

Enferm Bras 2019;18(2);201-12  
<https://doi.org/10.33233/eb.v18i2.2677>

## ARTIGO ORIGINAL

### Perfil de gestantes adolescentes atendidas pela atenção primária à saúde

Alessandra Lima Vicentim\*, Alessandra Marinela de Abreu Queiroz\*\*, Maria de Lourdes Sperli Geraldes Santos\*\*\*, Natália Sperli Geraldes Marin dos Santos Sasaki\*\*\*\*, Raul Aragão Martins\*\*\*\*\*, Renata Galli Barbosa\*\*\*\*\*, Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler\*\*\*

\**Enfermeira Obstétrica, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto/SP, servidora pública da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto/SP, docente do Curso de Enfermagem da União das Faculdades dos Grandes Lagos (Unilago), \*\*Enfermeira, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), docente do Curso de Enfermagem da União das Faculdades dos Grandes Lagos (Unilago), \*\*\*Enfermeira, doutora pelo Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, professora adjunta IV da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) e docente da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da FAMERP, \*\*\*\*Enfermeira Obstétrica, docente e coordenadora do Curso de Enfermagem da União das Faculdades dos Grandes Lagos (Unilago), docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), \*\*\*\*\*Livre-docente em Psicologia da Educação, Departamento de Educação, Universidade Estadual Paulista (UNESP), \*\*\*\*\*Especialista em Saúde Pública, Psicóloga, servidora pública da Secretaria de Saúde de São José do Rio Preto/SP*

Recebido em 29 de novembro de 2018; aceito em 30 de abril de 2019.

**Endereço de correspondência:** Alessandra Lima Vicentim, Rua Pedro Amaral, 1020/1 Parque Industrial 15025-043 São José do Rio Preto SP, E-mail: alessandravicentim@gmail.com; Alessandra Marinela de Abreu Queiroz: alessandramarinela@hotmail.com; Maria de Lourdes Sperli Geraldes Santos: mlsperli@gmail.com; Natália Sperli Geraldes Marin dos Santos Sasaki: nsperli@gmail.com; Raul Aragão Martins: raul@ibilce.unesp.br; Renata Galli Barbosa: gallibarbosa@hotmail.com; Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler: zaidaurora@gmail.com

## Resumo

**Introdução:** A adolescência é uma fase de transformações físicas e emocionais e o início de relacionamentos amorosos. Quando acontece a gestação na adolescência, há aspectos específicos que devem ser considerados; torna-se fundamental dimensionar estratégias para a redução das taxas de fecundidade nesta faixa etária. **Objetivo:** Identificar o perfil socioeconômico e obstétrico das gestantes adolescentes atendidas nas unidades de atenção primária à saúde. **Métodos:** Estudo descritivo realizado com 100 gestantes adolescentes atendidas nas unidades de atenção primária à saúde do município de São José do Rio Preto/SP, através de entrevista semiestruturada e Instrumental de Avaliação Socioeconômica. Foram feitas análises estatísticas descritivas através do Software SPSS® Statistics (versão 19.0). **Resultados:** Idade média de 17,45 anos, 68,0% não estavam estudando, 65,0% estavam casadas ou em união estável e 79,0% não estavam trabalhando. Primeira relação sexual em média com 14,46 anos, 70,0% não estavam utilizando método contraceptivo quando engravidaram, apesar de 99,0% conhecerem algum método, 100% procuraram a unidade de saúde e 91,0% engravidaram de parceiro fixo. **Conclusão:** Somente o conhecimento dos métodos contraceptivos não se traduz em prevenção da gravidez; torna-se necessário o empoderamento das adolescentes, sobretudo, o desenvolvimento de projetos de vida que possam lhes envolver tanto no trabalho quanto no estudo.

**Palavras-chave:** gravidez na adolescência, atenção primária à saúde, adolescente, educação em saúde.

## Abstract

### **Profile of pregnant adolescents assisted at the primary health-care unit**

*Introduction:* Adolescence is a phase of physical and emotional changes and the beginning of love relationships. When gestation happens during adolescence, specific aspects must be considered; it is fundamental to address some strategies to reduce fertility rates in this age group. *Objective:* To identify the socioeconomic and obstetric profile of pregnant adolescent who had been attended at the primary health care units. *Methods:* A descriptive study with 100 pregnant adolescents attended at the primary health care units of the city of São José do Rio Preto/SP, through a semi-structured interview and a Socioeconomic Assessment Tool. Descriptive statistical analyzes were performed using the SPSS® Statistics Software (version 19.0). *Results:* Mean age was 17.45 years, 68.0% were not studying, 65.0% were married or in a stable union and 79.0% were not working. First sexual intercourse averaged with 14.46 years, 70.0% were not using any contraceptive method when they became pregnant, although 99.0% knew some method, 100% looked for a health unit and 91.0% became pregnant with a fixed partner. *Conclusion:* Only knowledge of contraceptive methods does not mean prevention of pregnancy; furthermore, to empower adolescents and also the development of life projects that could provide them work as well as study.

**Key-words:** pregnancy in adolescence, primary health care, adolescent, health education.

## Resumen

### **Perfil de gestantes adolescentes atendidas por la atención primaria a la salud**

*Introducción:* La adolescencia es una fase de transformaciones físicas y emocionales y el inicio de relaciones amorosas. Cuando ocurre la gestación en la adolescencia, hay aspectos específicos que deben ser considerados; se hace fundamental dimensionar estrategias para la reducción de las tasas de fecundidad en este grupo de edad. *Objetivo:* Identificar el perfil socioeconómico y obstétrico de las gestantes adolescentes atendidas en las unidades de atención primaria a la salud. *Métodos:* Estudio descriptivo realizado con 100 gestantes adolescentes atendidas en las unidades de atención primaria a la salud del municipio de São José do Rio Preto/SP, a través de entrevista semiestructurada e Instrumental de Evaluación Socioeconómica. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos a través del software SPSS® Statistics (versión 19.0). *Resultados:* Edad média de 17,45 años, 68,0% no estaban estudiando, 65,0% estaban casadas o en unión estable y el 79,0% no estaban trabajando. La primera relación sexual en promedio con 14,46 años, el 70,0% no estaba utilizando método anticonceptivo cuando se quedaron embarazadas, a pesar de que el 99,0% conocía algún método, el 100% buscó la unidad de salud y el 91,0% se embarazaron de un compañero fijo. *Conclusión:* Sólo el conocimiento de los métodos anticonceptivos no se traduce en prevención del embarazo; se hace necesario el empoderamiento de las adolescentes, sobre todo, el desarrollo de proyectos de vida que puedan implicar tanto en el trabajo y en el estudio.

**Palabras-clave:** embarazo en adolescencia, atención primaria de salud, adolescente, educación en salud.

## Introdução

Adolescência é compreendida como período de crescimento e desenvolvimento humano que ocorre após a infância e antes da vida adulta, correspondendo à faixa etária dos 10 aos 19 anos [1,2], podendo ser dividida em anos iniciais (10-14 anos) e anos finais (15-19 anos) [1]. Passando por várias experiências fundamentais como desenvolvimento físico, biológico, mental, social e emocional, exigindo uma atenção especial, devido à formulação das características pessoais, passando por mudanças corporais, medos, expectativas, aproximação de questões sexuais e início dos relacionamentos amorosos [3].

Nesta fase, assumem-se compromissos e responsabilidades da maioridade civil, além do surgimento de dúvidas, desejos, curiosidades, a descoberta do próprio corpo e do prazer sexual [4]. Apesar de estarem biologicamente capacitados para a reprodução, existe o despreparo psíquico para o exercício sexual e parentalidade [5], o que contribuem para aumento da vulnerabilidade para uma gravidez indesejada [4].

Atualmente, observa-se uma valorização da maternidade por adolescentes com baixa condição socioeconômica que a veem como oportunidade de ascensão social [6] e conquista de uma melhor qualidade de vida [7,8]. A gravidez nesta fase tem consequências biológicas consideráveis para a mãe e para feto, o que contribui para o aumento da morbimortalidade materna e fetal [9,10]. Contudo, além dos riscos biológicos, existem as implicações sociais, como

empobrecimento nas perspectivas de escolarização, trabalho e renda [11], com maior propensão a pobreza [12].

O Fundo de População das Nações Unidas destacou o tema sobre a maternidade na adolescência, relatando que a maioria das gestações em adolescentes ocorre em países em desenvolvimento e que evidências sugerem que a gravidez nesta faixa etária está ocorrendo com menos frequência, principalmente entre meninas menores de 15 anos, apesar da diminuição lenta nos últimos anos [13]. Entretanto, a região da América Latina e Caribe é a única que o número de partos de meninas com menos de 15 anos de idade aumentou e projeta-se que tais nascimentos devam aumentar ligeiramente até 2030 [13].

Em 2016, o Brasil apresentou 24.135 mães na faixa etária de 10 a 14 anos e 477.246 de 15 a 19 anos. No estado de São Paulo, esse número foi respectivamente 2.690 e 76.607 [14]. Em 2017, o município de São José do Rio Preto/SP apresentou 0,24% das mães adolescentes na faixa etária dos 10 aos 14 anos e 8,69% dos 15 aos 19 anos, mostrando queda significativa em relação aos anos anteriores nos dois segmentos [15].

Pensando na gravidez na adolescência como tema de interesse dos profissionais de saúde e sabendo que quando a adolescência e gestação acontecem, há aspectos específicos que devem ser considerados. Torna-se fundamental dimensionar estratégias para a redução das taxas de fecundidade nesta faixa etária, através do desenvolvimento de políticas públicas, ações de planejamento e educação permanente dos profissionais de saúde. Para isso, este estudo teve como objetivo identificar o perfil socioeconômico e obstétrico das gestantes adolescentes atendidas nas unidades de atenção primária à saúde em um município do interior paulista.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa, realizado em todas as 27 unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) do município de São José do Rio Preto/SP. Para este estudo, levantou-se uma população de 335 gestantes adolescentes, número definido após análise das planilhas localizadas na Pasta de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde entre junho e agosto de 2017.

Os critérios de inclusão foram gestantes, com idade entre 10 e 19 anos, que realizavam Pré-Natal nas unidades de atenção primária à saúde no ano de 2017 a 2018, residiam na área de abrangência destas unidades e concordaram em participar do estudo. Foram excluídas as gestantes que completaram 20 anos ou se tornaram puérperas antes da realização da entrevista, as que interromperam o acompanhamento por aborto ou mudança de endereço, as que realizaram acompanhamento através de convênio ou particular, as faltosas no dia do agendamento, as menores de 18 anos que não estavam acompanhadas por um dos genitores ou responsáveis para o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Pós-Esclarecido, e as que se recusaram a participar do estudo. Foram incluídas 100 gestantes adolescentes.

A coleta de dados teve início em junho de 2017 e término em julho de 2018 e foi realizada por meio de dois questionários. O primeiro, semiestruturado, elaborado por profissionais representantes da APS, atenção especializada e da educação do município e utilizado anteriormente no estudo "Perfil de gestantes adolescentes atendidas em Unidades Básicas de Saúde da Família de São José do Rio Preto/SP", realizado por Alessandra Lima Vicentim, Renata Galli Barbosa e Raul Aragão Martins. Este questionário é composto por variáveis socioeconômicas; vida sexual e reprodutiva; conhecimento em relação ao ciclo reprodutivo, métodos anticoncepcionais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); antecedentes obstétricos e gestação atual; e relacionamento e apoio após o parto. Referente à variável sobre conhecimento em relação aos métodos anticoncepcionais, o coito interrompido foi considerado por grande parte das entrevistadas como método contraceptivo, e apesar de não o ser, foi classificado como tal dentre as opções neste estudo. O segundo questionário é um Instrumental de Avaliação Socioeconômica, que através de uma somatória de pontos relacionados à renda bruta, número de membros residentes da família, escolaridade dos membros, condição/situação da habitação e ocupação dos membros da família resulta na classificação socioeconômica do indivíduo, sendo Classe Baixa Inferior (0-20), Baixa Superior (21-30), Média Inferior (31-40), Média (41-47), Média Superior (48-54) e Alta (55-57) [16].

Foram feitas análises estatísticas descritivas através de números absolutos, percentuais, medidas de tendência central e de variabilidade através do *Software SPSS® Statistics* (versão 19.0) atreladas às funcionalidades da ferramenta Excel.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) sob parecer nº. 1.912.829 e CAAE: 63195816.9.0000.5415.

Os dados foram coletados após aceite do Comitê de Ética em Pesquisa, autorização dos responsáveis pelos locais e consentimento informado dos sujeitos do estudo através do Termo de Consentimento Livre e Pós-Esclarecido e/ou o Termo de Assentimento Livre e Pós-Esclarecido.

## Resultados

A população entrevistada apresentou média de 17,45 anos de idade (DP: 1,579, mediana de 18 anos, mínima de 13 e máxima de 19 anos). Verificou-se que no momento da descoberta da gravidez 92,0% das adolescentes estavam na faixa etária dos 15 a 19 anos e no momento da entrevista este número aumentou para 94,0% nesta faixa. Em relação à cor, houve predominância da cor branca com 44,0% (Tabela I).

Somente 32,0% informaram que estavam estudando no momento da entrevista (Tabela I). Destas, 9,0% relataram Ensino Fundamental Incompleto, 18,0% Ensino Médio Incompleto, 3,0% Ensino Médio Completo, 1,0% Ensino Superior Incompleto e 1,0% não respondeu à questão. Quanto à pretensão de continuar os estudos, 55,0% desejavam continuar, 13,0% não desejavam.

No momento da descoberta da gravidez, 53,0% das entrevistadas informaram como estado civil estar casada ou em união estável e durante a entrevista, 65,0% estavam casadas ou em união estável. Quando engravidaram 72,0% não estavam trabalhando e no momento da entrevista 79,0% não estavam (Tabela I).

Em relação à renda familiar na época da descoberta da gravidez, 48,0% informaram dois salários mínimos (SM) e no momento da entrevista 49,0%. Na classificação socioeconômica 88,0% das entrevistadas na Classe Baixa Superior (Tabela I).

**Tabela I - Distribuição das variáveis socioeconômicas. São José do Rio Preto/SP, 2018.**

<b>Variáveis socioeconômicas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade que engravidou</b>	10 - 14 anos	8,0
	15 - 19 anos	92,0
<b>Idade no momento</b>	10 - 14 anos	6,0
	15 - 19 anos	94,0
<b>Cor</b>	Branca	44,0
	Parda	38,0
	Outras	18,0
<b>Estudando no momento</b>	Sim	32,0
	Não	68,0
<b>Estado civil quando engravidou</b>	Casada ou união estável	53,0
	Solteira ou outros	47,0
<b>Estado civil no momento</b>	Casada ou união estável	65,0
	Solteira ou outros	35,0
<b>Trabalhando quando engravidou</b>	Sim	28,0
	Não	72,0
<b>Trabalhando no momento</b>	Sim	21,0
	Não	79,0
<b>Renda na época que engravidou</b>	01 SM*	24,0
	02 SM*	48,0
	03 ou mais SM*	28,0
<b>Renda no momento</b>	01 SM*	21,0
	02 SM*	49,0
	03 ou mais SM*	30,0
<b>Classificação Socioeconômica</b>	Classe Baixa Inferior	11,0
	Classe Baixa Superior	88,0
	Classe Média Inferior	1,0

\*Salário Mínimo (SM) = R\$ 937,00

A primeira relação sexual das entrevistadas ocorreu em média com 14,46 anos (DP: 1,611, mediana de 15 anos, mínima de 11 e máxima de 19 anos). Verificou-se que 52,0% das adolescentes iniciaram a vida sexual com idade entre 15 e 19 anos. Dentre as adolescentes, 86,0% preocupavam-se com a prevenção de IST e 73,0% informaram uso de preservativo para esta prevenção. Quando engravidaram, 70,0% não estavam utilizando método contraceptivo e

93,0% já haviam passado por algum serviço dentro da unidade de saúde antes do diagnóstico da gestação (Tabela II).

**Tabela II - Distribuição das variáveis sobre vida sexual e reprodutiva. São José do Rio Preto/SP, 2018.**

<b>Variáveis sobre vida sexual e reprodutiva</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade da primeira relação sexual</b>	10 - 14 anos	48	48,0
	15 - 19 anos	52	52,0
<b>Preocupação quanto a prevenção de IST</b>	Sim	86	86,0
	Não	14	14,0
	Preservativo	73	73,0
<b>Método de prevenção para IST</b>	Outras maneiras	6	6,0
	Não se prevenia	5	5,0
	Não responderam	2	2,0
	Não se preocupavam e não de preveniam	14	14,0
<b>Uso de método contraceptivo quando engravidou</b>	Sim	30	30,0
	Não	70	70,0
<b>Uso correto do método contraceptivo</b>	Sim	22	22,0
	Não	8	8,0
	Nenhum método em uso/não responderam	70	70,0
	Anticoncepcional oral ou injetável	19	19,0
<b>Método em uso quando aconteceu a gravidez</b>	Preservativo masculino	7	7,0
	Outros	4	4,0
	Nenhum método	70	70,0
<b>Uso da unidade de saúde antes da gravidez</b>	Sim	93	93,0
	Não	7	7,0

Verificou-se que 69,0% das adolescentes sabiam o que era período fértil e 99,0% já conheciam algum método contraceptivo antes de ficar grávida (Tabela III). Houve predomínio das adolescentes que informaram como principal fonte dessas informações, os familiares (73,0%), a escola, através do professor (68,0%), a unidade de saúde (68,0%), a internet (58,0%), a televisão (56,0%) e cartazes/folders (54,0%). Dentre os familiares a fonte mais citada foi a mãe (49,0%).

Quanto ao recebimento de orientações sobre IST, Hepatites B e C, e HIV, antes da gestação, 98,0% relataram ter recebido alguma informação sobre o tema (Tabela 3) com predomínio da fonte de informação, sendo a unidade de saúde (74,0%), a escola, através do professor (71,0%), a televisão (68,0%), os familiares (66,0%), a internet (63,0%) e cartazes/folders (56,0%). Dentre os familiares a fonte mais citada foi a mãe (43,0%).

Quanto aos métodos contraceptivos conhecidos antes da gestação, o mais citado foi o preservativo masculino (98,0%), e quase a totalidade informou conhecimento de que a unidade básica de saúde oferta métodos contraceptivos de forma gratuita (98,0%) (Tabela III). O coito interrompido não é um método anticoncepcional, porém foi citado como um por 66,0% das adolescentes (Tabela III).

Sobre a gestação, 70,0% das entrevistadas informaram que a gravidez não foi planejada e 57,0% utilizou o teste de farmácia para diagnóstico (Tabela IV). Logo após o diagnóstico da gestação, 97,0% das adolescentes contaram que estavam grávidas, sendo que 60,0% contaram primeiro para indivíduos sem consanguinidade (Tabela IV). Dentre os indivíduos consanguíneos a pessoa mais procurada para receber a notícia da gestação foi a mãe (25,0%) e quanto aos indivíduos sem consanguinidade que receberam a informação, o pai da criança foi o mais procurado (49,0%). Após a descoberta da gravidez, 95,0% das entrevistadas informaram que receberam apoio (Tabela IV), e as três fontes de apoio mais citadas pelas adolescentes foram respectivamente, a mãe (75,0%), o pai da criança (71,0%), e o pai (29,0%).

Todas as pacientes procuraram a unidade de saúde após a descoberta da gravidez (100,0%). Até o momento da entrevista, 87,0% informaram que não tiveram problemas durante a gestação, 48,0% já estavam no terceiro trimestre, 93,0% realizaram a primeira consulta de Pré-Natal no primeiro trimestre, 83,0% haviam realizado até seis consultas; 96,0% já haviam realizado exames laboratoriais e 83,0% ultrassom (US) obstétrico; e 92,0% já haviam atualizado a carteira de vacina (Tabela IV). Quanto ao uso de drogas, 57,0% não relataram uso antes da

gestação e 94,0% não relataram uso durante (Tabela IV). Das drogas utilizadas durante a gestação 4,0% informaram tabaco, 1,0% álcool e 1,0% maconha.

Quanto aos antecedentes obstétricos, 76,0% das adolescentes era primigesta, 88,0% eram nulíparas, 12,0% já contavam com um ou mais partos, 88,0% não tinham filhos, 12,0% realizaram aborto, destes 3,0% provocados (Tabela IV).

**Tabela III - Distribuição das variáveis sobre conhecimento em relação ao ciclo reprodutivo, métodos anticoncepcionais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. São José do Rio Preto-SP, 2018.**

Variáveis sobre conhecimento		N	%	
Conhecimento sobre período fértil antes da gravidez	Sim	69	69,0	
	Não	31	31,0	
Conhecimento sobre métodos contraceptivos antes da gravidez	Sim	99	99,0	
	Não	1	1,0	
	Método Billings	5	5,0	
	Preservativo feminino	74	74,0	
	Preservativo masculino	98	98,0	
	Coito interrompido*	66	66,0	
	Dispositivo Intrauterino	52	52,0	
	Anticoncepcional injetável	84	84,0	
	Anticoncepcional oral	93	93,0	
	Diafragma	26	26,0	
Conhecimento dos tipos de métodos contraceptivos antes da gravidez	Espermicida	7	7,0	
	Tabela Ogino Knauss	32	32,0	
	Método da temperatura	3	3,0	
	Nenhum	1	1,0	
	Outros	12	12,0	
	Conhecimento da oferta de métodos contraceptivos gratuitos na unidade de saúde antes da gravidez	Sim	98	98,0
		Não	2	2,0
Orientações sobre IST/Hepatites B e C e HIV antes da gravidez	Sim	98	98,0	
	Não	2	2,0	

\*Não é considerado método anticoncepcional, porém surgiram respostas.

**Tabela IV - Distribuição das variáveis sobre antecedentes obstétricos e gestação atual. São José do Rio Preto/SP, 2018.**

Variáveis sobre antecedentes obstétricos e gestação atual		N	%
Gravidez planejada	Sim	30	30,0
	Não	70	70,0
Meio para descoberta da gravidez	Teste de gravidez de farmácia	57	57,0
	Teste de gravidez na unidade de saúde	43	43,0
Contou para alguém quando descobriu a gravidez?	Sim	97	97,0
	Não	3	3,0
Para quem contou que estava grávida logo que descobriu a gravidez?	Indivíduo consanguíneo	37	37,0
	Sem consanguinidade	60	60,0
	Não contou	3	3,0
Teve apoio quando descobriu que estava grávida?	Sim	95	95,0
	Não	5	5,0
Procurou a unidade de saúde quando descobriu que estava grávida?	Sim	100	100,0
	Não	0	0,0
Apresentou algum problema durante a gravidez até o momento?	Sim	13	13,0
	Não	87	87,0
Trimestre gestacional no momento	1º trimestre	16	16,0
	2º trimestre	36	36,0
	3º trimestre	48	48,0
	Até 6	83	83,0
Primeira consulta de Pré-Natal	1º trimestre	93	93,0
	2º trimestre	7	7,0
	3º trimestre	0	0,0
	Até 6	83	83,0

<b>Número de consultas de Pré-Natal até o momento</b>	Mais que 6		17	17,0
<b>Realização de exames laboratoriais até o momento</b>	Sim		96	96,0
	Não		4	4,0
<b>Realização de US Obstétrico até o momento</b>	Sim		83	83,0
	Não		17	17,0
<b>Atualização da carteira de vacina até o momento</b>	Sim		92	92,0
	Não lembra		2	2,0
	Não		6	6,0
<b>Uso de drogas antes da gestação</b>	Sim		43	43,0
	Não		57	57,0
<b>Uso de drogas durante a gestação</b>	Sim		6	6,0
	Não		94	94,0
<b>Gestações anteriores</b>	Nenhuma		76	76,0
	1 ou mais		24	24,0
<b>Partos anteriores</b>	Nenhum		88	88,0
	1 ou mais	Cesárea	6	6,0
		Normal	6	6,0
<b>Número de filhos</b>	Nenhum		88	88,0
	1 ou mais		12	12,0
<b>Aborto</b>	Sim	Provocado	3	3,0
		Espontâneo	9	9,0
	Não		88	88,0

As adolescentes engravidaram de parceiro fixo (91,0%), sendo este esposo (56,0%), com relação fixa há 8 meses ou mais (76,0%) e parceiros acima de 19 anos (69,0%). Quando a gravidez ocorreu, 55,0% dos parceiros já moravam com a entrevistada. Antes da gravidez, 52,0% das adolescentes moravam com o pai da criança e após a descoberta da gravidez, 69,0%. Quanto à manutenção do relacionamento, 87,0% estavam com o parceiro (Tabela V).

Das entrevistadas que terminaram o relacionamento, no momento da entrevista, 100,0% sabiam onde ele morava, 7,6% informaram que ele estava estudando, 38,0% informaram que ele estava trabalhando, 46,0% relataram que ele pagaria pensão, 77,0% informaram que ele veria a criança e 54,0% relataram que ele iria conviver com a criança (Tabela V).

Quanto aos cuidados com a criança após o nascimento, 79,0% contariam com outras pessoas para auxílio ou realização desta tarefa (Tabela V). A grande maioria das entrevistadas informou que ela e o pai da criança seriam os responsáveis pelo cuidado (71,0%). Quanto à moradia da criança, 85,0% informaram que morariam com a criança em companhia de outras pessoas (Tabela V). A grande maioria informou que a criança moraria com ela e o pai da criança (74,0%). Quanto à responsabilidade financeira sobre a criança, 99,0% informaram que esta responsabilidade seria de outra pessoa ou compartilhada (Tabela V). Dentre as opções mais citadas temos, o pai da criança como responsável financeiro (46,0%), a entrevistada e o pai da criança como responsáveis (33,0%) e a família da entrevistada como responsável (15,0%).

**Tabela V - Distribuição das variáveis sobre relacionamento e apoio após o parto. São José do Rio Preto/SP, 2018.**

<b>Variáveis sobre relacionamento e apoio após o parto</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de parceiro de quem engravidou</b>		
Fixo	91	91,0
Esposo	56	56,0
Namorado ou noivo	35	35,0
Eventual	9	9,0
<b>Tempo de relacionamento com o parceiro</b>		
Menos de 8 meses	15	15,0
8 meses ou mais	76	76,0
Não houve relacionamento	9	9,0
<b>Idade do parceiro</b>		
Até 19 anos	31	31,0
Acima de 19 anos	69	69,0
<b>Com quem o parceiro morava quando aconteceu a gravidez?</b>		
Com a entrevistada	55	55,0
Outros	45	45,0
<b>Com quem a gestante morava antes da gravidez?</b>		
Pai da criança	52	52,0
Outros	48	48,0
Pai da criança	69	69,0

<b>Com quem a gestante mora atualmente?</b>	Outros	31	31,0
<b>Está com o parceiro?</b>	Sim	87	87,0
	Não	13	13,0
<b>Se não está com parceiro sabe</b>	Onde ele mora?	13	100,0
	Ele está estudando?	1	7,6
	Ele está trabalhando?	5	38,0
	Pagará pensão?	6	46,0
	Verá a criança?	10	77,0
	Irá conviver com a criança?	7	54,0
<b>Quem cuidará da criança?</b>	Somente a entrevistada	21	21,0
	Outros	79	79,0
<b>Com quem a criança irá morar?</b>	Somente com a entrevistada	15	15,0
	Outros	85	85,0
<b>Responsável financeiro pela criança</b>	Somente a entrevistada	1	1,0
	Outros	99	99,0

## Discussão

Em relação às variáveis socioeconômicas, este estudo foi semelhante a literatura [7,8,10,11,17-22]. A prevalência da gravidez na primeira fase da adolescência apresenta maior risco de morbimortalidade [13]. Contudo, é importante ressaltar que as ações e recursos para se evitar a gravidez na adolescência se concentram em meninas na segunda fase, o que sugere uma revisão de tais práticas [13].

Quanto à cor autodeclarada pelas entrevistadas, nota-se que esta variável pode sofrer influência da região onde o estudo foi realizado, sendo que no município estudado há o predomínio da cor branca, como ocorre na região sudeste e sul [18,23]. Diferentemente de outros realizados no Nordeste [20,22].

Quanto ao tema trabalho, várias adolescentes não exerciam atividade remunerada, resultado também demonstrado na literatura [11,19-22]. Sobre a classificação socioeconômica, estudos corroboram o resultado encontrado com prevalência na classe socioeconômica baixa [7,10]. Em relação à renda familiar, o município de estudo tem uma média de 2,7 salários mínimos [24], o que contribui para o resultado diferente do encontrado na literatura que foi de um salário mínimo [11,22].

O relacionamento estável, com parceiro fixo, está predominando nos estudos recentes [7,11,17,18,22], diferente dos mais antigos [8,19,20]. Muitas vezes a constituição de uma família é vista como conquista de uma melhor qualidade de vida, funcionando como projeto e forma de reconhecimento [7]. Porém, a vida conjugal motivada pela gravidez precoce não implica em independência financeira, em relação à família de origem, e de cuidado, em relação aos recém-nascidos [11,21].

Em relação à escolaridade, verifica-se um atraso ou interrupção nos estudos por parte das adolescentes o que pode ser resultado da ocorrência da gravidez neste período [7,8,11,18-22]. A escolaridade igual ou inferior a oito anos pode duplicar as chances de uma gestação na adolescência [25]. Além disto, a gravidez pode resultar em abandono escolar, comprometendo as condições socioeconômicas, interferindo na qualificação e inserção no mercado de trabalho e causar dependência financeira do companheiro ou família [18]. Sabe-se que meninas que permanecem por mais tempo nas escolas são menos propensas a engravidar, por apresentarem maior preparo para o mercado de trabalho e possuírem maior capacidade de subsistência, maior autoestima e status social, além de reduzir o casamento precoce e retardar a gravidez [13].

A escola é um local privilegiado para reflexão e discussão sobre o tema sexualidade e gravidez na adolescência, onde ações realizadas pela equipe de saúde otimizam o espaço para a prevenção e promoção da saúde sexual e reprodutiva, ampliando o conhecimento e incentivando a visão da APS como um ponto de referência para suas necessidades. Para isso, é necessário o trabalho intersectorial, otimizando o espaço para a prevenção e a promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente [26].

O Programa Saúde na Escola (PSE) é um exemplo de política intersectorial que surgiu em 2007, em que a APS desenvolve ações pautadas nas políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira para promover saúde e educação integral [27].

É importante ressaltar que a o início da vida sexual se dá por volta dos 14/15 anos [7,11,17,20], porém, ocorrendo cada vez mais cedo (12 e 13 anos) [21] aumentando a vulnerabilidade a gestação [17]. Esta vulnerabilidade decorre de muitos fatores, como impulsividade, pensamento egocêntrico, idade da primeira relação sexual, falta de informação ou uso inadequado dos métodos contraceptivos, frequência escolar, número de parceiros sexuais e crenças [5]. Além da falta de orientação dos pais, identificação com ídolos, tendência grupal, construção da independência, erotização do corpo feminino pela mídia [8], falta de informação e diálogo no ambiente familiar, abordagem inadequada da temática nas escolas, poucos avanços nos serviços de saúde que articulem o planejamento familiar com a comunidade, e precariedade de políticas públicas [28].

A prevenção da gravidez nesta fase é um assunto importante para os adolescentes que elencam diversos motivos para tal, como a manutenção das atividades de lazer, da liberdade e da própria adolescência, maiores oportunidades de futuro, de emprego e continuidade dos estudos, além de evitar conflitos familiares e o preconceito da sociedade. Porém, existem diversas barreiras no acesso aos serviços de saúde para prevenção da gravidez e abordagem à sexualidade, como a qualidade do atendimento, o constrangimento, o acolhimento oferecido e a falta de vínculo [29]. Além da dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos, existem outras dificuldades de utilização como a escolha de não fazer uso do método diante de um relacionamento estável, a inexperiência, o uso incorreto dos contraceptivos por falta de conhecimento ou esquecimento, medo dos pais descobrirem o início das relações sexuais [21] e pensamento mágico de que não engravidariam [30].

O conhecimento dos métodos contraceptivos pelos adolescentes não se traduz em uso ou uso correto, pois somente o recebimento de informações, muitas vezes não é suficiente para a prevenção da gravidez [19,22,28-32]. Motivos como baixo custo, fácil acesso, distribuição de forma gratuita na APS, compra sem receita médica e ampla divulgação da mídia são considerados pelos adolescentes para que o anticoncepcional oral e o preservativo masculino estejam entre os mais conhecidos [30].

Apesar de ser pouco utilizada pelas adolescentes do estudo, a pílula do dia seguinte foi citada como método de anticoncepção. Compreendida como contraceptivo de emergência, compõe a estratégia preventiva para adolescentes disponível na APS. Os profissionais da APS integram a estratégia de dar acesso ao contraceptivo de emergência a adolescentes, mas o fazem numa perspectiva multiprofissional, como em grupos de planejamento familiar [33].

Em relação à origem das informações sobre período fértil e métodos anticoncepcionais predominou como principal fonte de informação, respectivamente, a família, a escola e a unidade de saúde; sendo a mãe a fonte mais citada dentre os familiares. Resultado diferente é visto em estudo que mostra a escola como principal espaço para obtenção de informações sobre saúde sexual e reprodutiva. Quanto à busca por informações sobre o assunto, os amigos são os mais procurados pelos adolescentes, seguidos pelos familiares, professores e profissionais de saúde. A maioria dos adolescentes disse que a fonte de informação mais buscada era a televisão, seguido da internet e livros e revistas [31]. Já em outro estudo, a maioria das conversas sobre as mudanças corporais e sexualidade aconteceram com membros da família; sendo a escola e os serviços de saúde os locais menos citados [17].

Os pais se mostram como importante ferramenta para prevenção da gravidez na adolescência [34]. Verificou-se que maior supervisão pelos pais foi associada a relações sexuais tardias, maior uso de preservativo e aumento do uso de anticoncepcionais [34], além da proteção contra gravidez sob condições de múltiplos riscos familiares e riscos de pares [35].

As adolescentes se sentiram apoiadas após a descoberta da gravidez, sendo as duas fontes de apoio mais citadas, respectivamente, a mãe da adolescente e o pai da criança [36]. O apoio familiar é essencial para que as jovens mães aprendam a cuidar dos filhos e estejam atentas às suas necessidades, sendo muito relevante a presença da mãe, da irmã ou mesmo da sogra [21]. Além destes, o companheiro, amigos e acesso aos serviços de saúde foram considerados apoiadores importantes para criação de vínculos [36].

A maioria das adolescentes entrevistadas estava na primeira gestação, fato também verificado em outros estudos [7,8,11,17,19,20,22]. Porém, a reincidência da gravidez na adolescência continua ocorrendo e pode ser decorrente de diversos fatores, dentre eles, a história de gestação na adolescência por outras mulheres da família, mantendo-se um ciclo [17,30]. Outros fatores também permaneceram associados à recorrência da gravidez na adolescência, especialmente fatores reprodutivos e socioeconômicos, como coitarca menor que 15 anos, idade da primeira gestação menor que 16 anos, mudança de parceiro, não cuidar dos filhos e renda familiar menor que um salário mínimo [37].

Verifica-se neste estudo que parte das adolescentes planejaram a gestação. Quanto ao planejamento da gravidez são considerados fatores associados à faixa etária, ao estado civil, à escolaridade, à renda e à sexarca [38].

Ressalta-se a importância da realização do Pré-Natal para prevenção de complicações decorrentes de uma gestação de alto risco [8,11,18,22]. O enfermeiro possui papel fundamental no processo de educação e saúde, da escola e da família [20]. Algumas dificuldades podem estar presentes quanto ao desenvolvimento das ações preventivas da gravidez na adolescência por estes profissionais, como falta de adesão do público alvo, falta de capacitação dos profissionais, falta de infraestrutura, planejamento, colaboração das escolas, excesso de trabalho e falta de comunicação entre as equipes [39]. Porém, assumindo seu papel, o enfermeiro deve promover ações interdisciplinares de educação sexual que integrem família, escola, e comunidade, e despertar no adolescente o interesse de ampliar o conhecimento e desenvolver habilidades e atitudes, contribuindo para o exercício de uma sexualidade mais responsável e segura [40].

O enfermeiro já realiza ações para a prevenção da gravidez, como distribuição de contraceptivos, panfletos e cartilhas; realização de palestras; realização de dinâmicas [39]; orientação individual, como a consulta de enfermagem, e, realização de grupos [39,40]. Contudo, tem-se que pensar além do já realizado, e para isso, é necessário focar na mudança de comportamento como solução, e ver como verdadeiro caminho para a prevenção da gravidez na adolescência a busca da justiça social, o desenvolvimento equitativo e o empoderamento das meninas, através de abordagens mais amplas para desenvolver o capital humano, com foco na sua capacidade de tomar decisões sobre suas próprias vidas, incluindo questões de saúde sexual e reprodutiva, e proporcionando oportunidades reais, de modo que a gravidez não seja vista como seu único destino [13].

Este estudo teve como limitações a falta de informação nas planilhas da APS, adesão das gestantes, com muitas faltosas ou sem representante legal durante a consulta de Pré-Natal. Apesar de muitas já estarem casadas, e, portanto, terem a emancipação [41], não apresentaram comprovação no momento, e de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde menores de 18 anos necessitam da aprovação de um responsável legal para participação do estudo [42].

## Conclusão

Verifica-se um perfil de gestantes adolescentes que não estavam estudando ou trabalhando no momento em que aconteceu a gravidez, a maioria estava casada ou em união estável, com parceiro fixo, e se encontravam na Classe Socioeconômica Baixa Superior. Estas adolescentes apresentavam preocupação quanto à prevenção de IST e informaram uso de preservativo para este fim, relataram conhecimento sobre período fértil e métodos contraceptivos, conheciam a unidade de saúde e a oferta gratuita de contraceptivo, porém a maioria não estava utilizando nenhum método contraceptivo quando a gravidez ocorreu. Diante disso, verifica-se que somente o conhecimento dos métodos contraceptivos não se traduz em prevenção da gravidez na adolescência e tornam-se necessárias abordagens mais amplas, com foco no empoderamento das meninas e desenvolvimento de capital humano para projetos de vida, que envolvam o trabalho e o estudo.

## Referências

1. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo en la adolescência [citado 2018 Jun 11]. Disponível em: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
3. Lima NRB, Nascimento EGC, Alchieri JC. História de vida da mulher: qual a verdadeira repercussão da gravidez na adolescência? *Adolesc Saúde (Online)* 2015;12(1):57-65.
4. Ferreira EB, Veras JLA, Brito SA, Gomes EA, Mendes JPA, et al. Predisposing causes for pregnancy among adolescents. *J Res Fundam Care Online* 2014;6(4):1571-9. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1571-1579>
5. Patias ND, Dias ACG. Sexarca, informação e uso de métodos contraceptivos: comparação entre adolescentes. *Psico-USF* 2014;19(1):13-22. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712014000100003>

6. Patias ND, Dias ACG. Opiniões sobre maternidade em adolescentes grávidas e não-grávidas. *Arq Bras Psicol* 2013;65(1):88-102.
7. Lima MNFA, Coviello DM, Lima TNFA Alves ESRC, Davim RMB, Bousquat A. Adolescentes, gravidez e atendimento nos serviços de atenção primária à saúde. *Rev Enferm UFPE on line* 2017;11(Supl 5):2075-82.
8. Taveira AM, Santos LA, Araújo A. Perfil das adolescentes grávidas do município de São Gonçalo do Pará/MG. *Rev Enferm Cent-Oeste Min* 2012;2(3):326-36. <https://doi.org/10.19175/recom.v0i0.198>
9. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG* 2014;121(Suppl1):40-8. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12630>
10. Paladugu RK, Donipudi PC, Chimata D, Jasti M. Adolescent pregnancy and its outcomes: a cross-sectional study. *Int J Community Med Public Health* 2018;5(10):4408-14. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20183984>
11. Queiroz MVO, Brasil EGM, Alcântara CM, Carneiro MGO. Perfil da gravidez na adolescência e ocorrências clínico-obstétricas. *Rev RENE* 2014;15(3):455-62. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000300010>
12. Hodgkinson S, Beers L, Southammakosane C, Lewin A. Addressing the mental health needs of pregnant and parenting adolescents. *Pediatrics* 2014;133(1):114-22. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-0927>
13. United Nations Population Fund. *Motherhood in childhood: facing the challenge of adolescent pregnancy*. New York: UNFPA; 2013.
14. Ministério da Saúde. DATASUS. Estatísticas Vitais. [citado 2018 Set 06]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>
15. São José do Rio Preto (Município). Secretaria de Saúde. Painel de Monitoramento de 2018 (Indicadores de Saúde de 2017). [citado 2018 Set 06]. Disponível em: [http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/modules/mastop\\_publish/?tac=Pa\\_in\\_Moni](http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/modules/mastop_publish/?tac=Pa_in_Moni)
16. Graciano MIG, Lehfeld NAS. Estudo Socioeconômico: Indicadores e metodologia numa abordagem contemporânea. *Rev Serv Soc Saúde* 2010;9(9):157-86. <https://doi.org/10.20396/sss.v9i1.8634873>
17. Vieira EM, Bousquat A, Barros CRS, Alves CGP. Gravidez na adolescência e transição para a vida adulta em jovens usuárias do SUS. *Rev Saúde Pública* 2017;51:25. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006528>
18. Pinto KRTF, Bernardy CCF, Morais FR, Gomes K, Cestari MEW, Sodré TH. Gravidez na adolescência: perfil das mães e de sua gestação. *Rev Uningá Rev* 2016;27:9-19. <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1387>
19. Pinto JF, Oliveira VJ, Souza MC. Perfil das adolescentes grávidas no setor saúde do município de Divinópolis – Minas Gerais. *Rev Enferm Cent-Oeste Min* 2013;3(1):518-30. <https://doi.org/10.19175/recom.v0i0.289>
20. Mota RS, Santos MM, Rodrigues AD, Camargo CL, Gomes NP, Diniz NMF. Perfil de adolescentes grávidas com história de violência doméstica. *Rev RENE* 2013;14(2):385-93.
21. Santos RCAN, Silva RM, Queiroz MVO, Jorge HMF, Brilhante AVM. Realities and perspectives of adolescent mothers in their first pregnancy. *Rev Bras Enferm* 2018;71(1):65-72. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0444>
22. Pinheiro YT, Freitas GDM, Pereira NH. Perfil epidemiológico de puérperas adolescentes assistidas em uma maternidade no Município de João Pessoa – Paraíba. *Rev Ciênc Méd Biol* 2017;16(2):174-9.
23. SEADE. Portal de Estatísticas do Estado de São Paulo. Distribuição da população, por raça/cor. Estado de São Paulo. 2010. [citado 2018 Set 06]. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/retratosdesp/view/index.php?temald=1&indld=5&loclid=1000&busca=>
24. IBGE. São José do Rio Preto - Panorama. [citado 2018 Set 06]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-jose-do-rio-preto/panorama>
25. Bruno ZV, Feitosa FEL, Silveira KP, Morais IQ, Bezerra MF. Reincidência de gravidez em adolescentes. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2009;31(10):480-4. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032009001000002>

26. Martins BG, Ferreira LO, Santos PRM, Sobrinho MWL, Weiss MCV, Souza SPS. Oficina sobre sexualidade na adolescência: uma experiência da equipe Saúde da Família com adolescentes do Ensino Médio. *Rev Min Enferm* 2011;15(4):573-8.
27. Ministério da Saúde. Manual técnico de adesão e desenvolvimento das ações do programa saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
28. Cortez DN, Zica CMS, Gontijo LV, Cortez AOH. Aspectos que influenciam a gravidez na adolescência. *Rev Enferm Cent-Oeste Min* 2013;3(2):645-53. <https://doi.org/10.19175/recom.v0i0.341>
29. Fiedler MW, Araújo A, Souza MCC. A prevenção da gravidez na adolescência na visão de Adolescentes. *Texto & Contexto Enferm* 2015;4(1):30-7. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000130014>
30. Deprá AS, Heck RM, Thum M, Ceolin T, Vanini M, Lopes CV, et al. Gravidez de adolescentes na unidade de saúde da família. *Rev Enferm Cent-Oeste Min* 2011;1(1):59-69. <https://doi.org/10.19175/recom.v0i0.25>
31. Gondim PS, Souto NF, Moreira CB, Cruz MEC, Caetano FHP, Montesuma FG. Accessibility of adolescents to sources of information on sexual and reproductive health. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum* 2015;25(1):50-3. <https://doi.org/10.11604/pamj.suppl.2016.25.2.10922>
32. Tabora JA, Silva FC, Ulbricht L, Neves EB. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. *Cad Saúde Colet* 2014;22(1):16-24. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400010004>.
33. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Araújo SDT, Figueiredo R. Gravidez na adolescência e contracepção de emergência: opinião de profissionais de serviços primários de saúde pública do município de São Paulo. *BIS - Bol Inst Saúde* 2016;17(2):55-67.
34. Dittus PJ, Michael SL, Becasen JS, Gloppen KM, McCarthy K, Guilamo-Ramos V. Parental Monitoring and its associations with adolescent sexual risk behavior: a meta-analysis. *Pediatrics* 2015;136(6):e1587-99. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-0305>
35. East PL, Khoo ST, Reyes BT. Risk and protective factors predictive of adolescent pregnancy: a longitudinal, prospective study. *Appl Develop Sci* 2006;10(4):188-99. [https://doi.org/10.1207/s1532480xads1004\\_3](https://doi.org/10.1207/s1532480xads1004_3)
36. Braga IF, Oliveira WA, Spanó AMN, Nunes MR, Silva MAI. Percepções de adolescentes sobre o apoio social na maternidade no contexto da atenção primária. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2014;18(3):448-55. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140064>
37. Silva AAA, Coutinho I, Katz L, Souza ASR. Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência em uma maternidade escola: estudo caso-controle. *Cad Saúde Pública* 2013;29(3):496-506. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000300008>
38. Araújo AKL, Nery IS. Conhecimento sobre contracepção e fatores associados ao planejamento de gravidez na adolescência. *Cogitare Enferm* 2018;23(2):e55841. <https://doi.org/10.5380/ce.v23i2.55841>
39. Ribeiro VCS, Nogueira DL, Assunção RS, Silva FMR, Quadros KAN. Papel do enfermeiro da estratégia de saúde da família na prevenção da gravidez na adolescência. *Rev Enferm Cent-Oeste Min* 2016;6(1):1957-75. <https://doi.org/10.19175/recom.v0i0.881>
40. Gurgel MGI, Alves MDS, Moura ERF, Pinheiro PNC, Rego RMV. Desenvolvimento de habilidades: estratégia de promoção da saúde e prevenção da gravidez na adolescência. *Rev Gaúcha Enferm* 2010;31(4):640-6. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000400005>
41. Brasil. Lei Nº 10.406, de 10 de Janeiro de 2002. Institui o Código Civil. [citado 2018 Set 06]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10406.htm)
42. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. [citado 2018 Set 06]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)