

O PERFIL DAS GRÁVIDAS ADOLESCENTES EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MINAS GERAIS

Profile of pregnant adolescents in a Family Health Unit in Minas Gerais

Clícia Valim Côrtes Gradim¹, Margaret Beatriz Lasmar Ferreira², Maria José Moraes³

RESUMO

O presente trabalho é um survey descritivo que teve como objetivo conhecer o perfil das grávidas adolescentes da Unidade de Saúde da Família da Vila Marconi, em Boa Esperança - MG, em 2006, visto que o índice de gravidez, nesta faixa etária, foi de 25,00%, maior que a média nacional, estadual e municipal. Aplicou-se um formulário a todas as 22 gestantes adolescentes pertencentes à referida unidade e, para a apresentação dos dados, utilizou-se a média ponderada e a separação em adolescentes precoce e tardia. Verificou-se que 72,73% das gravidezes ocorreram em adolescentes tardias e, destas, 50,00% eram casadas, 12,50% trabalhavam e três planejaram a gestação. O abandono do estudo motivado pela gravidez ocorreu em 83,33% das adolescentes precoces e, em 25,00%, das tardias. Apesar de 18,19% relatarem dificuldades de acesso aos métodos contraceptivos, 31,81% das adolescentes relataram o uso, sendo o condon e os anticoncepcionais hormonais orais os preferidos. As mudanças proporcionadas pela maternidade foram relatadas como vivência positiva por 56,25% das tardias e, 33,34%, das precoces. Concluiu-se que a gravidez entre as tardias não foi relatada como problema. Este estudo forneceu subsídios para a equipe saúde da família adequar o trabalho na área da sexualidade com os adolescentes, enfatizando o planejamento familiar e o suporte para continuação dos estudos, visto ser uma população carente.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez na Adolescência. Adolescente. Saúde do Adolescente. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

This work is a descriptive survey that aimed to know the profile of pregnant adolescents from the Family Health Unit of Vila Marconi, in Boa Esperança- MG, Brazil, in 2006. This is a population group whose pregnancy rate of 25.00% is higher than the national, state and municipal averages. A form was applied to all 22 pregnant teenagers belonging to the unit, the data being presented as weighted averages and participants classified as: early adolescents and late adolescents. 72.73% of pregnancies developed in late adolescents. Of these, 50.00% were married, 12.50% worked outside the home and 3 had planned their pregnancy. Pregnancy-related school drop-out occurred in 83.33% of early adolescents and 25.00% of late ones. Despite the 18.19% reporting difficulties of access to contraceptive methods, the latter were used by 31.81% of adolescents, with the male preservative and oral contraceptives being the favorite methods. Motherhood-related changes were reported as positive by 56.25% of late adolescents and by 33.34% of early ones. Pregnancy was not reported as a problem by late adolescents. This study provided subsidies for the family health team to adequate their work in the area of sexuality with young people, emphasizing family planning and support for school continuation, as this is a population in need.

KEY WORDS: Pregnancy in Adolescence. Adolescent. Adolescent Health. Family Health Program.

¹ Clícia Valim Côrtes Gradim, enfermeira. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas - MG. E-mail: cliciaqval@unifal-mg.edu.br

² Margaret Beatriz Lasmar Ferreira, médica. Especialista em Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde de Boa Esperança

³ Maria José Moraes, enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde de Boa Esperança

INTRODUÇÃO

A adolescência, etapa da vida compreendida entre os 10 e 19 anos, é caracterizada por grandes transformações físicas, psicológicas e sociais. É um período em que o indivíduo se desenvolve física e emocionalmente, inicia sua vida sexual e adota comportamentos, influenciado pelo meio sócio-ambiental, por suas experiências e por conhecimentos pregressos.^{1,2}

A gravidez na adolescência até o século passado era considerada natural, ocorrendo na maioria das vezes, dentro do casamento. As mulheres se casavam precocemente e a função feminina era, basicamente, a procriação. A partir do movimento de liberação feminina e com o advento dos anticoncepcionais, na década de 1950, mudanças profundas ocorreram no cenário nacional. Esse fato levou a um declínio, lento, todavia constante, na taxa de fecundidade de um modo geral; porém, entre os adolescentes, o mesmo não foi observado, havendo mesmo um acréscimo nos últimos anos.^{3,4}

A partir da década de 1960, houve várias mudanças relativas ao comportamento sexual, tendo como consequência o aumento da atividade sexual entre os adolescentes, levando a um aumento da gravidez (acidental) na adolescência. Esse fato levou as instituições que lidam com a saúde a considerarem tal situação como um problema, tendo em vista as alterações emocionais, sociais e físicas desencadeadas pela gravidez.⁵

O impacto da gravidez na adolescência pode ser percebido pelos indicadores de saúde nacionais, em que o parto representou a primeira causa de internação de adolescentes do gênero feminino no Sistema Único de Saúde e foi responsável por 106 óbitos (17,21%) dos 631 ocorridos devido à gravidez, parto ou aborto, em 2004.⁶ Esse fato ocorre porque as adolescentes iniciam tardiamente o pré-natal e realizam número de consultas menor que o esperado, uma situação que concorre para um maior risco na evolução da gravidez e no parto.^{1, 6-8}

Boa Esperança, município localizado ao sul das Minas Gerais, implantou, em 1996, a primeira equipe do Programa de Saúde da Família (PSF), denominada PSF Vila Marconi, no sentido de reorganizar a prática de atenção à saúde, priorizando ações de prevenção, sem detrimento das ações curativas e de reabilitação, com estímulo do governo federal.⁹

Em 2006, ao realizar o levantamento de pessoas da área de abrangência do PSF Vila Marconi, verificou-se que 4.082 pessoas estavam sendo acompanhadas, sendo 446 adolescentes do sexo feminino (10,92%). Segundo o parâmetro

“Situação de Saúde das Famílias Cadastradas” do Sistema de Informação da Atenção Básica, foram registradas na ficha da gestante (Ficha B) 88 grávidas e, destas, 22 adolescentes, correspondendo a 25,00% do total das gestações da área. Esse fato chamou a atenção e verificou-se que as gravidezes de mães adolescentes correspondiam, no Brasil, a 21,84% do total das gestações; na Região Sudeste, a 17,90% e, em Minas Gerais, a 18,59%. No município em estudo, as gravidezes de mães adolescentes correspondiam a 20,33% do total de gestações, sendo que o índice encontrado na USF Vila Marconi era superior ao nacional, ao da Região Sudeste, ao do Estado e ao do Município.^{6,7}

Esse fato levou-nos a buscar conhecer os aspectos socioeconômicos destas adolescentes e averiguar o planejamento dessas gravidezes com a finalidade de estabelecer parâmetros para nortear as ações de saúde executadas pela equipe saúde da família.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é um estudo quantitativo descritivo que utilizou o desenho individual observacional-seccional, que tem sido o desenho de pesquisa mais empregado no Campo de Saúde Coletiva. Em geral, os *surveys* utilizam amostras representativas, porém, neste estudo, a totalidade dos sujeitos foi incluída na investigação.¹⁰

Os princípios éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde foram cumpridos, sendo o estudo aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da UNIFAL-MG, processo n° 23087.000896/2007-02. Os dados foram coletados após esclarecimento dos objetivos, garantia de anonimato e da conscientização de que os resultados seriam publicados e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes e a certeza de estes poderem se retirar do estudo, se assim o desejassem.

A coleta de dados foi realizada pelas autoras, em maio de 2007, por meio de um formulário aplicado a todas as 22 adolescentes grávidas no ano de 2006, cadastradas no SIAB da Saúde da Família Vila Marconi.

O formulário, uma forma mista de questionário e entrevista, permitiu trabalhar com as seguintes variáveis: a) Características socioeconômicas: idade, crença, estado civil, renda familiar e escolaridade. b) Aspectos gineco-obstétricos: idade da menarca, início da vida sexual e da primeira gravidez, uso de métodos contraceptivos. c) Impacto da gravidez em suas vidas: aspectos positivos e negativos. Os dados foram tabulados e analisados utilizando-se média ponderada, porcentagem e número absoluto e apresentados em tabelas e figuras.

RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

Para apresentação dos dados, as adolescentes foram categorizadas em grupos de acordo com a idade em que a gravidez ocorreu, tendo como referência Marcondes¹¹, que preconiza adolescente precoce entre 10 e 16 anos (período pré-púbere e púbere); adolescente tardia entre 17 e 19 anos e 11 meses - (período pós-púbere), pois não se pode tratar de maneira igual a ocorrência de gravidez nas adolescentes, visto que as mais velhas têm reais aspirações reprodutivas, em particular nos extratos populares, em que a maternidade é valorizada como forma de inserção social e de fortalecimento de vínculo com o companheiro.^{1,12}

A média ponderada de idade das participantes foi de 16,7 anos, valor superior ao citado por Belo¹³, que encontrou média de 16,1 anos. A parcela das adolescentes tardias correspondeu a 72,73% do total e não se encontraram gestantes com 10, 11, 12 e 19 anos (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das adolescentes grávidas, em relação às características sócio-demográficas, residentes na área de abrangência do PSF Vila Marconi, Boa Esperança-MG, 2006.

Idade em 2006	Nº de adolescentes	%
13	01	4,55
14	02	9,09
15	01	4,55
16	02	9,09
17	07	31,81
18	09	40,91
Renda familiar		
< salário mínimo *	11	50,00
1 a 2 sal. Mínimos	11	50,00
Escolaridade		
Ensino Fundamental incompleto	09	40,90
Ensino Fundamental completo	05	22,70
Ensino Médio incompleto	06	27,30
Ensino Médio completo	02	9,10

Quanto à escolaridade, verificou-se que 40,90% das adolescentes não conseguiram completar o Ensino Fundamental e apenas 9,10% possuíam Ensino Médio completo. O abandono escolar devido à gravidez foi relatado por 83,33% das adolescentes precoces e por 25% das tardias. A interrupção dos estudos pode ser determinada segundo Yazlle¹⁴ por: “*vergonha pela gravidez, rejeição da escola, pressão dos colegas ou familiares, por achar que agora não precisa mais*”, aspectos que influenciariam mais facilmente as adolescentes precoces, o que foi evidenciado no presente trabalho, ao se perceber que apenas uma adolescente dessa classe permaneceu na escola. Esse resultado está em concordân-

cia com os estudos de Aquino *et al.*¹⁵ e Chalem *et al.*³, os quais também relatam dados semelhantes. O abandono dos estudos agrava a situação social desfavorável em que essas adolescentes vivem, pois a escola seria o meio disponível de inserção no mercado de trabalho e favoreceria a elevação social.^{14,16}

Entretanto, Pantoja¹⁷ relata que a escola pode ser um espaço de permanência para as adolescentes, com apoio às mesmas, mas que os índices de repetência e de inadequação entre série/idade ocorre. A escola é considerada como um canal de prevenção de gravidez não planejada na adolescência, sendo mesmo considerada como um fator de resiliência (fator protetor), inclusive para uma segunda gravidez.¹⁸ Entretanto, o grau de escolaridade também interfere na fecundidade, sendo que, quanto menor for a escolaridade, mais precoce será o início da atividade sexual o que, frequentemente, determinará uma gravidez também precoce.^{19,20,21}

A escolaridade está diretamente relacionada à renda familiar e quanto mais precoce a gestação ocorre, a escolaridade tende a diminuir, levando ao abandono dos estudos e criando um ciclo: adolescência - gravidez - baixa escolaridade - pobreza.^{22,23}

A situação socioeconômica das adolescentes foi averiguada por intermédio da avaliação da renda familiar, considerando que a população brasileira, segundo índices do Índice de Preço ao Consumidor Amplo - IPCA, em 2006, subdividia-se em sete classes sociais. Utilizando essa classificação do IBGE, as adolescentes do estudo estão classificadas na classe E, pois possuem renda média abaixo de um salário mínimo.^{22,23} Esse dado permite caracterizá-las como baixo nível socioeconômico, semelhante aos dados apresentados por Marciano *et al.*²⁴

Essa situação era esperada, visto que as unidades de Saúde da Família - USF, como o PSF Vila Marconi do presente estudo, apesar de não pertencerem a um programa para pessoas menos favorecidas financeiramente, foram inicialmente implantadas em regiões de população com baixo nível socioeconômico dos municípios.

A vivência da gravidez na ausência do parceiro é compreendida como fator negativo, podendo determinar prejuízos no campo físico, psíquico e social, principalmente entre adolescentes, por não encontrar o apoio necessário e esperado durante esta fase, o que poderia levar a situações de risco para o binômio mãe - filho.

A situação conjugal (Tabela 2) encontrada entre as adolescentes precoces foi de abandono em 83,33%, enquanto que, entre as tardias, 50,00% eram casadas ou tinham relacionamento estável, dados semelhantes aos de diversos trabalhos.^{15,25} Esse fato é relevante, pois, quando se analisa

a gravidez ocorrida em faixas mais tardias, encontra-se uma situação diferente, com as adolescentes em situações mais estáveis (união consensual ou legal) e muitas relatando ter desejado e/ou planejado a gravidez em curso.¹²

Tabela 2 - Distribuição das adolescentes grávidas, residentes na área de abrangência do PSF Vila Marconi, segundo situação conjugal e ocupação, Boa Esperança-MG, 2006.

Características Socioeconômicas	Grupo de adolescentes			
	Precoces		Tardias	
Estado civil	Nº	%	Nº	%
Solteira	05	83,33	08	50,00
Casada/Mora com o parceiro	01	16,67	08	50,00
Atividade profissional remunerada				
Sim	00	00	02	12,50
Não	06	100	14	87,50

Quanto à inserção no mercado de trabalho informal, somente duas adolescentes tardias exerciam atividades que não necessitavam de formação profissional específica: babá e vendedora, sendo ambas casadas. É importante lembrar que a nossa legislação trabalhista não permite menores de 16 anos trabalharem, o que leva essas adolescentes mães a dependerem financeiramente da família ou a terem subempregos. Além da idade e da falta de capacitação profissional, a própria ocorrência da gravidez diminui a chance de ingresso das adolescentes no trabalho remunerado, em virtude de terem que cuidar da criança.²⁶

Marciano *et al.*²⁴ relatam, em seu estudo, que adolescentes grávidas pela primeira vez não estavam pretendendo engravidar ou sequer pensavam no assunto, uma situação que se repete neste trabalho, quando 86,36% das pesquisadas negaram o planejamento e apenas três, que pertenciam ao grupo das tardias, relataram que o fizeram.

As Figuras 1 e 2 demonstram os dados sobre o comportamento sexual e os antecedentes reprodutivos das adolescentes precoces e tardias, respectivamente.

Comparando os dois grupos, nota-se que, entre as tardias, a menarca ocorreu em média 3,48 meses mais tarde, assim como a primeira relação sexual, em média 13,08 meses após, sendo que em 12,50% delas, até um ano, e a gravidez, se deu aos 17,56 anos entre as tardias e, aos 14,66 anos, entre as precoces (34,8 meses após).

Verificamos que, entre as precoces, a iniciação sexual ocorreu entre 13 e 15 anos e, entre as tardias, entre 11 e 17, com média ponderada de 13,66 e 14,75 anos, respectivamente. A idade média da menarca entre as precoces foi de 11,83 anos e, para as tardias, subiu para 12,12 anos.

A menarca é o principal marcador biológico de maturação sexual e a redução desta é uma tendência secular nas populações, inclusive na brasileira, podendo estar relacio-

nada às melhores condições socioeconômicas ocorridas nos últimos anos.²⁷

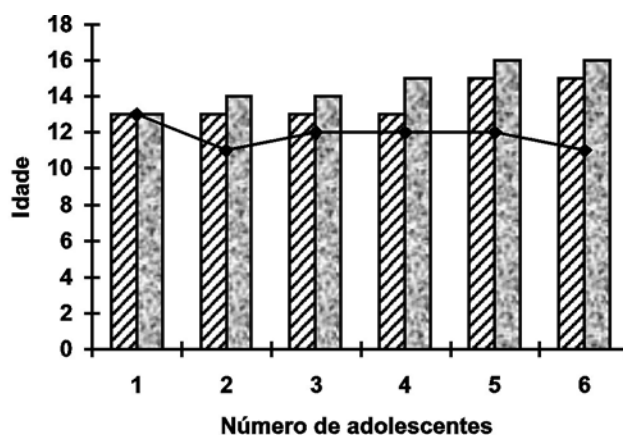


Figura 1 - Comportamento sexual das adolescentes precoces gestantes e antecedentes reprodutivos, PSF Vila Marconi, Boa Esperança, MG, 2006.

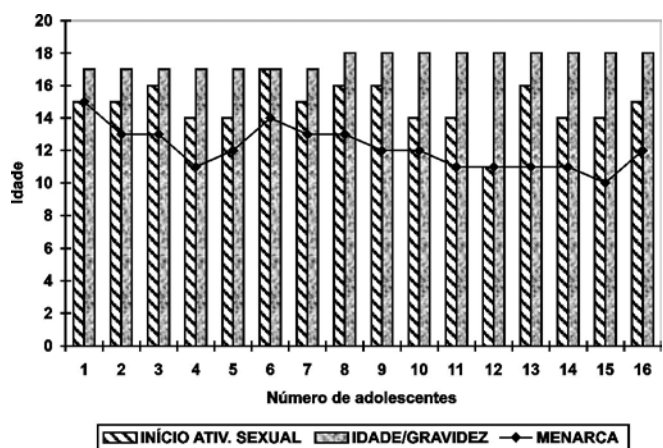


Figura 2 - Comportamento sexual das adolescentes tardias gestantes e antecedentes reprodutivos, PSF Vila Marconi, Boa Esperança, MG, 2006.

A precocidade da menarca é vista como fator de risco, pois aumenta o tempo de exposição à concepção e reduz a probabilidade de se usar métodos preventivos, aumentando, conseqüentemente, as chances de uma gravidez nas primeiras relações sexuais e está associada à ocorrência de repetição de gravidez e ausência de ocupação remunerada.^{26,27} No estudo, três adolescentes citaram gestações anteriores, sendo uma do grupo das precoces e duas das tardias, dados semelhantes aos encontrados por Magalhães *et al.*⁴

Quando questionadas sobre a informação e sobre o uso de contraceptivos, verificou-se uma diferença do conhecimento em relação à abordagem espontânea e, após

se utilizar as opções do instrumento, conforme se observa na figura 3.

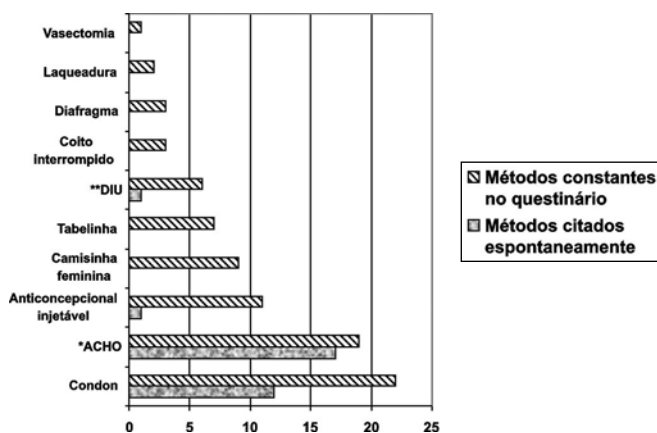


Figura 3 - Métodos contraceptivos conhecidos pelas adolescentes. PSF Vila Marconi, Boa Esperança, MG, 2006.

Espontaneamente, 90,90% das participantes informaram conhecer os métodos, anticoncepcionais hormonais orais - ACHO (77,27%) e o condon (54,54%), porém, ao serem perguntadas sobre cada um dos métodos incluídos no formulário, 100% relataram conhecer a camisinha masculina e 86,36% os ACHO, dado em conformidade com a literatura. Importante ressaltar que, apesar de conhecerem, somente 31,81% faziam uso.⁸

As adolescentes precoces relataram como principal fonte de informação a escola, já as tardias, que estão fora do sistema educacional, declaram o círculo feminino como referência principal, resultado coincidente com trabalho de Santos²⁷. No entanto, neste trabalho, o abandono escolar ocorreu em apenas 25,00% das tardias, e 56,25% delas citaram a escola como principal fonte de obtenção de informações, valor superior ao citado pelas precoces (50,00%). Em segundo lugar, ficou a USF, com percentuais de 43,75% e 33,33% entre as tardias e precoces, respectivamente.

As informações sobre anticoncepção, mesmo sendo de fontes qualificadas, como escola e unidade de saúde, não modificaram o comportamento das jovens nem determinaram a prática do sexo seguro (uso de preservativos masculinos ou femininos).

Um fator dificultador, citado por vários autores é o acesso aos métodos contraceptivos, no entanto, neste estudo, 81,81% das participantes negaram qualquer dificuldade na aquisição dos mesmos e quatro adolescentes citaram como fatores impeditivos o custo e a vergonha de adquiri-los na USF.^{2,8} Tal fato, provavelmente justificado pela necessidade da identificação da adolescente para a

retirada do preservativo na unidade, o que demandaria em assumir, publicamente, sua vida sexual.

Quanto ao impacto que a gestação trouxe em suas vidas, estas envolvem questões individuais, familiares e sociais, que podem ser apreendidas de modo positivo ou negativo e, neste estudo, apenas duas adolescentes, tardias, (9,09%), se mostraram indiferentes. Entre as precoces 33,34% perceberam a gravidez como aspecto positivo e determinante de melhora na qualidade de suas vidas, e, entre as tardias, esta percepção foi relatada por 56,25%, demonstrando que as gestações entre adolescentes, em faixas etárias superiores, nem sempre é um fato inconsequente ou desastroso.

As adolescentes precoces perceberam as mudanças com sentidos dúbios. Enquanto algumas relataram melhora na qualidade de vida, outras se sentiam limitadas pela gestação, como relatam suas falas: “Sim. Minha vida mudou para pior”; “Sim. Porque eu só bebia e fumava e saía com os amigos para a rua e ficava até o outro dia, depois que eu engraidei mudou muito eu não sei mais para a anarquia”; “Sim, para melhor”; “Sim. Perdi a liberdade”; “Sim. Foi bom, criei mais responsabilidade”; “Sim. Porque tem que ter mais responsabilidade, pois agora uma pessoa depende de mim”.

As adolescentes tardias responderam: “Sim. Minha vida mudou para melhor”, “Sim. Mudou para melhor”, “Sim. Mudou para melhor, porque mudei de casa e criei responsabilidade”, “Sim. Bom, com a gravidez, eu amadureci mais e comecei a enxergar a vida com mais firmeza, pois vou dar à luz a uma vida”; “Sim. Não tenho mais tempo para outras coisas”; “Sim, a dificuldade aumentou”; “Sim. Vou ter que parar com os estudos nos próximos meses, eu tenho que cuidar mais da saúde. Não posso ficar saindo nem fazer uso de refrigerantes, nem de bebidas, porque faz mal para o bebê e muitas atitudes e pensamentos meus mudaram”; “Sim. Muita responsabilidade”; “Sim. Ficou melhor em relação à estrutura familiar”; “Sim. União familiar”; “Sim. Para melhor, mais responsabilidade”; “Sim. Não consigo dormir, a criança chora muito. Não tenho tempo para o lazer e nem namorar. De melhor foi saber que sou mãe”; “Sim. Melhorou porque tenho por quem viver”; “Sim. Porque eu passei a ter responsabilidade”.

As adolescentes tardias relataram, então, aspectos da estrutura familiar e que, apesar de terem modificações em suas vidas, para a maioria, estas foram para melhor.

CONCLUSÃO

Verificou-se, nesta comunidade, que a média ponderada de idade das adolescentes grávidas foi de 16,7 anos, com predomínio das adolescentes tardias; a situação de abando-

no foi mais relevante entre as precoces; a baixa escolaridade e a condição econômica precária foram comuns aos dois grupos. O abandono da escola foi mais relevante entre as adolescentes precoces e as tardias são as que têm ocupação, informal, mas remunerada. O teor do conhecimento e a baixa adesão aos métodos de contracepção foram semelhantes aos grupos das precoces e tardias.

Comparando os grupos, percebe-se que a antecipação da menarca entre as precoces determinou uma gravidez também precoce, em torno de três anos (34,8 meses) mais cedo que no grupo das tardias. Considerando que, neste estudo, 100% das precoces e 81,25% das tardias não planejaram suas gravidezes, descartamos a gravidez intencional e concluímos que foram acidentais.

Importante foi perceber que é o Sistema de Informação de Atenção Básica o instrumento que oferece dados para a equipe saúde da família avaliar, modificar e propor estratégias de trabalho para atender melhor à população de sua área adstrita.

O estudo permitiu à equipe da unidade de saúde da família rever o atendimento a esta população, procurando estratégias mais eficazes na área da sexualidade para adolescentes e pais e firmar laços com outras instituições, como a escola, para uma orientação adequada aos jovens.

REFERÊNCIAS

1. Lima CTB, Feliciano KVO, Carvalho MFS, Souza APP, Menabó JBC, Ramos LS. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2004; 4(1):71-83.
2. Trindade RFC. Gravidez na adolescência: análise do padrão reprodutivo [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP; 2001.
3. Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MC, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(1):177-86.
4. Magalhães MLC, Furtado FM, Nogueira MB, Carvalho FHC, Almeida FML, Mattar R, *et al.* Gestação na adolescência precoce e tardia: há diferença nos riscos obstétricos? *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006; 28(8):446-52.
5. Miranda AE, Gadelha AMJ, Szwarcwald CL. Padrão de comportamento relacionado a práticas sexuais e ao uso de drogas de adolescentes do sexo feminino residentes em Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2002. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(1):207-16.
6. Datasus. Estatísticas vitais : mortalidade e nascidos vivos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. [Citado em: 2007 mar. 25]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>
7. Datasus. Epidemiologia e morbidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [Citado em: 2007 mar. 25]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>
8. Vieira LM, Saes SO, Dória AAB, Goldberg TBL. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2006; 6(1):135-40.
9. Pereira AMM, Godinho MLSC, Bergamo MIBB. Saúde da família: uma análise baseada no Sistema de Informação de Atenção Básica. *Rev APS*. 2006 jan/jun; 8(1):50-63.
10. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia & Saúde*. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. 708p.
11. Marcondes E, Vaz FAC, Okay Y, Ramos JLA. *Pediatria básica: pediatria clínica especializada*. São Paulo: Sarvier; 2004. 750p.
12. Sabroza AR, Leal MC, Gama SGN, Costa JV. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(supl.1):112-20.
13. Belo MAAV, Silva JLPE. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(4):479-87.
14. Yazlle MEHD. Gravidez na adolescência. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006; 28(8):443-5.
15. Aquino EML, Heilborn ML, Knauth D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J, *et al.* Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(supl. 2):377-88.
16. Michelazzo D, Yazlle MEHD, Mendes MC, Patta MC, Rocha JSY, Moura MD. Indicadores sociais de grávidas adolescentes: estudo caso-controle. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2004; 26(8):633-9.

17. Pantoja ALN. Ser alguém na vida: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(supl.2):335-43.
- 18 Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à saúde do adolescente. Belo Horizonte: SAS/MG; 2006. 152p.
19. Villela WV, Doreto DT. Sobre a experiência sexual dos jovens. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(11):2467-72.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Classe social. [Citado em 2009 jun. 21]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores_trabalho/rendimento/pme_nova/default.shtm
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil de mães que tiveram o primeiro filho na adolescência e na meia idade. *Comunicação social* nº6, 2005. [Citado em 2009 jun. 21]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home-presidencia-noticias>.
24. Marciano E, Chao GF, Chao OWH, Câmara PO, Monego ET. Influências e motivações na exposição à gravidez na adolescência. Axixá do Tocantins, 2003. *Rev Goiana Med*. 2004; 6(no. Especial). [Citado em 2009 maio 27]. Disponível em: http://www.proec.ufg.br/revista_u fg/familia/L_estrategia.html
25. Ciampo LAD, Daneluzzi JC, Ricco RG. Mãe adolescente: estudo em uma unidade básica de saúde. *Pediatrics* (São Paulo). 2000; 22(3):230-2.
26. Yazlle MEHD, Mendes MC, Patta MC, Rocha JSY, Azevedo GD, Marcolin AC. A adolescente grávida: alguns indicadores sociais. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2002; 24(9): 609-14.
27. Kac G, Velásquez-Meléndez G, Valente J. Menarca, gravidez precoce e obesidade em mulheres brasileiras selecionadas em um Centro de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(supl. 1):111-8.
28. Persona L, Shimo AKK, Tarallo MC. Perfil de adolescentes com repetição de gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. *Rev Latinoam Enferm*. 2004; 12(5):745-50.
29. Santos ALD. História de jovens que vivenciaram a maternidade na adolescência menor: uma reflexão sobre as condições de vulnerabilidade [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública-USP; 2006. 201f.

Submissão: março de 2009

Aprovação agosto de 2009
