preocupação dos serviços de saúde do país onde profissionais de saúde e gestores, pais e educadores, utilizam várias metodologias e estratégias de promoção e prevenção da vida sexual e reprodutiva dos adolescentes porém, estes não pensam muito nas consequências e no impacto futuro em suas vidas (GUANABENS, *et al*, 2010).

Spindola e Silva (2009), em pesquisa realizada relatam um contracenso onde 52,7% das adolescentes investigadas relatam o uso de métodos contraceptivos e, apenas 31,2% não utilizavam nenhum método. Este resultado contrapõe os achados epidemiológicos da mesma pesquisa e das informações de outros estudos e ainda aos dados do Ministério da Saúde que demonstra os percentis referentes à falta de precauções nos métodos anticoncepcionais.

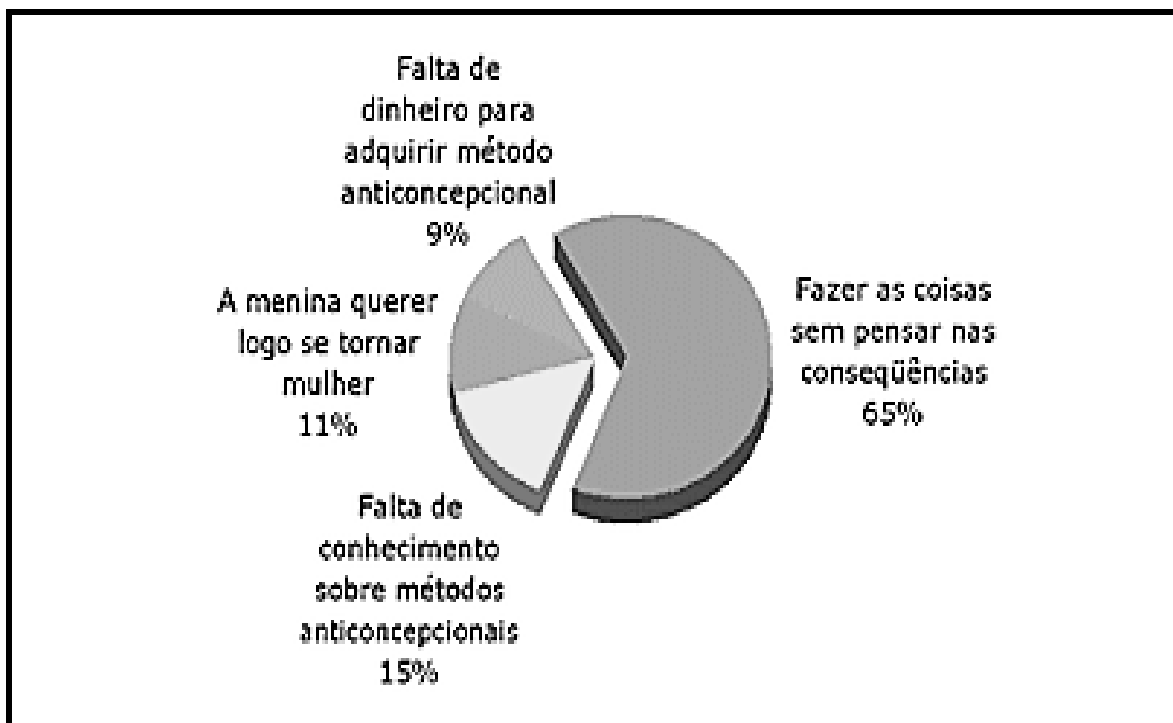
Em estudo comparativo de 1996 a 2006 realizado pelo Ministério da Saúde e Centro de Análise e Planejamento foi observado que a ampliação do conteúdo programático contraceptivo interferiu diretamente na diminuição de gravidez indesejada, porém a pesquisa ressalta variáveis importantes para que os programas sejam eficazes como: idade, parturição, acessibilidade ao serviço de saúde público, entre outros (BRASIL, 2006). Não localizado nas referências.

Portanto, prevenir é educar de forma que o sujeito se torne capaz de absorver e utilizar de maneira correta o que foi transmitido ou transferido de forma organizada, através

de comportamentos e ações inerentes a realidade na qual está inserido e obtenha resultados satisfatórios, diminuindo os riscos aos quais está exposto (DAMIANI, 2003).

A inconsequência é inerente à impulsividade da adolescência e também é o maior fator e que leva a atividade sexual sem prevenção reforçando a dinâmica da transferência de informação o mais precoce possível seja nas escolas, ambiente familiar e nas unidades de saúde (BRASIL, 2011). Não localizado nas referências. Essa inconsequência é facilmente observada no Gráfico 1, visto que representa o maior número em porcentagem (65%) dos motivos de gravidez adolescente por falta dos métodos contraceptivos.

Gráfico 1. Motivos de gravidez adolescente por falta dos métodos contraceptivos



Fonte: BRASIL (2011). Não localizado nas referências.

A estatística e números dos serviços de saúde pública observaram uma queda na gravidez adolescente e/ou gravidez indesejada na faixa etária de 12 a 19 anos no ano de 2001 que foi de 646.838 adolescentes e em 2009, 444.056 adolescentes grávidas. Mesmo com essa queda, este número é alto se observarmos que a grande maioria desta gravidez não é planejada o que aumenta os riscos de fatores complicantes como o da mortalidade materna e fetal pois as consultas de pré-natal são em sua maioria tardia ou não são feitas conforme protocolo do Ministério da Saúde que distingue as funções dos profissionais frente à gravidez (BRASIL, 2000b; SILVA, *et al*, 2013).

A falta do planejamento e outras condições inesperadas da gravidez fazem com que o pré-natal possa ser comprometido elevando ainda mais o risco já inerente a esta

gravidez, inclusive o parto prematuro e o risco de vida da mãe, conforme demonstrado na Tabela 4.

Tabela 4. Número de partos de adolescentes entre 2000 – 2009, no Brasil.

Nº PARTOS	ANO
679.358	2000
646.838	2001
614.904	2002
583.869	2003
573.381	2004
572.541	2005
545.912	2006
527.341	2007
487.173	2008
444.056	2009

Fonte: Portal Saúde, SUS (2010).

Mesmo com mudanças nas políticas públicas dos últimos anos e a diminuição das gestantes adolescentes existe uma necessidade de modificação dos paradigmas na área da educação em saúde onde se deve lembrar do advento da AIDS que fez uma transformação, pois passou-se a pensar na prevenção e não na promoção, porém ainda é uma estratégia a ser melhorada (TEIXEIRA-FILHO; PRATTA; COLHANTE, 2005).

Em relação às formas legais do tema, o art. 277 da Constituição Federal de 1988 ressalta, “[...] *é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente o direito à vida à saúde e educação [...]*” (BRASIL, 1988), no Estatuto da Criança e do Adolescente de (BRASIL, 1990), “[...] *a criança têm direito a proteção, à vida e à saúde mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitem o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso em condições dignas de existência [...]*”.

Igualmente trabalhado e revisto é a questão do apoio familiar que é de grande importância para as decisões das futuras gestantes, que tem uma solicitação muito maior que as gestantes adultas sendo a necessidade desta, centralizada na figura materna (avó) que

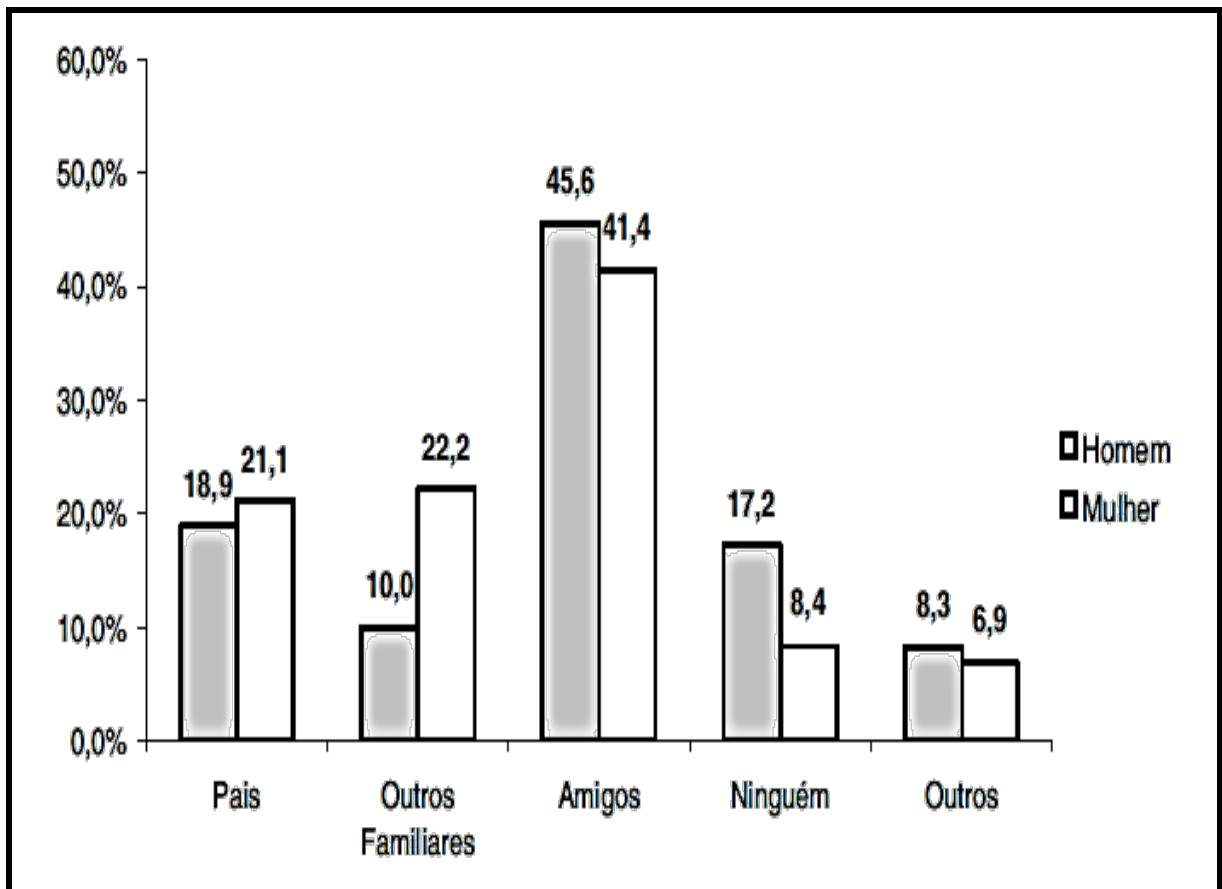
mesmo em um primeiro momento apresente um sentimento negativo, é a que mais tranquiliza a adolescente (LEVANDOWSKI; PICCININI; LOPES, 2008).

A importância do acolhimento familiar e da sociedade como atores indiretos no processo faz com que sejam necessários vários programas de priorização na prevenção da gravidez não planejada e DST/AIDS em escolas públicas que anexadas a confiança e credibilidade dos profissionais e da instituição enfatiza a necessidade da multidisciplinaridade do tema (MINAS GERAIS, 2006).

Foi descrito em pesquisa de Sousa e Gomes, *et al* (2009), que o conhecimento aos métodos contraceptivos era inexpressivo o que aponta as falhas no seu emprego dentro das políticas públicas de saúde reprodutivas e sexuais do Brasil, tanto no setor de saúde quanto no setor educacional ficando claro a necessidade de implementar e investir nas educações em saúde sexual nas escolas e serviços públicos criando uma linha de atuação com: adolescentes, pais, educadores e profissionais de saúde.

A linguagem pedagógica deve abordar toda tecnologia e detectar possíveis situações de risco ao qual a jovem está exposta intervindo para que tenha o conhecimento necessário para viver a vida de forma saudável e responsável. O Gráfico 2 mostra a dificuldade da adolescente em retirar dúvidas inerentes a sua sexualidade, o que deve ser trabalhado pedagogicamente nas escolas, unidades de saúde e com a família.

Gráfico 2. Pessoas com quem os adolescentes esclareciam suas dúvidas sobre sexo, por gênero.



Fonte: BORGES; NICHATA; SCHOR (2006).

Dentro desta óptica, observa-se na fala das adolescentes que o esclarecimento das dúvidas em se tratando de sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis era conversa frequente entre amigos, o que muitas vezes era uma informação sem fundamentação e que métodos contraceptivos, gravidez precoce eram dúvidas retiradas com as mães e/ou familiares que também poderiam não ter a didática ou temática certa para abordar o tema (BORGES; NICHATA; SCHOR, 2006).

A percepção das adolescentes frente à sexualidade por vezes são deturpadas pelo conhecimento de senso comum; é necessário a interdisciplinaridade no contexto para que a informação seja o mais próximo da realidade da adolescente e o mais correto possível, a participação de educadores com processos de pedagogia para o conhecimento sexual é de fundamental importância associados a profissionais de saúde e a família que é em muitas pesquisas a principal fonte de conhecimento para a adolescente (FONSECA; *et al* , 2010). Não localizado nas referências.

A negociação entre a contracepção e a aceitação do ato vem como uma amostra de demonstração afetiva no relacionamento entre os dois, com investidas e imposições do parceiro como forma de “provar” algo, com isso a responsabilidade fica toda a cargo da menina que nem sempre está preparada seja pela imaturidade da pouca idade ou irregularidade e, desencontro das informações muitas vezes adquiridas de forma inadequada (CORDEIRO, *et al.*, 2009).

Assim, as condições da gravidez adolescente geram muitas nuances devido à heterogeneidade das gestantes, pois atinge todas as camadas sociais, étnicas e culturais o que dificulta ações estratégicas das políticas de saúde e interfere no atendimento, a individualização da gestante e a abordagem de temas considerados tabus já é um grande facilitador para promoção da saúde sexual e da contracepção.

Portanto, a ligação entre paciente e profissional deve estar em vários níveis como o afetivo, intelectual, cultural entre outros, para que na interação haja uma transferência de conceitos de compreensão dos profissionais em relação à realidade que a jovem está inserida, tendo a capacidade de organizar a opinião e os conhecimentos necessários para a orientação (CORRÊA, 2008).

3. 1. Sexualidade e Adolescência

Muitas foram as mudanças psicossociais que ocorreram ultimamente com as adolescentes no conceito da sexualidade, porém ainda vem sendo tratado como uma atividade “de risco”, pois frequentemente está associado a DST/Aids, e a gravidez indesejada (BRANDÃO, 2009).

Contudo, a maturidade precoce da infância aproximando a fase adulta foi um fator observado em vários estudos do tema principalmente na cultura ocidental com influência de vários mecanismos e tecnologias que propiciaram o acesso à informação e a prematuridade da iniciação sexual. Nas últimas décadas, a dependência familiar ainda é um dos fatores dificultadores do acesso à informação de forma correta e exposta pelos profissionais de educação e saúde (BRANDÃO; HEILBORN, 2006).

Apesar da relevância do tema e o tabu inserido pelas regras sociais em muitos segmentos, a sexualidade na adolescência tem como fator a autonomia juvenil conceitualizando uma transição entre infância e a fase adulta, onde há uma premissa distinta entre as duas fases (DINIZ; KOLLER, 2012).

As legislações mostram as necessidades imprescindíveis na garantia da vivência sexual do adolescente para que haja uma forma segura, saudável e responsável, acompanhada pela família e por profissionais de várias áreas, porém ainda não existe uma clareza nas políticas públicas de saúde quanto à esta legislação e os mecanismos que abordam a sexualidade juvenil, principalmente a feminina (SILVIA PIEDADE; *et al*, 2012). Não localizado nas referências.

Ações e políticas de promoção contraceptivas ainda são tabus e barreiras em muitas comunidades brasileiras, conforme o Gráfico 5 demonstra, fazendo-se necessária mais abordagens temáticas não só do preservativo mas em toda forma de opção de meios e métodos contraceptivos disponíveis no sistema. Assim a jovem também poderá participar do processo de escolha de qual a melhor maneira de se proteger (BESERRA; PINHEIRO; BARROSO, 2008). Não localizado nas referências.

A sexualidade nesta fase demonstra várias peculiaridades com diferenças entre classes sociais e grau de instrução e revelam que a autonomia e o controle da contracepção é de forma velada responsabilidade do sexo feminino independentemente da idade. Campanhas do Ministério da Saúde sobre o uso de preservativos e a diminuição da promiscuidade são feitas porém é muito difícil a mulher expor ao parceiro a necessidade e o uso do preservativo sendo este um elemento-chave para os profissionais de saúde (CHACHAM, MAIA E CAMARGO, 2012).

Outro fato associado à iniciação prematura da vida sexual da adolescente é o uso de substâncias lícitas e ilícitas que promovem a perda do senso crítico mesmo com as informações adquiridas na família, escola e unidades de saúde e em ações preventivas no tocante a gravidez indesejada e/ou métodos contraceptivos (CAPUTO; BORDIN, 2008).

Isso associado ao retorno do relacionamento ou relações “rápidas” com elementos de promiscuidade que são apontados também como justificativa para a interrupção, ausências ou troca dos métodos contraceptivos (BRANDÃO, 2009).

Os conflitos entre gerações familiares e a pressão da sociedade na busca da identidade traz uma ambiguidade aos problemas dos jovens ao lidar com mudanças e suas confusões interiores no campo da sexualidade o que dificulta um diálogo aberto e franco sobre o tema (MOREIRA, *et al*, 2008).

Portanto, na sociedade atual a prática sexual dos adolescentes e jovens permanece encoberto, não sendo um assunto de fácil domínio entre os responsáveis em passar informações, não existindo uma liberdade para promoção de saúde na iniciação sexual isto é

inerente a todas as classes sociais, mas fica mais evidente entre as classes mais baixas, onde a discriminação familiar é mais evidente (BRANDÃO, 2009).

A dificuldade de acesso a informação aos métodos contraceptivos como demonstrados nos gráficos pode mostrar a dificuldade da adolescente em buscar o serviço de saúde como referência, no caso das meninas os pais principalmente as mães ainda são uma fonte de informação, porém os amigos estão como preferência, talvez devido a liberdade da abordagem do tema e linguagem adotada (NICHATA; SCHOR, 2002). NÃO LOCALIZADO NAS REFERÊNCIAS.

Vale lembrar que existem mecanismos e legislações que amparam o adolescente em receber informações, medicações e métodos contraceptivos, tais documentos legais são:

- Lei Federal 8069/905 - Estatuto da Criança e do Adolescente (art. 1º ao 14º);
- Lei Federal 9263/ 9625 “Dispõe sobre o planejamento familiar”;
- Lei Federal 6202/7526 “Atribui à estudante em estado de gestação exercícios domiciliares”;
- Código de Ética Médica – Resolução CFM 1.93120 (art.74 e 78);
- Código de Ética da Enfermagem - Resolução do COFEN 311/200722 (arts. 15 ao 21 e arts.81 ao 85);
- Resolução CFM 1811/200621 - “Estabelece normas éticas para utilização pelos médicos de anticoncepção de emergência”;
- Portaria Interministerial número 79623 de 29/05/1992 dos Ministérios da Saúde e da Educação - “Estabelece normas e procedimentos educativos referentes à transmissão e prevenção da infecção pelo HIV”; Nota Técnica no. 13/200924 do Programa Nacional de DST/AIDS - MS.

Porém, é um assunto que não é só respaldado em leis e sim em uma tríade: saúde; família e educação onde se deve utilizar a pedagogia da problematização seja uma quebra de barreiras conceituais de paradigmas onde deve ser superado dentro dos serviços de atenção primária, facilitando a acessibilidade ao conhecimento e a problematização dos adolescentes e familiares frente às consequências da gravidez indesejada.

A gravidez indesejada deverá ser também comentada e partilhada com adolescentes do sexo masculino para não transferir a responsabilidade só para as adolescentes

do sexo feminino quanto ao processo contraceptivo, porque a gestação irá afetar de maneiras diferentes, mas afetará as duas famílias, conforme pesquisa realizada por Bueno; *et al*, (2012, CITAR A PÁGINA), onde descreve:

“Cabe salientar que a qualidade das relações e atividades que acontecem dentro da família é essencial para o exercício da paternidade. Assim, para que o pai adolescente possa desenvolver o processo da paternidade, é fundamental que exista uma boa comunicação entre os membros da família, a fim de potencializar e auxiliar o estabelecimento de relações mais satisfatórias na rede de apoio.”

Portanto, as mudanças não ocorrem somente no contexto feminino, mas em ambos e devem ser responsabilizados e problematizados pelo casal para que possam criar o RN de forma harmônica e positiva, com qualidade evitando possíveis consequências e transtornos comuns a esta situação.

3. 2. Consequências da Gravidez Adolescente

Os fatores e condições no pós-parto associados à gravidez precoce e a saúde da criança e da mãe descritos em literaturas relacionam o grande índice de baixo peso ao nascer e prematuridade fetal. Há também um despreparo materno, familiar e dos profissionais em lidar com essa situação específica, o que aumenta o risco da vida materna e qualidade da gestação e do recém-nascido (COSTA, SENA e DIAS, 2011).

Costa, Sena e Dias (2011) ainda concluem que é necessário políticas públicas de capitação precoce desta população com elaboração de estudos que sirvam de guia e estratégias efetivas sobre os riscos de vida da mãe e filho que já é claro atinge todas as camadas econômicas da sociedade.

Na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde realizada em 2006 mostra que o percentual da primeira gravidez em adolescentes é de 6,2% do total da amostra pesquisada sendo maior no meio urbano que no rural onde foi evidenciada que a proporção do crescimento da idade e o percentual de gestantes aumentavam principalmente nas classes de menor condição financeira (BRASIL, 2006). NÃO ESTÁ NAS REFERÊNCIAS.

Hoga; Borges; Alvarez (2009) descrevem que a maior preocupação e angústia está relacionada ao julgamento familiar, porém equivocadamente atribui-se a gravidez três adjetivos que pode não corresponder à realidade vivenciada pelas adolescentes sendo:

- A conotação de gravidez precoce como se existisse uma idade adequada para se engravidar, onde a maturidade psicobiológica pudesse ser mensurada e não houvesse individualidade;
- A segunda é associar a gravidez em um contexto de pobreza, já que está inserido em todas as faixas sociais;
- A terceira é que a gravidez adolescente é sempre indesejada, o que também pode ser um contra ponto pois pode ser a realização de uma “espécie de permissão” para entrar na fase adulta.

Tabela 5. Variáveis que caracterizam o perfil socioeconômico das gestantes adolescentes. Santana do Acaraú - Ceará- Brasil, fev. a jun. 2003

VARIÁVEIS	Nº	%
NÃO SE PREVENIU	19	57,6
QUERIA ENGRAVIDAR	09	27,3
PENSAVA QUE NÃO ACONTECIA COMIGO	04	12,1
PORQUE O MARIDO QUERIA	01	3,0

Fonte: PONTE JUNIOR; XIMENES NETO, (2004).

Com relação aos dados acima podemos constatar que 57,6% das adolescentes engravidaram porque não se preveniram, neste sentido vários estudos e artigos sobre o tema destacam as mais variadas condições comuns da gestação na adolescência, as mais comuns são: a vontade de auto afirmação na transição da infância com a fase adulta, impulsividade afetiva dos gêneros inerente a idade, baixa escolaridade materna, dificuldade do acesso as informações sobre métodos contraceptivos com familiares e/ou profissionais de saúde dentre outros (AMORIM, *et al*, 2009).

Alguns fatores são usados para justificar e validar esta condição como: a falta de acesso à informação de forma preventiva da gestação indesejada que foi demonstrado em, Carvacho; *et al* (2008), onde descreve o desafio encontrado por familiares e profissionais de saúde na mudança do perfil dos adolescentes, o que dificulta planejamentos coletivos de ações que propõe uma atuação do enfermeiro no processo de personalização do atendimento que é de fundamental importância para o sucesso de qualquer projeto ou proposta de intervenção.

Além desses fatos, o abandono escolar no pós-parto é um fator importante a ser considerado pelas famílias e profissionais de saúde, pois boa parte das adolescentes tem que iniciar algum tipo de ocupação remunerada formal ou informal para ajudar a promover uma melhor condição de vida, além de participar de programas governamentais de auxílio maternidade e da criança (XIMENES NETO, *et al*, 2004).

Outro fator é o aumento entre a fecundidade na adolescência e a precocidade da menarca e coitarca em comparação com as mulheres adultas, isto mostra um aumento significativo onde essa percepção fica mais evidente em países menos desenvolvidos, principalmente na América Latina onde reforça o envolvimento da condição socioeconômica como fator promotor para a gravidez que é influenciada nas dificuldades das adolescentes em lidar com as fortes mudanças biopsicossociais pertinentes a maturação sexual desta faixa etária (CERQUEIRA-SANTOS; *et al*, 2010).

Contudo, Diniz e Koller (2012) mostram que a pobreza não é necessariamente uma variável que deve ser levada em consideração, mas sim um fator facilitador e que algumas dessas gravidezes que não são frutos do acaso ou indesejadas pois algumas dessas adolescentes constituem uma união estável e têm condições satisfatórias de cuidarem e assumirem o seu filho.

Porém a gestação na adolescência além do estresse pertinente as intercorrências de uma gestação de risco pode gerar também uma criança com baixo peso, APGAR menor que sete, alterações genéticas, cromossômicas e ou congênitas, macrossomias dentre outras anomalias que na gestação planejada já promovem grande dificuldade e desgaste materno (SASS, *et al*, 2011).

Pode-se identificar também na questão da gestação adolescente a mudança nos relacionamentos familiares, negativamente em um primeiro momento e positivo posteriormente formando uma “rede” solidária haja vista a popularização da situação na atualidade, o que é de grande importância para as adolescentes (SILVA; TONETE, 2006).

Por isso é indisfarçável a eloquência dos dados estatísticos que ainda persistem em demonstrar a necessidade de políticas de estratégia que abordem o problema de maneira resolutiva de forma independente de pré-conceitos e polêmicas públicas com discussões sobre o tema de forma harmônica e aberta (SILVA; SURITA, 2012).

Gurgel; *et al* (2008, p. ? Citar página), nos dão a importância de se discutir a educação em saúde em vários âmbitos e seguimentos e descreve eventos nacionais e internacionais que concretizam esta hipótese:

“Os eventos internacionais (conferências internacionais de promoção da saúde) e nacionais (VIII Conferência Nacional de Saúde), a Constituição Federal nos artigos 196 e 198, o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Estratégia Saúde da Família, estimulam o debate e a intersetorialidade e parcerias”.

“A educação em saúde, conceito associado ao da promoção da saúde, alcança uma definição mais ampla como um processo da capacitação das pessoas, proporcionando uma abordagem socioeducativa e que assegure conhecimento, habilidades e formação de uma consciência crítica para tomar uma decisão pessoal com responsabilidade social, incluindo políticas públicas e reorientação de serviços de saúde”.

A atividade de educação em saúde é pertinente em todos os segmentos do processo em saúde com a finalidade de agregar conhecimento e problematizar o sujeito envolvido, com diálogos e acompanhamento nos quais se criam vínculos de confiança entre familiares, adolescentes e profissionais, pois a coletividade gera troca de experiências vividas que podem servir de exemplos positivos nas dinâmicas do cuidado.

3. 3. Interdisciplinaridade no Cuidado da Adolescente Gestante

A assistência ao pré-natal é considerada uma das atividades mais antigas do serviço de saúde pública no Brasil sendo que nas últimas décadas várias políticas, linhas guias e estratégias foram implementadas para minimizar os impactos negativos como: o Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento, (PHPN), 2000; Pacto pela Redução da Mortalidade Materna, 2004; Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), para o atendimento das gestantes como população e principalmente das gravidezes indesejadas e de gestantes adolescentes, as principais ações foram preconizadas da seguinte forma (BRASIL, 2009):

- Primeira consulta no primeiro trimestre de gravidez;
- Seis consultas durante a gestação;
- Exames laboratoriais e exames de ultrassonografia;
- Imunização anti-tetânica;
- Assistência e acompanhamento durante toda gestação e o acompanhamento paterno durante o parto em hospitais da rede pública;

- Ação do 5º dia;
- Consultas e acompanhamento de desenvolvimento e crescimento, puericultura, sendo a primeira consulta com pediatra e as demais com a enfermeira da unidade.

O serviço de saúde tem como fato comum as múltiplas variantes do cuidado, não sendo exclusivo a um ou outro profissional na atividade de domínio, onde as observações e achados no sistema mostram que as adolescentes que engravidam e principalmente as de menor faixa etária, por sua inexperiência ou peculiaridades precisam de uma atenção qualificada de um grupo que tenha condições de suprir suas ansiedades (SPINDOLA; SILVA, 2009).

Em 2008, com o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família (ESF) na rede de serviços de saúde e ampliar o escopo de suas ações, o Ministério da Saúde cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF é constituído de uma equipe multiprofissional (de diferentes áreas de conhecimento) que deveria atuar em conjunto com os profissionais das equipes da ESF, compartilhando e apoiando as práticas de saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de saúde da família (BRASIL, 2009).

As adolescentes gestantes têm em comum independentemente da idade cronológica a vulnerabilidade física, emocional e social que são fatores facilitadores do risco a saúde materna/ infantil. Isso mostra a complexidade, o grau de treinamento e entrosamento da equipe para evitar e detectar os possíveis agravos e complicações inerentes a este tipo de gestação (BUENDGENS; ZAMPIERI, 2012).

No entanto, a ação comunicativa deve ser sempre uma opção ao profissional de saúde onde deixe de se surpreender e não demonstre sinais de estranheza ao abordar a adolescente e a família para que o desenvolvimento do acolhimento seja baseado em confiança e não em críticas, pois os valores dados pelos familiares já trazidos pela gestante podem ainda piorar o quadro psicossocial (MESQUITA, 2008).

O maior número de adolescentes grávidas está na faixa etária de 17 a 19 anos, por isso cabe aos profissionais de saúde ficar atentos as condições de saúde e a quebra dos direitos humanos das adolescentes onde devem denunciar todo e quaisquer maus tratos de qualquer origem onde devem se unir frente às situações de confronto, inclusive do próprio serviço para proteger a adolescente que é o principal sujeito neste cuidado (BRASIL, 2008).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL 1990), no capítulo II, artigo 17, sobre o direito ao adolescente ressalta:

“Do direito à liberdade, ao respeito e à dignidade” da criança e do adolescente, prescreve: O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais”.

A condição da gestação para fins legais permite a adolescente se responsabilizar pelo tratamento, tanto a mãe quanto o pai, sem a necessidade do acompanhamento dos responsáveis legais, o que os torna plenamente emancipados, isto faz com que a equipe não necessite da aprovação dos responsáveis legais para acolher, atender e promover o pré natal (BRASIL, 2008).

Porém a condição da equipe de saúde deve ser enfatizada como promotora e facilitadora dos processos preventivos sejam da gravidez ou doenças sexualmente transmissíveis pois ambas estão de certa forma no mesmo contexto de iniciação sexual e devem ser tratadas de forma madura e com orientação de autonomização juvenil onde se leva em consideração a precocidade da primeira relação sexual como forma e afirmação social (BRANDÃO; HEILBORN, 2006).

A equipe deve estar preparada para lidar com as dificuldades e tabus impostos pelos familiares que trazem consigo cargas culturais, da ausência do casamento e o ato sexual. Este é um fator negativo para abordagens diretas apesar do relacionamento sexual inerente ao namoro ser visto por muitos pais como uma condição “moderna” e que devem ser acompanhadas por condições de precaução e prevenção da contracepção e doenças (HOGA; BORGES; ALVAREZ, 2009).

Diante destas colocações fica claro a necessidade da participação de toda equipe dentro do processo de acolhimento da família e da gestante para que sejam minimizados traumas e possíveis transtornos durante a gravidez, principalmente a enfermagem que lida diretamente com o público na unidade básica, isto fica muito evidente para que a qualificação destes profissionais sejam sempre atualizadas (BORGES; *et al*, 2009).

3. 4 Enfermagem e a Gestante Adolescente

A enfermagem é o seguimento dos profissionais de saúde que está mais em contato com os usuários dos serviços de saúde seja da alta complexidade até a atenção primária com isso é fundamental a ampliação da produção de conhecimento em áreas específicas como o processo da gravidez adolescente, tendo em vista as considerações e manifestações das dificuldades desta população em consideração a sua sexualidade (MINAS GERAIS, 2006).

A consulta de enfermagem ao adolescente está respaldada na lei do exercício profissional 7.498/86 e na Resolução 271/02, que determina ao Enfermeiro como integrante da equipe, realizar prescrição de medicamentos previamente estabelecidos nos programas de saúde pública e em rotinas aprovadas pela instituição de saúde, entretanto o acolhimento da adolescente deve ser o mais tranquilo possível e se for manifestado vontade poderá ser individual ou do casal (SÃO PAULO, 2006).

A percepção do profissional de enfermagem facilita muito a condição evolutiva da gestação e diminui os fatores complicantes, além de despertar a autonomia da mãe e gestante adolescente dentro da problematização e responsabilização enquanto ator direto, mas deve-se verificar em que condições a gestante está inserida pois esta reflexão pode ser negativa se as condições psicológicas não apresentarem suporte emocional para tal proposta. (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2011).

A prática de educação em saúde tem um maior grau de dificuldade da transferência da terminologia técnica para o linguajar popular sendo ainda outro fator de complicação a forma própria dos adolescentes se comunicarem com gírias e palavras próprias de grupos culturais, étnicos e populacionais; a localização física também influencia na forma de linguagem.

Mas mesmo já com o comportamento sexual em implicações evidentes, a maturidade psicológica materna deve ser avaliada e ser colocada em perspectiva infanto-juvenil pelo enfermeiro quando for lhe dar com este público pois a rebeldia inerente da adolescência pode dar uma falsa impressão e fazer com que ele tome decisões equivocadas que dificultem a relação profissional-paciente (AMARAL; FONSECA, 2006).

Contudo, o bom senso do enfermeiro na forma de abordagem deve ter a base na escuta e acolhimento da paciente em suas práticas diárias nas técnicas literárias, atualizações sobre o tema com crivo crítico da realidade cultural, sociológica e emocionais em que a adolescente está inserida com isto diminuirá a possibilidade de erro quanto as condições de abordagem (XIMENES NETO; *et al.*, 2004).

Outra função do enfermeiro é buscar delimitar um público alvo dentro de sua área de abrangência para que possa calcular suas necessidades logísticas e organizacionais e

promover ações e intervenções de maneira preventiva, além das buscas ativas para que se evite que alguma adolescente fique sem assistência e para que conheça a realidade de perto da gestante, levando o atendimento para fora da unidade de saúde (DINIZ; KOLLER, 2012).

Certamente a acessibilidade dos adolescentes deve ser incentivada no serviço de saúde de forma preventiva e não só em momentos de aflição, porém a principal dificuldade das gestantes na busca do serviço é a vergonha e o pré-conceito que ela já traz consigo, mas a facilitação na busca da unidade de saúde é um forte requisito para o sucesso da prática a uma assistência de qualidade (CARVACHO; *et al*, 2008).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho atingiu os principais objetivos, de forma a citar as formas de abordagem na integração entre a equipe de saúde e a população no que tange a gravidez adolescente, contudo cabe o discernimento entre gestores e a população para que se adapte o que foi proposto à realidade, onde as informações aqui contidas terão como primícia a função norteadora e não regra geral o que necessitará um olhar crítico quanto a qualidade do atendimento que está sendo proporcionado a população.

Com isso a vivência do serviço nos mostra que na realidade há dificuldades na abordagem do tema pelos pais devido ao preconceito ficando a cargo de outros familiares ou amigas esta abordagem. Dentro do contexto sociocultural deveria ser a unidade de saúde a formadora de opiniões sobre sexualidade, estratégias reprodutivas e DST's.

Esta situação deixa claro que o profissional de saúde, em particular o enfermeiro, deve conhecer a realidade da unidade de saúde para que possa traçar estratégias de trabalho com o material disponível, tanto de pessoal quanto logístico, para oferecer um suporte a gestante adolescente e seus familiares.

A formação do enfermeiro deve ser fundamentada não só nos aspectos biológicos do contexto e sim nas características pertinentes a todo o quadro sendo capaz de atuar e refletir em situações que pedem uma atitude de interação nas práticas profissionais minimizando os impactos da situação.

A ética, moral, discrição e bom senso devem sempre permear as ações principalmente para não interferir de maneira negativa na equipe que acolher a jovem com a valorização do diálogo, compartilhando informações para promover o vínculo de confiança tão necessário nesta situação de conflitos e dúvidas.

A necessidade de intervenções e aconselhamentos deve acontecer de forma precoce, mesmo havendo correntes contrárias a esta conduta a informação através de uma linguagem direta concreta e coloquial deve ser associada a mecanismos e dinâmicas familiares e podem ser a melhor forma de promoção em saúde.

Esse processo de relação deve ser simbiótico com a percepção das necessidades da adolescente pela equipe, visualizando como uma pessoa com uma carga de conceitos e vivências culturais deve ser inserida dentro do processo de cuidar tornando-a autora principal junto com sua família e o pai da criança sempre que possível.

Para que o profissional enfermeiro ajude a adolescente é necessário o conhecimento e ações concretas que ampliem sua capacidade de colocação das opiniões, seu

posicionamento, calma, poder de formação de opiniões, campanhas e dinâmicas operacionais nas áreas de abrangência exigindo criatividade e persistência.

Muitas vezes existirão contrassensos e opositores que dificultarão o trabalho de informação da população alvo, conceitos como a gravidez adolescente, sexualidade e métodos contraceptivos que nem sempre são aceitos como deve ser colocado.

Cabe ao profissional buscar formas de contornar situações desconfortáveis e dificultadoras levando informação a quem necessita utilizando espaços comuns e públicos onde poderá mostrar a seriedade do trabalho buscar apoio de instituições religiosas, educacionais e públicas.

Uma forma de baixo custo e que tem mostrado bons resultados em vários artigos são as ações de promoção da saúde onde recursos didáticos com linguagens acessíveis e adaptadas para realidade da adolescente com o pai e/ou parceiro seja possível para que juntos tomem as decisões como casal e futuros pais, que já começam a vivenciar a futura situação de responsabilidades.

O trabalho da enfermagem é um importante espaço de mediação e a melhor forma de atender essas adolescentes. Esses profissionais devem defender uma política de resistência e de inconformismo diante desse fato orientando as usuárias na educação sexual, controle de natalidade prevenção de doenças participando de palestras e reuniões para estas jovens já que é perceptível os prejuízos que uma gravidez precoce pode causar à adolescente como, limitação de oportunidades vocacionais, abandono dos estudos, conflitos familiares e separação dos pais.

Para isso é necessária uma formação profissional crítica, com base teórica suficiente para compreender o contexto da população em que o profissional atua. É preciso que haja articulação entre profissionais e usuárias para uma melhora na qualidade do serviço e a compreensão dessas usuárias frente aos seus direitos para garantir a efetivação do serviço e controle social.

Portanto, pode se afirmar que o objetivo geral deste trabalho foi alcançado pois a temática traz várias informações sobre a gravidez adolescente em vários aspectos e ao analisar os conteúdos conclui-se que as pesquisas por subsídios que amparem ações são vários e pertinentes o que reforça a necessidade de mais realizações no manejo com este público.

Ao usar as metodologias aqui demonstradas evitar-se-á que o futuro das adolescentes grávidas seja comprometido e prejudicado por situações constrangedoras frente à sociedade abandonando estudos e se excluindo do convívio social.

O futuro de uma adolescente grávida fica prejudicado a maioria por vergonha e medo de encarar a sociedade acaba abandonando seus estudos adiando e até mesmo desistindo de seu futuro profissional. Destaca-se também a falta de apoio das escolas para que adolescentes grávidas concluam seus estudos. Para que haja um bom aproveitamento e facilidade no trabalho de orientação sexual é necessário que se estabeleça uma relação de confiança entre os Profissionais e o adolescente.

Conclui-se que o tema gravidez na adolescência precisa ser trabalhado de forma mais consistente principalmente na família, escola, enfim em todo âmbito social, pois o excesso de exposição faz com que o tema seja discutido, porém não demonstra muitas vezes prejuízos emocionais. Assim a importância da atuação do enfermeiro faz-se necessária como um profissional da área da saúde e que tem muito a contribuir para prevenção da gravidez na adolescência.

REFERÊNCIAS

AMARAL, M. A.; FONSECA, R. M. G. S. Entre o desejo e o medo: as representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual. **Rev. esc. enferm. USP.** 2006, vol.40, n.4, pp. 469-476. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a03.pdf>> Acesso em 02 Jun. 2013.

AMORIM, M. M. R. *et al.* Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controlado. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 2009, vol.31, n.8, pp. 404-410. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n8/v31n8a06.pdf>> Acesso em 05 Jun. 2013.

BORGES, A. L. V.; NICHATA, L.Y. I.; SCHOR, N. Conversando sobre sexo: a rede sócio familiar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 2006, vol.14, n.3, pp. 422-427. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a17.pdf>> Acesso em 15 Jul. 2013.

BORGES, J. M.; *et al.* Gravidez na Adolescência: Percepções e Perspectivas. **Rev. Estudos, Goiânia,** vol. 36, n. 1/2, 2009. pp. 171-189. Disponível em: <<http://revistas.ucg.br/index.php/estudos/article/view/1024/722>> Acesso em 05 Jun. 2013.

BRASIL. Casa Civil. LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm> Acesso em 02 Jun. 2013.

BRASIL. **Constituição da República do Brasil;** Brasília (DF); Centro Gráfico do Senado Federal; 1988, p.242.

BRASIL; *et al.* **Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro** – Brasília, DF: Associação Brasileira de Enfermagem /Governo Federal, 2000.196p. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/index.php?path=173>>. Acesso em 08 Jun. 2013.

BRASIL; Ministério da Saúde; **Assistência Pré-natal: Manual técnico/equipe de elaboração;** Janine Schirmer *et al.*; 3ª edição – Brasília, DF: Secretaria de Políticas de Saúde -SPS/Ministério da Saúde, 2000.66p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf>. Acesso em 09 Jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde –SAS. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde – DAPS. Coordenação Materno-Infantil – COMIN. **Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente – SASAD. Normas de Atenção à Saúde Integral de Adolescente** - Vol. I - Diretrizes Gerais para Atendimento de Adolescentes. Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento. Distúrbios da Puberdade. Desenvolvimento Psicológico do Adolescente - Brasília, DF. 1993. 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento da Atenção Básica. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Cadernos de Atenção Básica 27, versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006:** dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 300 p.. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso em 03 Jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de **Ações Programáticas Estratégicas Saúde do adolescente: competências e habilidades.** – Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf#page=4> Acesso em: 20 Jul. 2013.

BRANDÃO, E. R. Desafios da contracepção juvenil: interseções entre gênero, sexualidade e saúde. **Ciênc. saúde coletiva.** 2009, vol.14, n.4, pp. 1063-1071. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n3/19.pdf>> Acesso em: 07 Jul. 2013.

BRANDÃO, E. R.; HEILBORN, M. L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** 2006, vol.22, n.7, pp. 1421-1430. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n7/07.pdf>>. Acesso em: 20 Jul. 2013.

BUENDGENS, B. B.; ZAMPIERI, M. de F. M. A adolescente grávida na percepção de médicos e enfermeiros da atenção básica. **Escola Anna Nery.** 2012, vol.16, n.1, p. 64 - 72. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1414-81452012000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 03 Jun. 2013.

BUENO, M. E. N. *et al.* Paternidade na adolescência: a família como rede social de apoio. **Texto contexto - enferm.** 2012, vol.21, n.2, pp. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a08v21n2.pdf>>. Acesso em: 05 Jun. 2013.

CAPUTO, V. G.; BORDIN, I. A. Gravidez na adolescência e uso frequente de álcool e drogas no contexto familiar. **Rev. Saúde Pública.** 2008, vol.42, n.3, pp. 402 -410. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n3/6158.pdf>> Acesso em: 05 Jun. 2013.

CARVACHO, I. E.; *et al.* Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. **Rev. Saúde Pública.** 2008, vol.42, n.5, pp. 886-894. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6062.pdf>>. Acesso em 20 Jun. 2013.

CERQUEIRA - SANTOS, E.; *et al.*; Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. **Psicol. estud.** 2010, vol.15, n.1, pp. 72 - 85. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n1/a09v15n1.pdf>>. Acesso em: 10 Jun. 2013.

CHACHAM, A. S.; MAIA, M. B.; CAMARGO, M. B. Autonomia, gênero e gravidez na adolescência: uma análise comparativa da experiência de adolescentes e mulheres jovens provenientes de camadas médias e populares em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de**

Estudos Populacionais. 2012, vol.29, n.2, p. 389-407. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982012000200010&lang=pt>. Acesso em: 02 Jun. 2013.

CORDEIRO, F.; HEILBORN, M.L.; CABRAL, C.S.; MORAES, C.L. **Entre negociação e conflito: gênero e coerção sexual em três capitais brasileiras.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.4, pp. 1051-1062

COSTA, E. L.; SENA, M. C. F.; DIAS, A. Gravidez na adolescência: Determinante para prematuridade e baixo peso. Escola Superior de Ciências da Saúde - SCS/FEPECS da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília, DF. Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia da Faculdade de Medicina de Botucatu/ UNESP. Botucatu, SP. **Com. Ciências Saúde** – 2011, vol. 22, n.1, pp.183-188. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/gravidez_adolescencia.pdf>. Acesso em 15 Jul. 2013.

CORRÊA, M. E. C. **A enfermeira desvelando o significado do atendimento às vítimas de violência sexual expresso pelos profissionais de saúde.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR. 2008. 95 f.

DAMIANI F. E. Gravidez na adolescência: a quem cabe prevenir? **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, RS. 2003; vol.24, n.2: pp.161-8. Disponível em: <seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/4469/2403>. Acesso em 03 Jun. 2013.

DANIELI, G. L. **Adolescentes grávidas: percepções e educação em saúde.** [Dissertação de Mestrado]. Santa Maria, RS: Universidade Federal de Santa Maria. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2010. Disponível em: <http://www.ufsm.br/ppgenf/Dissert_Guiomar.pdf> Acesso em: 02 Jun. 2013.

DINIZ, E.; KOLLER, S. H. Fatores associados à gravidez em adolescentes brasileiros de baixa renda. **Paidéia** (Ribeirão Preto). 2012, vol.22, n.53, p. 305-314. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v22n53/02.pdf>>. Acesso em 05 Jun. 2013.

FERNANDES, A. O.; SANTOS JUNIOR, H. P. O.; GUALDA, D. M. R. Gravidez na adolescência: percepções das mães de gestantes jovens. **Acta Paulista de Enfermagem.** 2012, vol.25, n.1, pp. 55-60. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n1/v25n1a10.pdf>> Acesso em 02 Jun. 2013.

FARIA, E. C.; et al. Abortamento na adolescência: vivência e necessidades de cuidado. **Revista Gaúcha Enfermagem.** 2012, vol.33, n.3, pp. 20-26. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v33n3/03.pdf>> Acesso em: 02 Jun. 2013.

GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M. A gravidez/maternidade e adolescentes em situação de risco social e pessoal: algumas considerações. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 3(6). 2004. Disponível em www.fen.ufg.br.

GUANABENS, M. F. G.; et al. Gravidez na adolescência: um desafio à promoção da saúde integral do adolescente. **Revista Brasileira de Educação Médica.** 2012, vol.36, n.1, suppl.2,

p. 20-24. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s2/a04v36n1s2.pdf>> Acesso em: 03 Jun. 2013.

GURGEL, M. G. I.; *et al.* Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. **Esc. Anna Nery** . 2008, vol.12, n.4, pp. 800-806. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/eann/v12n4/v12n4a27.pdf>>. Acesso em: 03 Jun. 2013.

HEIDEMANN, I.T.S.B.; WOSNY, A.M.; BOEHS, A.E. Promoção da Saúde de Mães Adolescentes: Investigação Temática de Freire Na Saúde da Família. **Rev. Rene**, Fortaleza, 2011; vol.12, n 3: pp.582-88. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/268> >. Acesso em: 19 Jun. 2013.

HOFFMANN, A. C. O. S; ZAMPIERI; M. F. M. A Atuação do Profissional da Enfermagem na Socialização de Conhecimentos Sobre Sexualidade na Adolescência, **R. Saúde Públ.**, Florianópolis, SC., vol.2, n.1, 2009. pp. 56. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/34/59>> Acesso em: 20 Jun. 2013.

HOGA, L. A. K.; BORGES, A. L. V.; ALVAREZ, R. E. C. Gravidez na adolescência: valores e reações dos membros da família. **Acta paul. enferm.** 2009, vol.22, n.6, pp. 779-785. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n6/a09v22n6.pdf>>. Acesso em: 19 Jun. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – (IBGE). Diretoria de Pesquisas **Coordenação de População e Indicadores Sociais. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**. 2009. 138p.

LEVANDOWSKI, D. C.; PICCININI, C., A.; LOPES, R. de C. S. Maternidade adolescente. **Estud. psicol.** (Campinas). 2008, vol.25, n.2, pp. 251-263. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n2/a10v25n2.pdf>>. Acesso em: 12 Jun. 2013.

MESQUITA, A.M.O. **O significado da gravidez na adolescência a partir da ótica dos profissionais de saúde**. Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, RJ: 2008. 220 p. Disponível em: < <http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/4544/2/351.pdf>>. Acesso em 24 Jun. 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Linha Guia da Atenção à saúde do adolescente: Belo Horizonte: SAS/MG**, 2006. p.152. Disponível em: <http://www.fasa.edu.br/images/pdf/Linha_guia_saude_adolescente.pdf>. Acesso em 12 Jun. 2013.

MINAYO, M. C. S.; **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª Edição. São Paulo - SP: HUCITEC Editora, 2010. 407p.

MOREIRA, T. M. M.; *et al.* Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev. esc. enferm.** USP. 2008, vol.42, n.2, pp. 312-320. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a14.pdf>>. Acesso em: 15 Jun. 2013.

NERY, I. S. *et al.* Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil. **Rev. bras. enferm.** 2011, vol.64, n.1, p. 31-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000100005&script=sci_arttext> Acesso em: 12 Jul. 2013

NIGHTINGALE, Florence. Frases de Florence Nightingale. Disponível em: http://pensador.uol.com.br/autor/florence_nightingale/. Acessado em 23/12/13 em 17:45 horas.

PONTE JUNIOR, G. M.; XIMENES NETO, F. R. G. Gravidez na adolescência no município de Santana do Acaraú, CE: uma análise das causas e riscos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, vol. 06, n. 01, 2004. Disponível em:<www.fen.ufg.br

RODRIGUES, R. M. Gravidez na Adolescência. **Nascer e Crescer**. 2010, vol.19, n.3, pp. 201-201. Disponível em: <<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/nas/v19n3/v19n3a21.pdf>>. Acesso em 14 Jul. 2013.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2006. 328p.

SASS, A.; *et al.* Resultados perinatais nos extremos da vida reprodutiva e fatores associados ao baixo peso ao nascer. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2011, vol.32, n.2, pp. 362-368. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a20v32n2.pdf>>. Acesso em: 14 Jul. 2013

SILVA, A. A. A.; *et al.* Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência em uma maternidade escola: estudo caso-controlado. **Cad. Saúde Pública**. 2013, vol.29, n.3, p. 496-506. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n3/a08v29n3.pdf>> Acesso em 04 Jun. 2013.

SILVA, K. S.; *et al.* Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro (RJ, Brasil): uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos. **Ciênc. saúde coletiva**. 2011, vol.16, n.5, pp. 2485-2493. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a18v16n5.pdf>> Acesso em 02 Jun. 2013.

SILVA, L.; TONETE, V. L.P. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2006, vol.14, n.2, pp. 199-206. Disponível em: 16 Jul.2013.

SILVA, J. L. P.; SURITA, F. G. C. Gravidez na adolescência: situação atual. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 2012, vol.34, n.8, pp. 347-350. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n8/01.pdf>> Acesso em: 18 Jul. 2013.

SILVA, V.C.; *et al.* Gravidez na adolescência em unidades de saúde pública no Brasil: revisão integrativa de literatura. Rio de Janeiro, RJ. **Adolesc. Saude**, v.7, n. 4. Out./ Dez. 2010. p. 60-67. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=247 >. Acessado em 04 Jun. 2013.

SOUSA, M.C.R.; GOMES, K. R. O. Conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes com antecedentes gestacionais. **Cad. Saúde Pública**. 2009, vol.25, n.3, pp. 645-654. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n3/19.pdf>>. Acessado em 04 Jun. 2013.

SPINDOLA, T.; SILVA, L. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. **Esc. Anna Nery**. 2009, vol.13, n.1, pp. 99-107. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a14.pdf>> Acesso em: 12 Jun. 2013.

TEIXEIRA-FILHO, F. S.; PRATTA, N.; COLHANTE, C. C. Uso de contraceptivos e informações: estudo sobre a utilização de métodos anticoncepcionais entre os universitários da FCL/UNESP de Assis. In: **SIMPÓSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE**, 2. 2005, São Paulo, SP. Proceedings. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000082005000200086&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 20 Jul. 2013.

VIELLAS, E. F.; *et al.* Gravidez recorrente na adolescência e os desfechos negativos no recém-nascido: um estudo no Município do Rio de Janeiro. **Rev. bras. epidemiol.** 2012, vol.15, n.3, pp. 443-454. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1415-790X2012000300001&lng=en&nrm=iso&tlng=p. > Acesso em 04 Jun. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Young people's health: a challenge for society. **Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All by the Year 2000**. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <<http://www.who.int/es/index.html>> Acesso em 05 Jun. 2013.

XIMENES NETO, F. R. G.; *et al.* Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Rev. bras. enferm.** 2007, vol.60, n.3, pp. 279-285. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a06.pdf>>. Acesso em 15 Jul. 2013.