

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CIÊNCIAS SOCIOAMBIENTAIS**

**MICHELLE ELAINE SIQUEIRA FERREIRA**

**GRAVIDEZ E SÍFILIS GESTACIONAL EM ADOLESCENTES RESIDENTES EM  
BELO HORIZONTE: um estudo à luz do Índice de Vulnerabilidade em Saúde**

Belo Horizonte  
2018

MICHELLE ELAINE SIQUEIRA FERREIRA

**GRAVIDEZ E SÍFILIS EM GESTANTES ADOLESCENTES RESIDENTES EM  
BELO HORIZONTE: um estudo à luz do Índice de Vulnerabilidade em Saúde**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Ciências Socioambientais da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do Título de Bacharel em Ciências Socioambientais.

Orientadora: Raquel Zanatta Coutinho

Belo Horizonte  
2018

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, ao Universo e a todos os entes místicos que, por meio da minha fé, me deram força para concluir mais uma etapa da minha formação pessoal, profissional e acadêmica. À minha família e amigos por terem suportado as minhas aflições, estresse e frustração durante o período em que precisei me dedicar à pesquisa e redação do presente trabalho: obrigada pela paciência!

À equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte pela disponibilização dos dados, especialmente ao Lindenberg e Solange, da Assessoria de Tecnologia da Informação em Saúde; à Alexia, Natália, Helen, Fernanda e Jandira, da Gerência de Vigilância Epidemiológica. À equipe da Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação Pampulha, principalmente, ao Robson, Patrícia. Tércia e Mariane não apenas pelo auxílio na consolidação dos dados, mas pelo apoio, incentivo e amizade.

A Hellen e à Sílvia pela companhia, troca de apoio e informações, mais que agradecer, quero desejar sucesso na vida de vocês.

À Norma que tantas vezes me socorreu nas questões burocráticas desse período.

Reservo o último agradecimento, o mais importante, aos professores.: aqueles que possibilitaram a minha alfabetização; aos que permitiram a ampliação do meu conhecimento; aos que permitem a evolução do pensamento; aos que, na REUNI, criaram o Curso de Ciências Socioambientais, em tempos de retrocessos ambientais, tão importante para a sociedade; à Professora Raquel Zanatta Coutinho, que além de me orientar tão pacientemente na execução desse estudo, me presenteou com doses de calma nos momentos em que eu achei que não daria conta!

Meus sinceros agradecimentos!

## RESUMO

As análises espaciais utilizadas para investigar diferenciais intraurbanos de indicadores de vulnerabilidade têm sido uma ferramenta importante para a construção das políticas de saúde e planejamento das ações. No município de Belo Horizonte- MG, desde o final da década de 1990, a Secretaria Municipal de Saúde utiliza o Índice de Vulnerabilidade em Saúde-IVS para conhecer as características socioeconômicas e socioambientais dos territórios de seus nove Distritos Sanitários, a fim de direcionar maior gama de serviços à população mais vulnerável, buscando, dessa forma, garantir o cumprimento dos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS. Associado às vulnerabilidades espaciais, a Constituição Federal, ao criar o Sistema de Saúde, elencou grupos prioritários na execução das políticas em saúde, dentre esses, crianças e adolescentes, que, dado o seu perfil de vulnerabilidade, são objeto de constantes atualizações tanto nas legislações quanto na construção das políticas de saúde. Contudo, apesar dos avanços, alguns indicadores de saúde não têm apresentado melhoras significativas. No que se trata de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, por exemplo, as taxas de agravos de notificação de doenças como a sífilis triplicaram e as taxas de gravidez, mesmo que em queda, estão entre as maiores do mundo. Assim, considerando que a adolescência é a fase que antecede a adulta, os eventos aos quais os indivíduos desse grupo etário são submetidos podem afetar todas as fases de sua vida. O presente estudo tem o objetivo de estudar a distribuição das notificações de sífilis em gestantes adolescentes e distribuição de nascidos vivos de mães adolescentes residentes na capital de Minas Gerais, no período de 2010 a 2015, tanto entre os grupos etários quanto por categoria de risco, segundo IVS, do setor censitário de residência. Os indicadores selecionados para análise foram: nascidos vivos por faixa etária da mãe, por ano de nascimento; notificação de sífilis em gestante, por faixa etária, local de residência e ano de diagnóstico. Os resultados mostraram que as adolescentes contribuíram, no período, com pouco mais de 11% do total de nascidos vivos. No entanto, a maior parte das adolescentes que foram mães, em Belo Horizonte, no período de 2010 a 2015, residiam em setores censitários categorizados com alta vulnerabilidade em saúde. No que se refere à sífilis, embora as adolescentes tenham contribuído com a menor proporção de notificações no período analisado, foi o grupo que apresentou a maior variação de notificações entre 2010 e 2015. Nesse aspecto, conclui-se que, apesar das adolescentes serem consideradas um grupo populacional vulnerável a ser priorizado nas ações de saúde executadas pelos serviços de atenção à saúde, é possível que tais ações não sejam suficientes para suprir as necessidades dessas populações. Assim, a fim de identificar os problemas relacionados à prestação de serviço é necessário realizar um estudo mais aprofundado junto às Unidades de Saúde.

**Palavras-chave: Adolescente, Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva, Indicadores Básicos de Saúde.**

## Lista de Figuras

Figura 1. Divisão Territorial dos Distritos Sanitários de Belo Horizonte MG.....	18
Figura 2- Localização e Áreas de Abrangência das Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte, 2018.....	19
Figura 3. Belo Horizonte, segundo categoria de risco do Índice de Vulnerabilidade em Saúde, 2012.....	21
Figura 4. Taxas de Detecção de Sífilis em Gestante, por grupo etário, Belo Horizonte-MG, 2011 a 2015.....	30
Figura 5. Taxas de Detecção de Sífilis em Gestantes Adolescentes, segundo categoria de risco do IVS, Belo Horizonte MG, 2011 a 2015.....	30
Figura 6. Distribuição de Notificação de Sífilis em Gestantes Adolescentes, segundo IVS 2012, Belo Horizonte-MG, 2011 a 2015.....	31

## **Lista de Tabelas e Quadros**

Tabela 1. Distribuição de Nascidos Vivos, por grupo etário da mãe, Belo Horizonte-MG, 2011-2015.....	28
Tabela 2. Distribuição Percentual de Nascidos de Mães Adolescentes, por categoria de risco segundo IVS, Belo Horizonte, 2011-2015.....	28
Tabela 3. Total de casos de sífilis em gestantes, residentes em Belo Horizonte, notificados segundo faixa etária e ano de diagnóstico, 2011 – 2015.....	29

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome  
APS – Atenção Primária à Saúde  
BH – Belo Horizonte  
CF – Constituição Federal  
DAB – Departamento de Atenção Básica  
DATASUS – Departamento de Informática do SUS  
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente  
IBGE – Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis  
HIV- Human Immunodeficiency Virus  
IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis  
IVS – Índice de Vulnerabilidade em Saúde  
MG – Minas Gerais  
MS - Ministério da Saúde  
NV - Nascidos Vivos  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
OPAS - Organização Panamericana de Saúde  
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
SINASC - Sistema de Informações de Nascidos Vivos  
SMSA- Secretaria Municipal de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UNFPA - United Nations Population Fund  
UNICEF - Fundo Internacional de Emergência para a Infância das Nações Unidas

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
1.1 OBJETIVOS .....	11
1.1.1 Objetivo Geral .....	11
1.1.2 Objetivos Específicos .....	12
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>13</b>
2.1 ADOLESCÊNCIA E SAÚDE .....	13
2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA .....	16
2.2.1 Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte .....	17
2.3 SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES: o contexto do SUS-BH .....	22
<b>3 MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>25</b>
3.1 DESENHO DO ESTUDO.....	25
3.2 DADOS .....	25
3.3 ANÁLISE DESCRITIVA .....	26
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>28</b>
4.1 ANÁLISE DESCRITIVA .....	28
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>32</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>35</b>



## INTRODUÇÃO

As análises espaciais utilizadas para avaliar diferenciais interurbanos de indicadores de saúde têm sido uma ferramenta importante para a construção das políticas de saúde e planejamento das ações no Brasil. No município de Belo Horizonte - MG, desde o final da década de 1990, a Secretaria Municipal de Saúde utiliza o Índice de Vulnerabilidade em Saúde-IVS para categorizar o território do município segundo a vulnerabilidade em saúde. O IVS é um indicador construído com base em variáveis socioeconômicas e de saneamento que incluem razão de moradores por domicílio, porcentagem de analfabetos, renda per capita da família, esgotamento sanitário adequado, fornecimento de água tratada, onde os dados são agregados e, de acordo com a pontuação, o setor censitário é categorizado como: baixo risco, médio risco, elevado risco, risco muito elevado (PITCHON et al. 2013). Busca-se, dessa forma, identificar a existência de diferenciais em saúde e direcionar maior gama de serviços à população mais vulnerável.

Neste estudo utilizaremos o IVS mais recente, do ano 2012, para analisar a contribuição relativa de cada categoria de risco do Índice de Vulnerabilidade em Saúde sobre o total de notificações de sífilis em gestante adolescente e sobre o total de nascidos vivos de mulheres adolescentes, no período de 2010 a 2015, a fim de verificar se há diferenciais referentes à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes do sexo feminino. Além disso, o estudo analisa a evolução da contribuição relativa da gestação adolescente sobre o número total de nascidos vivos, no período de 2010 a 2015, e da contribuição das gestantes adolescentes diagnosticadas com sífilis sobre o total do número de casos de sífilis em gestante notificados em Belo Horizonte no mesmo período. O estudo emerge dos dados atuais referentes à sífilis e à necessidade da redução da gravidez na adolescência, principalmente aquelas de nível socioeconômico mais baixo.

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível, curável e de fácil diagnóstico, causada pela bactéria *Treponema Pallidum*, mas, em 2016, foi declarada como um problema grave de saúde pública no Brasil devido à sua crescente incidência (BRASIL, 2018). De acordo com o Ministério da Saúde, as taxas de detecção de sífilis em gestantes adolescentes triplicaram entre 2010 e 2015 e, ainda que o tratamento seja de baixo custo, apenas no ano de 2017, foram gastos pelo Sistema Único de Saúde a quantia de 2,8 milhões de dólares com procedimentos de médio e alto custo relacionados à doença (BRASIL,2018). Nesse aspecto, considerando a transmissão da doença da mãe para o feto e que a sífilis congênita é responsável por complicações como má-formação, aborto espontâneo, nascimentos prematuros e morte da criança no primeiro ano

de vida, é necessário que os serviços de saúde atuem no controle da doença que apesar de ofertar um tratamento de baixo custo, os gastos com internações são altos e as possíveis sequelas, no caso de transmissão da mulher para o feto, são graves.

No que se refere à gravidez na adolescência, a América Latina, incluindo o Brasil, está na segunda posição de taxas de fecundidade mais altas do mundo, perdendo apenas para a África Subsaariana (UNFPA, 2013; OPAS, 2017). De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (2017), a gravidez na adolescência tem um efeito profundo na trajetória de vida das adolescentes, uma vez que obstaculiza seu desenvolvimento psicossocial, é associada com agravos em saúde, repercute negativamente em suas oportunidades educativas e profissionais, contribuindo para perpetuar os ciclos de pobreza entre as gerações. Além disso, segundo Ministério da Saúde, as complicações na gestação, parto e puerpério estão entre as principais causas de morte de adolescentes brasileiras (BRASIL, 2018).

A Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente colocaram indivíduos com idade entre 0 e 18 anos como público prioritário para a construção e execução de políticas de saúde. No campo da saúde do adolescente, as ações voltadas para o grupo foram direcionadas para os serviços de Atenção Primária à Saúde, sendo determinado pela norma constitucional e por normas infraconstitucionais a garantia da autonomia desses indivíduos sobre o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos por meio do acesso aos serviços de saúde pública. O Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, ocorrida no Cairo-Egito em 1994, do qual o Brasil foi signatário, estabelece, em seu capítulo VII, E, que a informação e os serviços devem ser acessíveis particularmente a adolescentes do sexo feminino para ajudá-las a compreender sua sexualidade e protegê-las de gravidezes indesejadas, de doenças sexualmente transmissíveis e dos riscos subsequentes de esterilidade (PATRIOTA, 1994).

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

O objetivo do estudo é analisar os diferenciais interurbanos de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes segundo classificação de risco do setor censitário de residência.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

- i. Investigar a evolução da proporção de nascidos vivos, por local de residência e por grupo etário, de mulheres residentes em Belo Horizonte MG, no período de 2010 a 2015;
- ii. Investigar a distribuição, segundo categoria de risco do setor censitário de residência, dos nascidos vivos de mães adolescentes, no período 2010-2015;
- iii. Investigar a distribuição das notificações de sífilis em gestante, segundo grupo etário, no período 2010-2015;
- iv. Investigar a distribuição, segundo categoria de risco do setor censitário de residência, das notificações de sífilis em gestantes adolescentes, no período 2010-2015.

Além da introdução e dos objetivos, o texto conta com mais quatro capítulos. No capítulo 2 foi realizada uma revisão bibliográfica sobre os aspectos relacionados à saúde da adolescente, destacando os motivos pelos quais é relevante para a sociedade e para o Estado garantir a elas a autonomia sobre sua saúde sexual e reprodutiva; sobre a evolução da implementação das políticas em saúde brasileiras voltadas para esse grupo etário; sobre o modelo de assistência à saúde utilizado no município de Belo Horizonte e como esse modelo abarca a questão da oferta de serviços de saúde de acordo com os princípios do SUS. Além disso, serão brevemente explanadas e discutidas a metodologia de análise e os resultados do IVS, atualizado em 2012, e qual o papel da ferramenta no planejamento e execução de políticas em saúde direcionadas ao grupo etário em análise. No capítulo 3 apresenta-se os materiais e métodos utilizados na execução do estudo, com a descrição do desenho do estudo, das bases de dados utilizadas, assim como a metodologia utilizada no alcance dos resultados. Os resultados do estudo são apresentados no capítulo 4. Por fim, o último capítulo traz as discussões e conclusões sobre os resultados.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 ADOLESCÊNCIA E SAÚDE

A Organização Mundial de Saúde define o adolescente como aquele indivíduo que tem entre 10 e 19 anos de idade, sendo a adolescência o período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive (EISENSTEIN, 2005; GAMA et. al, 2002).

Há, no Brasil, diversas leis e programas destinados à proteção de crianças e adolescentes, sendo dever da família, da sociedade e do Estado assegurar a implementação e execução das ações destinadas à infância e à juventude. Às crianças e adolescentes são garantidos, de acordo com o artigo 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente, a primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias, precedência de atendimento nos serviços públicos e preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas. O ECA busca, considerando as especificidades e vulnerabilidades psicossociais, socioeconômicas, biofísicas e cognitivas de adolescentes, garantir o exercício pleno dos direitos fundamentais e humanos desses indivíduos. Contudo, apesar de haver várias políticas direcionadas à faixa etária de 0-18 anos, tais políticas, quando implementadas, não alcançam seu objetivo, seja por falta de incentivo da participação do público-alvo na construção, execução e avaliação dos programas seja devido às falhas no planejamento (JAGER, et al.2014).

Os estudos sobre a oferta de políticas e programas voltados para a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes são importantes por vários fatores. Por tratar-se da transição para a vida adulta, a adolescência não pode ser uma fase considerada apenas uma simples faixa etária, pois é permeada por mudanças biológicas e psicológicas, e por decisões sociais, podendo manifestar comportamento negligente com o cuidado da saúde, mostrando-se como um grupo vulnerável (CARVALHO et. al, 2018; MACEDO, 2015). De acordo com Reis et al. (2013) a vulnerabilidade compreende a chance de exposição do indivíduo e da coletividade aos possíveis agravos à sua saúde e é caracterizada por um conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural, que aumenta ou reduz o risco e/ou proteção de uma pessoa por circunstância de uma determinada doença. Considerando a importância da oferta dos serviços de saúde à população adolescente, as barreiras para um adequado acesso às tecnologias, serviços e conhecimentos necessários para o reconhecimento e proposição de ações

para lidar com questões associadas à sua saúde podem ser um agravante para as vulnerabilidades (BRÊTAS, 2010).

Na perspectiva dos direitos reprodutivos, a escolha de uma gravidez passa pelo plano da racionalidade, sendo resultado do exercício da autonomia e liberdade reprodutiva (COELHO et al. 2012). Ela é considerada não planejada quando é resultante de um processo em que inexistiu a decisão consciente da mulher ou do casal para sua ocorrência, seja por falta de informações, seja pela dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos, uso inadequado dos mesmos, oferta limitada na variedade dos métodos e efeitos colaterais adversos que levam ao abandono e ao limite da eficácia, contribuindo para privar parte das mulheres de sua cidadania plena (COELHO et al, 2012; CARVALHO, BRITO, 2005). No caso de adolescentes, os problemas trazidos por uma gravidez não planejada são ainda mais graves, pois além da associação entre gravidez na adolescência e complicações maternas e perinatais como anemia, distúrbios de crescimento fetal, pré-eclâmpsia e malformações, desproporção feto-materna e partos operatórios, a gravidez muito precoce pode ter repercussão na vida pessoal, social, familiar e educacional do adolescente, expondo-os a condições marginais, de poucas oportunidades e muitos conflitos, impedindo ou atrapalhando o desempenho de um papel social autônomo (ROSA et al. 2007; GONÇALVES et al. 2012). Dessa forma, tanto a informação quanto a facilidade de acesso são fatores determinantes no exercício da autonomia e liberdade reprodutiva.

No que se refere à saúde sexual, tendo em vista que as doenças provenientes das infecções sexualmente transmissíveis (IST's) têm sido um fenômeno global, apresentando-se na atualidade como um dos mais importantes problemas de saúde pública, na adolescência a não adesão às medidas de prevenção de IST, associada ao início precoce da vida sexual, tornam essa população mais suscetível a essas infecções (CARVALHO et al. 2018). Tendo como base apenas as notificações de casos de sífilis em gestantes adolescentes (10-19 anos), dado que combina saúde sexual e reprodutiva, a taxa de detecção da doença, de acordo com os dados divulgados pelo Ministério da Saúde, triplicou nos últimos cinco anos, passando de 3,5 casos por mil habitantes (10.040 casos totais) em 2010 para 10,8 casos por mil habitantes (32.651 casos totais) em 2015 (BRASIL, 2018). Já os dados de notificação dos casos de HIV/AIDS, tomando como base a população jovem, ou seja, aquela de 15 a 24 anos, a taxa de detecção da doença entre 2010 e 2015 teve um aumento de 32% (BRASIL, 2018). Importante frisar que os dados apresentados pelo Ministério da Saúde podem representar não um aumento no número

de novos casos, mas melhoria no sistema de detecção e notificação de doenças. No entanto, existem dois fatores a serem considerados. No que concerne à notificação, citando o exemplo da sífilis, os dados apresentados foram apenas para gestantes adolescentes cujo protocolo de pré-natal exige exames para detecção de contágio por infecções sexualmente transmissíveis. Dessa forma, adolescentes não-grávidas, caso não tenham conhecimento sobre a necessidade do teste para detecção de IST ou encontre qualquer tipo de barreira para acessar o serviço de saúde, mesmo estando contaminadas, não serão diagnosticadas. Nesse sentido, além de não serem contabilizadas para o planejamento das ações, ficarão sem o tratamento adequado aumentando risco de contaminação de seus parceiros e agravamento da doença. O outro fator diz respeito à qualidade do serviço de saúde prestado, pois se existe problema de subnotificação, os números da infecção podem ser muito superiores aos apresentados o que sugere que as ações preventivas são ineficientes ou insuficientes.

De outra maneira, é emergente a necessidade da discussão sobre gênero nos serviços públicos de saúde e educação, para que a busca pelo método contraceptivo seja feita por adolescentes de ambos os sexos. Na área científica e social, a paternidade adolescente é pouco vislumbrada, sendo as questões reprodutivas predominantemente voltadas para a maternidade adolescente. No que diz respeito à sexualidade, enquanto para os meninos é estimulada pela sociedade e muitas vezes a paternidade é vista como um reforço da masculinidade, culturalmente a responsabilidade reprodutiva é atribuída à mulher, como se o exercício do direito reprodutivo e responsabilidade de uma gravidez fosse obrigação feminina (TERRIBLE et al. 2017; BARRETO et al. 2010).

Diante disso, no cenário da anticoncepção na adolescência destaca-se a necessidade de os profissionais de saúde estarem engajados para realizar uma abordagem eficaz deste tema junto aos adolescentes, incluindo, nesse processo de educação, a participação da família, que pautadas em valores morais e religiosos podem representar um entrave para as ações de promoção da saúde; da escola e da comunidade em geral (SCHULZ DA ROSA et al. 2014). Garantir o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos é benéfico não apenas para o indivíduo, mas para a sociedade e o Estado, uma vez que o tratamento de qualquer tipo de doença tende a ser mais caro que as ações de prevenção (VIEIRA et al. 2006). Além disso, ao proporcionar meios para que uma pessoa possa decidir como e quando ter um filho, aumenta-se a autonomia do indivíduo sobre o próprio corpo, assim como pode causar, por exemplo, uma diminuição das taxas de complicações por abortos clandestinos e perda de vidas de mulheres, principalmente as de

classes sociais mais baixas. Especificamente sobre os adolescentes, atendendo ao disposto sobre os impactos negativos de uma gravidez indesejada ou IST, esses dois eventos podem interromper a formação acadêmica desse indivíduo - principalmente de meninas - dificultando a sua entrada no mercado de trabalho e impactando não apenas sua vida, mas também o desenvolvimento socioeconômico do país.

## 2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal da República de 1988, tem como uma de suas diretrizes a descentralização político-administrativa com direção única, autônoma e soberana em cada esfera do governo (Art.198, CF/88). Regulamentado pelas Leis 8080 e 8142 de 1990, SUS é organizado com base, dentre outros, nos princípios da universalidade do acesso (inciso I), integralidade de assistência (inciso II), equidade (IV); assim como nos princípios organizacionais, derivados da diretriz de descentralização, da regionalização e hierarquização (Art. 7º, Lei 8080/90).

De acordo com as normas constitucional e infraconstitucional, os serviços de saúde serão executados pelas três esferas do governo – união, estados e municípios-, em diferentes níveis de complexidade – baixa, média, alta-, com ênfase na descentralização das ações para o nível municipal, devendo ser consideradas as características do território para definição das ações prioritárias para cada realidade local (Lei 8080/90). Além disso, considerando que as atividades de prevenção e promoção à saúde deverão ser prioritárias, o nível de baixa complexidade, no Brasil os serviços de Atenção Primária à Saúde, deverão ser a porta de entrada dos usuários ao SUS (REGO, 2016; BRASIL, 2018). Assim, ao determinar a ênfase na municipalização Sistema Único de Saúde e colocar a APS como o primeiro vínculo entre o indivíduo e os serviços de saúde, as Leis que regulamentaram o artigo 198 da Constituição Federal, estabeleceram uma nova forma de organização dos serviços de atenção à saúde buscando a efetivação dos princípios do SUS.

O Ministério da Saúde, dando prosseguimento às ações de implementação do SUS, no ano de 1994, criou o Programa Saúde da Família (PSF) cujo objetivo era

estabelecer uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis e complexidade assistencial, assumindo o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e resolutiva à população, tanto na Unidade Básica de Saúde

quanto no domicílio do indivíduo identificando os fatores de risco aos quais ele está exposto, neles intervindo de forma apropriada (BRASIL, 2000).

O PSF, diante disso, posteriormente transformado em Estratégia de Saúde da Família, rompeu com o modelo firmado no paradigma biomédico focado exclusivamente no tratamento da doença, proporcionando o reconhecimento da saúde como um direito e resultante das condições de vida população, com atenção voltada para a promoção, proteção e recuperação da saúde no âmbito da coletividade (TETEMANN et al. 2016). Para viabilização da Estratégia de Saúde da Família, de acordo com Faria (2013), a definição do público-alvo de ação da ESF não poderia ser feita antes da definição de um território-alvo.

O processo de territorialização na saúde, intrínseco nas diretrizes de regionalização e descentralização desde a criação do SUS, tem início na Constituição de 1988 e atuou como guia de organização dos serviços de saúde de acordo com o nível de complexidade, população e localização geográfica (GONDIM et al., 2008). Nesse contexto, a territorialização foi pensada para permitir a definição de prioridades em termos de problemas e grupos, o mais aproximadamente possível da realidade territorial, e possibilitar a definição das ações mais adequadas, de acordo com a natureza dos problemas identificados, bem como a concentração de intervenções sobre grupos priorizados e, conseqüentemente, em um maior impacto positivo sobre os níveis de saúde e as condições de vida, visando à integralidade, à intersetorialidade, à efetividade e à equidade (TEIXEIRA et al. 1998; SILVA JR et al. 2010). Assim, a Estratégia Saúde da Família define e é responsável por um recorte territorial, que corresponde à área de atuação das equipes de saúde da família, ou dos agentes comunitários de saúde, segundo agregados de famílias a serem atendidas que pode compreender um bairro, parte dele, ou de vários bairros, nas áreas urbanas ou em várias localidades, incluindo população esparsa em áreas rurais (GONDIM et al., 2008). A municipalização dos serviços de saúde, por meio dos processos de territorialização, deu origem a uma nova organização das ações e serviços da atenção básica, articulada em redes, que propôs o aumento da cobertura populacional a um território capaz de responder com resolutividade aos problemas de saúde da população residente na área delimitada (GONDIM et al, 2008; TETEMANN et al. 2016).

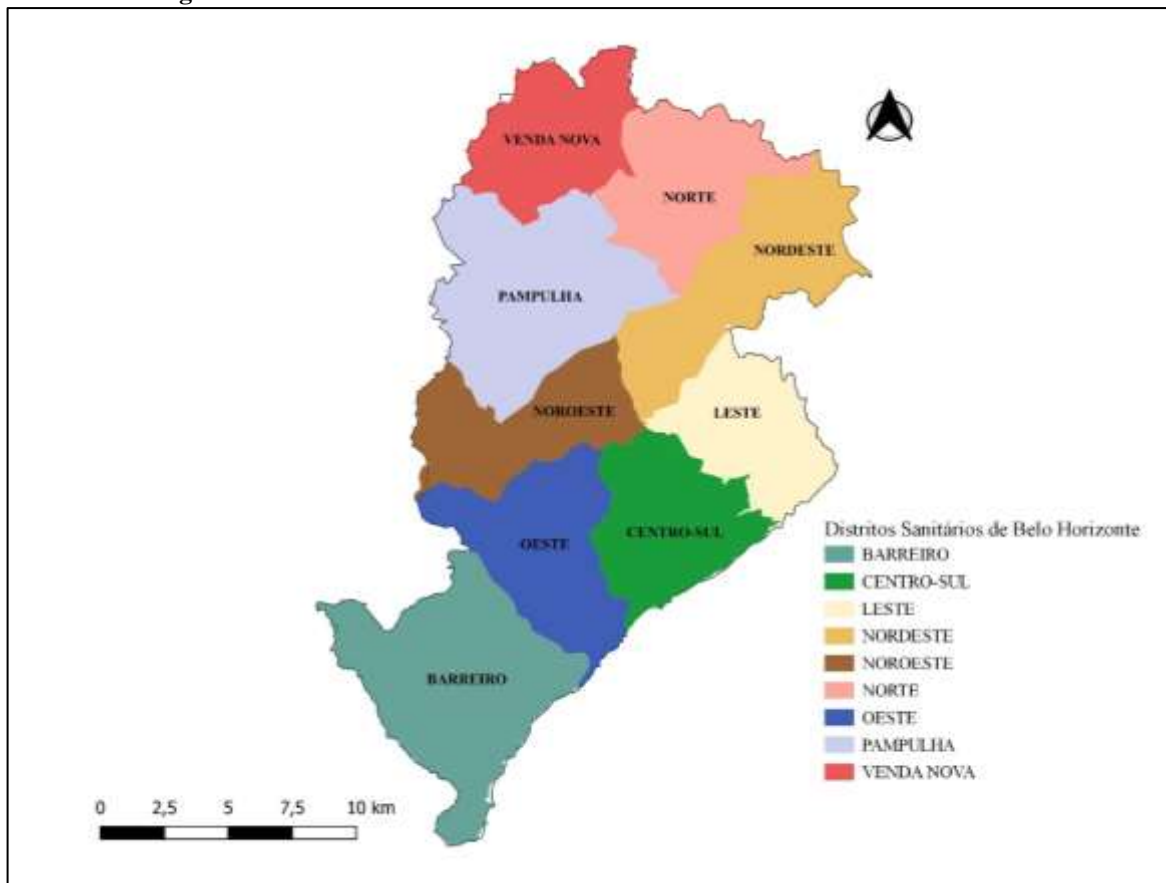
### 2.2.1 Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte

Em conformidade com o disposto no inciso IX do artigo 7º da Lei 8080/90 que determina a descentralização dos serviços de saúde para as três esferas do governo, com ênfase na



descentralização para os municípios, Belo Horizonte, capital de Minas Gerais, tem seu Sistema Único de Saúde estruturado, segundo o princípio de hierarquização dos serviços de saúde, em Atenção Primária (Unidades Básicas de Saúde); Atenção Secundária (rede especializada); e Atenção Terciária (rede hospitalar), onde o modelo de governança da atenção à saúde é pautado na gestão do cuidado em rede, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde (REGO,2016). Além disso, uma vez que para definição do público-alvo da APS é necessário se definir o território-alvo, a capital mineira teve seu território dividido em nove distritos sanitários (Figura 1), que engloba todos os equipamentos de saúde ali existentes, incluindo os serviços contratados e conveniados correspondendo às nove áreas administrativas da Prefeitura de Belo Horizonte (MINAS GERAIS, 2010).

**Figura 1- Divisão Territorial dos Distritos Sanitários de Belo Horizonte MG**

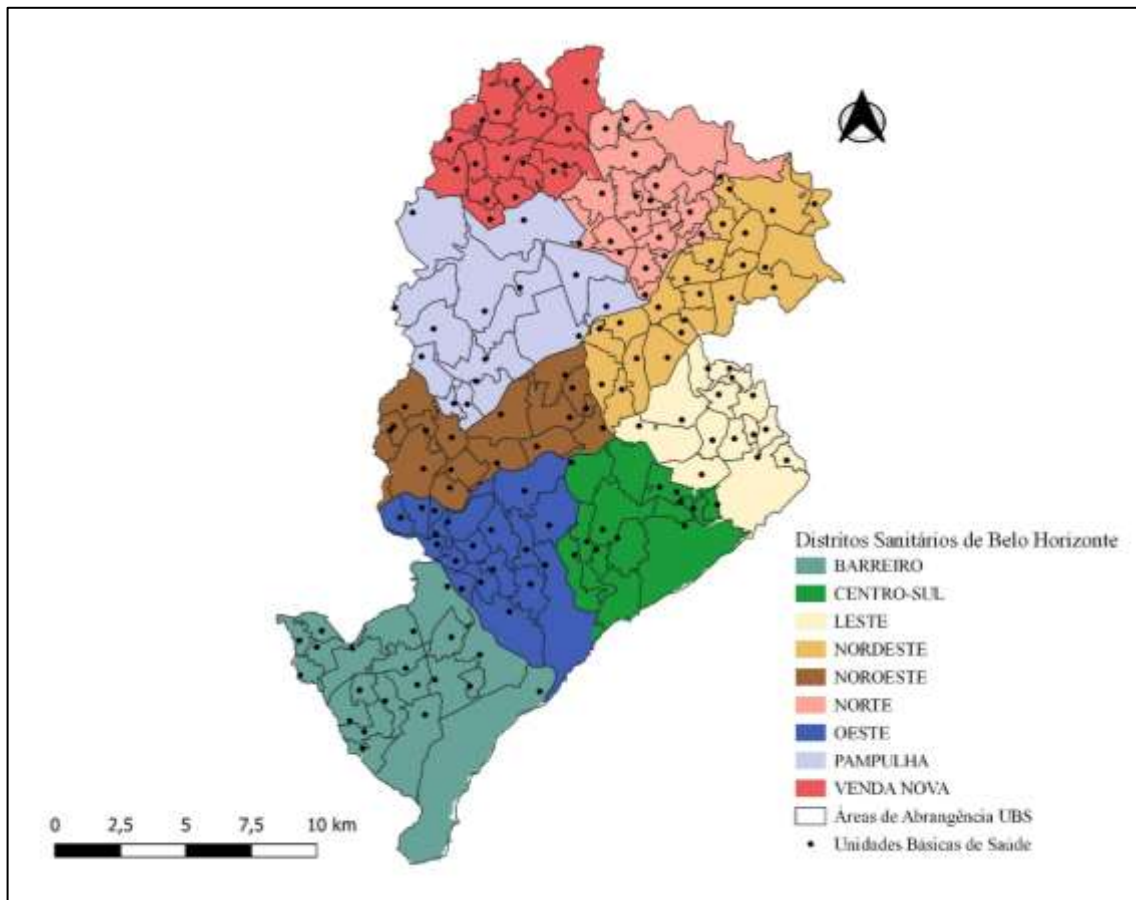


Fonte: Infraestrutura de Dados Espaciais de Belo Horizonte- Elaboração Própria

Para definição e direcionamento das ações em saúde, o processo de territorialização do SUS-BH, teve início já no ano de 1989, com a divisão do “Território-Distrito” em áreas de abrangência dos Centros de Saúde, compostas por um conjunto de setores censitários contíguos, sendo que as definições das áreas sofrem atualizações anuais ou quando da construção de novos

Centros de Saúde (MINAS GERAIS, 2010). Atualmente, para atendimento à população estimada em 2.501.576, segundo projeção do IBGE para o ano de 2018, a Atenção Primária de Belo Horizonte conta com 152 Unidades Básicas de Saúde, responsáveis por áreas de abrangência definidas, distribuídas em nove Distritos Sanitários (Figura 2).

**Figura 2- Localização e Áreas de Abrangência dos Centros de Saúde**



Fonte: Assessoria de Tecnologia da Informação em Saúde. Elaboração Própria

Conforme pode ser observado na Figura 2, as Unidades Básicas de Saúde, por meio de suas áreas de abrangência, cobrem a totalidade do território belo-horizontino. No entanto, apesar da cobertura territorial, apenas em 2016, a Atenção Primária conseguiu cobertura populacional de 81,06% pela ESF devido ao acréscimo de 44 equipes no período de 2010 a 2015 (BELO HORIZONTE, 2017).

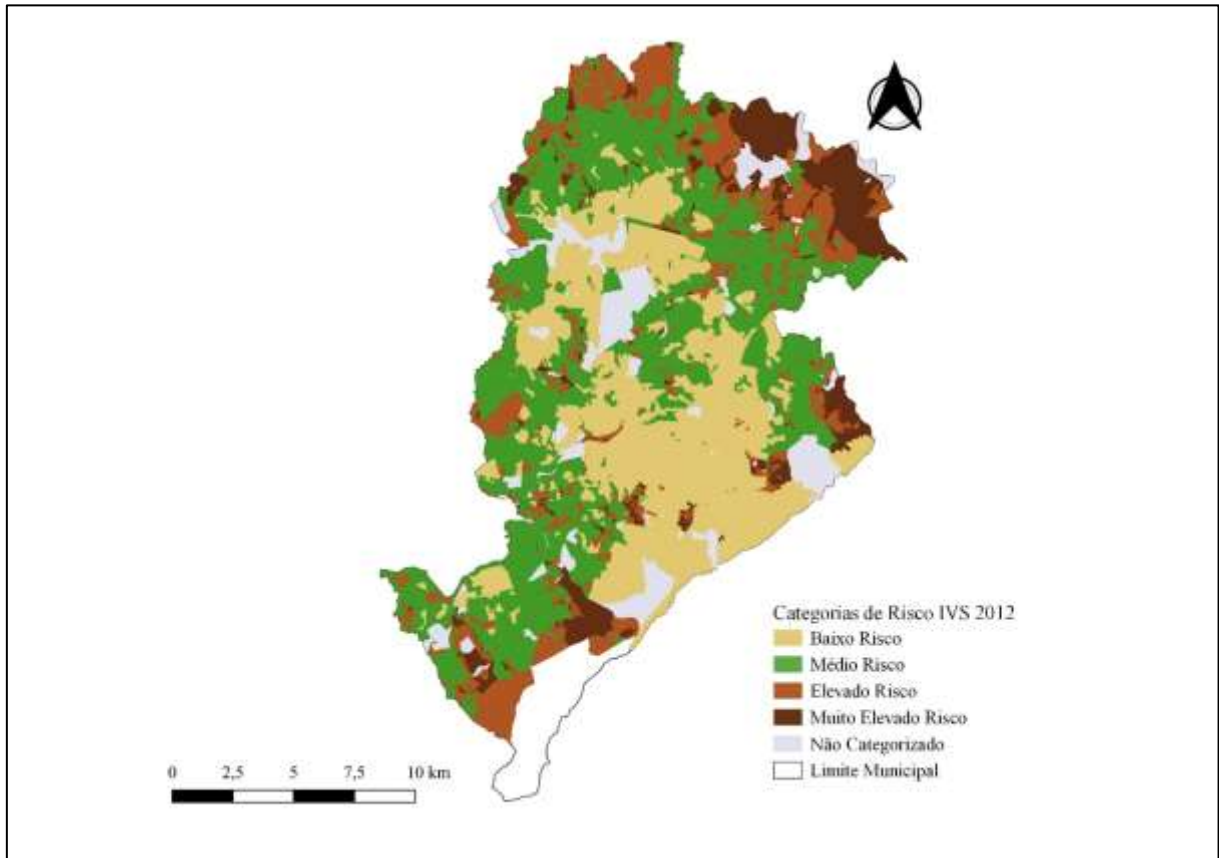
A fim de realizar um diagnóstico territorial para construção das políticas municipais de saúde de acordo com as realidades locais, a partir do final da década de 1990, o SUS-BH passou a utilizar o Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS) como ferramenta para diagnóstico territorial

e construção das políticas municipais de saúde de acordo com as realidades locais da população. O IVS foi elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte em 1998, com dados do Censo Demográfico de 1991, da contagem populacional de 1996 e dos sistemas de informação em saúde e de urbanização, tendo sido recalculado após o Censo de 2000, no ano de 2003 e atualizado em 2012, após o Censo de 2010 (PITCHON et al, 2013). Esse indicador, ao analisar variáveis relacionados a renda, saneamento, escolaridade e idade do chefe do domicílio, demonstrou a capacidade em discriminar as desigualdades do adoecer e morrer no município, assim como foi utilizado para toda a reordenação e reafirmação do SUS-BH, direcionando a implantação da Estratégia de Saúde da Família, a partir de 2002, para cobertura das áreas de maior vulnerabilidade em saúde do município (MINAS GERAIS, 2010; PITCHON et al, 2013).

A construção do IVS mais recente foi realizada no ano de 2012. Para atualização das categorias de risco, os setores censitários foram avaliados em duas dimensões: saneamento e socioeconômica. Na dimensão saneamento os indicadores analisados são: percentual de domicílios particulares permanentes com abastecimento de água, esgotamento sanitário e destinação do lixo inadequados ou ausentes. Já na dimensão socioeconômica os indicadores analisados são: razão de moradores por domicílio, percentual de pessoas analfabetas, percentual de domicílios com renda per capita até 0,5 salário-mínimo, rendimento nominal mensal médio das pessoas responsáveis pelo domicílio, percentual de pessoas de raça/cor preta, parda e indígena.

Após ponderação das variáveis, por meio do método participativo (SCHUMANN; MOURA, 2015; PITCHON et al. 2013), foram atribuídos pesos aos indicadores e a cada uma das dimensões, sendo que à dimensão saneamento foi atribuído um peso de 0,396 e à socioeconômica um peso maior 0,604. Assim, para categorizar os 3936 setores foram considerados os desvios padrão em torno da média, sendo categorizados como de médio risco (38,1%) os setores censitários com valores de IVS com 0,5 desvio padrão em torno da média (+/-0,5 DP); baixo risco (34,7%) os setores censitários com valores de IVS inferiores ao IVS médio, elevado risco (19,2%) com valores de IVS médio até o limite de 1,5 desvio padrão acima da média e muito elevado risco (7,9%) os setores com valores de IVS acima do IVS elevado, onde 106 setores não foram categorizados por conterem dados sigilosos, por serem constituídos exclusivamente de domicílios coletivos ou por não haver população residente (Figura 3)

**Figura 3. Belo Horizonte, segundo categoria de risco do Índice de Vulnerabilidade em Saúde, 2012**



Fonte: Assessoria de Tecnologia da Informação em Saúde. Elaboração Própria

Buss e Pellegrini Filho (2007) afirmam que são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Nesse sentido, dando destaque às iniquidades encontradas no processo de territorialização belo-horizontino, no que tange aos indicadores epidemiológicos, corroborando com a afirmação de que o perfil de saúde é afetado por questões relativas à desigualdade socioeconômica vivenciada no país, o relatório final de avaliação do IVS mostrou dentre outros resultados que

- A morte prematura, especialmente na faixa de 20 a 59 anos, foi proporcionalmente maior na população residente nas áreas de maior vulnerabilidade.
- O risco de a população adulta adoecer por tuberculose bacífera, nas áreas de risco, é 3,5 vezes maior que dos com IVS baixo.
- Mortes por agressão apresentaram risco consideravelmente mais alto para o IVS médio (5,3) e elevado/muito elevado (11,3), quando comparado com ao IVS baixo.
- A mortalidade infantil é duas vezes maior nas áreas de IVS muito elevado, elevado e médio em relação às áreas de baixo IVS.
- A prevalência de mães adolescentes, objeto deste estudo, é cerca de cinco vezes maior na população residente em áreas classificadas como elevado ou muito elevado IVS e três vezes maior nas áreas classificadas como IVS médio quando comparadas à população da área de baixo IVS. (PITCHON et al. 2013),

Considerando os diferenciais intraurbanos nos dados referentes às condições de saúde, a literatura (MALTA et al. 2001; FERREIRA et al. 2012; SCHUMANN e MOURA, 2015; REIS et al. 2018) ratifica os estudos que utilizam dados socioeconômicos e territoriais como ferramenta para planejamento das ações em saúde. Ferreira et al. (2012) em estudo com metodologia semelhante ao IVS, ao realizar análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência no município de São Carlos, identificou que, assim como na capital mineira, as taxas de fecundidade entre adolescentes residentes em áreas de maior vulnerabilidade social são mais altas.

Reis et al. (2018), em estudo sobre sífilis congênita, cuja metodologia foi pautada em técnicas de análises territoriais, observou que as maiores incidências da doença estavam em residentes em áreas vulneráveis e entre famílias de baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo. De acordo com os autores a análise permitiu a identificação de segmentos de populações marginalizadas, podendo direcionar de maneira efetiva a distribuição de recursos de saúde pública (REIS et al. 2018). Nesse escopo, ao entender que a inserção espacial de uma população em dado território resulta de diferentes processos econômicos e produtivos que conduzem a diferenças marcantes nas condições de vida e morte, o processo de territorialização do SUS-BH, ao classificar a área de abrangência da capital mineira por meio do IVS, legitima a influência dos determinantes sociais da saúde no perfil epidemiológico da população (MINAS GERAIS, 2010).

### 2.3 SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES: o contexto do SUS-BH

Especificamente sobre a oferta de serviços aos adolescentes, a partir do processo de descentralização das ações e serviços de saúde proposto pelo Sistema Único de Saúde- (SUS), a atenção à saúde dos adolescentes foi reorientada primordialmente para o nível primário da atenção à saúde, de acordo com a diretriz constitucional citada, responsabilidade dos municípios (OLIVEIRA e LYRA, 2008). Nesse sentido, as Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte são responsáveis pela oferta de serviços ao grupo etário. No entanto, com relação à população de adolescentes, as equipes de saúde da família junto com as equipes de apoio, enfrentam o desafio de desenvolver a vinculação dos adolescentes de sua área de abrangência, de forma a construir um processo contínuo de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de sua saúde, uma vez que frequentemente as Unidades de Saúde vivenciam oportunidades perdidas de acesso ao recusar a marcação de consulta quando os pais estão ausentes, por exemplo (BELO

HORIZONTE, 2015). Assim, é essencial que o serviço de saúde atue para facilitar o acesso dos adolescentes, possibilitando que ele construa um vínculo com a equipe de saúde e tenha na Unidade uma ferramenta para o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte publicou, em 2015, o Protocolo de Atenção Integral à Saúde do Adolescente. O documento, que atua como guia para as ações voltadas aos/às adolescentes nas Unidades Básicas de Saúde, explicita os desafios que os profissionais enfrentam na oferta do cuidado ao grupo populacional e destaca como deve ser feito o planejamento das ações de saúde para esta população. De acordo com o instrumento, para assegurar o direito dos adolescentes à saúde é fundamental garantir: privacidade, confidencialidade e sigilo, ética, isenção de juízo de valor por parte dos profissionais, e, além disso, a ausência do familiar não deve ser empecilho para o adolescente ser atendido na Unidade (BELO HORIZONTE, 2015). Além disso, o Protocolo estabelece que devem ser colocados à disposição dos adolescentes métodos anticoncepcionais de rotina e de emergência devendo ser respeitados os critérios de elegibilidade médica para prescrição. O preservativo masculino, cujo uso dispensa avaliação médica, deve ser disponibilizado a todo e toda adolescente que procure o insumo, de forma ágil e respeitando a sua privacidade. Por fim, o Protocolo estabelece que adolescentes em condições de vulnerabilidade sejam priorizados na implantação de ações para a garantia do direito à saúde na tentativa desafiadora de construir práticas diferenciadas e específicas, superando ou minimizando os efeitos crônicos da lógica excludente e da injustiça social (BELO HORIZONTE, 2015).

O processo de redemocratização do Brasil, com a conseqüente Promulgação da Constituição da República, possibilitou a ampliação dos direitos sociais a todos os cidadãos brasileiros. No que tange ao adolescente, a Constituição Federal de 88 e o Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990 colocaram esse grupo populacional como prioritário na formulação de políticas públicas. Nesse sentido, desde o final da década de 1980 vários instrumentos normativos de proteção integral ao adolescente, especificamente à saúde do adolescente, foram implementados, dentre esses o Programa de Saúde do Adolescente, criado em 1989 pela Portaria 980 do Ministério da Saúde, com diretrizes e princípios pautados na promoção da saúde, de identificação precoce dos agravos com tratamento adequado e reabilitação; a Agenda Nacional para a Saúde de Adolescentes e Jovens em 1999; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens no ano de 2005; o Programa Saúde na Escola, no ano de 2007; as Diretrizes Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens em 2010; o

Protocolo Nacional de Atenção à Saúde do Adolescente na Atenção Básica publicado em 2017 (BRASIL, 2018, SILVA et al. 2016. JAGER et al. 2014). Diante disso, o município de Belo Horizonte planeja as políticas de saúde para o adolescente não apenas no Protocolo municipal, mas em uma série de normas constitucionais, infraconstitucionais e ministeriais publicadas pelo Ministério da Saúde.

Ainda que a política de saúde da capital mineira execute suas ações, voltadas para adolescentes, nos protocolos supracitados, os indicadores de saúde sexual e reprodutiva do grupo etário não são bons. Segundo resultados do último IVS, adolescentes residentes em setores censitários categorizados como de alta vulnerabilidade apresentavam prevalência de gravidez 5 vezes maior que a de adolescentes residentes em áreas categorizadas como de baixo risco, o que indica desigualdades relacionadas a incongruências no uso de contraceptivos, desestrutura familiar, situações de violência, sendo todos esses fatores associados ao baixo status socioeconômico (PITCHON et al. 2013). No que se refere à sífilis em gestante, dados do Ministério da Saúde indicam um importante incremento de notificações dentro do grupo entre 10 e 19 anos, no período entre 2010 e 2015, onde a participação das adolescentes no número de casos notificados passou de 15,3% para 23,9% (BRASIL, 2018).

Diante do exposto, ainda que os serviços de saúde do município de Belo Horizonte desenvolvam e executem suas ações de saúde com base em normas e protocolos assistenciais que buscam a efetivação dos princípios do SUS, os indicadores referentes à saúde sexual e reprodutiva das adolescentes residentes na capital de Minas Gerais mostram que os serviços carecem de melhorias.

### 3 MATERIAIS E MÉTODOS

#### 3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de estudo descritivo utilizando dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), no período de 2011 a 2015, cujas as variáveis de interesse são: nascidos vivos de mulheres com idade entre 15 e 49 anos; notificação de casos confirmados de sífilis em gestantes no mesmo grupo etário, residentes nas áreas de abrangência das 152 unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais.

As análises descritivas dos dados foram feitas por meio do software Microsoft Excel, versão 365, onde foram construídas tabelas de frequência com a distribuição dos nascidos vivos e notificação de sífilis em gestante, segundo grupo etário da mulher. Também foram construídas tabelas, nesse caso só com mulheres com idade entre 15 e 19 anos, com a distribuição de nascidos vivos e taxas de detecção de sífilis em gestante, segundo categoria de risco do setor censitário de residência da mulher, por ano de referência. Já o georreferenciamento dos dados foi feito por meio do software QGIS, versão 3.12.0.

#### 3.2 DADOS

Os dados epidemiológicos foram extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), criado pelo DATASUS para reunir informações de todos os nascidos vivos no território nacional do Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (SINAN), que é alimentado pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, anexo V - Capítulo I) (BRASIL,2018). Tendo em vista a necessidade de dados por setor censitário e que os Sistemas de Informação não fornecem dados nesse nível de desagregação, os dados foram solicitados à Gerência de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde do município de Belo Horizonte.

Os dados demográficos e geográficos, por sua vez, foram extraídos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), da base de informações geográficas da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, sendo que os dados referentes à categorização por risco segundo IVS 2012 e



áreas de abrangência das Unidades de Saúde foram fornecidos pela Assessoria de Tecnologia da Informação em Saúde/SMSA.

Cumprir destacar que o Índice de Vulnerabilidade em Saúde é utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde desde 1998 e utiliza como base os setores censitários adotados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, uma vez que a correspondência do conjunto de setores censitários confere a possibilidade de se concatenar os dados produzidos georreferenciados pela SMSA com as informações do Censo Decenal do IBGE, que contém importante conjunto de dados demográficos norteadores de grande parte das ações de planejamento em todas as áreas de atuação pública (PITCHON et al. 2013)

### 3.3 ANÁLISE DESCRITIVA

Dados os objetivos específicos do estudo, as variáveis do estudo são:

- Variáveis dependentes: nascidos vivos, notificação de sífilis em gestante;
- Explicativas: categoria de risco do setor censitário de residência da mãe (baixo risco, médio risco, risco elevado, muito elevado risco e risco ignorado); grupo etário (15 a 19 anos; 20 a 24 anos; 25 a 29 anos; 30 a 34 anos; 35 a 39 anos; 40 a 44 anos; 45 a 49 anos).

Os dados foram analisados, desta forma, nas seguintes etapas:

- Distribuição de frequência de nascidos vivos, por grupo etário da mãe e por ano;
- Distribuição de nascidos vivos, de mães adolescentes, por categoria de risco segundo IVS do setor censitário de residência, por ano;
- Distribuição de frequência de notificação de sífilis em gestante, por faixa etária da mulher e por ano de notificação;
- Cálculo das taxas de detecção de sífilis em gestante, segundo grupo etário e categoria de risco do setor censitário de residência da mulher, por ano de notificação.

Para responder ao objetivo sobre os diferenciais de sífilis em gestante, por grupo etário, os dados sobre sífilis e nascidos vivos foram agregados, por ano de notificação, considerando apenas as mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos). Para análise espacial das taxas de detecção de sífilis em gestante, os dados foram agregados, segundo ano de notificação, por grupo etário

e por categoria de risco segundo Índice de Vulnerabilidade em Saúde. Assim, foi feito o georreferenciamento dos dados por meio da união do banco de dados de sífilis em gestante por setor censitário à base de dados geográficos da Secretaria Municipal de Saúde, utilizando-se o software QGIS, onde a variável selecionada para união dos dados foi COD\_SETOR\_. A partir do georreferenciamento foi gerada uma tabela de atributos que possibilitou analisar os dados por grupo etário da mulher, categoria de risco IVS do setor censitário de residência, por ano de notificação da sífilis.

As taxas de detecção de sífilis em gestante, obtidas por meio razão entre o número de notificações da infecção e o número de nascidos vivos em determinado local e ano, foram calculadas por grupo etário, por ano de notificação e por categoria de risco do setor censitário de residência da mulher, onde foram feitas análises sobre os diferenciais das taxas de detecção entre os grupos etários e os diferenciais por categoria de risco do setor censitário de residência, nesse caso, apenas para gestantes adolescentes.

Uma limitação aos estudos ecológicos é a disponibilidade de dados. Nesse escopo, a falta de registro de nascimentos por setor censitário impediu o cálculo das taxas de detecção nesse nível de desagregação. Como os dados sobre nascidos vivos foram disponibilizados agregados por categoria de risco, foi feita a análise da distribuição das taxas de detecção segundo IVS, mas não foi possível georreferenciá-las para melhor visualização do risco segundo local de residência. Ainda que não tenha sido possível georreferenciar as taxas de detecção da referida IST por setor censitário, foi feito o georreferenciamento dos casos notificados de sífilis em gestantes adolescentes, entre 2011 e 2015. Nesse contexto, mesmo que a representação espacial da distribuição do número absoluto de notificações não possibilite a análise do risco de infecção por sífilis na gestação, segundo categoria de risco do setor censitário de residência, o georreferenciamento das notificações é um bom exercício para visualização da distribuição dos casos no município de Belo Horizonte. Os resultados, diante disso, são apresentados no próximo capítulo.

## 4 RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se os resultados do estudo que estão divididos em duas partes. A primeira parte é composta pelos resultados relativos à distribuição dos nascidos vivos, segundo grupo etário e segundo categoria de risco do setor censitário de residência das adolescentes. Na segunda parte, são apresentados os resultados relativos à distribuição do número de notificações de sífilis em gestante, por grupo etário, e relativos às taxas de detecção da sífilis em gestantes adolescentes, por categoria de risco do setor censitário de residência.

### 4.1 ANÁLISE DESCRITIVA

Entre 2011 e 2015, foram registrados 157.917 nascidos vivos de mulheres residentes no município de Belo Horizonte, sendo que cerca de 11 % dos nascimentos eram de mulheres com idade entre 15 e 19 anos (Tabela 1).

**Tabela 1. Distribuição de Nascidos Vivos, por grupo etário da mãe, Belo Horizonte-MG, 2011-2015**

Ano	15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44		45-49		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
2011	3631	11.6	6399	20.4	7587	24.1	8252	26.3	4367	13.9	1123	3.6	62	0.2	31421
2012	3664	11.5	6481	20.3	7310	22.8	8577	26.8	4769	14.9	1137	3.6	62	0.2	32000
2013	3540	11.4	6043	19.4	7125	22.9	8458	27.1	4764	15.3	1176	3.8	67	0.2	31173
2014	3487	11.1	5990	19.0	7118	22.6	8324	26.4	5272	16.7	1223	3.9	64	0.2	31478
2015	3355	10.5	6035	19.0	6948	21.8	8656	27.2	5590	17.6	1196	3.8	65	0.2	31845
Total	17677	11.2	30948	19.6	36088	22.9	42267	27.1	24762	15.7	5855	3.7	320	0.2	157917

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos/GIVGE/SMSA/PBH. Elaboração Própria

Referente à distribuição por categoria de risco, segundo IVS 2012, considerando apenas os nascidos vivos de mulheres adolescentes, de acordo com a tabela 2, os setores censitários categorizados como muito elevado risco e elevado risco foram responsáveis pela maior parte dos nascimentos.

**Tabela 2. Distribuição Percentual de Nascidos de Mães Adolescentes, por categoria de risco segundo IVS, Belo Horizonte, 2011-2015**

Risco IVS	2011	2012	2013	2014	2015
Baixo Risco	6.00	5.73	6.36	6.88	7.03
Médio Risco	30.35	32.21	37.94	37.48	36.78

Elevado Risco	42.47	41.10	33.39	32.15	33.62
Muito Elevado Risco	14.40	13.86	15.51	16.46	14.93
Ignorado	6.77	7.10	6.81	7.03	7.63
Total	100	100.0	100	100.0	100

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos/GIVGE/SMSA/PBH. Elaboração Própria

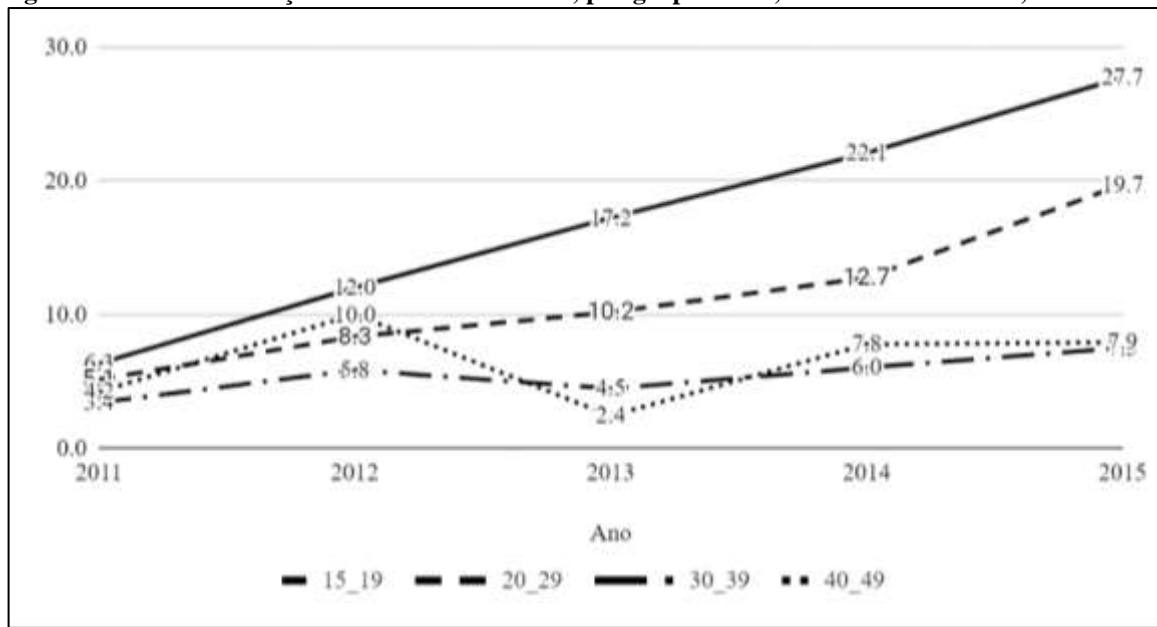
Referente à sífilis em gestante foram notificados, entre 2011 e 2015, 1.461 casos em gestantes com idade entre 15 e 49 anos. No período, o número de notificações aumentou cerca de 326%, passando de 143 notificações no ano de 2011, para 466 no ano de 2015.

Faixa Etária	2011		2012		2013		2014		2015		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
15-19	23	16.1	44	17.67	61	23.74	77	22.92	93	19.96	298
20-29	72	50.3	115	46.18	134	52.14	167	49.70	256	54.94	744
30-39	43	30.1	78	31.33	59	22.96	82	24.40	107	22.96	369
40-49	5	3.5	12	4.82	3	1.17	10	2.98	10	2.15	40
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100.0</b>	<b>249</b>	<b>100</b>	<b>257</b>	<b>100</b>	<b>336</b>	<b>100</b>	<b>466</b>	<b>100</b>	<b>1451</b>

Fonte: SISVE/MS- DPVS/GVIGE-SMSA-BH Atualização 31/10/2018

Embora os grupos etários entre 20-29 anos e 30-39 anos sejam responsáveis pelos maiores percentuais de notificações de sífilis em gestantes (tabela 3), quando comparadas as Taxas de Detecção, o grupo etário de 15-19 anos apresenta as maiores taxas registradas no período, com um aumento de 437% em 5 anos, passando de 6,3 notificações por 1.000 nascidos vivos em 2011 para 27,7 notificações por 1000 nascidos vivos em 2015 (gráfico 2).

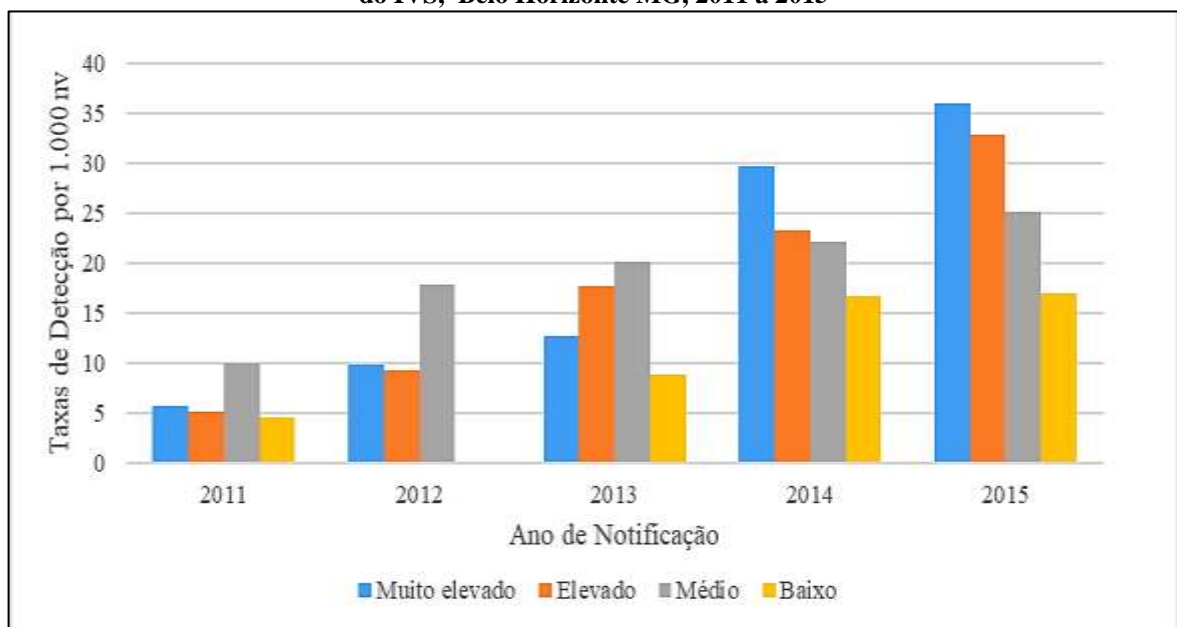
**Figura 4. Taxas de Detecção de Sífilis em Gestante, por grupo etário, Belo Horizonte- MG, 2011 a 2015**



Fonte: SISVE/MS- DPVS/GVIGE-SMSA-BH Atualização 31/10/2018. Elaboração Própria

De acordo com o gráfico 3, salvo no ano de 2012 quando não foram registrados casos sífilis em gestantes adolescentes residentes em setores censitários categorizados como baixo risco, houve aumento das taxas de detecção da IST em todas as categorias de risco do município de Belo Horizonte. Já nos anos de 2014 e 2015, as maiores taxas de detecção de sífilis em gestantes foram registradas nos setores categorizados como risco muito elevado e elevado risco.

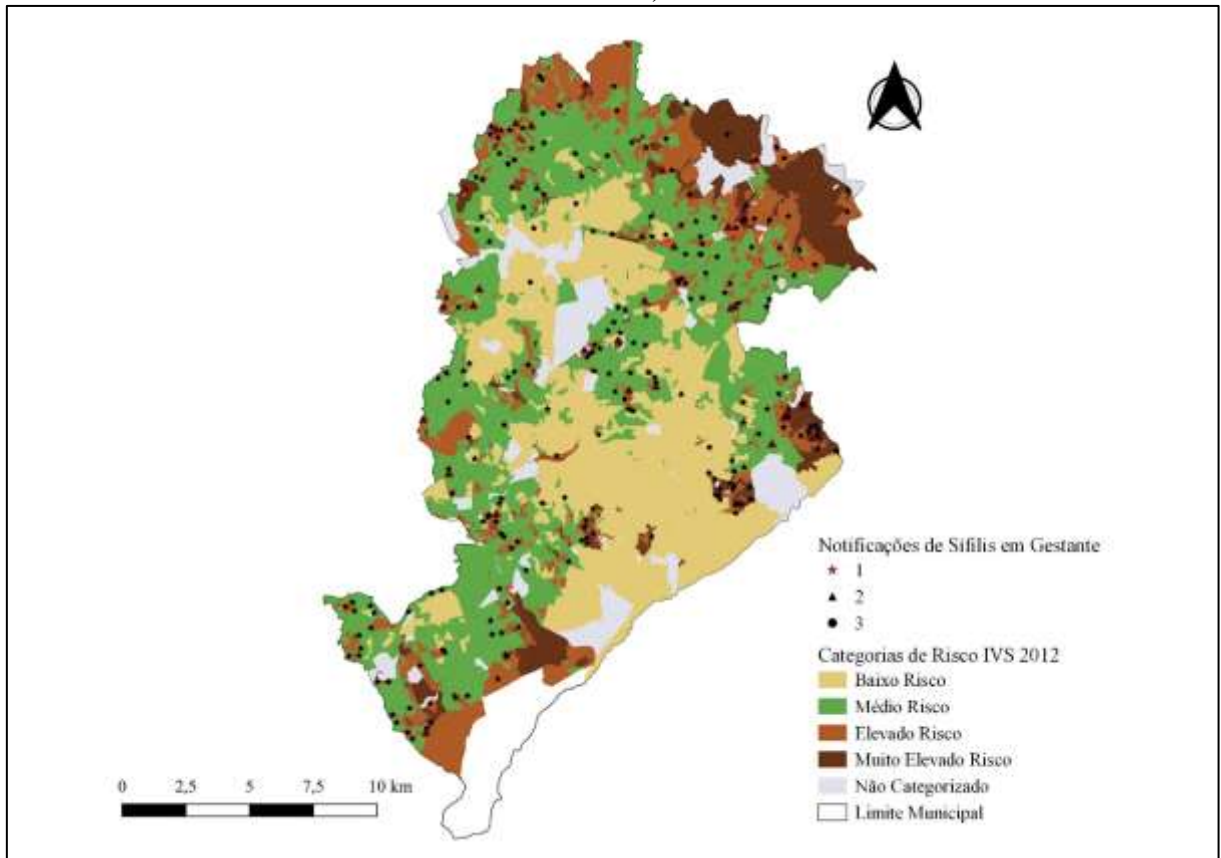
**Figura 5. Taxas de Detecção de Sífilis em Gestantes Adolescentes, segundo categoria de risco do IVS, Belo Horizonte MG, 2011 a 2015**



Fonte: SISVE/MS- DPVS/GVIGE-SMSA-BH Atualização 31/10/2018. Elaboração Própria

Ainda que, por falta de dados sobre nascidos vivos por setor censitário, não foi possível calcular as taxas de detecção em nível mais desagregado, na figura 4 é apresentada a distribuição espacial das notificações de sífilis em gestantes adolescentes, registradas entre os anos de 2011 e 2015.

**Figura 6. Distribuição de Notificação de Sífilis em Gestantes Adolescentes, segundo IVS 2012, Belo Horizonte-MG, 2011 a 2015**



Fonte: SISVE/MS- DPVS/GVIGE-SMSA-BH Atualização 31/10/2018. Elaboração Própria

## 5 DISCUSSÃO

De acordo com os resultados, no período analisado, não houve oscilações na participação do número de nascidos vivos de mulheres adolescentes, sendo que as adolescentes contribuíram com cerca de 11% do total de nascimentos no período. No entanto, a distribuição relativa não é uma boa medida de indicador de saúde reprodutiva, pois não considera a população total que está sob risco do evento. O ideal para a análise, seria o cálculo das taxas específicas de fecundidade para análise da evolução desses indicadores no período analisado. No que se refere à categoria de risco, embora, de acordo com os resultados do IVS 2012, as áreas categorizadas como muito elevado risco e elevado risco representem apenas 27,1% do território de Belo Horizonte, aproximadamente, 50% dos nascidos vivos, eram filhos de adolescentes residentes nessa área. Os resultados, dessa forma, podem ser explicados devido a um número maior de adolescentes vivendo nessas áreas em comparação às áreas de baixo risco, assim, como piores condições de saúde sexual e reprodutiva. Os resultados, diante disso, corroboram com os achados de que as condições socioeconômicas estão associadas com condições precárias de saúde, justificando a necessidade de maior gama de serviços para essas populações mais vulneráveis (REIS et al. 2013).

Os resultados sobre sífilis em gestante revelaram, comparados aos demais grupos etários, que apesar das adolescentes representarem a menor da distribuição percentual (20,7%) de notificações no período 2011 a 2015, a maior variação da taxa de detecção da IST se deu entre elas. Além disso, as adolescentes residentes em setores censitários categorizados como risco muito elevado e elevado risco, foram os que apresentaram o maior incremento nas taxas de detecção da infecção e, em 2014 e 2015, apresentaram as piores taxas.

No ano de 2016, a sífilis, que é um dos agravos constantes da Lista de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde, foi declarada como um problema grave de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2018). De acordo com o Boletim de Sífilis (2018), apenas em 2017, foram gastos pelo SUS, 2,8 milhões de dólares com procedimentos de médio e alto custo relacionados à doença. (BRASIL, 2018). Considerando a possibilidade de transmissão da doença para o feto, o ideal é que o exame para detecção da doença na gestante seja realizado no primeiro trimestre da gestação, a fim de que se inicie o tratamento o mais breve possível, evitando a transmissão para o nascituro. De acordo com o Boletim Epidemiológico Mineiro (2017) na ausência de tratamento, a transmissão vertical da sífilis é elevada, podendo alcançar valores próximos a 100% nas formas recentes da doença, sendo o diagnóstico e tratamento oportuno altamente eficazes na redução da transmissão vertical em até 97%. Destarte, além dos agravos à própria adolescente em virtude da doença, a contaminação do feto pode causar aborto, má-formação ou morte prematura do recém-nascido.

No que se refere à gravidez na adolescência, considerando os ciclos intergeracionais de pobreza, a Organização Panamericana de Saúde, considerando que a América Latina está na segunda posição

entre as mais altas taxas de gravidez do mundo, criou no ano de 2016, junto à UNICEF, um documento com orientações para a redução das taxas de gravidez indesejada. As pesquisas referentes à gestação na adolescência, não apenas porque afeta meninas residentes em áreas vulneráveis e as coloca em situação de risco social, emergem da necessidade de construir saídas para a redução da mortalidade materna, segundo o Ministério da Saúde, uma das maiores causas de morte entre adolescentes mulheres.

A literatura aponta que informação e acesso adequado aos métodos contraceptivos são essenciais para o exercício da autonomia do indivíduo sobre seus direitos sexuais e reprodutivos (MEIRELLES, 2016; OPAS 2016). Nesse sentido, a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar, realizada em 2015, na divulgação dos resultados informou que mais de 80% dos alunos entrevistados tinham acesso às informações, na escola, sobre saúde sexual e reprodutiva. Além disso, o Protocolo de Saúde do Adolescente de Belo Horizonte, nas atividades propostas para o Programa Saúde na Escola, criado pelo Ministério da Saúde em 2007, determina que dentre as ações executadas pelos profissionais de saúde, deverão ser incluídas ações de promoção à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. Assim, uma vez que o Estado tem investido em informação, mas ainda assim, os dados sugerem precariedade de assistência, é necessária uma investigação mais aprofundada sobre o motivo dessas adolescentes não estarem conseguindo se prevenir tanto da contaminação por infecções sexualmente transmissíveis quanto de gravidez indesejada.

Na literatura sobre o tema alguns obstáculos são a falta de privacidade para o atendimento, a grande carga de procedimentos administrativos nas instituições, o atendimento moroso e tardio, a pouca disponibilidade dos profissionais, os horários rígidos e inadequados às necessidades dessa clientela, as normas pouco flexíveis e culpabilizantes, o atendimento e instalações pouco motivantes, a falta de neutralidade dos profissionais na avaliação da problemática adolescente por conhecimento prévio da dinâmica familiar; pouca articulação com outras redes de apoio aos adolescentes (CARMO, VAN DER SAND, 2007; ASSIS et al. 2015). Esses fatores ratificam a hipótese de que as altas taxas de detecção de IST's e de gravidez na adolescência apresentadas no município de Belo Horizonte estão relacionados à dificuldade de acesso às Unidades e serviços de saúde ofertados por elas. Assim, estudos sobre problemas no acesso aos serviços públicos pelos adolescentes são de extrema importância, pois se há relação entre renda/escolaridade e fecundidade (MARTINS, 2016; UNFPA, 2016), a falta de acesso aos recursos, seja ao atendimento, seja aos métodos de contracepção, podem ser um entrave para o exercício pleno dos adolescentes aos seus direitos sexuais e reprodutivos.

A proposta, diante disso, é aprofundar a análise e ampliá-la para os serviços de saúde para a realização de um diagnóstico, junto às 152 Unidades Básicas de Saúde, do modelo de



assistência à saúde, dos tipos de intervenção para captação desses adolescentes e das dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde no atendimento desses adolescentes. Além disso, uma vez que no presente estudo só foram avaliadas adolescentes do sexo feminino e a contaminação por IST é associada à dificuldade de articulação de uso de método junto ao parceiro, uma análise sobre a saúde sexual de adolescentes do sexo masculino também se faz necessária.

## **6 CONCLUSÃO**

As pesquisas referentes à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes emerge, não apenas porque os indicadores são piores entre meninas residentes em áreas vulneráveis, as colocando em situação de risco de perpetuação da pobreza, mas pela necessidade da construção de saídas para a redução da mortalidade materna, segundo Ministério da Saúde, umas das principais causas de mortalidade entre adolescentes do sexo feminino (OPAS, 2017). Nesse aspecto, os resultados deste estudo não apenas corroboram com a literatura de que a fecundidade adolescente tem apresentado um declínio lento, como há uma relação positiva entre classificação de vulnerabilidade em saúde e condições precárias de saúde sexual e reprodutiva. Ou seja, quanto mais elevado o risco, maior a participação relativa do grupo sobre o total de nascidos vivos ou de notificação de sífilis.

Tendo em vista que a análise compreendeu apenas adolescentes gestantes ou que já são mães, um estudo que inclua indicadores de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes do sexo masculino e de adolescentes do sexo feminino que não têm filhos é necessário para entender se os diferenciais se estendem a todo o grupo etário.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSIS, Simone Gonçalves; et al. **Adolescência e saúde coletiva: entre o risco e o protagonismo juvenil**. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3296, novembro de 2015

BARRETO Ana Cláudia Mateus, et al. **Paternidade na Adolescência: tendências da produção científica**. Adolescência e Saúde. 54-59, 2010

BELO HORIZONTE. **Relatório Anual de Gestão. Ano 2017**. Assessoria de Planejamento e Ações Intersetoriais. Secretaria Municipal de Saúde. 2017. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/RAG%202017.pdf>. Acesso em: 16 de setembro de 2018

BELO HORIZONTE. **Protocolo de Atenção Integral à Saúde do Adolescente**. Secretaria Municipal de Saúde. 2015. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/publicacoes-da-vigilancia-em-saude/protocolo-atencao\\_integral\\_adolescente-alterada.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/publicacoes-da-vigilancia-em-saude/protocolo-atencao_integral_adolescente-alterada.pdf). Acesso em 13 de julho de 2018

BRASIL. **Boletim Epidemiológico de Sífilis – 2018**. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>. Acesso em 01 de dezembro de 2018

BRASIL. **Programa Nacional de DST/Aids: base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan (a partir de 1998)**. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). 2018. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/> Acesso em 06 de julho de 2018

BRASIL. **Programa Saúde da Família**. Departamento de Atenção Básica. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000

BRASIL. Lei 8.069 de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm) . Acesso em: 12 de julho de 2018

BRASIL. **Lei 8.080 de 1990**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080). Acesso em: 23/06/2018

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) Acesso em: 22/06/2018

BRÊTAS, José Roberto da Silva. **Vulnerabilidades e Adolescência**. Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras. 89-96, 2010

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007

CARMO Roseli; VAN DER SAND, Isabel Cristina Pacheco. **O discurso dos adolescentes sobre vida sexual na adolescência.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2007;9(2):417-31. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a10.htm> Acesso em abril de 2018

CARVALHO, José Alberto Magno de; BRITO, Fausto. **A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios.** Revista Brasileira de Estudos Populacionais, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 351-369, 2005

CARVALHO Oliveira, et al. **Conhecimento sobre as infecções sexualmente transmissíveis por estudantes adolescentes de escolas públicas.** Adolescência e Saúde. 2018

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso et al. **Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família.** Acta Paulista de Enfermagem. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 415-422, 2012

EISENSTEIN, Evelyn. **Adolescência: definições, conceitos e critérios.** Revista Adolescência e Saúde. Vol. 2 nº 2. 2005

FARIA, Rivaldo Mauro de. **A territorialização da Atenção Primária À Saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território.** Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. Hygeia 9 (16): 131 - 147, 2013

FERREIRA, Rosiane Araújo et al. **Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 313-323, fevereiro. 2012

GAMA, Silvana Granado Nogueira da; SZWARCOWALD, et al. **Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 153-161, 2002

GONÇALVES, Rafaela Cristina Brito. et al **Avaliação do perfil biopsicossocial de mães adolescentes, da área de abrangência do Centro de Saúde Cachoeirinha, após o parto.** 2012 Revista Médica de Minas Gerais. Vol 22.3. Ano 2018

GONDIM, Gracia Maria de Miranda; et al. **O território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização.** p 23-42. In: Território, Ambiente e Saúde. MIRANDA, A, C. et al. (org). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 272

JAGER, Márcia Elisa; et al. **O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o PROSAD.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 19, n. 2, p. 211-221, 2014

MACEDO, Etienne Oliveira Silva; et al., **Significações sobre Adolescência e Saúde entre Participantes de um Grupo Educativo de Adolescentes.** Psicologia Ciência e Profissão. 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282043249006> Acesso em junho de 2018

MALTA, Deborah Carvalho et al. **A mortalidade infantil em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, por área de abrangência dos Centros de Saúde (1994-1996).** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1189-1198,2001

MARTINS, Paulo H. V. **Mudanças recentes na fecundidade adolescente no Brasil: a associação com a escolaridade continua a mesma?** 96 fls. **Dissertação (Mestrado)** – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais – Face/UFMG, Belo Horizonte, 2016

MEIRELLES, Adriana Lúcia; et al. **O viver urbano do adolescente.** In FRICHE, Amélia Augusta de Lima; et al. *Org. Saúde Urbana em Belo Horizonte.* Ed. UFMG. Belo Horizonte. 2015

MINAS GERAIS. **Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte.** Escola de Saúde Pública. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. 2010. Disponível em:  
[http://www.esp.mg.gov.br/wpcontent/uploads/2011/02/Oficina3\\_Territorializacao\\_130310\\_baixa.pdf](http://www.esp.mg.gov.br/wpcontent/uploads/2011/02/Oficina3_Territorializacao_130310_baixa.pdf) Acesso em 15 de setembro de 2018

OLIVEIRA, Ana Roberta; LYRA, Jorge. **Direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e as políticas públicas de saúde: desafios à atenção básica.** *Fazendo Gênero 8 – corpo, violência e Poder.* Florianópolis, SC. 2008. Disponível em:  
[http://www.fazendogenero8.ufsc.br/sts/ST40/Oliveira-Lyra\\_40.pdf](http://www.fazendogenero8.ufsc.br/sts/ST40/Oliveira-Lyra_40.pdf). Acesso em janeiro de 2018

OLIVEIRA, Patrícia Santos de; et al. **Vulnerabilidade de adolescentes às doenças sexualmente transmissíveis na Atenção Primária.** *Revista Enfermagem UFPE; Recife,* 12(3):753-62, mar. 2018

OPAS. **Mais de 1,2 milhão de adolescentes morrem por causas evitáveis a cada ano.** Organização Mundial de Saúde. Brasil. 2017. Disponível em:  
[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5417:mais-de-12-milhao-de-adolescentes-morrem-por-causas-evitaveis-a-cada-ano&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5417:mais-de-12-milhao-de-adolescentes-morrem-por-causas-evitaveis-a-cada-ano&Itemid=820) Acesso em 12 de setembro de 2018

PATRIOTA, Tânia. **Relatório da Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento – Plataforma de Cairo, 1994.** UNFPA BRASIL. Disponível em  
<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf> Acesso em 16 de outubro de 2018

PITCHON, Ana; et al. **Índice de vulnerabilidade da saúde 2012.** Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. 2013.

REGO, Anderson da Silva; et al. **Estratificação de Risco no contexto da Estratégia de Saúde da Família.** *Revista Enfermagem. UFPE online. Recife,* 10(3):977-84, mar. 2016

REIS, Dener Carlos, et al. **Vulnerabilidades e necessidades de acesso a Atenção Primária à Saúde na adolescência.** *Ciência, Cuidado e Saúde,* 64 -71. 2013

REIS, Gilson Jácome dos. et al. **Diferenciais intraurbanos da sífilis congênita: análise preditiva por bairros do Município do Rio de Janeiro, Brasil.** *Cadernos de Saúde Pública* vol.34, n.9. 2018

ROSA, Alcindo J; et al. **Gestações sucessivas na adolescência.** Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano.165-72, 2007.

SCHULZ DA ROSA, Fernanda; et al. **Uso de contraceptivos por puérperas adolescentes.** Avances en Enfermería. vol.32, n.2, pp.245-251. 2014

SILVA, Carla Silvana Oliveira e, et al. **O adolescente na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa de literatura.** Adolescência e Saúde. Vol. 13 nº 3, p.76-87. 2016;

SILVA JUNIOR, Evanildo Souza da; et al. **Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia.** Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, Recife, v. 10, supl. 1, p. 549-560, nov. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/05.pdf> Acesso em: 12 de setembro de 2018

SCHUMANN, Livia Rejane Miguel Amaral; MOURA, Leides Baroso Azevedo. **Índices sintéticos de vulnerabilidade: uma revisão integrativa de literatura.** Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2105-2120, 2015

TEIXEIRA, Carmem Fontes; et al. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde.** Inf Epidemiol SUS 1998; 7:7-28. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/iesus/v7n2/v7n2a02.pdf>. Acesso em: 23 de setembro de 2018

TERRIBLE, Dhiane, et al. **Natureza e tendência das produções científicas sobre a paternidade na adolescência.** Adolescência e Saúde. 144-153, 2017;

TETEMANN, Edialy Cancian, et al. **Universalidade e Territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes.** Textos & Contextos; Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 356 - 369, 2016.

UNFPA. **Situação da População Mundial 2013 / Maternidade Precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência.** Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/swop2013.pdf> Acesso em: 12 de agosto de 2018

UNFPA. **Relatório sobre a situação da população mundial.** Nova York: UNFPA; 2013. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/swop2013.pdf> Acesso em: 13 de setembro de 2018

VIEIRA, Leila Maria, et al. **Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil.** Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil, Recife, v. 6, n. 1, p. 135-140, 2006