



GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: CONDICIONANTES E CONSEQUÊNCIAS EM UBERLÂNDIA-MG

Andréa dos Santos Vieira (andrea.vieira@yahoo.com.br) - UFU

Paulo Cezar Mendes – (pcmendes@iq.ufu.br) - UFU

Eixo 5: Territórios, Desigualdades Sociais e Distribuição dos Serviços de Saúde.

Resumo

A gravidez na adolescência e gravidez indesejada remete à maiores riscos materno-infantis e sociais. Em Uberlândia, a gravidez na adolescência, assim como no cenário nacional, tem se evidenciado, as gravidezes ocorridas no município nos anos de 2008 a 2010, aproximadamente, 15% são de adolescentes. Apesar da queda da fecundidade inclusive na faixa etária da adolescente, o filho da adolescente ainda apresentava maior risco de morte no primeiro ano de vida. Tendo como pressupostos que a adolescência é uma construção sócio-histórica e, portanto, plural e a determinada socialmente, neste contexto objetivo do estudo foi analisar as condições sociais e os indicadores de saúde da população feminina de Uberlândia na perspectiva da vulnerabilidade, com ênfase na territorialização das disparidades intra-urbanas da gestação na adolescência e no potencial de enfrentamento das ações, programas e projetos desenvolvidos pelo Estado. A vulnerabilidade aqui é entendida como indicador de iniquidade e desigualdade social. O tipo de estudo foi estudo de caso descritivo-exploratório de cunho quantitativo e qualitativo. As técnicas de análise foram análises estatísticas e análise espacial. O geoprocessamento dos indicadores de saúde revelou-se uma importante ferramenta de planejamento, monitoramento e avaliação da atuação da rede de proteção à adolescência e juventude. Os resultados indicaram o perfil da gestante adolescente como: primípara, sem nupcialidade, com oito a onze anos de estudo, desocupada e com parto cesáreo. Confirmou-se a correlação espacial entre a maior incidência da GA e maior concentração das vulnerabilidades sociais relacionadas à educação, ao trabalho, à multiparidade e ao acesso ao pré-natal.

Palavras-chave: gravidez na adolescência, território, vulnerabilidade e rede de atenção.

Abstract

Teenage pregnancy and unwanted pregnancy leads to higher risk maternal-infant and social. In Uberlândia, teenage pregnancy, as well as on the national scene, has been evidenced pregnancies occurred in the county in the years 2008 to 2010, approximately 15% are teenagers. Despite the decline in fertility even in the age of the teenager, the son of the teenager still had a higher risk of death in the first year of life. Having as assumptions that adolescence is a socio-historical and therefore plural and socially determined, in this context aim of the study was to analyze the social and health indicators of the female population in Uberlândia vulnerability perspective, with emphasis on territorial of intra-urban disparities in teenage pregnancy and potential coping actions, programs and projects undertaken by the state. The vulnerability is understood here as an indicator of inequality and social inequality. The type of study was descriptive case study and exploratory nature of quantitative and qualitative. The analytical techniques and statistical analyzes were spatial analysis. The geoprocessing health indicators proved to be an important tool for planning, monitoring and evaluating the performance of the network to protect teens and twenties. The results showed the profile of pregnant adolescent as primipara without marriage, eight to eleven years of study, unoccupied and cesarean delivery. Confirmed the spatial correlation between the higher incidence of GA and the highest concentration of social vulnerabilities related to education, to work, to multiparity and access to prenatal care.

Keywords: teenage pregnancy, territory, vulnerability and care network.



1.Introdução

A adolescência é uma fase da vida marcada por profundas transformações fisiológicas, psicológicas, afetivas e sociais, evidenciadas num determinado contexto cultural. É um período de desenvolvimento dinâmico, suscetível a influências externas, onde se desenvolvem atitudes, ideais e se adquirem estilos de vida (Gonçalo, 2002).

A gravidez na adolescência (G.A), segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é aquela que ocorre entre os 10 e 19 anos, não é um evento recente na sociedade, sendo considerada por muito tempo como natural e moralmente aceitável, porém, nas últimas décadas, vem se tornando um importante tema de saúde pública e um desafio para os profissionais de saúde, educadores, governo e a sociedade em geral (OMS, 1977).

A G.A. é considerada problema de saúde pública, uma vez que pode acarretar complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e o recém-nascido, bem como problemas psico-sociais e econômicos (YAZLLE, 2006). Os principais temores enfrentados pelas adolescentes, em sua gestação são o descrédito por pais e profissionais em sua capacidade de cuidar do filho, desemprego, ingresso precoce no mercado de trabalho não-qualificado, dificuldades para continuar os estudos, evasão escolar, sentimentos de perda, tristeza, solidão e isolamento, maus tratos infantis e separação conjugal (FARIAS R., MORÉ C. O. O, 2012).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Estatística e Pesquisa (IBGE), entre 1965 e 1995, a fecundidade total declina de quase 6 crianças por mulher para 2,5 e, em 2010 para 1,9 filhos por mulher (IBGE, 2010). Contudo, a taxa brasileira de G.A ainda é alta quando comparada com outros países, apenas 2,3 por mil na Coreia do Sul; de 8,4 por mil na China; de 29,5 por mil no Irã; de 7 por mil na França; de 11,6 por mil na Arábia Saudita; de 34 por mil nos Estados Unidos e de de 59 por mil na África do Sul, enquanto que a brasileira é de 67,2 por mil em 2010, portanto maior que todos estes países (ALVES, 2012). A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2012) expõe que cerca de 16 milhões de adolescentes dão à luz todos os anos, a maioria em países de baixa e média renda.

A Organização Mundial da Saúde, salienta que a morte de recém nascidos são 50% maior entre as crianças de mães adolescentes do que os bebês de mulheres com idade entre 20-29 anos, observando também, que os bebês de mães adolescentes são mais propensos a ter baixo peso ao nascer (WHO, 2012).Portanto, mesmo havendo uma queda na fecundidade total brasileira é preocupante a gravidez em adolescentes em situação de vulnerabilidade social.



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

Visualizando o conceito de vulnerabilidade como a exposição a certos riscos, a capacidade de enfrentá-los e a potencialidade de que estes tragam consequências importantes para os afetados, tal conceito tem sido progressivamente utilizado pela sua aptidão em expressar os movimentos reprodutivos sociais dentro de um território. Wisner (1998) analisa o conceito de vulnerabilidade sob a perspectiva da potencialidade que pessoas/populações podem apresentar em caso de exposição a acidentes extensivos, como desastres naturais. O autor afirma que a capacidade de luta e de recuperação que o indivíduo apresenta demonstra o grau de vulnerabilidade a que está submetido.

Analisar a saúde de grupos populacionais considerando a sua localização espacial e temporal, sua inserção com o ambiente, com a distribuição espacial dos recursos de saúde e com outros grupos populacionais auxilia a compreensão do processo saúde e doença nas populações (BRASIL, 2006).

O território é a formação socioespacial de natureza jurídico-política que, associada ao controle social, é regulada por princípios explícitos de inclusão e exclusão, sendo definido por complexas relações histórico-sociais que abrangem os processos sociais e o espaço material (RAFFESTIN, 1993).

A gravidez na adolescência (G.A) como um problema de saúde pública pode ser estudada a luz desta categoria de análise, absorvendo tal conceito e possibilitando a concepção de políticas públicas efetivas para a promoção a saúde reprodutiva dos adolescentes. De acordo com Hasbasert, o território é visto antes de tudo como o espaço concreto em que se produzem ou se fixam os processos sociais (HAESBAERT, 2006).

Ainda segundo Haesbaert (2006), o território é construído através das relações sociais, ou seja, inclui os modos de vida de um povo, sua cultura, política e religião. O território está sempre relacionado a uma área delimitada, submetida à certa inter-relação de poder, ou seja, é no território que a vida acontece, é nele que há a construção do ser enquanto sujeito/objeto (FONSECA, 2007). E quanto mais o sujeito se sente parte integrante deste território mais se torna relacional.

As cidades têm sido os territórios escolhidos para o planejamento da saúde. A importância do urbano está no fato de ser o centro de gestão do território, o que se aplica também ao setor saúde. É no urbano onde se concentram as instituições de gestão da saúde, e onde se concentra a maior parte dos serviços. Por isso, destaca-se a importância de se conhecer profundamente a problemática do meio urbano, tanto para a compreensão dos processos saúde-doença e a situação de saúde da população, quanto para a gestão local da saúde nos estados e municípios.



Na tentativa de afunilar as evidências estatísticas a escolha de um território de estudo faz-se necessário, o município de Uberlândia, como território urbano apresenta suas singularidades vislumbrando a análise dos determinantes sociais da saúde como pauta política na luta contra iniquidades. Em Uberlândia, a gravidez na adolescência, assim como no cenário nacional, tem se evidenciado, as gravidezes ocorridas no município nos anos de 2008 a 2010, aproximadamente, 15% são de adolescentes.

Assim, este trabalho, objetiva analisar as condições sociais e os indicadores de saúde das grávidas adolescentes, na perspectiva da vulnerabilidade social enfatizando a territorialização e as diferenças intra-urbanas da cidade de Uberlândia/MG no período de 2008 a 2010.

O município de Uberlândia¹ (Figura 1) situa-se na mesorregião do Triângulo Mineiro e possui área de 4.115,206 Km², tendo a sede localizada pelas coordenadas geográficas 18° 54' 41" S e 48° 15' 44" W, no estado de Minas Gerais (IBGE, 2010).

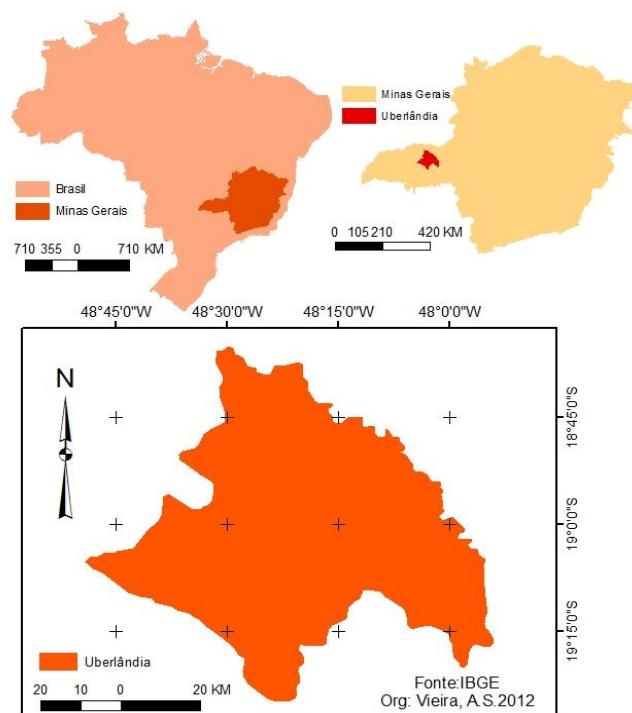


Figura 1 - Mapa de Localização de Uberlândia em Minas Gerais e no Brasil.

2. Materiais e Metodos

O trabalho aborda um estudo de caso descritivo e quantitativo. O termo quantitativo caracterizou-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de

¹ Para maiores esclarecimentos sobre o município de Uberlândia consultar bibliografia pertinente: Soares, B.R, Tese de doutorado Uberlândia: Da cidade Jardim ao Portal do Cerrado – Imagens e representações no Triangulo Mineiro, São Paulo 1995. Moura G.G, Dissertação de mestrado Imagens e Representações da Periferia de Uberlândia (MG): O estudo de caso do setor Oeste. Uberlândia, 2003.



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas e da análise espacial, realizada nos dados obtidos nos sistemas de informações de saúde. Este estudo procurou por meio do encadeamento de evidências, embasado nas proposições teóricas, analisar os dados obtidos e construir conjunto bem delimitado de informações sobre a Gravidez na adolescência no município de Uberlândia/MG.

A coleta de dados foi realizada no setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema Informação sobre Mortalidade (SIM) disponibilizam dados agrupados por município, explicando a necessidade de coletar os dados ainda na SMS antes de serem incorporados. Dos dados coletados foram suprimidos os nomes das pessoas.

Na triagem dos dados ponderou-se a acurácia e a disponibilidade dos mesmos, bem como, os objetivos da pesquisa, selecionando dados maternos e infantis.

- Dados maternos: idade da mãe, anos de estudo, situação marital, paridade, peso ao nascer e duração da gestação;
- Dados infantis: nascidos vivos/ano e óbitos/ano

Dentre os dados coletados foram excluídos os de endereços inexistentes ou incompletos ou pertencentes à zona rural. Dentre os dados coletados foram inutilizados cerca de 3% dos dados. Para análise dos dados secundários foram utilizadas técnicas de geoprocessamento e ponderações estatísticas, a luz do referencial teórico-conceitual.

O Geoprocessamento é um termo amplo, que engloba diversas tecnologias de tratamento e manipulação de dados geográficos, através de programas computacionais. Dentre essas tecnologias, se destacam: o sensoriamento remoto, a digitalização de dados, a automação de tarefas cartográficas, a utilização de Sistemas de Posicionamento Global - GPS e os Sistemas de Informações Geográficas (SIG). Ou seja, o SIG é umas das técnicas de geoprocessamento, a mais ampla delas, uma vez que pode englobar todas as demais, mas nem todo o geoprocessamento é um SIG (PINA, 2000). De acordo com Miranda (2005), um Sistema de Informação Geográfica (SIG) tem a capacidade funcional para entrada de dados, manuseio, transformação, visualização, combinação, consultas, análises, modelagem e saída.

Neste trabalho o SIG foi utilizado em vários momentos, na produção da base cartográfica, das análises estatísticas e ainda na criação dos mapas temáticos. O SIG utilizado foi o *Arcinfo Spatial Analyst* na versão 9.2, e tendo como referências o *Geografic Coordinate System*, o Datum utilizado foi o *WGS 1984*, com Projeção Universal Transversa de Mercator (UTM) do Laboratório de Geoprocessamento da Universidade Federal de Uberlândia.



Ao interseccionar a espacialização dos casos de nascidos vivos e óbitos infantis com os polígonos dos bairros originou tabelas de frequência e planos de informações referentes aos temas: gravidez na adolescência, baixo peso ao nascer, número de consultas, óbitos fetais e infantis, prematuridade, estado civil, escolaridade, taxa de natalidade, taxa de fecundidade, taxa de mortalidade, e equipamentos de saúde. Estes *layers* além de gerarem mapas de suas temáticas, foram sobrepostos e através da análise espacial oportunizou o cruzamento dos dados dos bairros com os piores indicadores relacionados às informações trabalhadas gerando um mapa de vulnerabilidade social da G.A em Uberlândia.

3. Uberlândia: dinâmica reprodutiva e disparidades intra-urbanas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), considera como período da adolescência a faixa etária entre 10 e 19 anos, o Ministério da Saúde utiliza a definição da OMS (BRASIL, 2006a), portanto, neste trabalho foi utilizado esta faixa etária para a tratativa dos dados. A gestação na adolescência não é um fenômeno recente, constatando-se em registros históricos que, no Brasil, há pouco mais de 70 anos, os casamentos ocorriam na faixa etária dos 13 a 14 anos e adolescentes concebiam seus filhos logo após a menarca (PARAYBA, 2002). A gestação na adolescência ganha visibilidade e status de problema de saúde com o aumento de sua incidência em todo mundo, desde o início da década de 70, período em que ocorre uma queda na fecundidade nas demais faixas etárias. (HEIBORN *et al.*, 2006).

A cidade de Uberlândia, assim como, o país vem sofrendo quedas na taxa de fecundidade, porém ainda são altas quando comparadas mundialmente. A análise da evolução temporal de nascidos vivos, apresenta que em 1998, os filhos de mães de 10 a 19 anos representavam 23,1% do total dos nascimentos caindo para 15,5% em 2008, o que permite afirmar que houve uma redução do número de nascidos vivos em mulheres dessa faixa etária no período. A ocorrência da Gestação na adolescência (Figura 2) em Uberlândia, no período de estudo foi dispare, ocorrendo em maior prevalência nos bairros Morumbi e São Jorge.

Ao identificar os territórios de maior ocorrência buscou-se analisar o perfil das gestantes de Uberlândia a partir de dados como a paridade, a escolaridade, a nupcialidade e a quantidade de consultas pré-natais. O perfil do recém-nascido também foi analisado por meio do baixo peso ao nascer, a prematuridade e mortalidade infantil, construindo um mapa de morbimortalidade ao fim das análises dos recém-nascidos.

Quanto à paridade, que é o número de gravidezes por mulher, sendo esta identificada como primípara se engravidou pela primeira vez e múltípara se engravidou mais de uma. No período de 2008 a 2010, dos 24045 nascidos vivos no município, 23476 dos casos, ou



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

seja, 97,6% eram de mães primíparas, enquanto que apenas 2,3% são de mães múltiparas. Ao combinar os dados de paridade com escolaridade (encontrou-se 55% das mães com escolaridade entre 8 e 11 anos. Verifica-se que do total de 23476 mães primíparas, 22 não estudaram, 297 estudaram de um a três anos, 4629 estudaram de quatro a sete anos, 12.887 estudaram de oito a onze anos e 5625 estudaram doze anos ou mais. Dentre as 569 múltiparas, 1 nunca estudou, 7 estudaram de um a três anos, 90 estudaram de quatro a sete anos, 301 estudaram de oito a onze anos e 170 estudaram doze anos ou mais. O maior percentual de primíparas estudou oito ou mais anos. As múltiparas apresentaram menos anos de estudo quando comparadas às primíparas.

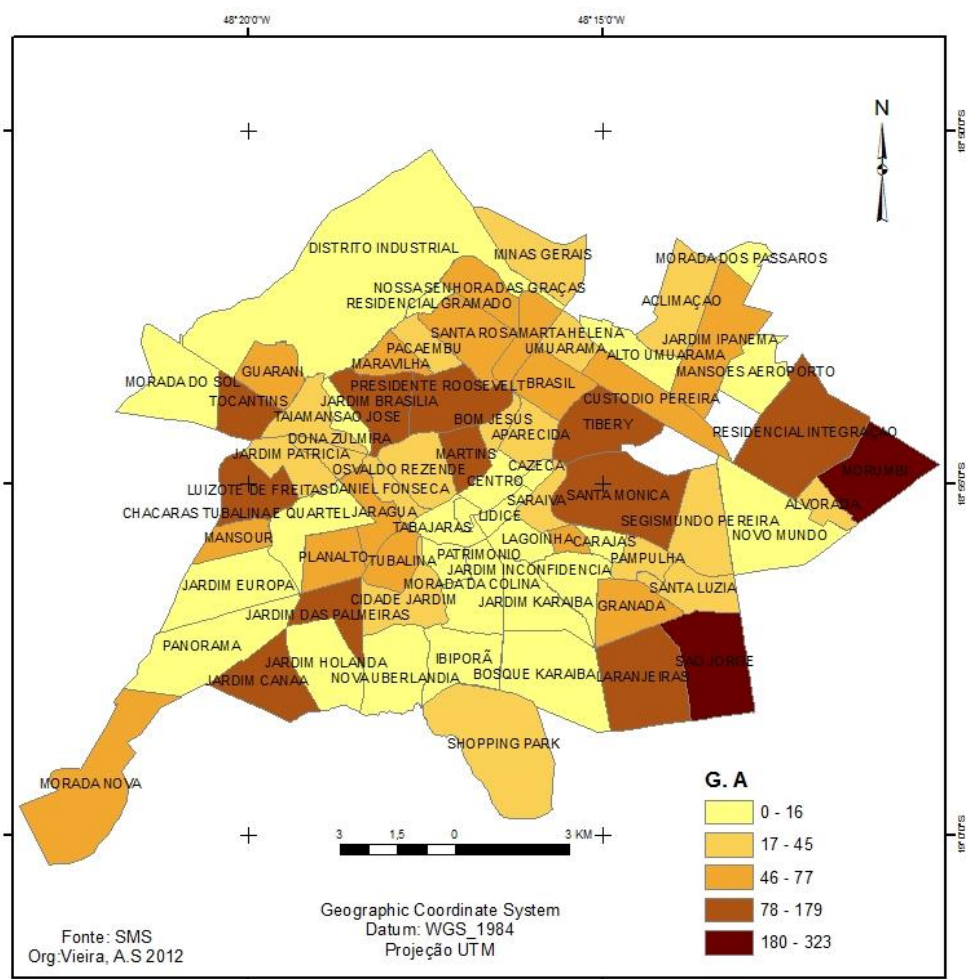


Figura 2 - Mapa da ocorrência de Gestação na Adolescência em Uberlândia-MG, de 2008 a 2010.

Já em relação à situação marital, observa-se que 57,4% das mulheres estão sem companheiro no momento do parto e 42,5 % estavam casadas. Este dado aponta para uma mudança no perfil das famílias uberlandenses e chama a atenção para duas questões fundamentais: a autonomia da sexualidade do adolescente e os novos arranjos familiares. A gravidez requer uma rede de atenção, além de pública, sociocultural. Entre as mães adolescentes o estado civil solteira é o predominante gerando uma necessidade de



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

compensação da falta do companheiro por parte da família e do estado. Quanto à nupcialidade, dos 88,4% das adolescentes uberlandenses sem companheiro no momento do parto, no período de estudo, 8,8% concentravam-se no São Jorge seguido de 6,7% no Morumbi e 5,0% no Residencial Integração.

A rejeição da gravidez é um fator que influencia o acesso à primeira consulta de pré-natal, algumas mulheres não buscam os serviços por medo das consequências sociais da gravidez, especialmente as adolescentes. Neste contexto está a importância do acolhimento da gestante pela unidade de saúde. Entre as principais barreiras que interferem na utilização dos serviços de atenção pré-natal, Simkhada (2008) salienta o baixo nível socioeconômico, mulheres vivendo sem o companheiro, falta de disponibilidade e alto custo da assistência, alta paridade e história de complicações obstétricas. Aspectos políticos, da cultura, religião e a rede de apoio familiar e social também influenciam na utilização destes serviços. O bairro São Jorge com 7,7% seguido do Morumbi com 6,4% e do Jardim Canaã com 5,9 são os bairros com maior concentração de mães que fizeram menos de sete consultas pré-natais

Com relação aos agravos ao recém-nascido vale salientar a prematuridade, o baixo peso ao nascer e a mortalidade infantil. A prematuridade é estimada em partos com menos de 36 semanas, segundo Monteiro *et.al.* (2000). Tanto o BPN quanto a prematuridade podem possuir como fatores desencadeantes desses processos as condições socioeconômicas precárias, o peso da mãe antes e durante a gestação, a etnia, a estatura, a idade e a escolaridade materna, os nascimentos múltiplos, a paridade, a história obstétrica anterior, os cuidados pré-natais, a morbidade materna durante a gravidez e o tabagismo que influencia significativamente no óbito infantil. Os bairros com maior ocorrência de prematuridade no período foram o Tibery, o Santa Mônica e o São Jorge.

Em relação ao BPN, os bairros de maiores ocorrências nos anos de 2008 a 2010 foram: Morumbi, São José, Santa Mônica, Tibery, Luizote de Freitas, Presidente Roosevelt, Jardim Canaã e Jardim das Palmeiras; segundo os dados do SIM. Repetindo o resultado de prematuridade, os bairros Tibery e Santa Monica que possuem elevados níveis de baixo peso, salientando que a prematuridade é um sinalizador do BPN.

A mortalidade infantil é influenciada por diversos fatores, além do baixo peso ao nascer e da prematuridade que foram salientados neste trabalho, o crescimento intrauterino restrito, a idade materna, o uso de drogas, o estado nutricional materno, o tabagismo, o alcoolismo, o acesso ao pré-natal, o baixo índice de massa corporal materna pré-gestacional, a baixa estatura materna, as condições socioeconômicas, a escolaridade materna, a história anterior de nascimentos baixo peso e prematuros e ainda das afecções maternas durante a



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

gestação (ROSSARI e MICHELSON, 2009). Para a confecção do mapa do coeficiente de mortalidade infantil foi calculada a taxa de mortalidade infantil². Os bairros de maior ocorrência foram: Aclimação, Mansões do Aeroporto, Centro, Fundinho e Lagoinha.

No total, dos 302 casos de óbitos infantis ocorridos em Uberlândia (MG) de 2008 a 2010, 197 casos eram evitáveis, observando a causa básica disposta na base de dados Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Considerando-se a quantidade de mortes evitáveis³ verifica-se a necessidade da implantação e o melhoramento no atendimento básico de saúde as mães e ao recém-nascido. Para avaliar possível relação entre a vulnerabilidade social construiu-se o mapa da morbimortalidade infantil (Figura 3) sobreposição do BPN, da prematuridade e dos óbitos infantis por causas evitáveis.

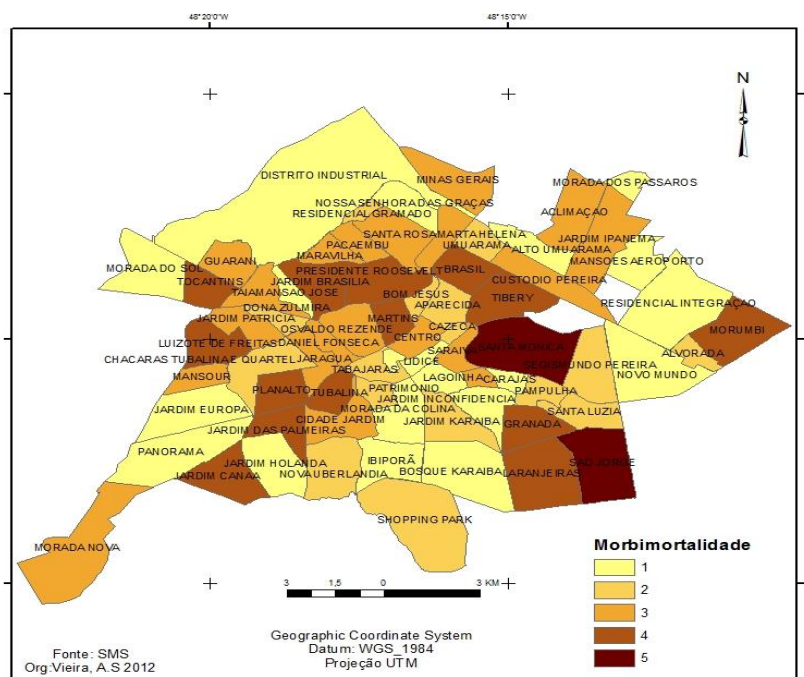


Figura 3 - Mapa da Morbimortalidade em Uberlândia-MG, de 2008 a 2010.

Como instrumento de diagnóstico o território foi analisado, na intenção de verificar a correlação entre a ocorrência dos piores indicadores do perfil materno-infantil e a disponibilidade de serviços essenciais, tais como, saúde, educação, cultura, esporte e lazer. Para tanto, gerou-se um mapa de localização e disponibilização dos equipamentos (Figura 4). Os bairros com os melhores índices, ou seja, mais bem equipados foram o Centro e o Nova Uberlândia. Ao analisar a ocorrência da Gravidez na adolescência e a indisponibilidade dos equipamentos de assistência a gestante os bairros verificou-se uma correlação aparente.

² A taxa de mortalidade infantil que é obtida pelo número de óbitos por área geográfica delimitada dividido pelo número de nascidos vivos desta mesma área geográfica multiplicado por mil.

³ A morte evitável é considerada como um indicador sensível à qualidade e diversidade da atenção à saúde prestada pelo sistema de saúde, como uma medida de resultado ou de impacto dos serviços de saúde (MALTA, 2005).



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

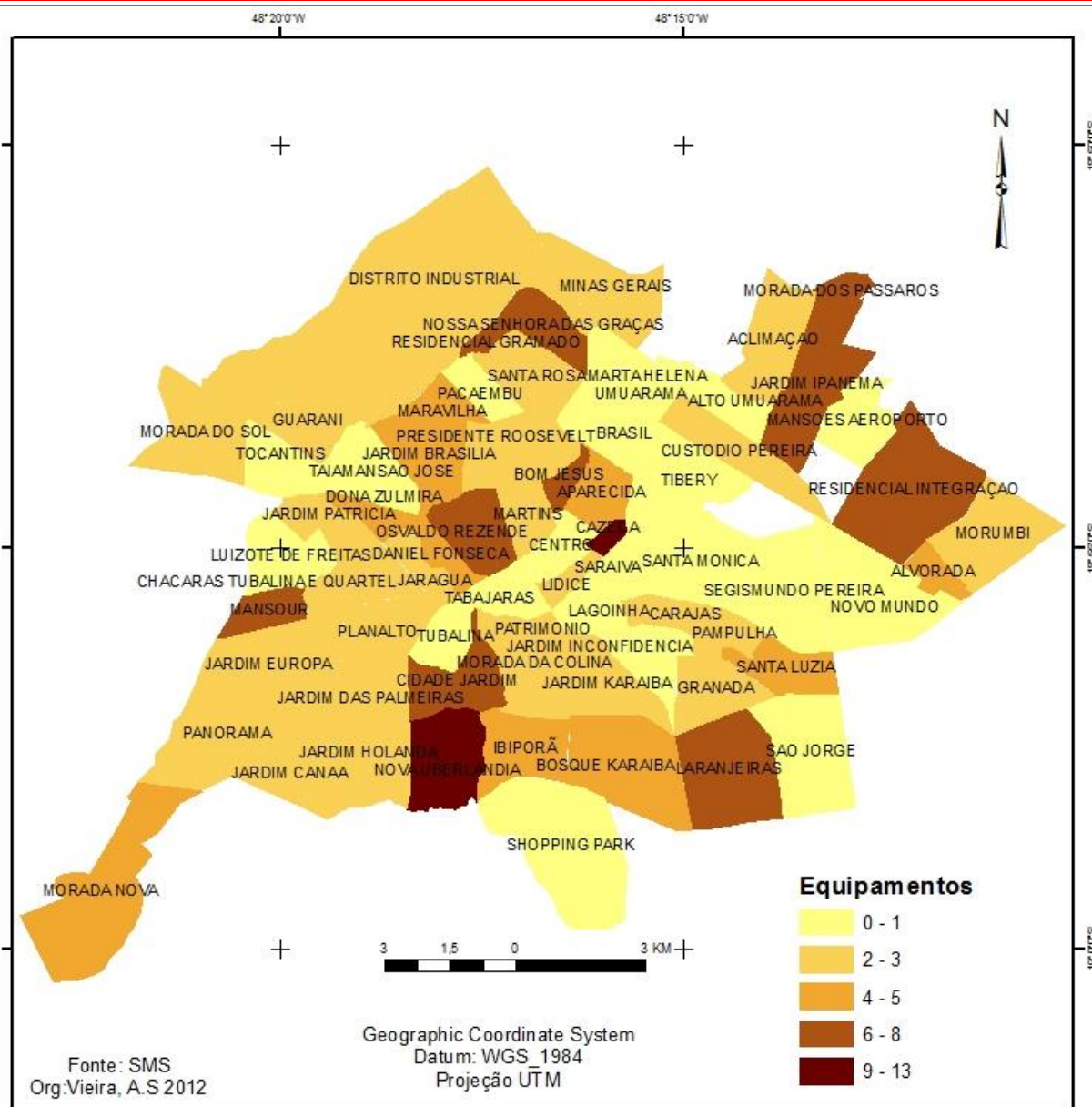


Figura 4 - Mapa da distribuição dos Equipamentos de Saúde, cultura, educação e esporte-lazer em Uberlândia-MG, em 2010.

Os bairros com de piores índices materno-infantis apresentam uma quantidade escassa de equipamentos saúde, educação, cultura, esporte e lazer. Os bairros com maior ocorrência da gravidez na adolescência foi o São Jorge, seguido do bairro Morumbi. Estes bairros lideram o ranking na maioria dos fenômenos complicadores estudados na G.A em Uberlândia: maior ocorrência de mães adolescentes, sem nupcialidade, menos de sete consultas pré-natais e tipo de parto cesáreo. São bairros vulneráveis socialmente, o que demanda uma maior atenção do Estado frente aos cuidados destas mães adolescentes.



4. Considerações Finais

O estudo quantitativo e qualitativo evidenciou que, frente à gravidez, as adolescentes Uberlandenses são mãe primíparas, de escolaridade média, sem nupcialidade, realiza parto cesáreo, ultrapassam o número mínimo de consultas no pré-natal, moram com os pais, não trabalham, possuem renda familiar até dois salários mínimos, são católicas, recebem apoio financeiro do parceiro, tiveram uma gravidez indesejada e foi encontrada relação entre a média da idade das mães das grávidas adolescentes.

Considerando a importância do território e da análise espacial na identificação das vulnerabilidades e acompanhamento para redução das iniquidades, concluiu-se que o geoprocessamento apresenta-se como ferramenta importante para a gestão intersetorial, garantindo cruzamento de dados referentes aos diversos setores, consequentemente fornecendo condições para o monitoramento e avaliação contínuos das condições de saúde da população. Com relação à tomada de decisão, os resultados obtidos com a análise espacial podem contribuir para que o governo, profissionais e comunidade elejam áreas e ações prioritárias sem, contudo, se descuidar da multiplicidade de demandas coletivas.

É interessante que os planejadores priorizem o enfrentamento imediato das vulnerabilidades (como por exemplo, na transferência de renda). Contudo, o grande salto qualitativo ocorrerá com o pleno funcionamento de uma rede de proteção que seja, na verdade, a mobilizadora da defesa dos direitos sociais. A rede, desde que tenha o envolvimento da população, contribuirá para a concretização das políticas (âmbito federal, estadual e municipal) que não podem ser vistas somente como serviços prestados à população, mas também, é necessário o envolvimento desta população no processo saúde-cuidado. A população tem que participar ativamente na elaboração e aplicação de estratégias de enfrentamento das vulnerabilidades.

5. Agradecimentos

Agradeço a Capes pela bolsa de mestrado.

Referências

ALVES J. E. D. **A transição da fecundidade, redução da gravidez na adolescência e direitos reprodutivos no Brasil.** Disponível em: http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/art_105_a_transicao_da_fecundidade_e_gravidez_na_adolescencia_no_brasil.pdf.

Acesso em 10/10/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens.** Brasília, 2006a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_teorico_referencial.pdf. Acesso em 14/10/2011.



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Abordagens espaciais na saúde pública** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; Simone M.Santos, Christovam Barcellos, organizadores. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
- FARIAS R., MORÉ C. O. O. **Repercussões da gravidez em adolescentes de 10 a 14 anos em contexto de vulnerabilidade social**. Psicol. Reflex. Crit. vol.25 no.3 Porto Alegre 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722012000300020&nrm=iso&tlng=PT. Acesso em 10/10/2012.
- FONSECA, A. F.; CORBO, A.M.D. (org). **O Território e o Processo Saúde-Doença**. Rio de Janeiro: EPSJU/Fio Cruz, 2007.
- GONÇALO, M.I. (2002). A mãe-menina. Nursing, vol. 14, N.º 172
- HAESBAERT, R. **Territórios Alternativos** (2a edição). 2. ed. São Paulo: Contexto, 2006. v. 1. 186 p.
- HEILBORN, M. L. Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. In: HEILBORN, M. L. et al. (Org.). **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 30-59.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE 2010b). **Censo 2010**. IBGE Cidades. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 10/10/2012.
- MONTEIRO CA, BENICIO MHD, ORTIZ LP. Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1976 - 1998). **Rev Saúde Pública** 2000; 34 Supl 6: 26-40.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Caracterização da adolescência**. GENEBRA, 1997.
- PINA, M. F., SANTOS S. M. **Conceitos básicos de Sistemas de Informação Geográfica e Cartografia aplicados à saúde**. Brasília: OPAS, 2000. Disponível em www.ripsa.org.br/local/informacao/UploadArq/conceito.pdf. Acesso em 10/10/2012
- RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993.
- ROSSARI, J & MICHELSON M. **Baixo peso ao nascer e fatores de risco associados em crianças da unidade básica de saúde caic – chapecó –sc**, 2009. Disponível em: <http://www.pergamum.udesc.br/dados-u/000000/000000000000F/00000F50.pdf>. Acesso em 12 maio de 2012.
- SIMKHADA B, TEIJLINGEN ER, PORTER M, SIMKHADA P. **Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature**. J Adv Nurs 2008; 61:244-60.
- SUDBRACK, M. S. Problematizando a Vulnerabilidade Social, 2004. Resumo do Capítulo “El abordaje de otras dimensiones de exclusión y vulnerabilidad : uso de drogas, pobreza, minoría étnica, migrantes y privados de libertad” publicado no livro: **Situación del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe**, organizado por José Antonio Izazola Licea, Coordenador Executivo da Iniciativa Regional sobre Aids para América Latina e o Caribe.
- WHO ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE **Adolescent pregnancy**. Fact sheet N°364 May 2012. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/index.html>. Acesso em 10/10/2012
- WISNER B., **Marginality and vulnerability**. *Appl Geogr* [serial on the Internet]. 1998 Jan [cited 2001 Ago 10]; 18(1):[about 9 p.] Available from: <http://www.sciencedirect.com/science>. Acesso em 15 de maio de 2011.
- YAZLLE, M. E. H. D.; **Gravidez na adolescência**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.28 no.8 Rio de Janeiro Aug. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032006000800001&script=sci_arttext. Acesso em 10/10/2012