



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
IG – INSTITUTO GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA.



ANDRÉA DOS SANTOS VIEIRA

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EM UBERLÂNDIA – MG:
CONDICIONANTES E CONSEQUÊNCIAS.

UBERLÂNDIA
2013



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
IG – INSTITUTO GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA.



ANDRÉA DOS SANTOS VIEIRA

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EM UBERLÂNDIA – MG:
CONDICIONANTES E CONSEQUÊNCIAS.**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós Graduação em Geografia
da Universidade Federal de Uberlândia
como parte dos requisitos para a obtenção
do título de mestre.

Área de Concentração: Geografia

Linha de pesquisa: Análise,
Planejamento e Gestão Ambiental.

Orientador: Dr. Paulo Cezar Mendes

UBERLÂNDIA
2013



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
IG – INSTITUTO GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA.



ANDRÉA DOS SANTOS VIERA

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EM UBERLÂNDIA – MG:
CONDICIONANTES E CONSEQUÊNCIAS.**

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. Paulo Cezar Mendes
Universidade Federal de Uberlândia
IG – Instituto de Geografia

Prof. Dr. Samuel do Carmo Lima
Universidade Federal de Uberlândia
IG – Instituto de Geografia

Prof. Dr. João Donizete Lima
Universidade Federal de Goiás
DEGEO/CAC

Resultado:_____

Ao ser supremo pela força,
À minha família pelo apoio,
Aos amigos pela compreensão.

Agradecimentos

Inicialmente agradeço a Deus pela oportunidade de poder caminhar por searas onde poucos têm oportunidade.

Ao PPGEIO/IG/UFU pelas condições fornecidas ao conhecimento transmitido.

A CAPES pela bolsa de estudo que me propiciou cursar uma pós-graduação em uma instituição pública de ensino e de qualidade.

Agradeço ao professor Dr. Paulo Cezar Mendes pelas orientações, sugestões e contribuições que deu a este trabalho; e pelo que me ensinou e que carregarei pela vida.

Ao professor Dr. Luiz Antonio de Oliveira que atenciosamente me ensinou boa parte do que aqui apresento. Ao professor Dr. Samuel do Carmo Lima que sempre atendeu aos meus pedidos de auxílio com extrema presteza. À professora Dr. Rosiane Feliciano pela colaboração e atenção.

A minha família pela atenção e educação que me deram, e pelo carinho que me transforma em alguém melhor.

Ao Setor de Vigilância Epidemiológica da Prefeitura Municipal de Uberlândia, pelas sugestões e contribuições com as bases de dados. Ao Observatório da Saúde que me inspirou na escolha e persistência no tema.

Aos amigos pela alegria contagiante; que contribuíram direta ou indiretamente na realização deste trabalho; aos que ainda estão aqui e aos que já se foram deste país ou desta vida, que sem os quais o mundo teria menos cor.

A minha real idealização de um futuro melhor, a persistência de estar sempre caminhando.

RESUMO

A queda da fecundidade no início da década de 1970 concede visibilidade e status de problema de saúde a gestação na adolescência. Os direitos da saúde sexual e reprodutiva são conceitos desenvolvidos nas últimas décadas e representa uma conquista histórica, fruto da luta pela cidadania. 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, 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. Os impactos dos determinantes sociais da saúde acenam para demandas crescentes de estratégias intersetoriais nas políticas, projetos e programas do Estado.

Palavras-chave: 1. Gravidez na adolescência. 2. Vulnerabilidade. 3. Rede de atenção.

ABSTRACT

The decline in fertility in the early 1970s provides visibility and status of health problem teenage pregnancy. The rights of sexual and reproductive health are concepts developed in recent decades and represents a historic achievement, the result of the struggle for citizenship. 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 2008-2010, 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. The impacts of the social determinants of health beckon to increasing demands intersectoral strategies in policies, projects and programs of the State.

Keywords: 1. Teenage pregnancy. 2. Vulnerability. 3. Care network.

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. MATERIAIS E MÉTODOS	18
2.1 Área de estudo.....	19
2.2 Coleta de dados secundários.....	22
2.3 Geoprocessamento dos dados secundários	25
2.4 Aplicação e análise dos questionários.	32
3. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: TERRITORIALIDADE DOS CONDICIONANTES À LUZ DO GEOPROCESSAMENTO.	35
3.1 Gravidez na Adolescência	35
3.2 A vulnerabilidade social	41
3.3 Território e Territorialidade na saúde.	51
4. UBERLÂNDIA: DINÂMICA REPRODUTIVA E DISPARIDADES INTRA- URBANAS.	59
4.1 Gravidez na adolescência: contextos e dinâmica reprodutiva em Uberlândia/MG (2008 a 2010).....	59
4.2 Rede de atenção ao adolescente em Uberlândia	65
4.3 Disparidades intra-urbanas em Uberlândia-MG.....	78
4.4 Análise da pesquisa qualitativa sobre as mães adolescentes, Uberlândia –MG, em 2010.	89
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
6. REFERÊNCIAS	97
7. ANEXOS	111

Lista de figuras

<i>Figura 1 - Mapa de Localização de Uberlândia em Minas Gerais e no Brasil.</i>	20
<i>Figura 2 - Estrutura etária populacional de Uberlândia em 2009.</i>	21
<i>Figura 3 - Estabelecimentos de Saúde em Uberlândia/MG (2010).</i>	21
<i>Figura 4- Configuração Básica de um SIG.</i>	26
<i>Figura 5 - Base cartográfica da Cidade de Uberlândia.</i>	31
<i>Figura 6 - Distribuição dos equipamentos sociais por bairro.</i>	67
<i>Figura 7 - Mapa da Ocorrência de Gravidez na Adolescência em Uberlândia – MG de 2008 a 2010.</i>	79
<i>Figura 8 - Mapa da Distribuição das mães adolescentes com menos de 8 anos de estudo, em Uberlândia – MG, de 2008 a 2010.</i>	81
<i>Figura 9 - Mapa da Distribuição das mães adolescentes sem nupcialidade, em Uberlândia – MG, de 2008 a 2010.</i>	82
<i>Figura 10 - Mapa da Distribuição das mães adolescentes com menos de sete consultas pré-natais, em Uberlândia – MG, de 2008 a 2010.</i>	83
<i>Figura 11 - Ocorrência da Prematuridade em Uberlândia-MG, de 2008 a 2010.</i>	84
<i>Figura 12 - Ocorrência do Baixo Peso ao nascer em Uberlândia-MG, de 2008 a 2010.</i>	85
<i>Figura 13 - Coeficiente de Mortalidade Infantil em Uberlândia/MG, de 2008 a 2010.</i>	86
<i>Figura 14- Mapa da morbimortalidade infantil de Uberlândia-MG, 2008 a 2010.</i>	88

Lista de Tabelas, Quadros e Gráficos.

<i>Tabela 1 - Evolução da População de Uberlândia de 1960 a 2012.</i>	<i>19</i>
<i>Tabela 2- Nascidos Vivos/ano em Uberlândia/MG de 2008 a 2010.</i>	<i>23</i>
<i>Tabela 3 - Distribuição do tipo de parto por anos de estudo das mães, Uberlândia, 2008 a 2010.</i>	<i>64</i>
<i>Quadro 1- Recodificação do dados dos nascidos vivos em Uberlândia/MG de 2008 a 2010.</i>	<i>24</i>
<i>Quadro 2– Ocorrência da Gravidez em Uberlândia/MG de 2008 a 2010</i>	<i>60</i>
<i>Quadro 3 - Resumo De Consultas Médicas nas Unidades de Saúde de Uberlândia.</i>	<i>77</i>
<i>Quadro 4 - Quantidade de mães adolescentes por anos de estudo.</i>	<i>81</i>
<i>Gráfico 1- Percentual de anos de estudos por paridade, Uberlândia 2008-2010.</i>	<i>61</i>
<i>Gráfico 2- Evolução da proporção de mães sem nupcialidade no momento do parto por idade materna, Uberlândia de 2008-2010.</i>	<i>62</i>

Siglário

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS - Atenção Primária de Saúde
CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social
ESF - Estratégia Saúde da Família
FUTEL - Fundação Uberlandense do Turismo, Esporte e Lazer
G.A - Gravidez na Adolescência
GPS - Sistemas de Posicionamento Global
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PMU - Prefeitura Municipal de Uberlândia
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNEL - Política Nacional de Esportes e Lazer
PSF - Programa Saúde da Família
SIG - Sistema de Informação Geográfica
SIM - Sistema Informação sobre Mortalidade
SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SRE - Secretaria Regional de Ensino
SUS - Sistema Único de Saúde
T-D-R - Territorialização-Desterritorialização-Reterritorialização
UAI - Unidades de Atendimento Integrado
UBS - Unidade Básica de Saúde
UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

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).

O exercício da sexualidade vivenciado pelos adolescentes deve ser encarado a luz das consequências como gravidez precoce, o aborto, AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. Na agenda para a promoção da saúde do adolescente, os aspectos que concernem à sua saúde sexual e reprodutiva têm adquirido novas dimensões no campo da saúde coletiva (BORGES, 2006). Isso pode estar ocorrendo, entre outros, devido ao incremento do número absoluto e relativo de gestações entre adolescentes.

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, do século XX, tornou-se 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).

Ainda sobre separação conjugal na G.A., Gradim, *et al* (2010) observaram que a gravidez é vivenciada de forma negativa na ausência do apoio do parceiro, sendo situação mais frequente entre as adolescentes menores de 16 anos. Nas situações onde a união se mantém, Heilborn *et al.* (2002) chamam a atenção ao

movimento de internalidade por parte da mulher, que volta-se para o cuidado da casa e do filho, enquanto o marido busca o sustento externamente (Andrade, Ribeiro, & Silva, 2006).

Neste contexto, quando se analisa a fecundidade na adolescência com companheiro e sem companheiro, nota-se que no Brasil, a mesma aumentou sua participação na fecundidade total, passando de 7,1%, em 1970, para 14,1%, em 1991, 17% em 1996 e 23% em 2006, porém, o censo de 2010 mostrou que a fecundidade caiu em todos os grupos etários, inclusive entre as adolescentes. 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 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.

Em oposição à fecundidade, verifica-se a ocorrência dos abortos inseguros, nos quais se estima que três milhões de adolescentes com idade entre 15-19 passe por esse problema. Em países de baixa e média renda, complicações na gravidez e no parto é a causa principal de morte entre adolescentes dos 15-19 anos. Ainda segundo a OMS, 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.

É relevante salientar que melhorias ocorridas na saúde de mães e crianças no Brasil evidenciam como o país evoluiu em termos de condições de vida, sistema de saúde e na redução das iniquidades sociais, porém ainda há gargalos a serem fechados na área da saúde da mulher e da criança brasileiras. A vulnerabilidade da gestação na adolescência e a redução das desigualdades são prioridades do “Marco Teórico Referencial: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Jovens e Adolescentes”,

publicado recentemente como estratégia de implementação da Política Nacional de Atenção Integral de Adolescentes e Jovens (BRASIL, 2006)

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.

A vulnerabilidade como capacidade de luta e de recuperação como afirma Dilley e Boudreau (2001), reforça a possibilidade de aferir o grau de vulnerabilidade de indivíduos e grupos por meio da capacidade enfrentamento de situações diversas. Sendo assim, a vulnerabilidade apresenta-se de maneira diferente segundo os indivíduos, grupos sociais e territorialidades, relacionando-se com o nível financeiro, educacional e até com as crises econômicas. Palma e Mattos (2003), relacionam o conceito de vulnerabilidade a exclusão, discriminação ou enfraquecimento dos grupos sociais e a sua capacidade de reação.

Para os autores, Moser (1999) e Filgueira (2001), o conceito de vulnerabilidade é uma ferramenta eficaz para analisar a situação dos excluídos socialmente na América Latina, pois é capaz de compreender amplamente as vicissitudes e idiosincrasias existentes na realidade dos pobres que vão além dos atributos de renda. A utilização deste conceito torna-se progressivamente evidente na América Latina nas diversas áreas do conhecimento chegando à saúde.

Entre os usos do conceito de vulnerabilidade esta a possibilidade de apontar diferenciais intra-urbanos com os dados existentes. Identificando áreas com condições socioeconômicas desfavoráveis no território urbano. A vulnerabilidade torna-se uma medida que associa diferentes variáveis socioeconômicas de um ambiente num indicador sintético, analisando o comportamento de grupos populacionais vivendo em um território, afim de, apontar áreas prioritárias para intervenção e alocação de recursos, favorecendo a proposição de ações intersetoriais.

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 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 Haesbaert, 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.

Milton Santos (2002) afirma que na dimensão espacial do cotidiano, “a localidade se opõe a globalidade, mas também se confunde com ela”, e assim, a cidade é o lugar que serve como referência material dos acontecimentos globais.

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.

A verdadeira incidência deste fenômeno é difícil de conhecer porque em termos estatísticos são contabilizadas unicamente as taxas de natalidade representando apenas parte do número de gravidez (RODRIGUES R. M., 2010). 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.

Os objetivos específicos deste trabalho congregam para que o objetivo geral seja cumprido:

- Elaborar uma base cartográfica georreferenciada para a cidade de Uberlândia (MG);
- Identificar o perfil da gestante adolescente no município (MG);
- Conhecer e analisar a distribuição espacial da gestante adolescente relacionando-a ao aglomerado urbano de Uberlândia (MG);
- Correlacionar a distribuição espacial da gestante adolescente e as consequências para a saúde do recém-nascido.
- Descrever a organização da rede de serviços e de apoio social à criança e às adolescentes gestantes na área de maior ocorrência e piores resultados perinatais, por meio da distribuição espacial.

Para a execução destes objetivos, este trabalho foi organizado em capítulos assim organizados:

A *introdução* com a apresentação do trabalho, seu objeto e objetivos e as motivações da escolha da área e do tema.

Os *materiais e métodos* constituído pela caracterização da área de estudo, exposição dos métodos e técnicas de espacialização e elucidação do material de coleta de dados primários (questionário).

A fundamentação teórica e metodológica apresenta uma análise bibliográfica referente ao tema proposto, o período de observação, os recursos utilizados, bem como o roteiro da abordagem.

A *Gravidez na adolescência: contextos e dinâmica reprodutiva em Uberlândia/MG (2008 a 2010)* reservado para uma exposição dos dados obtidos; análise do questionário; discussão das relações socioeconômicas e, por último, uma análise de distribuição espacial da ocorrência da gravidez.

E por fim, as *considerações finais* que procura apresentar o que foi obtido e apreendido com o trabalho, exposição abreviada da validade do método, as dificuldades encontradas, perspectivas para futuras pesquisas, contribuições para o tema de estudo, bem como uma avaliação pessoal sobre este.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

O trabalho aborda um estudo de caso descritivo, quantitativo e qualitativo. O termo quantitativo caracterizou-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas e da análise espacial, realizada nos dados obtidos nos sistemas de informações de saúde. Já a parte qualitativa distinguiu-se pela pesquisa de campo realizada como forma de explicar o funcionamento da estrutura social vivenciada pelas mães adolescentes.

A escolha por trabalhar com estudo de caso surge da possibilidade que utilizar este procedimento metodológico oferece. Tais como a possibilidade de estudar determinado assunto em seu ambiente natural, de aprender sobre o estado da arte e de gerar teorias a partir da prática; a possibilidade de compreender a natureza e a complexidade do processo com questionamentos do tipo “como?” e “por quê?”; a possibilidade de pesquisar uma área na qual poucos estudos prévios tenham sido realizados (Yin, 2001). Ainda segundo Yin (2001), necessidade pelos estudos de caso surge do desejo de se compreender fenômenos sociais complexos. Ou seja, o estudo de caso permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real.

O referencial teórico conceitual foi construído a partir de uma ampla revisão bibliográfica centrada na gravidez na adolescência, na categoria de análise território, e ainda, na relação da G.A com a vulnerabilidade social. 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.

2.1 Área de estudo

O município de Uberlândia¹ (**Erro! Fonte de referência não encontrada.**) situa-se na mesorregião do Triângulo Mineiro e possui área de 4.115,206 Km², tendo a sede localizada pelas coordenadas geográficas 18°35'0", 47°45'0" e 48°40'0", 19°25'0", no estado de Minas Gerais (IBGE, 2010). Além do distrito sede, o município conta ainda com mais quatro distritos: Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia, Miraporanga e Tapuirama. Uberlândia interliga-se a outros centros pelas rodovias BR-365, BR-452, BR-050 e BR-497. Limita-se ao Norte com os municípios de Araguari e Tupaciguara; ao Sul com Uberaba, Veríssimo e Prata; a oeste com Monte Alegre de Minas e a leste com Indianópolis (MENDES, 2008).

A cidade de Uberlândia apresenta uma densidade demográfica de 146,78 (hab/Km²), conforme o censo 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). A evolução da população uberlandense está relacionada na tabela abaixo (Tabela 1), sendo que o valor populacional do ano de 2012 é uma estimativa.

Tabela 1 - Evolução da População de Uberlândia de 1960 a 2012.

ANO	POPULAÇÃO
1960	72053
1970	126112
1980	240967
1991	367061
2000	487218
2005	585260
2009	604013
2012	619530

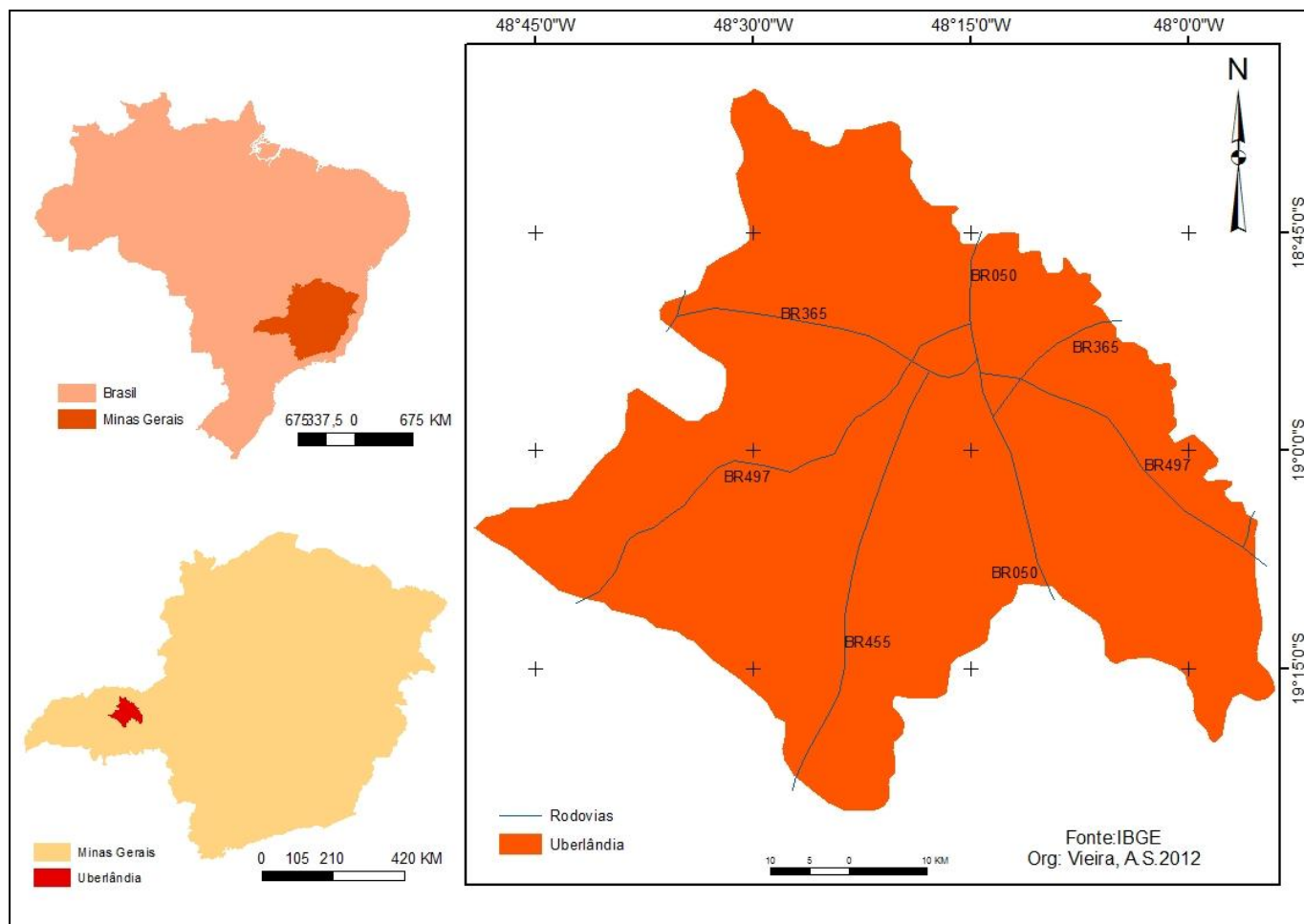
Fonte: IBGE
Org: Vieira, A.S.,2012

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 Triângulo 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.

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

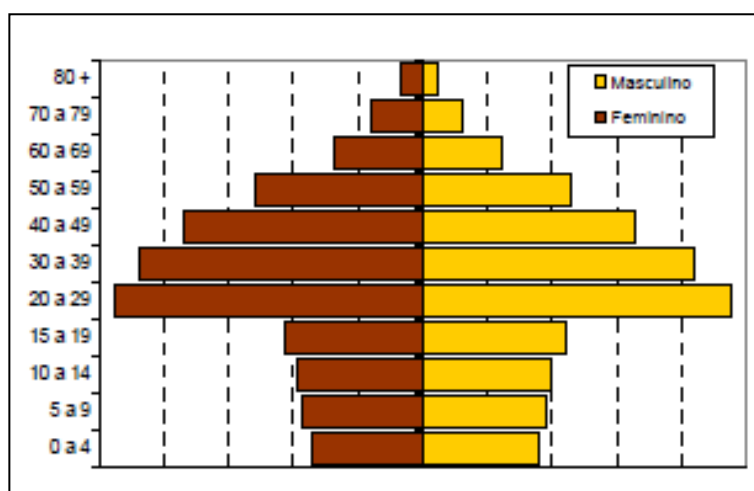
Fonte: IBGE



Org: Vieira, A.S 2012.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde - SMS, a razão de sexo da população Uberlandense, é de 1/1,04 (M/F), esta razão é maior entre os idosos, em razão da menor ocorrência de óbitos entre as mulheres. Acima dos 60 nos de idade, essa razão é de 1,24 (M/F). Observando a estrutura etária de Uberlândia, percebe-se alterações típicas do processo de transição demográfica, caracterizada pelo envelhecimento populacional (Figura 2). Ainda de acordo com a SMS, a transição demográfica em curso tem impacto sobre demandas sociais, entre as quais por serviços de saúde diferenciados cujo conhecimento é fundamental para o planejamento da atenção e da promoção da saúde, pois, o efeito destas mudanças vem ocorrendo com o aumento relevante das doenças não transmissíveis, sobretudo as crônico-degenerativas (SMS, 2009).

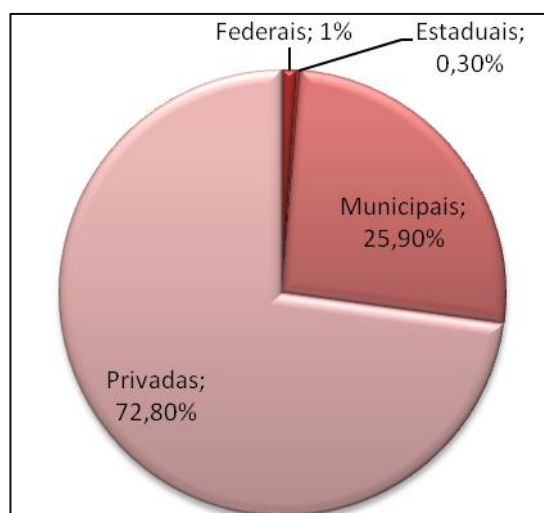
Figura 2 - Estrutura etária populacional de Uberlândia em 2009.



Fonte: IBGE e SMS.
Adapt: Vieira, A.S., 2011.

Dentre os serviços de saúde oferecidos no município estão os estabelecimentos de saúde (Figura 3). Uberlândia conta com 313 estabelecimentos de saúde, 108 são públicos (IBGE, 2010). Com relação aos estabelecimentos públicos, Uberlândia possui um Hospital Escola Federal, um Hospital e Maternidade Municipal de Uberlândia, Unidades de Atendimento Intensivo (UAI), Unidades Básica de Saúde (UBS), Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) entre outras unidades de atendimento psico-social.

Figura 3 - Estabelecimentos de Saúde em Uberlândia/MG (2010).



Fonte: IBGE
Org: Vieira, A.S., 2011.

De acordo com SMS, o Hospital de Clínicas é um complexo hospitalar que compreende em pronto socorro, internação, exames, ambulatório especializado e ambulatório básico. As UAI tem como principal objetivo o pronto atendimento, porém, não são consideradas como pronto socorro. Nelas são realizados atendimentos de urgência e procedimentos de emergência.

As UBS tem como função a realização de atendimento de atenção básica e integral a uma população de forma programada ou não nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista.

As UBSF têm o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, além disso, identificar os fatores de risco aos quais ela está exposta, neles intervindo de forma apropriada. São prestados diversos tipos de atendimentos nessas unidades de saúde, inclusive para gravidez na adolescência.

2.2 Coleta de dados secundários

A coleta de dados foi realizada no setor de Vigilância Epidemiológica da SMS. O SINASC e o 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.

O SIM foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde e tem como função para reunir dados sobre mortalidade no país, já o SINASC é um sistema de informação que permite o acompanhamento das condições de nascimento e das crianças nascidas vivas permitindo aos serviços de saúde o planejamento do atendimento aos menores de um ano (SMS, 2009).

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. A tabela abaixo (Tabela 2) apresenta os valores de referência.

Tabela 2- Nascidos Vivos/ano em Uberlândia/MG de 2008 a 2010.

ANOS	FORNECIDOS	VALIDADOS	PERDIDOS
2008	8140	7948	192
2009	8338	8084	254
2010	8013	7616	397

Fonte: SMS
Org: Vieira, A.S., 2011.

Para análise dos dados secundários foram utilizadas técnicas de geoprocessamento e ponderações estatísticas, a luz do referencial teórico-conceitual. As características sobre os nascimentos e óbitos foram detalhadas em duas tabelas: uma contendo os dados do SINASC e outra do SIM.

O ministério da saúde traz qualificações para a gravidez traduzindo indicadores sociais que evidenciam a vulnerabilidade social de uma população (BRASIL, 2004). Os dados coletados na SMS vieram com a codificação padronizada pelo Ministério da Saúde brasileiro, a recodificação foi necessária para atender melhor a demanda da pesquisa. O quadro abaixo (Quadro 1) apresenta a reestruturação das tabelas para a tratativa dos dados. A recodificação permitiu identificar prontamente alguns dos interesses da pesquisa, tais como, a prematuridade, o baixo número de consultas, a baixa escolaridade e a situação marital das mães.

Após a recodificação dos dados introduziu-se um campo identificador (ID) com a finalidade de unir as tabelas ao banco de dados do Sistema de Informação Geográfica (SIG).

Quadro 1- Recodificação do dados dos nascidos vivos em Uberlândia/MG de 2008 a 2010.

OCORRÊNCIA	CÓDIGO	ESPECIFICIDADE	RECODIFICAÇÃO
GESTACAO	1	MENOS DE 22 SEMANAS	1 - PREMATURO
	2	22 A 27 SEMANAS	
	3	28 A 31 SEMANAS	
	4	32 A 36 SEMANAS	
	5	37 A 41 SEMANAS	2 - ADEQUADO
	6	42 E +	
	9	IGNORADO	
CONSULTAS	1	NENHUMA CONSULTA	1 - BAIXO N° CONSULTAS
	2	DE 1 A 3 CONSULTAS	
	3	DE 4 A 6 CONSULTAS	
	4	7 E +CONSULTAS	2 - ADEQUADO
	9	IGNORADO	
ESCOLARIDADE	1	NENHUMA	1 - BAIXA ESCOLARIDADE
	2	DE 1 A 3	
	3	DE 4 A 7	
	4	DE 8 A 11	2 - ADEQUADO
	5	12 E +	
	9	IGNORADO	
ESTADO CIVIL	1	SOLTEIRA	1 - SEM NUPCIALIDADE
	2	CASADA	2 - CASADA
	3	VIÚVA	1 - SEM NUPCIALIDADE
	4	SEPARADA JUDICIALMENTE/ DIVORCIADA	
	9	IGNORADO	

Fonte: SMS
Org: Vieira, A.S., 2011

Após a recodificação dos dados introduziu-se um campo identificador (ID) com a finalidade de unir as tabelas ao banco de dados do Sistema de Informação Geográfica (SIG). O Sistema de Informação Geográfica é uma ferramenta do geoprocessamento, este trabalho possui uma nobre contribuição das ferramentas do geoprocessamento como facilitador de análises. Neste caso sobre a gravidez na adolescência.

2.3 Geoprocessamento dos dados secundários

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 SIG's. 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 SIG tem a capacidade funcional para entrada de dados, manuseio, transformação, visualização, combinação, consultas, análises, modelagem e saída. A palavra Informação pressupõe que os dados do SIG estejam organizados para produzir conhecimento útil, na forma de imagens e mapas, estatísticas e gráficos, etc. A palavra geográfica implica conhecimento da localização dos itens de dados, ou que eles possam ser calculados, em termos de coordenadas geográficas (latitude, longitude), (BONHAM-CARTER, 1997).

Um SIG pode ser definido a partir de três propriedades: a capacidade de apresentação cartográfica de informações complexas, uma sofisticada base integrada de objetos e de seus atributos ou dados, e um engenho analítico formado por um conjunto de procedimentos e ferramentas de análise espacial (MAGUIRE *et al.*, 1991). A opção por esta tecnologia, busca melhorar a eficiência operacional e permitir uma boa administração das informações estratégicas, tanto para minimizar os custos operacionais quanto para agilizar o processo decisório (SCHOLTEN e LEPPER, 1991).

Os SIG são sistemas computacionais, que podem ser usados para o entendimento dos fatos e fenômenos que ocorrem no espaço geográfico. A sua capacidade de reunir uma grande quantidade de dados convencionais de expressão espacial, estruturando-os e integrando-os adequadamente, torna-os ferramentas essenciais para a manipulação de informações geográficas.

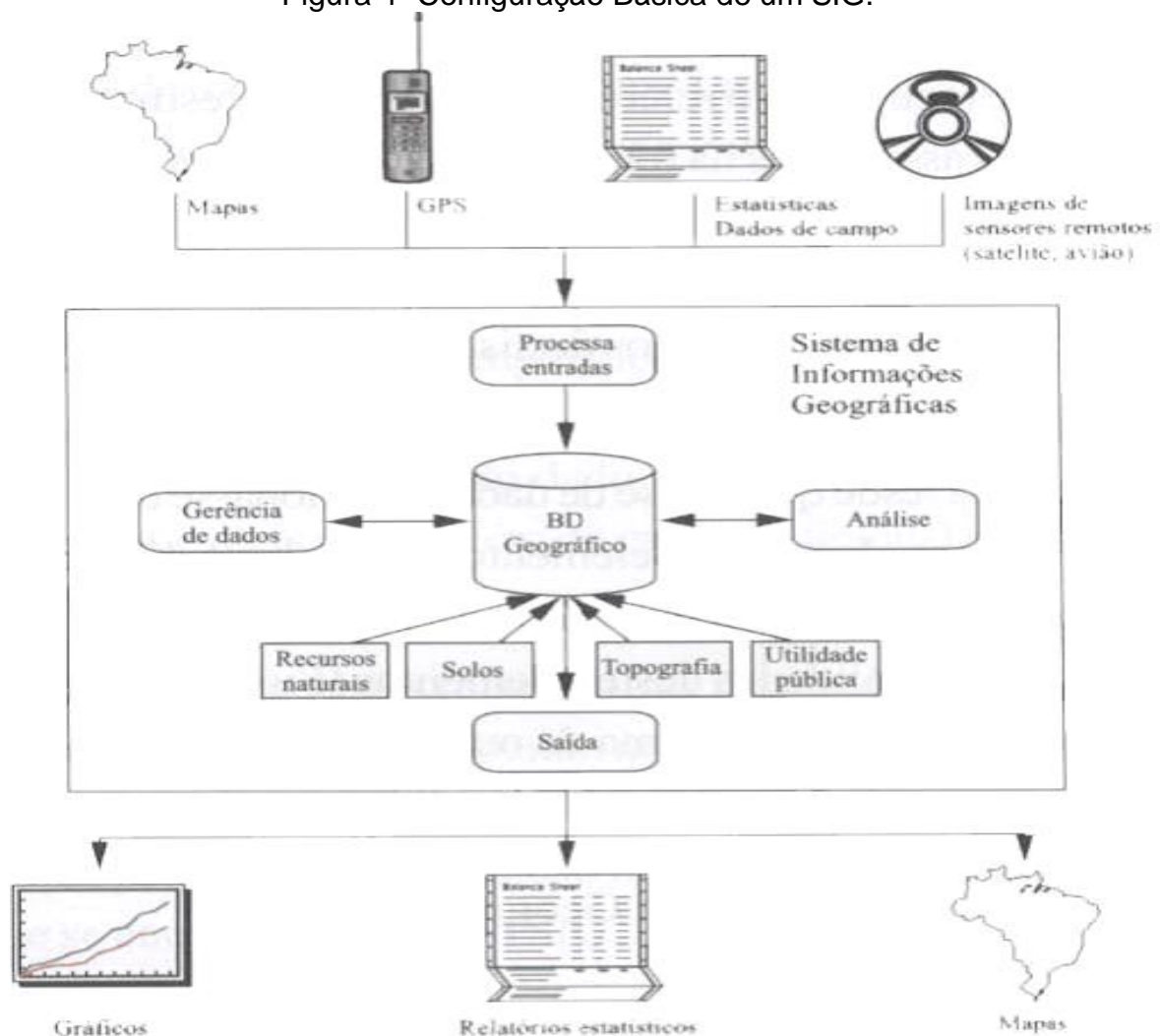
Atualmente vem ocorrendo uma larga produção de dados para uso em SIG, Maguire *et al.* (1991) salienta que o uso difundido de satélites de sensoriamento remoto (nacionais e estrangeiros), os programas nacionais de mapeamento de

muitos países e a colaboração internacional que pretende criar banco de dados globais, porém a falta de integração entre estes dados é também algo a ser superado.

O ambiente SIG para seu devido funcionamento precisa de recursos humanos, a falta de pessoal adequadamente treinado tem sido repetidamente enfatizada. Apesar de uma iniciativa de treinamentos muito ainda precisa ser feito, segundo Maguire *et al.* (1991). O treinamento em SIG é demorado e envolve altos custos, salientando que por mais eficiente que seja um sistema informatizado requer pessoal habilitado para usá-lo de forma eficiente.

Os elementos de entrada, coleta, armazenamento de dados e a manipulação do SIG possuem valor expressivo, chegando a superar os gastos com equipamentos ou outros programas (Figura 4).

Figura 4- Configuração Básica de um SIG.



Fonte: MIRANDA, 2005
Org: Vieira, A.S., 2012

A vantagem de se usar um SIG no tratamento de dados é a possibilidade de gerar mapas utilizando-se apenas os dados necessários sem poluir os aspectos das informações; afinal a cartografia é uma forma de representar a realidade e emitir opiniões sobre aspectos do ponto de vista do autor (MIRANDA, 2005). Essa possibilidade de escolha das informações que irão compor o mapa é otimizada pela possibilidade do uso de camadas no ambiente SIG. Os mapas podem incorporar os interesses e valores de grupos particulares em tempos particulares (MARTIN, 1996). Ainda segundo Miranda (2005) os mapas não são neutros.

O termo camadas é uma característica essencial dos SIG. É a maneira de organizar os dados gráficos, separando os conjuntos de dados de acordo com seus temas. Os planos de informações possibilitam que o autor organize os *buffers* de acordo com o interesse do projeto, introduzindo as informações na base cartográfica de acordo com as definições das informações que deseja representar.

De acordo com Scholten e Stillwell (1990), três são as funções principais possibilitadas por um SIG e que requerem vários componentes, de acordo com o objetivo pretendido. A primeira é o armazenamento, manejo e integração de grandes quantidades de dados referenciados no espaço. Um dado espacialmente referenciado pode ser concebido como tendo dois tipos de informações, dados de atributos e dados de localização. A segunda função do SIG é promover meios para realizar análises relacionadas especificamente aos componentes geográficos dos dados. As operações mais comuns são a pesquisa de dados e a busca de informações com algum critério de seleção (por exemplo, pela localização, proximidade, valor, tamanho), e análises de padrões espaciais e de relacionamento de dados. A terceira função principal envolve a organização e a manipulação de grande quantidade de dados e forma e como estas informações podem ser facilmente acessadas pelos usuários.

A gerência de dados tem por função organizá-los, recuperá-los, atualizá-los e editá-los. O banco de dados ocupa uma posição de destaque em um SIG, o dado espacial pode ter basicamente três tipos de geometria: ponto, linha e área; o atributo do dado pode ser qualitativo ou quantitativo (MIRANDA, 2005).

No ambiente SIG os trabalhos são realizados com dados gráficos e não gráficos geocodificados, os problemas com dados não gráficos parecem se resumir à acurácia dos mesmos. A qualidade dos dados é fundamental para que se possa apresentar os problemas corretamente. Dados incorretos geram informações não confiáveis, o que ocasiona erros gerenciais e desperdícios em todas as dimensões de um processo gerencial, público ou privado (PINA, 1994). A avaliação da qualidade dos dados deve considerar aspectos como a precisão, a exatidão, a época, a atualidade, a integridade e a consistência (FERREIRA, 1992).

Dentre as operações realizadas por um SIG, destaca-se também, a geoestatística. Segundo Lourenço e Landim (2005), a geoestatística calcula estimativas dentro de um contexto regido por um fenômeno natural com distribuição no espaço e, desse modo, supõe que os valores das variáveis, consideradas como regionalizadas, sejam espacialmente correlacionados. Por isso, essa metodologia tem tido grande aplicação, principalmente para efetuar estimativas e simulações de variáveis em locais não amostrados. Ainda segundo os autores de uma forma geral, a metodologia geoestatística procura extrair, de uma aparente aleatoriedade dos dados coletados, as características estruturais probabilísticas do fenômeno regionalizado, ou seja, uma função de correlação entre os valores situados numa determinada vizinhança e direção no espaço amostrado (LOURENÇO e LANDIM, 2005).

A análise espacial é considerada a parte mais importante de um SIG. Ela tem como função principal a manipulação de dados do banco de dados interpolando-os com os dados gráficos de *layers*. Existem diversas técnicas possíveis dependendo dos dados disponíveis. As operações de vizinhança podem ser muito úteis na produção de mapas para a área da saúde. Segundo Bernhardsen (1999), todos os sistemas de SIG (matricial ou vetorial) suportam algum tipo de operação de vizinhança. Ela varia na flexibilidade ou na sofisticação com a qual os três parâmetros básicos (local de estudo, vizinhança e função) podem ser especificados.

A análise espacial é muito útil para traduzir padrões existentes com considerações objetivas e mensuráveis. Ao coletar dados sobre a ocorrência de doenças, por exemplo, a análise espacial permite perceber se há um padrão de ocorrência em determinado território, se esta associada a alguma fonte de poluição, se há evidência de contágio e ainda se variou no tempo (CÂMARA *et. al.*, 2003).

Ainda segundo Câmara *et. al.*(2003) a ênfase da análise espacial é mensurar propriedades e relacionamentos, levando em conta a localização espacial do fenômeno em estudo de forma explícita. O autor taxonomiza os problemas de análise espacial em três tipos:

- Eventos ou padrões pontuais: fenômenos identificados por pontos localizados no espaço, denominados de processos pontuais. são exemplos localização de crimes, ocorrência de doenças e de espécies vegetais.
- Superfícies Contínuas: estimadas com base em um conjunto de amostras de campo que podem estar regularmente distribuídas. Usualmente esse tipo de dado é resultante de levantamentos geológicos, topográficos ecológicos, fitogeográficos e pedológicos.
- Áreas com Contagens e Taxas Agregadas: trata-se de dados associados a levantamentos populacionais, como censos e estatísticas de saúde que por razões de confiabilidade são usualmente delimitados por polígonos fechados.

No caso da análise de padrões de pontos, o objeto de interesse é a própria localização espacial dos eventos em estudo, também pode ser utilizado para estabelecer o relacionamento de ocorrência com características do indivíduo, incorporando a possibilidade de haver algum fator ambiental, do qual não se dispõe de dados (CÂMARA *et. al.*, 2003).

A análise espacial depende em grande parte do especialista em SIG, para que a saída dos dados seja de real qualidade. A saída da informação a partir das análises e procedimentos anteriormente realizados tem por função gerar os mapas. Dentre suas classificações os mapas temáticos são os amplamente utilizados para representação da realidade em saúde. Segundo a *International Cartographic Association*, a definição de mapa temático é um mapa projetado para demonstrar elementos ou conceitos particulares. No uso convencional, esse termo exclui mapas planialtimétricos (DENT, 1985).

Os mapas temáticos podem ser classificados em mapa temático quantitativo ou qualitativo. Um mapa temático apresenta um tema gráfico acerca de um objetivo e pode pertencer ao grupo qualitativo ou quantitativo (MIRANDA, 2005). Um mapa temático qualitativo tem por objetivo mostrar a distribuição espacial de dados

nominais, enquanto que os temáticos quantitativos mostram a distribuição espacial de dados numéricos.

A visualização de um mapa deve ser de fácil entendimento. Ao passar uma informação a preocupação da facilidade de comunicação é essencial. Se a visualização ficar de difícil entendimento existe falha no objetivo maior da análise (Miranda, 2005). A visualização do mapa temático envolve a seleção e colocação de objetos gráficos e símbolos apropriados para mostrar explicitamente elementos importantes resultantes das análises espaciais realizadas no SIG e as relações espaciais do objeto de estudo.

O desenho de um mapa não pode ser um ato automático. Ele envolve pensar, selecionar, processar e generalizar a saída propositalmente e com premeditação, usando símbolos apropriados para mostrá-los de uma maneira que os usuários possam entender facilmente (DEMERS, 1997). Para tal propósito, é importante que os usuários de SIG possuam conhecimento de cartografia e seus aspectos de comunicação.

Os SIG tem muito a contribuir com o planejamento em saúde, pois facilita o gerenciamento do território, através da perspectiva de visualização que apresenta aos gestores. Esta ferramenta ao ser utilizada por profissionais capacitados gera produtos de alta qualidade favorecendo a tomada de decisões assertivas em todos os níveis da gestão pública, incluindo a saúde, constitucionalmente garantida ao povo brasileiro.

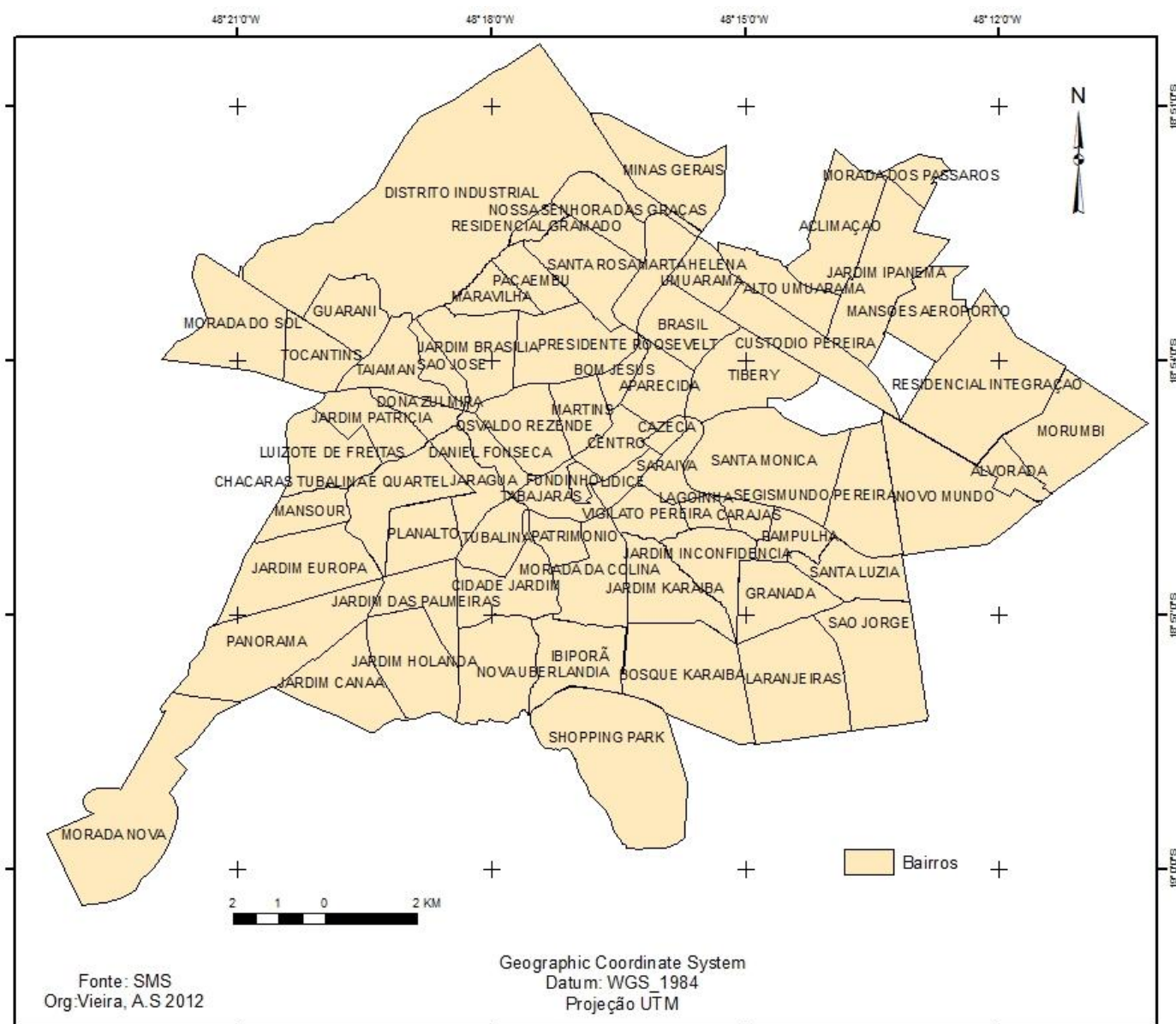
Neste trabalho o SIG foi utilizado em vários momentos, na produção da base cartográfica, das análises estatísticas e ainda na criação dos mapas temáticos. O SIG utilizado foi o *Arcinfo Spatial Analyst*, através de sua ferramenta *ArcGis*, na versão 9.2, e tendo como referências o *Geografic Coordinate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

Em primeiro momento foi confeccionada a base cartográfica utilizando um mapa georreferenciado do município disponibilizado no *site* da prefeitura municipal de Uberlândia, o qual foi digitalizado e importado para correção geométrica, o registro foi feito utilizando-se pontos de controle extraídos do mapa municipal supracitado. A fim de gerenciar e organizar os dados com mais eficiência, foi criado

um arquivo de *geodatabase* contendo *feature dataset* e respectivos *features class*. Os planos de informação (*features class*), bem como o projeto no ArcMap, foram configurados para sistema projetado UTM, então, foi elaborado o plano de informação (*layer*) dos bairros, permitindo a confecção da base cartográfica, por meio da vetorização dos limites dos bairros do mapa municipal, utilizando sempre a ferramenta *snapping* do Editor.

Com a base cartográfica pronta (Figura 5), iniciou-se a criação dos pontos foi utilizada a extensão *Hawths Tools*, no menu *Sampling Tools* e no sub_menu *Generate Random Points*.

Figura 5 - Base cartográfica da Cidade de Uberlândia.



Optou-se por criar pontos espacialmente aleatórios dentro do bairro, já que este é o território de estudo do projeto. Os pontos aleatórios eram na quantidade exata de ocorrência de gravidez no referido bairro. Foi criado um campo identificador (ID) no banco de dados para possibilitar a união dos pontos criados no SIG com o banco de dados coletado na SMS e salvo em formato Dbase4. Com os pontos ligados aos dados procedeu-se ao tratamento estatístico e de classificação dos dados computando as ocorrências dos fenômenos ligados a gravidez.

Ao interseccionar a espacialização dos casos de nascidos vivos e óbitos infantis com os polígonos dos bairros originou-se 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.

As tabelas de frequência foram divididas pelo número de população de cada bairro gerando as taxas para cada tema. As taxas foram agrupadas em classes, sendo que, as classes foram nomeadas de 1 a 5. Estes *bufers* 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.

2.4 Aplicação e análise dos questionários.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Barros *et. al*, (2003), afirmam que determinados objetos e problemas de pesquisa, dado seu caráter contextual, complexo e multicausal, podem ser menos controlados e necessitam de métodos e técnicas diferenciadas de investigação. Minayo e Minayo, (2001) consideram que os estudos na área da saúde devem usar as metodologias qualitativas para captar o "significado e a intencionalidade" inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais.

Os pesquisadores qualitativistas ocupam-se com os processos, ou seja, querem saber como os fenômenos ocorrem naturalmente e como são as relações estabelecidas entre esses fenômenos. A curiosidade e o empenho do pesquisador estão voltados para o processo, definido como ato de proceder do objeto, quais são seus estados e mudanças e, sobretudo, qual é a maneira pela qual o objeto opera (Turato, 2003).

Na abordagem qualitativa de pesquisa, as amostras são propositais (purposeful sampling), já que se busca apreender e entender certos casos selecionados sem necessidade de generalização para todos os casos possíveis (MARTINS e BÓGUS, 2004).

Conforme Minayo (1994), alguns cuidados devem ser tomados com o processo de amostragem, com a finalidade de refletir a totalidade em suas múltiplas dimensões:

- privilegiar os sujeitos que detêm as informações e experiências que o pesquisador deseja conhecer;
- considerar um número suficiente para a reincidência das informações;
- escolher um conjunto de informantes que possibilite a apreensão de semelhanças e diferenças (Minayo, 1994).

Minayo (1999), ao discutir sobre a questão da amostragem na pesquisa qualitativa, afirma que nesta há uma preocupação menor com a generalização. Na verdade há a necessidade de um maior aprofundamento e abrangência da compreensão. Então, para esta abordagem, o critério fundamental não é o quantitativo, mas sua possibilidade de incursão. Ou seja, é essencial que o pesquisador seja capaz de compreender o objeto de estudo.

Para tanto esta pesquisa analisou 80 casos durante o ano de 2010, último ano da pesquisa, o que corresponde a 10% dos 8013 casos de gravidez na adolescência ocorridos em Uberlândia. A pesquisa foi realizada no Hospital de Clínicas de Uberlândia de forma independente, portanto, através de contatos informais, lembrando que o sigilo é uma premissa ética entre pesquisador e informante, sendo mantido em todos os casos, logo, foi omitido do questionário o nome do pesquisado.

Os questionários foram individuais e privativos, com roteiro previamente elaborado, conforme o tema de investigação. Os itens investigados pelo questionário compunham temas relacionados ao contexto sócio-familiar, religião, trajetória escolar, profissional, afetivo-sexual, gravidez e seus impactos na família e no relacionamento com parceiro, além das repercussões da parentalidade na juventude. O modelo do questionário está nos anexos para a apreciação.

Para análise dos dados qualitativos foram utilizadas técnicas e ponderações estatísticas, à luz do referencial teórico-conceitual, procurando observar o objeto de estudo nas diversas ópticas possíveis.

3. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: TERRITORIALIDADE DOS CONDICIONANTES À LUZ DO GEOPROCESSAMENTO.

Ao admitir a adolescência como uma fase da vivenciada transformações fisiológicas, psicológicas, afetivas e sociais, cunhadas num determinado contexto cultural onde o desenvolvimento é suscetível a influências externas, o estudo da G.A. faz se imprescindível no contexto que a gestação na adolescência irá trazer consequências a todo o processo de desenvolvimento da adolescente. O território visto antes de tudo como o espaço concreto em que se produzem ou se fixam os processos sociais, abordando aspectos humanos, culturais e os meios de produção, torna possível a análise espacial que tem no geoprocessamento uma importante ferramenta.

3.1 Gravidez na Adolescência

Para compreender a gestação na adolescência é importante expor o conceito de adolescência adotado. O processo da adolescência deve ser reconhecido a partir da sua historicidade. Segundo Outeiral (2008), o termo é derivado do latim *adolescere*, que significa “crescer”, é um conceito relativamente novo, com pouco mais de cem anos e é compreendido de maneira geral em nossa sociedade, como o momento de transição entre a infância e a vida adulta.

Aries (1981) pondera que a adolescência passa a receber maior atenção na segunda metade do século XX, uma vez que se trata de um tema que aparece fortemente associado ao desenvolvimento do processo de industrialização capitalista e às mudanças culturais enfrentadas pelos países do Ocidente após a Primeira Guerra Mundial. A contestação de valores trazida no período pós-guerra e a necessidade de uma maior capacitação técnica para o trabalho levaram à ampliação da escolarização, retardando a incorporação dos adolescentes ao trabalho e favorecendo o aparecimento de uma cultura própria dessa fase da vida.

Segundo Yazlle (2006), a adolescência corresponde ao período da vida entre os 10 e 19 anos, no qual ocorrem profundas mudanças caracterizadas,

principalmente, por crescimento rápido, surgimento das características sexuais secundárias, conscientização da sexualidade, estruturação da personalidade, adaptação ambiental e integração social.

Por outro lado, a Organização Mundial da Saúde (OMS), que antes considerava como período da adolescência a faixa etária entre 10 e 19 anos, mais recentemente concebe como jovens as pessoas na ampla faixa de 10 a 24 anos, mas recomenda, para efeitos práticos de análise e de proposição de ações, uma divisão dessa categoria em três subgrupos: pré-adolescentes: 10-14 anos, adolescentes: 15-19 anos, jovens: 20-24 anos (OMS, 1997). A legislação brasileira, no artigo 228 da Constituição de 1988 e no Estatuto da Criança e do Adolescente, focados nas definições sobre maioridade, idade penal, direitos sociais, proteção e condutas frente às infrações, considera adolescentes as pessoas de 12 e 18 anos. O Ministério da Saúde utiliza a definição da OMS (BRASIL, 2006a), que será utilizada neste trabalho. Portanto, como categoria identitária, a adolescência alude apenas a formas particulares de subjetivação que estão em permanente mudança, de modo que é impossível defini-la como entidade estática e acabada (TRAVERSO-YEPEZ e PINHEIRO, 2002).

A Lei Nº 8.069, de 13 de Julho de 1990, que é o Estatuto da Criança e do Adolescente, sanciona que os adolescentes gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (BRASIL, 1990). Ainda segundo o estatuto, o adolescente tem direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

O olhar da sociologia dirige-se aos processos de socialização do adolescente: aprendizado das normas e padrões de condutas sociais e absorção de valores. Os processos e as organizações de socialização (família, escola, grupo de pares, mídia, local de trabalho, associações comunitárias) são os responsáveis pelo aprendizado e absorção das normas e valores que compõem a cultura da sociedade (GIDDENS, 1989). O comportamento e o desenvolvimento dos adolescentes são determinados pela sua história de vida, de acordo com sua inserção socioeconômica e seu

desenvolvimento psicológico particular, num dado contexto histórico e cultural (SOARES, 1997).

Castro e Abramovay (2005) concordam que os conceitos de adolescência e juventude são, em princípio, provisórios. Os limites etários são conceitos demográficos com aportes da psicologia, da antropologia e da sociologia, mas o que proporcionará uma maior compreensão da multiplicidade do real são o aprofundamento da análise e a compreensão sobre significados, construções simbólicas, relações sociais estabelecidas pelos jovens, identidades elaboradas com base em gênero, classe social, raça e etnia, entre outras referências. Ainda segundo os autores:

A adolescência se caracteriza pela negação - não ser criança ou não ser adulto e, em nossa sociedade, significa uma transição gradual da total dependência e heteronímia para uma independência e autonomia relativas, o que demanda proteção e tutela. Por sua vez, o conceito de fase adulta implica na capacidade de exercer as dimensões de: produção - sustentar a si e a outros; reprodução - gerar e cuidar dos filhos; e participação nas decisões, deveres e direitos que regulam a sociedade. Nessa concepção, a singularidade da adolescência seria a busca de autonomia, marcada tanto por uma atitude de experimentação, quanto pela construção de elementos da identidade-pessoal e coletiva (Castro e Abramovay, 2005)

A adolescência, segundo ABERASTURY e KNOBEL (1981), não pode ser estudada de forma fragmentada, ou seja, apenas no âmbito social ou apenas biológico. Ela é um fenômeno que deve ser compreendido de forma abrangente, considerando os campos social, biológico, histórico e sócio-cultural. Os mesmos autores destacam o fato de que um grande marco dessa fase da vida é o não reconhecimento da sexualidade do adolescente, por parte da sociedade, como se a sexualidade fosse despertada apenas quando se atinge a maioridade.

De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2011), para que esse direito seja garantido é fundamental superar as desigualdades, reduzir vulnerabilidades que limitam o desenvolvimento de uma adolescência plena e a construção de um novo olhar sobre a adolescência que compreenda, sem estigmas e estereótipos, que ser adolescente é mais do que um processo biológico e psíquico.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010a), o Brasil possui 21 milhões de cidadãos com idades entre 12 e 17 anos, concentrando-se 9% na região Norte, 7% na região Centro-Oeste, 14% na região Sul, 38% na região Sudeste e 31% na região Nordeste, sendo que a divisão por gênero identificou 10.367.477 do sexo feminino e 10.716.158 do sexo masculino. Ainda segundo o IBGE, a faixa etária compreendida entre 10 e 24 anos representa 29% da população mundial, sendo que 80% vivem em países em desenvolvimento, como o Brasil (BRASIL, 2010a). Os adolescentes e jovens correspondem a 30,33% da população brasileira, ou seja, 1/3 da população total, o que faz com que o país tenha uma população relativamente jovem (IBGE, 2010a).

O número de adolescentes brasileiros de 12 a 17 anos de idade que vivem em famílias com renda inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo per capita é 7,9 milhões. Isso significa que 38% dos adolescentes brasileiros estão em condição de pobreza. Praticamente um em cada três adolescentes brasileiros pertence ao quintil mais pobre da população brasileira, ou seja, os 20% mais pobres do País: 28,9% dos garotos e garotas entre 15 e 17 anos estão nesse grupo de renda (UNICEF, 2011).

Ainda segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2011), vivem atualmente no Brasil 3,7 milhões de adolescentes com idades entre 12 e 17 anos (17,6% dos adolescentes do País) em famílias extremamente pobres, ou seja, que sobrevivem com até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo por mês, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2009.

No Brasil, em 2009, do total de adolescentes de 15 a 17 anos, 85,2% estavam matriculados na escola. Porém, apenas pouco mais da metade deles (50,9%) estava no nível adequado para a sua idade: o ensino médio. Os demais ainda cursavam o ensino fundamental. Além disso, 1,4 milhão de meninos e meninas dessa faixa etária já haviam abandonado os estudos e estavam fora das salas de aula em 2009. Em 2004 a média de anos de estudo ficou em 6,9 e obteve um tênue crescimento chegando a 7,3 em 2009 (IBGE, 2010a).

É na adolescência que a exploração do trabalho incide mais gravemente. Dos 4,3 milhões de brasileiros com idades entre 5 e 17 anos que exercem algum tipo de atividade laboral, 77% – ou 3,3 milhões – são adolescentes de 14 a 17 anos de idade (IBGE, 2010a). A legislação brasileira proíbe o trabalho formal até os 16 anos,

exceto como aprendiz a partir dos 14 anos. O Censo 2010, do IBGE, revela ainda que outros 661 mil lares são chefiados por adolescentes com idades entre 15 e 19 anos (IBGE, 2010a).

A exploração do trabalho adolescente é uma vulnerabilidade, porque o trabalho quase sempre interfere na educação, além de submetê-los a riscos físicos e psicológicos, como acidentes, exposição a substâncias tóxicas e movimentos repetitivos que comprometem a saúde desses adolescentes, ainda em fase de desenvolvimento (UNICEF, 2011).

Com relação à saúde na adolescência, o perfil de morbidade muda em relação à infância. Agora não são mais as doenças prevalentes na infância que vão caracterizar o perfil, mas um conjunto de doenças e agravos decorrentes, sobretudo, do comportamento sexual, do uso ou não de drogas e do convívio social, os quais compõem o estilo de vida de cada adolescente (MONTEIRO, *et. al.* 2005).

Pode-se inferir que o comportamento sexual dos adolescentes sofre influência direta da família, da sociedade, de valores tradicionais e conservadores, assim como da estrutura econômica e social na qual estão inseridos. Nesse sentido, o adolescente é um ser em processo de transição, tanto biológica como psicossocial, vivenciando um estilo de vida que necessita de supervisão direto-indireta de todos os atores sociais envolvidos nesse processo: pais, educadores, profissionais de saúde, organismos sociais e governamentais e a sociedade em geral (MONTEIRO, *et. al.* 2005).

Os acidentes e homicídios, sobretudo aqueles relacionados ao tráfico de drogas e uso abusivo de álcool e as intercorrências da gravidez e maternidade são as principais causas de internação desse grupo populacional no SUS (BRASIL, 2005a). Em 2008, a gravidez na adolescência foi a causa de 66,1% das internações de adolescentes do sexo feminino na rede do SUS (DATASUS, 2008).

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).

No Brasil, a taxa de adolescentes entre 12 e 17 anos que já tiveram filhos, em 2004, era de 3,1%. Apesar de apresentar queda nos últimos anos, em 2009 2,8% das adolescentes já tinham filhos, segundo dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (Sinasc), do Ministério da Saúde. Isso significa um contingente de nada menos do que 290 mil adolescentes (UNICEF, 2011).

Gama *et al.* (2002) afirmam que o aumento da fecundidade entre as adolescentes nesse período deve-se às mudanças ocorridas nos processos de construção das adolescências verificados após a década de 1960, com o movimento de liberação sexual, culminando com o início das relações sexuais cada vez mais precoces. Contudo, segundo os autores, a abordagem sobre a sexualidade no contexto familiar e escolar não acompanhou esse movimento de liberação sexual.

Concordando com Gama *et al.* (2002), Brandão e Heilborn (2006) afirmam que as alterações no padrão de fecundidade feminina brasileira e as redefinições na posição social da mulher geraram novas expectativas para as jovens, no tocante à escolarização e profissionalização. O fato da maioria destes nascimentos ocorrer fora de uma relação conjugal estável trouxe preocupação para o Estado com os investimentos requeridos por estes nascimentos. Para o Ministério da Saúde,

A gravidez na adolescência aparece como fenômeno incompatível com o modelo vigente na sociedade ocidental – competitivo, consumista, em processo de empobrecimento, com estreito mercado de trabalho – e, ao mesmo tempo, exigente de melhores condições de vida para a população como um todo (BRASIL, 2000).

Desde o século XXI, dados do Ministério da Saúde apontam uma redução nas taxas de gestação na adolescência. Tal redução deve-se ao aumento do grau de escolaridade e à ampliação do mercado de trabalho para as mulheres, além das campanhas em relação ao uso de preservativo, da disseminação da informação e do maior acesso dos métodos anticoncepcionais (BRASIL, 2010a).

Sabroza *et al.*, (2004) salienta que a velocidade de redução da fecundidade entre as adolescentes é menor do que entre as adultas jovens e, principalmente, acontece de forma desigual de acordo com o desenvolvimento social do território.

O censo de 2010 mostrou que a fecundidade continuou caindo em todos os grupos etários, inclusive entre as adolescentes. A taxa era de 74,8 nascimentos para cada mil adolescentes (15-19) em 1991, subiu para 89,5 por mil em 2000 e caiu para 67,2 por mil em 2010 (IBGE, 2010a). Mesmo assim, as taxas brasileiras são altas quando comparadas 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 59 mil na África do Sul. Portanto, a gravidez na adolescência no Brasil é maior do que em todos estes países (ALVES, 2012).

Em Uberlândia, em 2010, a população adolescente de 10 a 19 anos, era de 96.358 mil habitantes, o que representava 15,95% da população. Desses, 49,48% eram mulheres (IBGE, 2010b). No período de estudo foram registrados 24045 nascimentos. Destes, aproximadamente 15% eram filhos de mães adolescentes.

Portanto, os dados apresentados apontam urgência em ampliar a abordagem da gestação na adolescência. As leituras empreendidas demonstraram contribuições significativas dos conceitos de território e territorialização com a finalidade de facilitar a compreensão das vulnerabilidades desse fenômeno.

3.2 A vulnerabilidade social

Chambers (1989) expõe de forma sintética o conceito de vulnerabilidade, com três elementos importantes: a exposição a certos riscos, a capacidade de enfrentá-los e a potencialidade de que estes tragam consequências importantes para os afetados:

...the exposure to contingencies and stress, and the difficulty of coping with them. Vulnerability has thus two sides: an external side of risks, shocks and stress to which an individual or household is subject; and an

internal side which is defenselessness, meaning lack of means to cope without damaging loss. (Chambers, 1989).

Wisner (1998) analisa o conceito sob a perspectiva da vulnerabilidade que as pessoas/populações podem apresentar em caso de exposição a acidentes extensivos, como terremotos. O autor aponta que a vulnerabilidade e a capacidade são lados de um mesmo processo, pois a primeira está intimamente relacionada à capacidade de luta e de recuperação que o indivíduo pode apresentar. Argumenta, ainda, que o nível socioeconômico, a ocupação e a nacionalidade também se relacionam a esse processo, pois repercutem sobre o acesso à informação, aos serviços e à disponibilidade de recursos para a recuperação, os quais, por sua vez, potencializam ou diminuem a vulnerabilidade.

Dilley e Boudreau (2001) empregam o termo na área de nutrição, definindo-o como a possibilidade de sofrer danos e a capacidade para o seu enfrentamento. Palma e Mattos (2001) definem o conceito de vulnerabilidade social, relacionando-o a processos de exclusão, discriminação ou enfraquecimento dos grupos sociais e sua capacidade de reação.

Cutter (1996) sistematiza diferentes abordagens sobre vulnerabilidade. Segundo a autora, essa riqueza de enfoques ocorre em virtude da diversidade de temas abordados, dos muitos espaços estudados (países em várias situações de desenvolvimento), bem como da própria orientação epistemológica (ecologia política, ecologia humana, ciência física, análise espacial) e suas consequentes práticas metodológicas. Dessas diferenças derivaram três posturas principais (CUTTER, 1996). Uma que se foca na probabilidade de exposição (biofísica ou tecnológica) denominada de vulnerabilidade como condição preexistente; outra que se ocupa da probabilidade de consequências adversas (vulnerabilidade social) designada como *tempered response* (vulnerabilidade com resposta controlada); e uma última, que combina as duas anteriores, nomeada como *hazard of place* (vulnerabilidade como perigo do lugar).

Na vulnerabilidade como condição preexistente, Cutter (1996) afirma que os estudos se caracterizam por focar a distribuição da condição perigosa, a ocupação humana em zonas perigosas (áreas costeiras, zonas sísmicas, planícies inundáveis) e o grau de perdas (de vida e propriedade) associado com a ocorrência de um

evento particular (inundação, furacão, terremoto). O segundo grupo de estudos sobre vulnerabilidade, afirma Cutter, está ocupado com as respostas da sociedade, incluindo a resistência e resiliência social para com os perigos. “The nature of the hazardous event or condition is usually taken as a given, or at the very minimum viewed as a social construct not a biophysical condition” (Cutter, 1996). Por fim, Cutter destaca a vulnerabilidade como perigo do território em uma perspectiva mais conjuntiva que é, na avaliação da autora, a mais geograficamente centrada. Em tal perspectiva,

[...] vulnerability is conceived as both a biophysical risk as well as a social response, but within a specific area or geographic domain. This can be geographic space, where vulnerable people and places are located, or social space, who in those places are most vulnerable. (Cutter, 1996)

O conceito de vulnerabilidade tem sua origem na área dos Direitos Humanos, designando originariamente: grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seu direito à cidadania. A ineficiência do modelo biomédico no enfrentamento da pandemia da AIDS levou pesquisadores e profissionais de saúde a repensarem o conceito de risco e avançarem nas discussões sobre a vulnerabilidade (TOLEDO, 2008). O marco do novo conceito é a publicação nos Estados Unidos, em 1992, do livro *Aids in the World*, por Mann e Tarantola, parcialmente reeditado no Brasil em 1993. O novo conceito surge das aproximações entre o ativismo diante da epidemia de AIDS e o movimento dos Direitos Humanos, especialmente nos países da América do Norte (AYRES *et al.*, 2003b).

Desde que existe a epidemia de AIDS, diversas foram as construções explicativas elaboradas pela sociedade e a ciência na tentativa de compreendê-la. O conceito de “vulnerabilidade social” é uma das construções mais recentes. Segundo Mann & Tarantola (1996), são três, basicamente, os modelos explicativos construídos até o momento: a ideia de “grupos de risco” (entre 1981 e 1984), a ideia de “comportamento de risco” (entre 1985 e 1988) e a noção de “vulnerabilidade” (desde 1989 até hoje). Ainda segundo os autores:

A ideia de “grupos de risco” parte de um conceito epidemiológico que percebe a doença como restrita a grupos que, normalmente, apresentam atributos visíveis de identificação, como por exemplo,

características corporais ou de comportamento. A categorização em “comportamento de risco” também foi insuficiente, embora acrescente a possibilidade de mostrar que a infecção atinge também indivíduos que estão “fora” dos grupos de risco tradicionais e introduz a ideia nova de que a AIDS é uma doença democrática, que alcança todos os que adotem comportamentos de risco. Entretanto, também apresenta limites, pois é respaldada por uma ótica individualista e culpabilizante (a “culpa” é da pessoa que teve um “comportamento de risco”) e desconsidera que alguns sujeitos podem ser mais vulneráveis que outros. Procurando romper com a concepção da epidemia enraizada em comportamentos individuais como é a concepção de “grupos e comportamentos de risco”, passou-se a uma análise da epidemia dentro de uma configuração social e coletiva, utilizando o conceito de “vulnerabilidade”. Sem negar que todo ser humano é suscetível de infecção por HIV ou que a transmissão aconteça mediante comportamentos de indivíduos específicos, o conceito de vulnerabilidade traz consigo um novo paradigma que deixa de individualizar a origem da epidemia e a coloca num cenário concreto, definido pelos diferentes fatores sociais que aumentam a fragilidade de alguns indivíduos e grupos (MANN e TARANTOLA, 1996).

O conceito de vulnerabilidade representa uma tentativa de analisar a epidemia, integrando fatores de ordem individual (relacionados à subjetividade e autoestima de cada um), social (ligados às raízes socioculturais e políticoeconômicas) e programática (relacionada com a infra-estrutura de saúde pública que contemple a promoção, a prevenção, a proteção e a assistência à saúde em cada situação) (SUDBRACK, 2004).

Toledo (2008) realizou uma revisão do conceito de vulnerabilidade e deparou, nas bases de dados relacionadas às ciências da saúde, com a seguinte definição:

[...] grau de susceptibilidade ou de risco a que está exposta uma população de sofrer danos por um desastre natural; relação existente entre a intensidade do dano resultante e a magnitude de uma ameaça, evento adverso ou acidente e; probabilidade de uma determinada comunidade ou área geográfica ser afetada por uma ameaça ou risco potencial de desastre, estabelecida a partir de estudos técnicos (TOLEDO, 2008).

Um dos consensos sobre o conceito de vulnerabilidade social é de que o mesmo apresenta um caráter multifacetado, abrangendo várias dimensões, a partir das quais é possível identificar situações de vulnerabilidade dos indivíduos, famílias

ou comunidades. Tais dimensões dizem respeito a elementos ligados tanto às características próprias dos indivíduos ou famílias, como seus bens e características sócio-demográficas, quanto àquelas relativas ao meio social onde esses estão inseridos. O que se percebe é que, para os estudiosos que lidam com o tema, existe um caráter essencial da vulnerabilidade, ou seja, referir-se a um atributo relativo à capacidade de resposta frente a situações de risco ou constrangimentos (CUNHA, *et. al.*, 2004).

Segundo Palma e Mattos (2001) a vulnerabilidade cresce, em todo o mundo, quando ocorrem uma ou mais das seguintes situações: aumento da falta de informações precisas, relevantes e abrangentes; não preocupação ou desinteresse do indivíduo, de modo suficiente, com relação ao perigo; e inacessibilidade do indivíduo aos serviços necessários, suprimentos ou equipamentos, associada à falta de confiança para sustentar ou implementar mudanças comportamentais.

De acordo com Busso (2001) o enfoque da vulnerabilidade tem como potencialidade contribuir para identificar indivíduos, grupos e comunidades que, por sua menor dotação de ativos e diversificação de estratégias, estão expostos a maiores níveis de risco por alterações significativas nos planos sociais, políticos e econômicos que afetam suas condições de vida individual, familiar e comunitária. No âmbito da saúde, Ayres et al. (2003a) salienta que a vulnerabilidade não tem a pretensão de buscar estabelecer probabilidades matematicamente calculadas de adoecimento, mas almeja “expressar os potenciais de adoecimento e não-adoecimento relacionados a todo e a cada indivíduo que vive em certo conjunto de condições”.

Ainda de acordo com Cunha *et.al.* (2004), o caráter multifacetado da vulnerabilidade implica que não necessariamente se deve trabalhar com uma categoria dicotômica do tipo vulnerável versus não vulnerável. Pode-se criar uma espécie de gradiente de situações a partir do qual é possível melhor identificar as principais “debilidades” (ou conjunto delas) de cada segmento sócio-espacial da população. Kaztman et al. (1999a) sugere a seguinte classificação a partir da identificação das fontes dos ativos disponíveis para os indivíduos e/ou famílias:

- Capital Físico: envolvendo todos os meios essenciais para a busca de bem-estar. Estes poderiam ainda ser divididos em Capital físico propriamente dito

(moradia, terra, máquinas, animais, bens duráveis relevantes para a reprodução social); ou Capital Financeiro, cuja característica seria a alta liquidez e multifuncionalidade, envolvendo poupança e crédito, além de formas de seguro e proteção;

- Capital Humano: incluiria o trabalho como ativo principal e o valor agregado ao mesmo pelos investimentos em saúde e educação, os quais implicariam em maior ou menor capacidade física para o trabalho, qualificação, etc.;
- Capital Social: incluiria as redes de reciprocidade, confiança, contatos e acesso à informação. Nas palavras dos autores seria “o menos alienável de todos os capitais e cujo uso se encontra fortemente imbricado e limitado pela própria rede de relações que define esta forma de capital”.

Saegert, *et. al.* (2001) salientam o papel do capital social no combate à pobreza: “...community’s social assets can improve the health, safety, education, economic well-being, political participation, and quality of life of residents in poor communities”. As iniquidades em saúde entre indivíduos e grupos “são aquelas que, além de sistemáticas e relevantes, são evitáveis, injustas e desnecessárias” (BUSS, 2007). Assim, entendemos que a vulnerabilidade não é binária, não é unitária e não é estável, ou seja, é multidimensional e relacional, pode haver diferentes graduações de vulnerabilidade, e estas, por sua vez, estão em constante movimento (AYRES *et. al.*, 2003a).

Ayres *et al.* (2009) apresenta um modelo abrangente de análise da vulnerabilidade, buscando integrar três dimensões interdependentes, a saber:

- dimensão da vulnerabilidade individual: toma como ponto de partida os comportamentos e modo de vida das pessoas, que podem contribuir (ou não) para a vulnerabilidade.
- dimensão da vulnerabilidade social: se refere aos aspectos materiais, culturais, políticos, morais que dizem respeito à vida em sociedade, como estrutura jurídico-política, educação, trabalho, relações de gênero, relações raciais, etc.
- dimensão da vulnerabilidade programática: busca identificar o quanto os serviços de saúde, educação, assistência social, cultura, etc., estão propiciando que os contextos desfavoráveis sejam percebidos e superados por indivíduos ou grupos sociais (AYRES *et al.*, 2009).

A sinopse do modelo proposto por Ayres et al. (2009) colabora para que os elementos sociais, econômicos, culturais e políticos, antes considerados pano de fundo dos comportamentos individuais, também sejam tomados como objetos de intervenção.

Ayres et al. (1999) advogam que o conceito de vulnerabilidade incorpora, necessariamente, o contexto como lócus vulnerabilidade, de modo inseparável, à maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção da saúde das pessoas; privilegia o coletivo como unidade analítica e requer um referencial ético e filosófico que busca a interpretação crítica dos dados, trazendo implícita a intervenção.

Sánchez e Bertolozzi (2007) analisam o potencial do conceito de vulnerabilidade para a construção do conhecimento em Saúde Coletiva. A partir da teoria da determinação social do processo saúde-doença, afirmam:

Neste sentido, o modelo propõe construir políticas voltadas às necessidades dos seres humanos, trabalhar com as comunidades e realizar diagnósticos sobre as condições dos grupos sociais, de maneira participativa, assim como a redefinição dos objetos de intervenção e a análise crítica das práticas de saúde para a sua reconstrução orientada às necessidades dos indivíduos e da coletividade (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007, p.321).

Em suma, trabalhar o conceito de vulnerabilidade social teve como objetivo traçar um diagnóstico da situação, identificando a vulnerabilidade social a qual as mães adolescentes estão expostas, com o propósito de contribuir para o planejamento e implementação de ações de promoção à saúde desses adolescentes. Vale ressaltar que a promoção à saúde constitui, hoje, uma perspectiva para as ações destinadas à melhoria da qualidade de vida das populações.

A responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos. A responsabilidade governamental em disponibilizar saúde a todos de uma forma igualitária leva à necessidade de uma gestão sólida e estruturada. Quantos mais recursos forem

utilizados em prol desta necessidade, melhores podem ser os resultados. As soluções gestoras em saúde na década de 1970 iniciam discussões sobre uma nova ótica, tendo como alvo sair do biologicismo e se reorganizar através de uma visão integrada e interdisciplinar.

A I Conferência Internacional dos Cuidados Primários (ALMA-ATA, 1978) e a I Conferência Internacional da Promoção da Saúde (OTTAWA, 1986) foram norteadoras das discussões em relação às reformas necessárias à saúde, a superação do biologicismo e da medicalização no processo saúde-doença no mundo. Desde 1970 as discussões sobre a percepção de saúde vêm se aprofundando, conjecturando sobre as formas de organização e métodos para a produção de conhecimento e formação de recursos humanos. Esse processo foi desencadeado, entre outros fatores, pelos debates em torno dos resultados das conferências supracitadas.

Segundo Starfield (2004), a Conferência de Alma-ata ocorrida em 1978 inaugurou a discussão sobre a reforma dos sistemas de saúde com base na atenção primária e elegeu o direito à saúde como elemento central das políticas de saúde, o que de certa forma, foi contrário à proposta neoliberal que começava a ganhar terreno no plano político. Ainda segundo a autora, essa reforma concretizou os pilares da saúde pública contemporânea, que se manifestaram na intersectorialidade, mobilização comunitária, trabalho em equipe, acesso aos bens e serviços necessários para a produção da saúde e desospitalização da sociedade (STARFIELD, 2004).

Ottawa (1986), por sua vez, apresentou a promoção da saúde como novo foco para a análise do processo saúde-doença-cuidado e demonstrou, ao discutir a experiência canadense na reorganização dos serviços de saúde, a eminência da reestruturação dos sistemas de saúde a partir da atenção primária, com universalidade e integralidade da atenção (BUSS, 2003).

A VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 debateu e aperfeiçoou a proposta de criação de um sistema de atenção à saúde, a ser ofertado à população. A conferência ocorreu em Brasília-DF, com a participação de representantes de vários segmentos da sociedade, profissionais de saúde, políticos e instituições,

trazendo a indicação da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e de forma mais elaborada, definindo também os princípios do novo sistema.

Em 1988, a Constituição Federal (BRASIL, 1988) sistematizou juridicamente estas propostas criando o SUS. Os princípios da Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização e Participação Social foram incluídos no texto e ainda definiu a saúde como Direito de todos e dever do Estado.

Art.196. A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes características: I – descentralização com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade;

Art.200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde. II – executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de teor nutricional bem como bebidas e água para o consumo humano; VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o trabalho.

O SUS é um marco fundamental na consolidação do sistema de saúde brasileiro, na medida em que determina a cobertura universal e igualitária dos serviços de saúde a todos, para fins de promoção, proteção e recuperação da saúde. O Sistema tem como função integrar os ramos da medicina preventiva e curativa permeando os serviços públicos e privados em um sistema único com acesso universal e igualitário.

Devido às críticas dispensadas ao SUS pela baixa capacidade de inclusão das políticas de saúde na década de 1990, à péssima qualidade dos serviços prestados e às iniquidades do sistema, para reorientar a Atenção Básica - modelo

assistencial que prevê a promoção e prevenção da saúde, diferente do modelo tradicional orientado para a cura da doença e do atendimento hospitalar, o Ministério da Saúde propõe a Programa Saúde da Família (PSF).

O PSF é um componente da atenção básica definida pelo SUS como:

“A Atenção Básica à Saúde é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. Busca-se com um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).”

O PSF foi instituído em 1994 com propósito de reorganizar e antecipar a demanda por serviços de saúde, reafirmando os princípios de integralidade, hierarquização e regionalização, recomendados pelo modelo sistêmico do SUS. Para tal, o programa conta com uma equipe multiprofissional em UBS, responsável pelo acompanhamento de um número definido de famílias alocadas em um determinado território.

A responsabilidade das equipes do PSF de acompanhar a saúde da população trouxe a necessidade de ultrapassar os limites do modelo tradicional até então praticado, levando em consideração que a equipe passa a desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e a manutenção da saúde desta comunidade. É importante reconhecer a organização social existente em cada território e sua relação com o fenômeno a ser estudado (CASTELLANOS, 1997).

Um dos principais objetivos para o reconhecimento do território é realizar um diagnóstico de situação em saúde, entender as condições de vida dos seres humanos, a maneira como eles se relacionam entre si e com o meio ambiente, além de conhecer as principais causas de doenças e mortes de acordo com a faixa etária e o sexo dos indivíduos que compõem determinada unidade de análise (FONSECA, 2007).

Ao delimitar um território de análise cabe a utilização de conceitos que possam apontar o estado em que se encontra a saúde das pessoas. Já que,

gradativamente, percebe-se a impossibilidade de isolar o doente do meio onde se vive. Dentre vários conceitos de análise da gravidez na adolescência, a vulnerabilidade atende com presteza aos requisitos, gerando diversas hipóteses na tentativa de viabilizar o melhor procedimento no tratamento deste tema em determinado território.

3.3 Território e Territorialidade na saúde.

O dicionário da Língua Portuguesa define território como um terreno mais ou menos extenso. Porção da superfície terrestre pertencente a um país, estado, município, distrito, jurisdição. Porção terrestre sob a jurisdição de uma autoridade. Esta definição do dicionário aponta que o território é uma área delimitada, a qual pertence a alguém, pode ser a um indivíduo, um grupo de pessoas, uma organização, ou até mesmo ser propriedade de um animal. Para Le Berre (1995), o território pode ser definido como a porção da superfície terrestre apropriada por um grupo social, visando assegurar sua reprodução e a satisfação de suas necessidades vitais.

Haesbaert (2004) afirma que é perceptível a enorme polissemia que acompanha a sua utilização entre os diversos autores que a discutem. (...) Daí a importância de esclarecermos as principais linhas teórico-conceituais em que a expressão é ou pode ser utilizada, sem em hipótese alguma pretender impor a conceituação à problemática, mas mostrando sempre a diferenciação e transformação dos conceitos em função das questões priorizadas.

Ribeiro e Milani (2009) analisam que o território define-se múltiplo e, por isso, deve ser entendido através de um esforço interdisciplinar. Sobre as novas concepções do conceito de território, os autores afirmam que este busca, na atualidade, dar conta da complexidade da realidade:

“O conceito de território remete tanto aos aspectos formais (distribuição no espaço de materiais naturais e construídos, divisões administrativas, políticas e jurídicas), bem como os aspectos ligados ao

sentido das formas (as ideologias espaciais, representações e sistemas de valores)” (RIBEIRO e MILANI, 2009).

Desde a origem, o território nasce com uma dupla conotação, material e simbólica, pois etimologicamente aparece tão próximo de *terra-territorium* quanto de *terreo-territor* (terror, aterrorizar), ou seja, tem a ver com dominação (jurídico-política) da terra e com a inspiração do terror, do medo – especialmente para aqueles que, com esta dominação, ficam alijados da terra, ou no “territorium” são impedidos de entrar. Ao mesmo tempo, por extensão, podemos dizer que, para aqueles que têm o privilégio de usufruí-lo, o território inspira a identificação (positiva) e a efetiva “apropriação”. (HAESBAERT, 2005). Ainda para Haesbaert (2004), o território, além de designar poder político, indica também domínio, apropriação.

De acordo com Spósito (2004), o território deveria tornar-se concreto quando associado aos termos jurídico, político e econômico. No termo jurídico, o território se refere à base geográfica de um Estado, sobre a qual ele exerce sua soberania e que abrange o conjunto dos fenômenos físicos (rios, mares, solos) e dos fenômenos decorrentes das ações da sociedade (cidades, portos, estradas...). Politicamente, menciona o território e sua apreensão voltada para o indivíduo, ou seja, é o *espaço* do indivíduo, da cultura. E quanto ao econômico afirma ser o *território* elemento que condiciona as relações de produção (SPÓSITO, 2004).

[...] o rápido desenvolvimento tecnológico, permitem a disseminação de informações em frações de tempo, tornando-se significativas por romperem com a barreira da distância – elemento fundamental para a apreensão do território em sua escala individual (SPÓSITO, 2004).

Nesse sentido, as fronteiras territoriais também podem ser classificadas amplas escalas e que, de acordo com o grau tecnológico de um país ou de uma sociedade, podem ser afrouxadas ou até mesmo extintas (MORAIS, 2009).

Santos (2003) salienta que o território é a extensão usada e apropriada, mas territorialidade, no que se refere ao limite ou exclusividade, vai além do espaço humano, e nesse caso não necessita da ação do Estado. Ao tratar da territorialidade humana, há uma preocupação com o futuro, com as transformações, com as técnicas inovadas e com os meios de produção. Assim, território pode ser distinguido por períodos históricos e por diferentes técnicas utilizadas.

Em cada momento histórico, os modos de fazer são diferentes, o trabalho humano vai tornando-se cada vez mais complexo, exigindo mudanças correspondentes às inovações. Através das novas técnicas vemos a substituição de uma forma de trabalho por outra, de uma configuração territorial por outra. Por isso, o entendimento do fato geográfico depende tanto dos sistemas técnicos (SANTOS, 2006).

O período da história é que define como será organizado o território; que poderá assumir espaços particulares, diferenciados, dependendo da sociedade, da época e das técnicas utilizadas por esses indivíduos; a tecnologia se distribui de forma diferenciada e em diversas escalas pelos territórios (SANTOS e SILVEIRA, 2008). As desigualdades socioespaciais manifestam concretamente a funcionalização e o conteúdo técnico que permitem ao território ser objeto da análise social. Afinal, a valoração e a significação do território dependem do uso diferenciado que os agentes (sociais, políticos e econômicos) fazem dele (SANTOS e SILVEIRA, 2001).

Segundo Haesbaert (2006), território é visto antes de tudo como o espaço concreto em que se produzem ou se fixam os processos sociais, abordando aspectos humanos, culturais e os meios de produção, analisando o território por meio de diferentes combinações que podem ser funcionais e simbólicas (jurídico-política, cultural e econômica).

Na abordagem jurídico-política, o território é visto como um espaço delimitado, onde se exerce o poder, destacando-se: político-cultural, político-militar e político econômico.

[...] Ao controle físico ou a dominação 'objetiva' do espaço uma dominação simbólica, mais subjetiva, implica discutir o território enquanto espaço simultaneamente dominado e apropriado, ou seja, sobre o qual se constrói não apenas um controle físico, mas também laços de identidade social (HAESBAERT, 2006).

Já no enfoque cultural, o território é percebido como um produto de apropriação pela sociedade num espaço limitado, priorizando dimensões simbólicas e na abordagem econômica, além de exercer domínio sobre o território, fica evidente também a apropriação pelas diferentes classes sociais nas variadas escalas.

[...] o território é o produto de uma relação desigual de forças, envolvendo o domínio ou controle político-econômico do espaço e sua apropriação simbólica, ora conjugados e mutuamente reforçados. Esta relação varia muito, por exemplo, conforme as classes sociais, os grupos culturais e as escalas geográficas que estivermos analisando (HAESBAERT, 2006).

Saquet vê a importância da ligação entre estas três vertentes destacadas por Haesbaert, e salienta:

[...] as forças econômicas, políticas e culturais, reciprocamente relacionadas, efetivam um território, um processo social, no (e com o) espaço geográfico, centrado e emanado na e da territorialidade cotidiana dos indivíduos, em diferentes centralidades/temporalidades/territorialidades. A apropriação é econômica, política e cultural, formando territórios heterogêneos e sobrepostos fundados nas contradições sociais. (SAQUET, 2003)

O território está em constante movimento. A mobilidade territorial envolve o permanente processo de territorialização (organização), desterritorialização (desorganização) e reterritorialização (reorganização) (HAESBAERT, 2006). O conceito de territorialização-desterritorialização-reterritorialização (T-D-R) foi determinado por Raffestin, propondo definir a territorialidade como conjunto de relações que se desenvolve no espaço-tempo dos grupos sociais (HAESBAERT, 1997).

Lobato Corrêa corrobora dizendo que o território tem o significado de pertencimento – a terra pertence a alguém – não necessariamente como propriedade, mas devido ao caráter de apropriação, assim como a desterritorialidade é entendida como “perda do território apropriado e vivido em razão de diferentes processos derivados de contradições capazes de desfazerem o território”, e a reterritorialidade como a “criação de novos territórios, seja através da reconstrução parcial, *in situ*, de velhos territórios, seja por meio da recriação parcial, em outros lugares, de um território novo que contém, entretanto, parcela das características do velho território” (CORRÊA, in: SANTOS 1996).

Para Saquet (2007), os processos de (T-D-R) “são simultâneos e podem ocorrer no mesmo lugar ou entre diferentes lugares, no mesmo momento ou em

distintos momentos e período históricos, de acordo com cada situação, cada relação espaço-temporal". As "constantes transformações" sofridas pelo(s) território(s) permitem observar modificações espaços-temporais e observar o(s) processo(s) desreterritorializante(s) pelo(s) qual(is) passou(passaram) e/ou passa(m) o(s) território(s).

Ainda para Haesbaert (2002), o conceito de território sob a visão da tríade (T-D-R):

Dependendo da ênfase a um ou outro de seus aspectos, uma desterritorialização baseada numa leitura econômica (deslocalização), cartográfica (superação das distâncias), "técnico-informacional" (desmaterialização das conexões), política (superação das fronteiras políticas) e cultural (desenraizamento simbólico-cultural). Na verdade, parece claro, são processos concomitantes: a economia se multilocaliza, tentando superar o entrave distância, na medida em que se difundem conexões instantâneas que relativizam o controle físico das fronteiras políticas, promovendo, assim, um certo desenraizamento das pessoas em relação aos seus espaços imediatos de vida. Mas o que se vê, na realidade, são relações muito complexas. [...] A desterritorialização que ocorre numa escala geográfica geralmente implica uma reterritorialização em outra [...] (HAESBAERT, 2002).

Em resposta à tríade, Haesbaert (2005), propõe o conceito de multiterritorialidade² que, segundo o autor, aparece como uma resposta a esse processo identificado como "desterritorialização" mais do que a perda ou o desaparecimento dos territórios. A multiterritorialidade propõe discutir a complexidade dos processos de (re)territorialização, construindo territórios muito mais múltiplos ou, de forma mais adequada, tornando muito mais complexa a multiterritorialidade. Geograficamente falando, não há desterritorialização sem reterritorialização pelo simples fato de que o homem é um "animal territorial" (ou

² Consultar bibliografia pertinente:

HAESBAERT, R 2001a. Da desterritorialização à multiterritorialidade. *Anais do IX Encontro Nacional da ANPUR*. Vol. 3. Rio de Janeiro: ANPUR.

HAESBAERT, R 2001b. Le mythe de la déterritorialisation. *Géographies et Cultures* n. 40. Paris: L'Harmattan.

HAESBAERT, R 2002a. A multiterritorialidade do mundo e o exemplo da Al Qaeda. *Terra Livre* n. 7. São Paulo: Associação dos Geógrafos Brasileiros.

HAESBAERT, R 2002b. Fim dos territórios ou novas territorialidades? In: Lopes, L. e Bastos, L. (org.) *Identidades: recortes multi e interdisciplinares*. Campinas: Mercado de Letras.

HAESBAERT, R 2004. *O mito da desterritorialização: do "fim dos territórios" à multiterritorialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

"territorializador"). O que existe, de fato, é um movimento complexo de territorialização, que inclui a vivência concomitante de diversos territórios, configurando uma multiterritorialidade, ou mesmo a construção de uma territorialização no e pelo movimento (HAESBAERT, 2004).

Ao tomar em consideração concepções de território e de territórios múltiplos, afirma-se que de contínuo vivemos uma multiterritorialidade:

(...) a existência do que estamos denominando multiterritorialidade, pelo menos no sentido de experimentar vários territórios ao mesmo tempo e de, a partir daí, formular uma territorialização efetivamente múltipla, não é exatamente uma novidade, pelo simples fato de que, se o processo de territorialização parte do nível individual ou de pequenos grupos, toda relação social implica uma interação territorial, um entrecruzamento de diferentes territórios. Em certo sentido, teríamos vivido sempre uma "multiterritorialidade". (HAESBAERT, 2004).

Ainda sobre o conceito de território, Becker (2005), salienta que é um "campo de forças" constituído pelo conjunto de relações de poder que, delimitadas no (e pelo) espaço, opera sobre um substrato referencial, uma teia ou rede de relações sociais que, mediadas e projetadas em um determinado espaço, produzem identidades ao controlar, distinguir, separar e classificar os indivíduos e os grupos sociais. Sendo, simultaneamente, trunfo e campo de ação dos trunfos, o território é um instrumento do poder a serviço dos processos padronizadores (SOUZA, 1995) e também "um produto usado, vivido e utilizado como meio para a prática social".

Assim, a partir da importância do urbano como pólo de planejamento de saúde para compreender as políticas públicas ligadas ao setor se faz necessário realizar uma reflexão sobre o direito que os cidadãos têm à cidade e ao que ela disponibiliza. O urbano, nas suas múltiplas dimensões (ambiental, social e econômico) e as práticas de planejamento podem afetar positiva ou negativamente o bem-estar e a saúde das populações (BARTON, H.; TSOUROU, C. 2000).

O impacto à saúde decorrente dos processos produtivos, principalmente nas cidades, se apresenta de forma variada e complexa. Os processos produtivos e os padrões de consumo, compreendidos como geradores da organização social, são ainda produtores de pressão sobre o ambiente e podem representar frutos ou

causas das desigualdades e de iniquidades, tanto relacionadas ao acesso aos serviços de saúde como à distribuição de riscos.

Para Fonseca (2007), o território é sempre um campo de atuação, de expressão do poder público, privado, governamental e, sobretudo populacional. Sendo assim, cada território vai conter uma população de diferentes formas e conteúdos, uma área delimitada e, sobretudo, uma instância de poder. Tendo a cidade como território de planejamento, a área, a população e as demandas sociais podem ser melhor exploradas pelas políticas públicas.

Desta forma, território, em qualquer acepção, tem a ver com poder, mas não apenas ao tradicional “poder político”. Ele diz respeito tanto ao poder no sentido mais concreto, de dominação, quanto ao poder no sentido mais simbólico, de apropriação. Lefebvre (1991) distingue apropriação de dominação (“posse”, “propriedade”), o primeiro sendo um processo muito mais simbólico, carregado das marcas do “vivido”, do valor de uso e o segundo mais concreto, funcional e vinculado ao valor de troca.

O território que se afirma como cidade vê-se em contrapartida com o que diz Lefebvre (1991), o direito à cidade se afirma como um apelo, como uma exigência. Se o cidadão não tem acesso à saúde pública, ele passa a exigir que seu direito seja respeitado pelo poder público.

Logo, a cidade como núcleo do processo de planejamento tem possibilidades de melhor atender às demandas de saúde de suas populações, comparado à gestão estadual ou federal. Nessa perspectiva, a categoria território é uma alternativa metodológica para estabelecer uma aproximação entre condições de vida e atenção à saúde (PAIM, 1997). Portanto, políticas públicas devem oferecer instrumentos de ação governamental que incorporem sistematicamente o conhecimento, técnicas e recursos na promoção de um desenvolvimento, não apenas quantitativo, mas acima de tudo qualitativo para a sociedade (SABROZA *et al.*, 1992).

A delimitação do território serve, também, para organizar as práticas de trabalho de promoção e atenção à saúde, ao atuar sobre esse território e, ao mesmo tempo, reconhecer que ele tem um conteúdo social, político e ambiental, possuindo uma população submetida às consequências dos processos de produção e consumo

sobre a sua saúde. Mais uma vez, o território mostra sua importância no planejamento da promoção à saúde e no combate à vulnerabilidade social.

4. UBERLÂNDIA: DINÂMICA REPRODUTIVA E DISPARIDADES INTRA-URBANAS.

A cidade de Uberlândia, assim como, o país vem sofrendo quedas na taxa de fecundidade, porém ainda são altas quando comparadas mundialmente. A dinâmica reprodutiva uberlandense é diversificada e compreende ainda disparidades intra-urbanas tornam o estudo territorial enriquecido. A rede de atenção ao adolescente, por vezes, deixa a desejar ou não é reconhecida pelos usuários e está em processo de construção, o que produz setores iníquos no cuidado a saúde.

4.1 Gravidez na adolescência: contextos e dinâmica reprodutiva em Uberlândia/MG (2008 a 2010).

A taxa de natalidade brasileira vem apresentando quedas constantes e a taxa municipal confirma tal afirmação. Ainda de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística:

“Desde os anos 1960 que a taxa de crescimento da população brasileira vem experimentando paulatinos declínios, intensificando-se juntamente com as quedas mais pronunciadas da fecundidade. No período 1950-1960, a taxa de crescimento da população recuou de 3,04% ao ano para 1,05% em 2008. Vale ressaltar que se o ritmo de crescimento populacional se mantivesse no mesmo nível observado na década de 1950 (aproximadamente 3% ao ano), a população brasileira chegaria, em 2008, a 295 milhões de pessoas e não nos 189,6 milhões divulgados pelo IBGE (IBGE 2010e).”

Desde a metade do século XX, a diminuição da natalidade vem sendo observada no Brasil, em decorrência de um intenso processo de industrialização e urbanização do país, associado ao movimento de inserção da mulher no mercado de trabalho, à ampliação do acesso à educação e aos métodos anticoncepcionais (BARATA, 2008).

Segundo Costa, *et. al.*, (2006) desde os anos 1970, as mulheres brasileiras vinham processando a ruptura com o clássico e exclusivo papel social que lhes era atribuído pela maternidade, introduzindo-se no mercado de trabalho e ampliando suas aspirações de cidadania. Controlar a fecundidade e praticar a anticoncepção passaram a ser aspirações das mulheres, assim como a vivência plena da sexualidade, desvinculando a maternidade do desejo e da vida sexual. Essa conjuntura implicou na necessidade de políticas voltadas à mulher.

Em consequência da redução da natalidade e fecundidade, verifica-se um processo de envelhecimento da população e redução da população jovem, processo definido como transição demográfica. Em 2000, as crianças de até 4 anos de idade representavam 9,64% da população brasileira, hoje são 7,17%. As de 5 a 9 anos eram 9,74% e são agora 7,79%. A população com até 24 anos somava 49,68% dos brasileiros há 10 anos e hoje constitui 41,95% (IBGE, 2010e). A frequência de nascidos vivos reduziu em todas as faixas etárias.

Esse processo pode ser observado em Uberlândia com a análise da evolução temporal de nascidos vivos. 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 (Quadro 2).

Quadro 2 – Ocorrência da Gravidez em Uberlândia/MG de 2008 a 2010

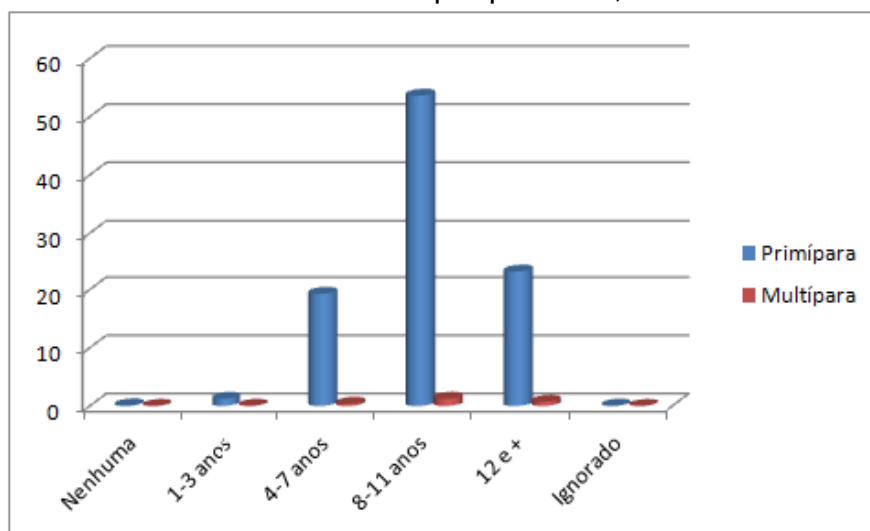
ANO	GERAL	ADOLESCENTES	
2008	7947	1213	15%
2009	8085	1275	15%
2010	8013	1155	14%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde.
Org: Vieira, A.S. 2012

Outro dado observado na avaliação do perfil das gestantes do município de Uberlândia foi a paridade que é o numero de gravidezes por mulher, sendo esta identificada como primípara se engravidou pela primeira vez e múltipara se engravidou mais de uma. No período de 2008 a 2010, dos 24045 nascidos vivos no município, 23476 dos casos, ou seja, 97,6% eram de mães primíparas, enquanto que apenas 2,3% são de mães múltíparas.

Ao combinar os dados de paridade com escolaridade (Gráfico 1), 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.

Gráfico 1- Percentual de anos de estudos por paridade, Uberlândia 2008-2010.



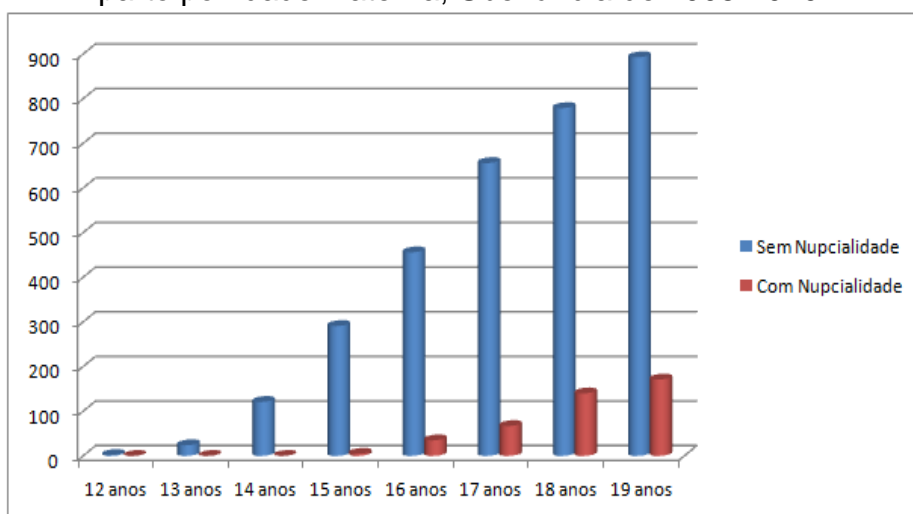
Fonte: Sinasc/SMS, 2009.

Segundo Oliveira (2008), os anos de estudo pela faixa etária da mãe são determinados pela escolaridade dos avós e pela renda familiar mais do que por qualquer outro indicador, inclusive a própria idade da maternidade indicando, assim, influências intergeracionais. Brandão e Heilborn (2006) pesquisaram o impacto da gestação na adolescência nas trajetórias escolar e profissional dos jovens e adolescentes em três capitais brasileiras. Os autores afirmam que a gestação na adolescência interfere apenas na trajetória escolar das jovens de classe média, pois no caso das adolescentes das classes menos favorecidas economicamente a instabilidade na trajetória escolar antecede à gestação. O perfil das gestantes uberlandenses, no período de estudo, com relação à escolaridade por paridade é primípara com 8 a 11 anos de estudo.

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. Entre as 3643 mães adolescentes, apenas 11,4% das mães estavam casadas no momento do parto, enquanto que 88,4% estavam sem nupcialidade. 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. Segundo Melo (2005), o mais difundido método para relacionar pobreza e gênero tem sido o indicador de mulheres chefes de família, habitualmente utilizado como medida da feminilização da pobreza. Uma das razões para essa associação relaciona-se aos menores rendimentos femininos no mercado de trabalho. Assim, as famílias chefiadas por mulheres geralmente são as mais vulneráveis. Entretanto, na atualidade, com o aumento da escolarização e o adiamento da maternidade, este conceito tem sofrido críticas, considerando que esta categoria é muito heterogênea e, na década de 1990, houve um aumento proporcional das famílias chefiadas por mulheres em todas as classes sociais.

Em todas as idades é perceptível a ausência da nupcialidade no momento do parto, indicando uma transição nos arranjos familiares do município, aumentando o número de mulheres chefes de família. As adolescentes na faixa etária de 12 a 14 anos apresentam menor porcentagem de gestação se comparadas às adolescentes de 15 a 19 anos (Gráfico 2). Entre as grávidas adolescentes, a nupcialidade amplia a partir dos 16 anos, culminando com maior quantidade para mães adolescentes com nupcialidade aos 19 anos.

Gráfico 2- Evolução da proporção de mães sem nupcialidade no momento do parto por idade materna, Uberlândia de 2008-2010.



Fonte: Sinasc/SMS, 2009.

Segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) o número de óbitos de menores de um ano de idade por mil nascidos vivos na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado, é a taxa ou coeficiente de Mortalidade Infantil. De 1990 a 2007, a taxa de mortalidade infantil (TMI) no Brasil apresentou tendência de queda, passando de 47,1/1000 nascidos vivos em 1990 para 19,3/1000 em 2007, com uma redução média de 59,0% (BRASIL, 2009). O coeficiente de mortalidade em Uberlândia de 2008 a 2010 é de 1,3/mil. Isto evidencia que a mortalidade infantil (MI) segue a tendência de queda como em todo território nacional e, atualmente, é considerado como baixo pela classificação da OMS³.

Diversos fatores têm contribuído para a mudança no perfil de mortalidade infantil, entre os quais se destacam: o aumento do acesso ao saneamento básico, a queda da taxa de fecundidade, a melhoria geral das condições de vida, da segurança alimentar e nutricional e do grau de instrução das mulheres, maior acesso aos serviços de saúde e ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, o avanço das tecnologias médicas, em especial a imunização e a terapia de reidratação oral, o aumento da prevalência do aleitamento materno, entre outros (LANSKY *et al*, 2009). No período de 1998 a 2008, ocorreu um aumento na proporção de nascidos vivos com baixo peso, 9,2% em 1998 e 10,8% em 2008.

O baixo peso ao nascer e a prematuridade tem sido relacionadas a maiores riscos de morbimortalidade infantil (AMORIM *et al.*, 2009). No tocante à prematuridade em Uberlândia, observa-se que houve alterações relevantes nos anos de 1998 a 2008. Foram registrados 355 nascidos vivos prematuros em 1998 e 831 em 2008, que representam, respectivamente, 4,5% e 10,2% do total de nascidos vivos. Há um consenso entre a associação do BPN e a prematuridade. Entre os prematuros⁴, 64,2% apresentam BPN. Dos 333 casos de Mortalidade Infantil ocorridos em Uberlândia de 2008 a 2010, 68,7% dos casos apresentavam baixo peso ao nascer (BPN), enquanto que nos nascidos vivos apenas 10,5% dos casos correspondiam ao BMP. Entre os 2526 casos de BMP nos nascidos vivos, 17,1% eram em mães adolescentes.

³ A OMS classifica a taxa de mortalidade infantil como alta (50 por mil ou mais), média (20 a 49) e baixa (menos de 20) (RIPSA, 2008).

⁴ A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o recém-nascido prematuro aquele que nasce entre 20 e 37 semanas de gestação.

Amorim (2009) salienta que essa associação está relacionada às condições de vida desfavoráveis às quais esta população está mais exposta (baixa escolaridade, renda precária ou ausência dela, má alimentação e fumo durante a gestação) (CARNIEL *et al.*, 2006). O pré-natal é uma estratégia eficaz na redução do baixo peso ao nascer, prematuridade e mortalidade em todas as faixas etárias maternas (KILSZTAJN *et al.*, 2007).

A menor adesão ao pré-natal também se constituiu numa vulnerabilidade relacionada ao aumento da prematuridade, baixo peso ao nascer e mortes infantis. O acesso e o número de consultas no pré-natal são indicadores da qualidade da assistência. O Ministério da Saúde recomenda iniciar acompanhamento da gestante no primeiro trimestre de gravidez e realizar pelo menos seis consultas (sendo, no mínimo, duas realizadas por médico) (BRASIL, 2005b). O percentual de gestantes com mais de sete consultas no pré-natal em Uberlândia foi de 84,3% no período estudado. Entre as adolescentes 89,5% fizeram mais de sete consultas no pré-natal.

O tipo de parto é também um indicador sobre a saúde reprodutiva, tendo em vista que o uso indiscriminado desse procedimento pode trazer riscos para mães e recém-nascidos (PÁDUA *et al.*, 2010). Com relação aos partos cesários de uberlandenses, em 2008 a porcentagem foi de 88,2%, enquanto que em 1998 esse percentual foi de 68,3%, observa-se uma tendência crescente de parto cesáreo no período analisado.

No período de 2008 a 2010, em Uberlândia, a taxa de parto cesáreo foi de 88,7% no total de mães e 84,4% nas mães adolescentes, taxa alarmante diante dos 15% considerados aceitáveis pela Organização Mundial da Saúde. A paridade das mães variou segundo a idade e anos de estudo (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição do tipo de parto por anos de estudo das mães, Uberlândia, 2008 a 2010.

Anos de Estudo	Nenhum (%)	1 a 3 (%)	4 a 7 (%)	8 a 12 (%)	>=12 (%)	Ign (%)	Total (%)
Vaginal	0,6	3,9	88,1	3,3	3,9	0,0	100,0
Cesário	0,08	1,2	19,0	54,5	25,0	0,05	100,0

Fonte: Datasus, 2010
Org: Vieira, 2010.

A tabela indica que, dentre as mulheres que realizaram o parto vaginal, 90,8% estudaram menos de oito anos. Dentre as que realizaram a cesárea, 79,5% tinham mais de oito anos de estudo. Destas, 25,0% tinham doze anos ou mais. É possível observar a relação direta entre anos de estudo e parto cesáreo sendo que, no período, 79,5% dos partos entre mulheres com mais de 12 anos de estudo foram cesáreos. No estudo de Freitas *et al.* (2005) sobre as desigualdades sociais nas taxas de cesarianas no Rio Grande do Sul, por meio da correlação de variáveis, os autores afirmam que a escolaridade aumenta a chance de cesariana e sugerem que esta relação ocorra não apenas pela diferenciação econômica, que garantiria a possibilidade da mulher pagar o procedimento, mas também pela maior capacidade de negociação com o obstetra.

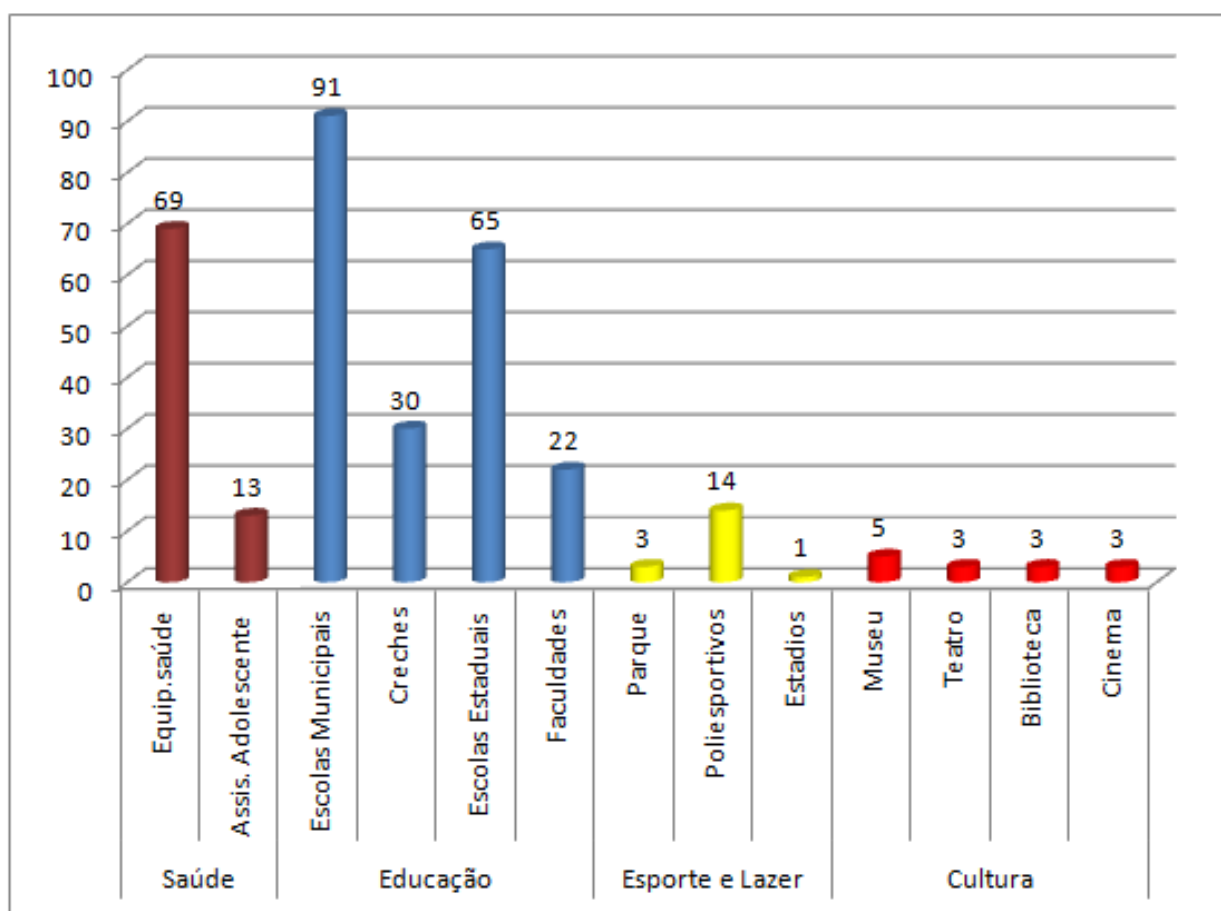
Os dados indicam que o perfil da mãe adolescente é primípara, sem companheiro, com escolaridade de oito a onze anos e a maioria realiza o parto cesáreo. A análise pormenorizada da dinâmica reprodutiva em Uberlândia evidenciou que a educação, a sexualidade e a condição de gênero são fundamentais para a compreensão das vulnerabilidades sociais do grupo de mães adolescentes.

4.2 Rede de atenção ao adolescente em Uberlândia

Propondo identificar os recursos e as instituições que compõem a rede de proteção à adolescência na problemática levantada, apresenta-se o gráfico 3, no qual se concentram os equipamentos sociais de Uberlândia segundo tipo: saúde, educação, esporte e cultura.

Com a intenção de promover a saúde humana, os diversos setores sociais reúnem-se em prol de um ambiente mais saudável, com a intenção de obter melhores condições de vida para a os indivíduos. Visando analisar as condições sociais que condicionam o ambiente de saúde do adolescente em Uberlândia, procurou-se caracterizar a rede de atenção a esta faixa etária.

Gráfico 3 - Distribuição dos equipamentos sociais segundo tipos, Uberlândia, 2010.

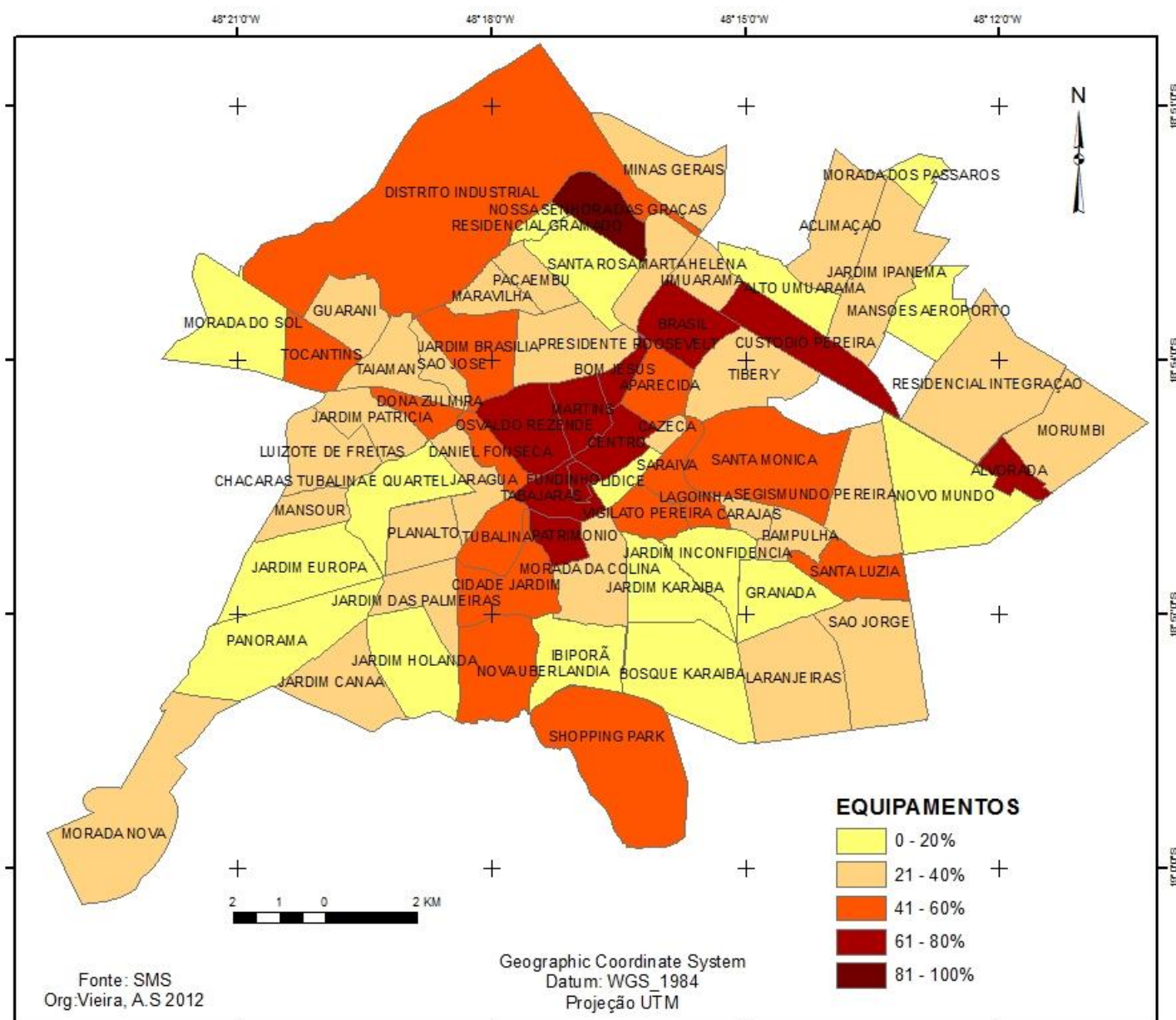


Fonte: PMU, 2010.

A organização territorial dos equipamentos pode refletir a vulnerabilidade dos territórios. Foi construído um mapa que apresenta a taxa de equipamento por população em cada bairro (Figura 6) que intenciona correlações entre a distribuição destes equipamentos em Uberlândia e a vulnerabilidade destes territórios à gravidez na adolescência e seus condicionantes.

O reconhecimento do território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde. Assim, ao caracterizar e espacializar os equipamentos de saúde nos bairros de Uberlândia, pretendeu-se reconhecer o território e analisar as necessidades frente a G.A nestes espaços.

Figura 6 - Distribuição dos equipamentos sociais por bairro.



4.2.1 Esporte e Lazer

Ser fisicamente inativo durante a adolescência parece aumentar a probabilidade de hábitos sedentários na vida adulta (TAMMELIN, *et. al.*; 2004). O esporte e o lazer, além de importantes para a redução de problemas ligados à saúde, vêm afirmando sua importância como estratégias para a inclusão social e a

educação e, também, como geradores de renda (ALVES; PIERANTI, 2007). A prática da atividade física regular reduz a incidência de algumas doenças cardiovasculares que são a principal causa das doenças crônicas, além de estimular a formação e manutenção de vínculos sociais fundamentais para os adolescentes e jovens (BRASIL, 2002b). Em relação aos adolescentes em situação de vulnerabilidade social, tem se destacado como instrumento importante de inclusão social e aproximação com a escola (FIORENTINO; SALDANHA, 2007).

A Constituição Federal de 1988 no artigo 6º reconhece e garante o esporte e o lazer como direito social e dever do Estado. A Política Nacional de Esportes e Lazer (PNEL), aprovada em 2009, culminou na criação do Ministério do Esporte e Lazer. Os princípios da PNEL:

O projeto histórico de sociedade comprometido com a reversão do quadro de injustiça, exclusão e vulnerabilidade social ao qual se submete grande parcela da nossa sociedade; o reconhecimento do esporte e do lazer como direitos sociais; a inclusão social compreendida como a garantia do acesso aos direitos sociais de esporte e lazer a todos os segmentos, sem nenhuma forma de discriminação, seja de classe, etnia, entre religião gênero, nível socioeconômico, faixa etária e condição de necessidade especial de qualquer espécie; A gestão democrática e participativa, com ênfase na transparência no gerenciamento dos recursos (BRASIL, 2009)

A ideia central da PNEL é a inclusão social e redução das desigualdades por meio do esporte e lazer. Tem caráter universalista, equânime, integral, descentralizado e com a participação popular. O território é o foco das atenções da PEL, tendo em vista a diversidade cultural e a vulnerabilidade social. À semelhança dos conselhos de saúde e de assistência social, os conselhos de esportes e lazer foram estabelecidos nos níveis, federal, estadual, regional e municipal. Na PEL fica garantido e priorizado o oferecimento regular de práticas esportivas educacionais, de lazer e de alto rendimento para a população em situação de vulnerabilidade social (BRASIL, 2009). A partir da PEL, os municípios são convocados a organizar sua estrutura local para garantir o direito à sua população por meio da implantação do Sistema Municipal de Esporte e Lazer, do Fundo Municipal do Esporte e Lazer e do Conselho Municipal de Esporte e Lazer (BRASIL, 2009).

Em Uberlândia, a Fundação Uberlandense do Turismo, Esporte e Lazer (FUTEL), foi criada em 1978, através da Lei nº 2.759 de 27 de março de 1978, revogada pela Lei Complementar nº 497 de 20 de Julho de 2009. É uma Fundação Municipal voltada exclusivamente para o esporte e o lazer em Uberlândia. Dentro desta prerrogativa institucional, é de sua competência valorizar e promover as manifestações esportivas e de lazer, garantindo ao cidadão a oportunidade de convivência, de integração, entretenimento e, sobretudo, de satisfação e prazer, visando uma vida social saudável (PMU, 2010b).

Ainda segundo a PMU, a FUTEL administra os poliesportivos e gerencia a política de valorização e divulgação do esporte amador na cidade; mantém em funcionamento escolas de iniciação esportiva em todos os poliesportivos, beneficiando milhares de alunos, a maioria crianças e adolescentes na faixa etária de 07 a 16 anos; desenvolve programas sociais que levam lazer e educação ambiental às pessoas portadoras de necessidades especiais e ainda promove e apoia eventos desportivos comunitários. Sendo que a proposta de atividades recreativas, esportivas e de lazer possibilita aos atendidos conhecimentos do mundo em que estão inseridos, vivenciando experiências com realidades que fogem do seu cotidiano (PMU, 2010b).

Dentre os programas gerenciados pela FUTEL, o programa Iniciativa Esportiva é o mais significativo e conta com 22 postos de atendimento, tendo como objetivo conscientizar a população dos benefícios de um estilo de vida mais ativo através da atividade física. A Iniciação Esportiva é destinada a crianças e adolescentes com idade entre 7 e 17 anos que podem se inscrever nas seguintes modalidades: Futebol de Campo, Futsal, Voleibol, Handebol, Basquete, Karatê, Judô e Natação.

Os projetos representam marco significativo na construção do Sistema Municipal de Esporte e Lazer. Compreendem-se como avanços do Sistema Municipal de Esportes a criação democrática e o cunho participativo dos projetos. Porém, a utilização do esporte e lazer como estratégia de inclusão no município ainda está em fase inicial e começa a se concretizar, pelo seu caráter territorial, integral, intersetorial e equânime (PMU, 2010b).

Para o UNICEF (2010), a prática de esportes é fundamental para o desenvolvimento infanto-juvenil, pois aumenta a capacidade de aprendizagem, desenvolve outras aptidões e dá mais oportunidade para uma vida saudável a crianças e adolescentes. Além de fazer bem à saúde, o esporte permite trabalhar, ao mesmo tempo, a afetividade, as percepções, a expressão, o raciocínio e a criatividade de meninos e meninas. Com isso, eles passam a ter mais controle de seu corpo e melhoram a capacidade de brincar em grupo e fazer amigos. O esporte também é um meio eficaz de complemento à educação e uma forma eficiente de aumentar o interesse e o desempenho na escola.

4.2.2 Educação

No caso do adolescente Uberlandense, em 2010, dentre os 96.358 adolescentes 81.379 frequentavam a escola, ou seja, 84,4% dos adolescentes, salientando que há impactos da escolaridade sobre a saúde, gestação e inserção no mercado de trabalho.

Com intuito de conhecer a estruturação da educação no município de Uberlândia, dados referentes ao número de escolas existentes e ao nível de governo envolvido foram coletados. A Secretaria Regional de Ensino (SRE) supervisiona integralmente, de forma centralizada, o ensino médio e parte do fundamental do município, contabilizando 69 estabelecimentos de ensino. O Conselho Municipal integra as instituições de ensino infantil e as do ensino fundamental administradas pelo município, com 39 escolas e 34 creches.

De acordo com a Constituição Federal de 1988 (art. 205) e o ECA, a educação é um direito de todos e dever do Estado e da Família, visando o pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação profissional. Contudo, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional-LDB (Lei nº 9.394/96) estabelece como obrigatório apenas o ensino fundamental. Castro e Ambrovay (2002) assinalam que o não acesso a determinados direitos sociais (educação, trabalho, saúde, lazer e cultura) diminui as chances de aquisição e aperfeiçoamento dos recursos que são fundamentais para

que os jovens aproveitem as oportunidades oferecidas pelo Estado, mercado e sociedade para ascender socialmente.

A gestão híbrida da rede de ensino também reflete a política neoliberal na educação, que permite a oferta por classe social. Segundo pesquisa do INEP (2009), em 2008, os jovens que estavam fora do sistema escolar consideravam o ensino de má qualidade, não percebiam a importância da educação na ocupação futura e não consideravam possível o ingresso na universidade. Essa questão é histórica. Para Lima e Neves (2006), o que separa o “povo” da “elite” é o acesso desigual aos bens culturais:

[...] mesmo quando se propõe a universalidade do ensino. O resultado é a escola dualista, que oferece uma educação mais refinada à elite, cabendo ao proletariado apenas a elementar e profissionalizante. (LIMA e NEVES, 2006).

Lima e Neves (2006) revisitam a história da educação nas sociedades capitalistas e levantam que, desde que o desenvolvimento da economia passou a exigir a mão-de-obra mais qualificada, reservou-se a educação “superior” para a elite, enquanto para as massas cabia a educação elementar, restrita à instrução, com os rudimentos do ler, escrever e contar, indispensável ao manejo das máquinas. Ainda que a especialização para o trabalho exija cada vez mais a ampliação do conhecimento e desenvolvimento de competências e habilidades, Lima e Neves afirmam que os governos liberais têm dificuldade em oferecer a equalização de oportunidades no acesso à educação, única condição para uma efetiva democratização. Ao contrário, essa situação se exacerba com as práticas neoliberais que, aliadas aos recursos tecnológicos, têm tornado o mundo cada vez mais dividido.

Os autores também analisaram a educação da mulher constatando que, na retrospectiva histórica da educação formal, ela sempre foi preterida, uma vez que lhe cabia os cuidados da casa e dos filhos, que eram aprendidos no interior da família. O desenvolvimento do capitalismo, com a instalação das fábricas e a separação do local de moradia do trabalho, obrigou a mulher que precisava complementar o orçamento a sair do espaço privado para o público e impôs a dicotomia de uma vida de jornada dupla de trabalho.

Rodriguez (2009) afirma que ainda não se consolidou uma proposta alternativa para incorporar as grandes massas aos processos educativos. Para ela, o dilema está em ceder à pressão por uma educação como mercadoria, ou retomar o conceito freireano de educação, com vista a contribuir para a construção da cidadania e da participação. Discute a ênfase da educação enquanto estratégia de inclusão, se a ênfase deve ser a integração ou a transformação. Enquanto prioridade, questiona o enfoque aos grupos emergenciais ao invés da transformação do território. Reflete sobre a educação que se almeja, se é de formação de mão de obra ou de saberes socialmente produtivos. Questiona se a competência necessária é a de saber coordenar ações ou articular políticas. Nas palavras da autora o desafio

[...] sínteses capazes de levar a consensos sobre conteúdos e métodos de educação de jovens e adultos, além de atender às urgências, encarando a educação não como custo ou investimento, mas como direito ou serviço, e promover a construção de espaços públicos nos quais se construa a totalidade social com a especificidade de cada grupo, no contexto do multiculturalismo (RODRIGUES, 2009).

Conclui-se que o nível de escolaridade e a falta de acesso à educação constituem-se numa das vulnerabilidades programáticas da adolescência, que repercute na inserção social não apenas das mães, mas de todos os adolescentes e jovens no mercado de trabalho em São Carlos e, especialmente, na Aracy, onde as iniquidades são mais acentuadas. De outro modo, o acesso à educação transformadora, que contribui na formação de sujeitos autônomos, participativos e críticos, apresenta potencialidades no enfrentamento das vulnerabilidades individuais e sociais.

4.2.3 Cultura

Com relação às atividades culturais em Uberlândia, distinguem-se 5 museus, 3 teatros, 3 bibliotecas públicas e ainda 3 cinemas. A cidade disponibiliza poucas apresentações teatrais e a inserção do adolescente ainda é insipiente. O acesso a cultura é um direito da criança e do adolescente. Segundo o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS, 2006), as crianças e os adolescentes têm direitos

subjetivos à liberdade, à dignidade, à integridade física, psíquica e moral, à educação, à saúde, à proteção no trabalho, à assistência social, à cultura, ao lazer, ao desporto, à habitação, a um meio ambiente de qualidade e outros direitos individuais indisponíveis, sociais, difusos e coletivos. E, conseqüentemente, se postam como credores desses direitos diante do Estado e da sociedade, devedores que devem garantir esses direitos. Não apenas como atendimento de necessidades, desejos e interesses, mas como Direitos Humanos indivisíveis, como os qualifica a normativa internacional como direito a um desenvolvimento humano, econômico e social. São pessoas que precisam de adultos, de grupos e instituições, responsáveis pela promoção e defesa da sua participação, proteção, desenvolvimento, sobrevivência e, em especial, por seu cuidado.

A promoção, a proteção e a defesa do direito das crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária envolvem o esforço de toda a sociedade e o compromisso com uma mudança cultural que atinge as relações familiares, as relações comunitárias e as relações do Estado com a sociedade. O respeito à diversidade cultural não é contraditório com esta mudança que atravessa os diversos grupos socioculturais na defesa desses direitos. Pelo contrário, exige que se amplie a concepção de cidadania para incluir as crianças e adolescentes e suas famílias, com suas necessidades próprias. Desafio de dimensões estratégicas, sem dúvida, de cujo enfrentamento eficaz depende a viabilidade de qualquer projeto de nação e de país que se deseje construir agora e no futuro (CNAS, 2006).

A partir do momento em que começa a frequentar outros contextos sociais, além da sua família, como o estabelecimento de educação infantil ou de ensino fundamental, a criança tem os seus referenciais sociais e culturais ampliados. Segundo Mussen *et.al.* (1977), nesse período ela constrói novos relacionamentos e é influenciada por novos estímulos: educadores, companheiros da mesma idade, livros, brinquedos, brincadeiras e mídia. Suas habilidades cognitivas aumentam e tornam-se mais complexas e diferenciadas.

Conforme abordado anteriormente, a partir da sua entrada na educação infantil ou no ensino fundamental, a criança expande seu núcleo de relacionamentos para além da família.

Durante a infância e a adolescência, o desenvolvimento é continuamente influenciado pelo contexto no qual a criança e o adolescente estão inseridos. A partir da relação com colegas, professores, vizinhos e outras famílias, bem como da utilização das ruas, quadras, praças, escolas, igrejas, postos de saúde e outros, crianças e adolescentes interagem e formam seus próprios grupos de relacionamento. Na relação com a comunidade, as instituições e os espaços sociais, eles se deparam com o coletivo – papéis sociais, regras, leis, valores, cultura, crenças e tradições, transmitidos de geração a geração – expressam sua individualidade e encontram importantes recursos para seu desenvolvimento (NASCIUTI, 1996).

Os espaços e as instituições sociais são, portanto, mediadores das relações que as crianças e os adolescentes estabelecem, contribuindo para a construção de relações afetivas e de suas identidades individual e coletiva.

Os espaços públicos frequentados por crianças e adolescentes e as instâncias de formulação de políticas públicas constituem importantes instrumentos para o exercício dos direitos de cidadania, sob a perspectiva tanto de incentivar a criatividade no campo das ciências, das artes, da cultura e dos esportes, quanto na formação de lideranças infanto-juvenis.

Políticas públicas e, principalmente, sociais entre elas: educação, saúde, assistência social, cultura, esporte, lazer, trabalho, previdência social, segurança pública, executando suas ações intersetorialmente com qualidade, proporcionam o acesso efetivo a seus usuários.

4.2.4 Saúde

A nova concepção de saúde e de organização do sistema de saúde, construída a partir da década de 1970, deu impulso para a construção científica sobre a saúde na adolescência (CORREA; FERRIANI, 2006). Altmann (2007) analisa a sexualidade como foco de investimento político social, enquanto controle da população e instrumento de tecnologia do biopoder. Segundo a autora, a escola foi considerada como um local privilegiado por ser um espaço de socialização de

jovens e crianças, buscando garantir amplo impacto populacional no controle da sexualidade, especialmente das mulheres. A ênfase das ações educativas era voltada às mulheres, de modo que a prevenção da gravidez acabava sendo considerada uma questão feminina (ALTMANN, 2007).

Correa e Ferriani (2006) consideram que o desafio era a organização dos serviços frente ao novo modelo de Atenção Primária de Saúde (APS) e, por isso, a Estratégia Saúde da Família (ESF) se projetou como uma possibilidade viável de implantação das ações integrais de saúde do adolescente com enfoque no território, por meio do vínculo entre profissionais, adolescentes e famílias.

O documento “Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para organização de serviços de saúde” traça as diretrizes operacionais para a organização dos serviços no município como sendo o planejamento participativo das ações com base em diagnósticos locais (contextos socioeconômicos e culturais, perfil epidemiológico, as necessidades de saúde dos jovens e adolescentes e os recursos da rede de saúde e intersetorial). Esta atenção deve pautar-se nos princípios do SUS e, ainda, na ética, confidencialidade, sigilo e privacidade do adolescente. O trabalho em equipe multiprofissional e a Educação Permanente em Saúde para qualificação dos profissionais são priorizados. Destaca-se a necessidade do serviço dispor de espaço para atividades coletivas e individuais e de garantir o acesso aos métodos anticoncepcionais, especialmente porque a maior parte dessa população não tem autonomia financeira.

Propõe-se, ainda, a captação e fortalecimento do vínculo com os adolescentes pelos serviços de saúde, o que requer estratégias que respeitem a cultura local e as diversidades. A escola permanece indicada como o local privilegiado para as ações de educação em saúde. Dentre as estratégias a grupos específicos, orientam a organização dos grupos pelas situações de vulnerabilidade, como exploração sexual, vítimas de violência, trabalhadores, profissionais do sexo, institucionalizados, em medidas sócio-educativas. Na organização do cuidado recomenda-se uma recepção acolhedora na unidade de saúde, a inclusão de atividades individuais e coletivas, de promoção, de prevenção e de tratamento da saúde, a organização de espaços de diálogo e de participação juvenil no planejamento estratégico da equipe de saúde. O enfoque das intervenções deve ser necessariamente intersetorial (BRASIL, 2010a).

Em síntese: o documento consolida a atenção aos jovens e adolescentes segundo os princípios da APS, a partir da análise de situação do território, com enfoque familiar e comunitário, por meio de ações integrais, participativas e intersetoriais. A APS é o eixo ordenador da rede de cuidados progressivos e as situações de vulnerabilidade guiam o foco da atenção, superando a abordagem dos problemas de saúde prevalentes.

Na análise da situação de saúde devem ser contempladas as vulnerabilidades às quais estes indivíduos estão mais susceptíveis: violência, agressões, homicídios, acidentes de trânsito, suicídios, álcool e outras drogas e saúde sexual e reprodutiva. Na saúde sexual e reprodutiva destaca-se o avanço da AIDS entre jovens e adolescentes, os abortos provocados e a mortalidade materna.

Os direitos sexuais e reprodutivos não se restringem ao campo da saúde, mas se expressam e se realizam em diferentes dimensões da vida social que afetam a expressão da sexualidade e a experiência da reprodução. Assim, tornam-se necessárias transformações na gestão dos serviços e do cuidado de modo a:

[...] adotar o planejamento das ações de promoção da saúde, a partir de um território sanitário ou região de saúde, que tenha como centro a articulação entre os atores sociais, incluindo atores sociais jovens, e a consolidação das sinergias já em desenvolvimento, ampliando as redes de compromisso e de co-responsabilização na construção conjunta da equidade no modo de viver saudável (BRASIL, 2006a).

A Política Nacional de Atenção Básica é tomada como a reordenadora da rede de atenção no território, por meio da ampliação do cuidado para o núcleo familiar, com ênfase no atendimento coletivo sem detrimento ao individual, considerando a necessidade de interação social dos jovens. Acena-se, ainda, para a ampliação do acesso aos serviços de saúde, considerando as demandas da clientela por meio da escuta significativa, abordagem integral do jovem e identificação das situações de vulnerabilidade.

Preconiza-se que os municípios organizem as linhas de cuidado sob o enfoque do direito sexual e reprodutivo, respeitando a opção sexual e a vontade desses jovens de ter filhos, como parte da vida à qual legitimamente têm direito, organizando a rede de saúde para esse atendimento sem interdições e julgamentos

discriminatórios, considerando as evidências científicas e a vulnerabilidade social. As desigualdades regionais e intra-urbanas e a priorização das áreas com maior incidência de gestação na adolescência devem orientar as articulações intersectoriais, visando reduzir as desigualdades para alcançar o desenvolvimento pleno (BRASIL, 2010a).

O acompanhamento pré-natal está descentralizado nas equipes de atenção básica (PSF e UBS) e hierarquizado por cuidados progressivos, tendo a referência especializada para o pré-natal de médio e alto risco, classificados de acordo com protocolo clínico. Após o parto, a mãe e o bebê são contra-referenciados para o acompanhamento na UBS/PSF, para a realização do acompanhamento puerperal e de puericultura. Em relação ao processo de trabalho das equipes, estas se organizam por cronograma de atividades e não há o planejamento estratégico pautado na análise de situação do território, conforme o recomendado. O enfoque é ainda o de mudança de comportamento, por meio do biopoder de controle da população por meio de vacinas, grupos de educação em saúde, atendimentos médicos individuais.

Quanto ao provimento de infraestrutura, Uberlândia conta com 69 equipamentos de saúde. Dentre estes, as unidades básicas de saúde da família (UBSF) cobrem apenas 27% da população do município e o restante é servido pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que não trabalham com a adscrição da clientela. Sendo assim, a APS é considerada como mista, agregando os modelos UBS e UBSF. Com relação ao atendimento na UBSF, apresenta-se um resumo geral de consultas nas unidades de saúde de janeiro a junho/2010 (Quadro 3).

Quadro 3 - Resumo De Consultas Médicas nas Unidades de Saúde de Uberlândia.

CONSULTAS BÁSICAS	
CLÍNICA MÉDICA	110.819
GINECOLOGIA	51.041
PEDIATRIA	35.925
SAÚDE DA FAMÍLIA	95.126
CONSULTAS DOMICILIARES	1.167

Fonte: PMU 2010. Org: Vieira, 2010.

No tocante à Estratégia Saúde da Família, a área de abrangência do atendimento de cada unidade é delimitada pela distribuição geográfica dos serviços e dos pacientes, atendendo aos critérios dos componentes intrínsecos à atenção primária, tais como necessidade do usuário, critérios de acesso e ingresso, alocação de mão-de-obra, distância, horário de funcionamento e qualidade do atendimento, cumprindo as dimensões de acessibilidade. Os adolescentes integram a população atendida por estas ações, não possuindo uma política exclusiva que atenda aos seus interesses. Porém, há a priorização do atendimento no cumpra-se do Estatuto da Criança e do Adolescente.

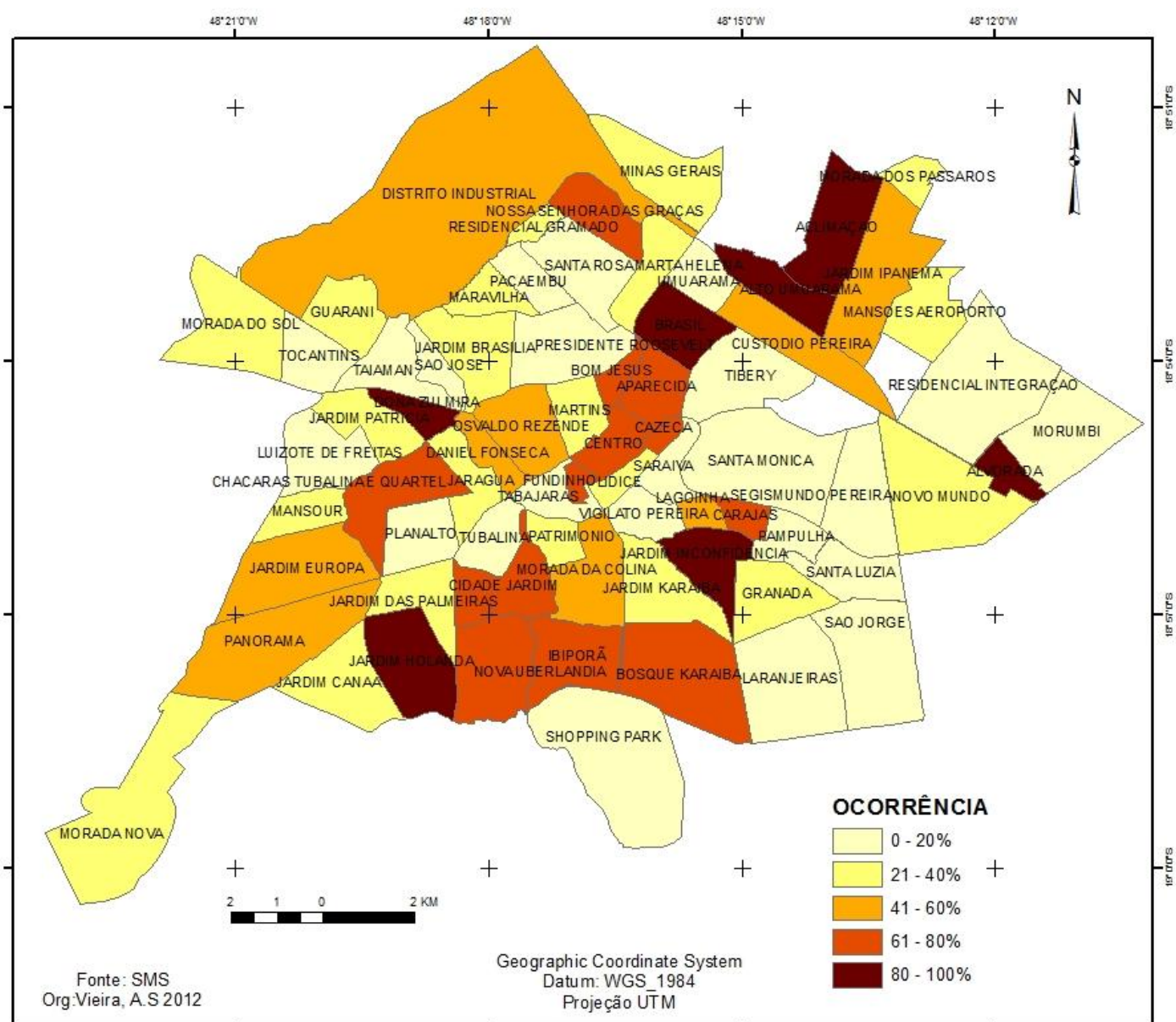
O município conta com 41 equipes da ESF distribuídas em seis núcleos: núcleo Luizote, com quatro equipes, Planalto com oito equipes, núcleo Morumbi possui 10 equipes, núcleo Pampulha com 5 equipes, Núcleo São Jorge com 11 equipes e o núcleo Roosevelt com duas equipes, além de uma equipe na zona rural. Os bairros atendidos são: Aclimação, Alvorada, Aurora, Buritis, Carajás, Campo Alegre, Dom Almir, Granada, Ipanema, Jardim Botânico, Jardim Canaã, Jardim das Palmeiras, Jardim Holanda, Lagoinha, Joana D'arc, Laranjeiras, Mansões Aeroporto, Mansour, Maravilha, Morada Nova, Morumbi, Pampulha Santa Luzia, São Gabriel, São Lucas, São Jorge, São José, Saraiva, Seringueira, Shopping Park e Taiaman. Na zona rural os distritos atendidos são: Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia, Miraporanga e Tapuira.

4.3 Disparidades intra-urbanas em Uberlândia-MG.

Compreender a distribuição espacial de dados oriundos de fenômenos ocorridos na população constitui hoje um grande desafio para a elucidação de questões centrais em diversas áreas de conhecimento (CAMARA et al, 2004). Aliar o emprego de técnicas de análise espacial e estatística multivariada possibilita identificar clusters de desenvolvimento social, ou seja, padrões espaciais de desenvolvimento ou atraso relativo, mostrando que a divisão territorial também cumpre papel importante na configuração socioeconômica dos municípios (MAIA e QUADROS, 2008). O território “é o local concreto da realidade da vida coletiva; é

nesse território que as relações entre uma dada sociedade e a natureza se expressam; é, também, onde as desigualdades sociais aparecem entre os cidadãos” (ROCHA, et al., 2009). Assim, é necessário reconhecer as diferenças e as necessidades diversas que envolvem a gestação na adolescência no município de Uberlândia, a fim de analisar os limites e potencialidades da rede de proteção no território. A taxa de ocorrência da gravidez na adolescência (Figura 7) mostrou-se representativa nos bairros Aclimação, Alto Umuarama, Dona Zulmira, Jardim Inconfidência, Brasil, Alvorada e Jardim Holanda.

Figura 7 - Mapa da Ocorrência de Gravidez na Adolescência em Uberlândia – MG de 2008 a 2010.



Os dados desagregados do SINASC e SIM por bairros coletados na SMS possibilitaram a análise das desigualdades intra-urbanas dos recursos e da organização das redes de atenção e proteção. O tratamento estatístico e a espacialização geográfica, resultaram em análises relacionadas aos aspectos socioeconômicos (escolaridade, situação marital), de assistência às gestantes (consultas pré-natal, tipo de parto, paridade) e agravos ao recém-nascido (prematuridade, baixo peso ao nascer, e mortalidade infantil) e foram referenciadas ao número total de casos e não apenas às adolescentes. Tal procedimento decorreu da importância de caracterização da gestação para mensurar o fenômeno da gestação na adolescência e suas interfaces com as disparidades sociais intra-urbanas.

Portanto, o problema de saúde pública não é a gestação na adolescência propriamente dita, uma vez que, a gravidez pode fazer parte dos projetos de vida de adolescentes e até se revelar, nesta faixa etária, como um elemento reorganizador da vida, como mostraram Contijo e Medeiros (2008) ao estudar o significado da maternidade para mães adolescentes que deixaram de viver na rua para cuidarem dos filhos. Para essas adolescentes, a maternidade foi vivenciada de forma positiva e como um motivador para saírem das ruas. Os filhos foram entendidos como alternativa para o abandono das ruas e a construção de uma nova expectativa de vida. Logo, o problema da gestação na adolescência refere-se ao contexto de iniquidade que o reproduz e produz.

Com intenção de relacionar as condições de vida e saúde com a distribuição espacial da gestação na adolescência, os piores indicadores sobre condições de vida da mãe e do recém-nascido, disponíveis no SINASC, foram espacializados criando-se mapas temáticos socioeconômicos, de assistência às gestantes e de agravos ao recém-nascido. Quanto a escolaridade 39% das mães adolescentes em Uberlândia possuem menos de 8 anos de estudo (Quadro 4). Sobre o tipo de parto, os bairros com os maiores índices de parto cesáreo foram São Jorge com 8,9% e Morumbi com 6,1% entre as adolescentes uberlandenses no período de estudo. Quanto à multiparidade, apenas 50 mães adolescentes no período são múltiparas concentrando-se 14% no bairro Lagoinha e 8% no bairro Jardim Ipanema.

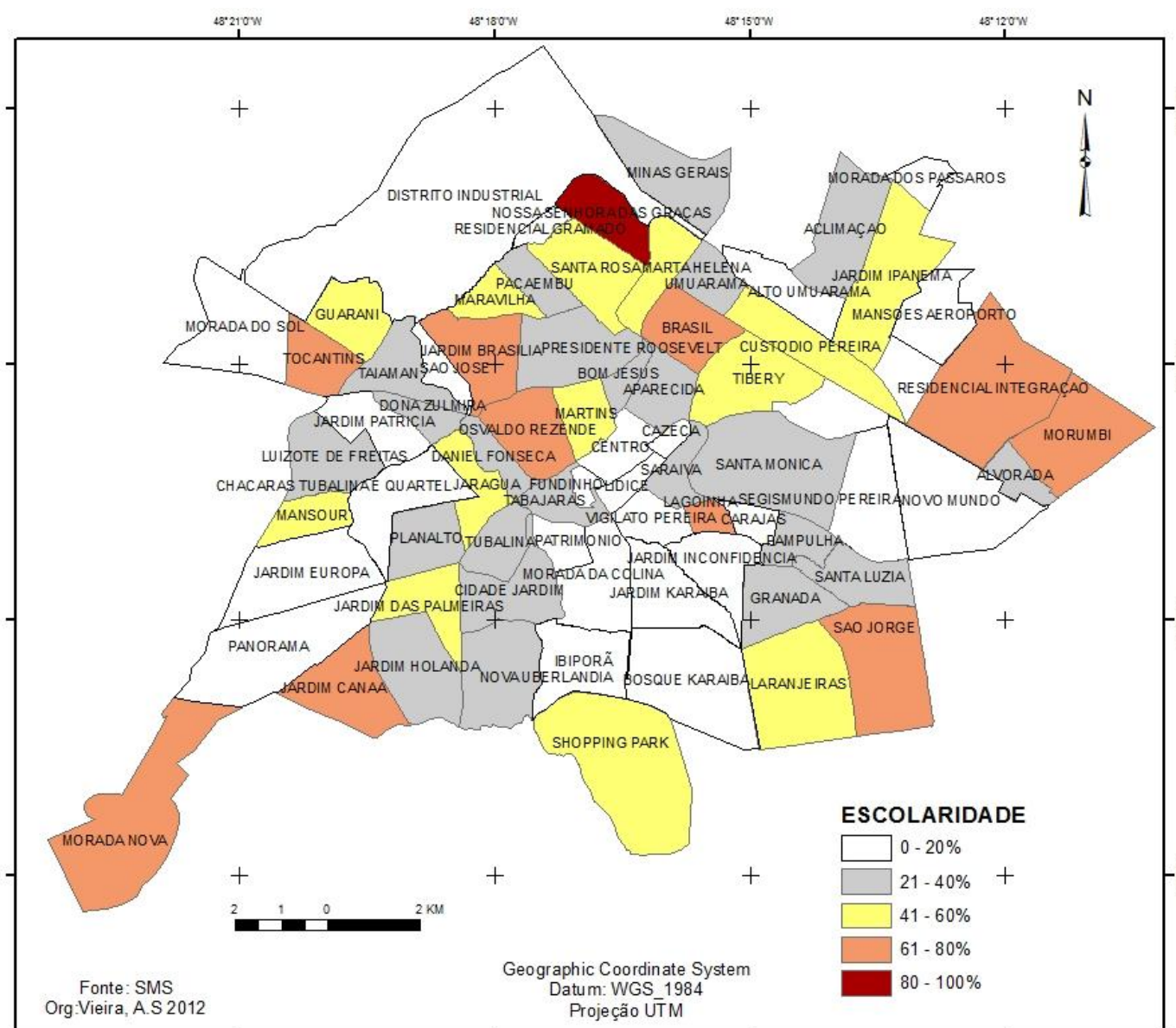
O bairro com maior índice de mães adolescentes com menos de oito anos de estudo, no período estudado foi o bairro Nossa Senhora das Graças (Figura 8).

Quadro 4 - Quantidade de mães adolescentes por anos de estudo.

ESCOLARIDADE	QT.CASOS
Nenhuma	01
1 a 3 anos	56
4 a 7 anos	1367
8 a 11 anos	2023
12 a + anos	195
Ignorado	01

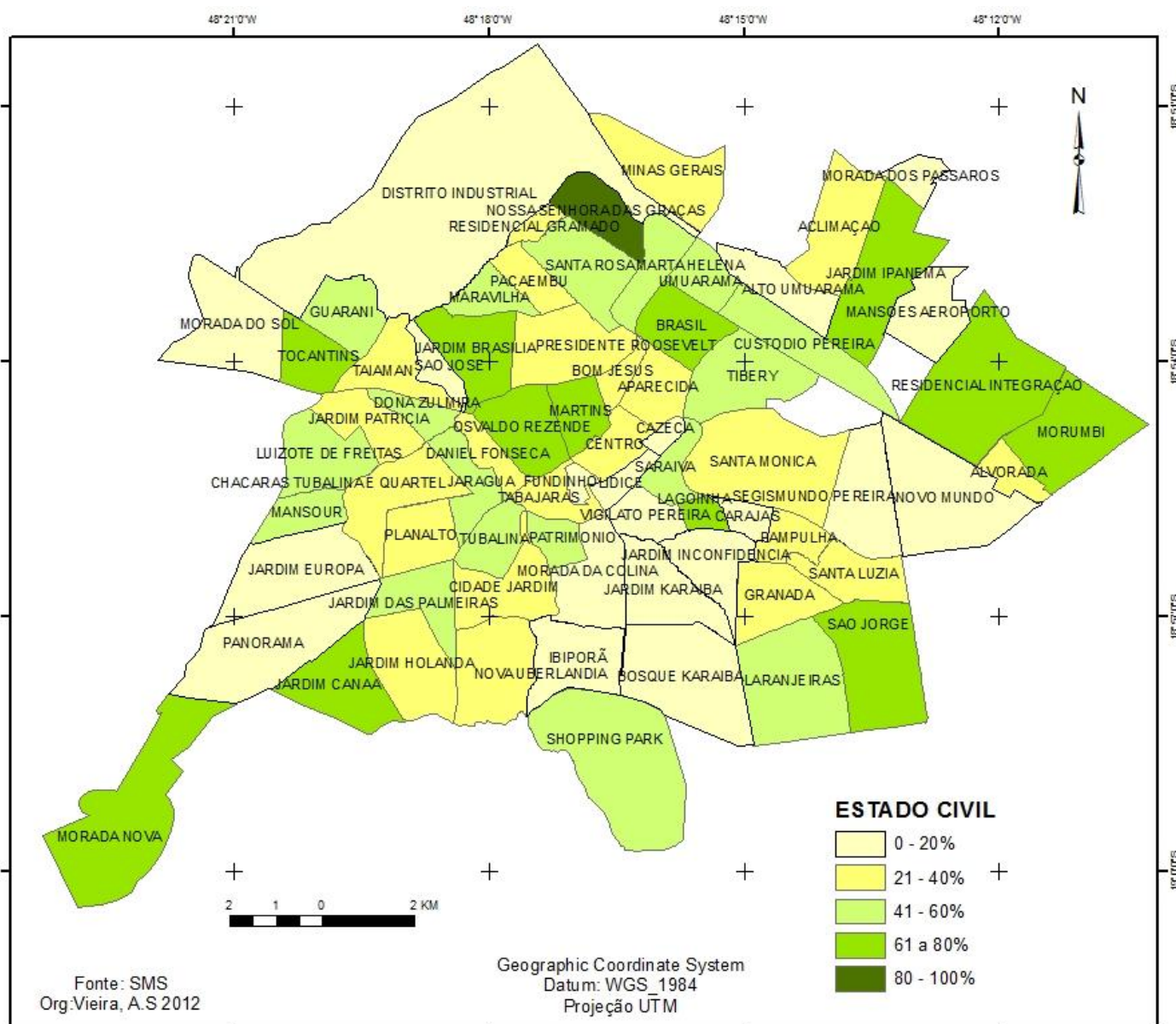
Fonte: Datasus, 2010
Org: Vieira, 2010.

Figura 8 - Mapa da Distribuição das mães adolescentes com menos de 8 anos de estudo, em Uberlândia – MG, de 2008 a 2010.



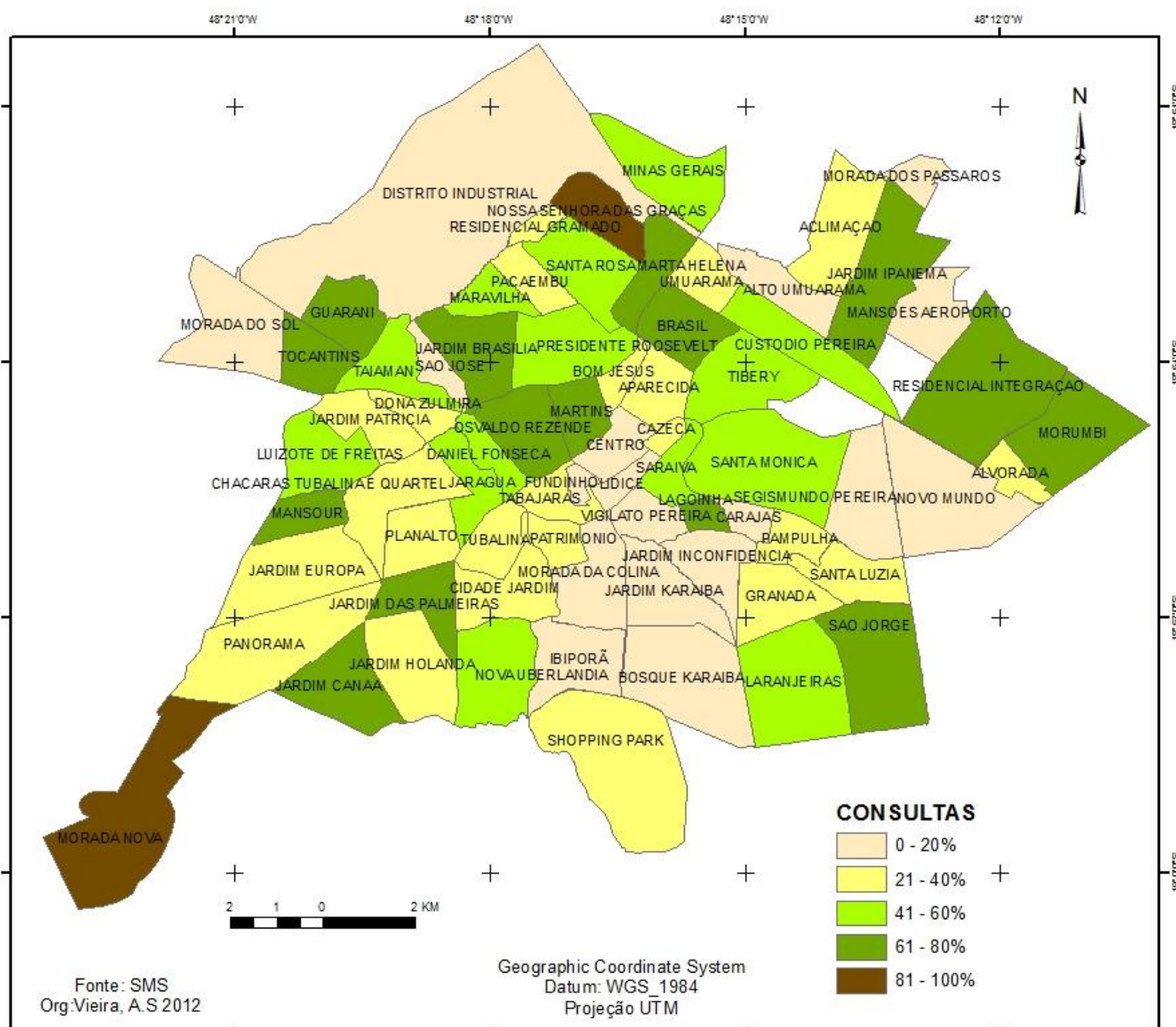
Dentre as vulnerabilidades consideradas nos casos de gravidez na adolescência, o estado civil, foi também um dos fatores analisados. A gravidez requer uma rede de atenção, além de pública, sociocultural. Entre as mães adolescentes o estado civil solteira é o predominante gerando uma necessidade de compensação 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, concentravam-se no Nossa Senhora das Graças (Figura 9).

Figura 9 - Mapa da Distribuição das mães adolescentes sem nupcialidade, em Uberlândia – MG, de 2008 a 2010.



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. O bairro Nossa Senhora das Graças e o Morada Nova são os de maior concentração de mães que fizeram menos de sete consultas pré-natais (Figura 10).

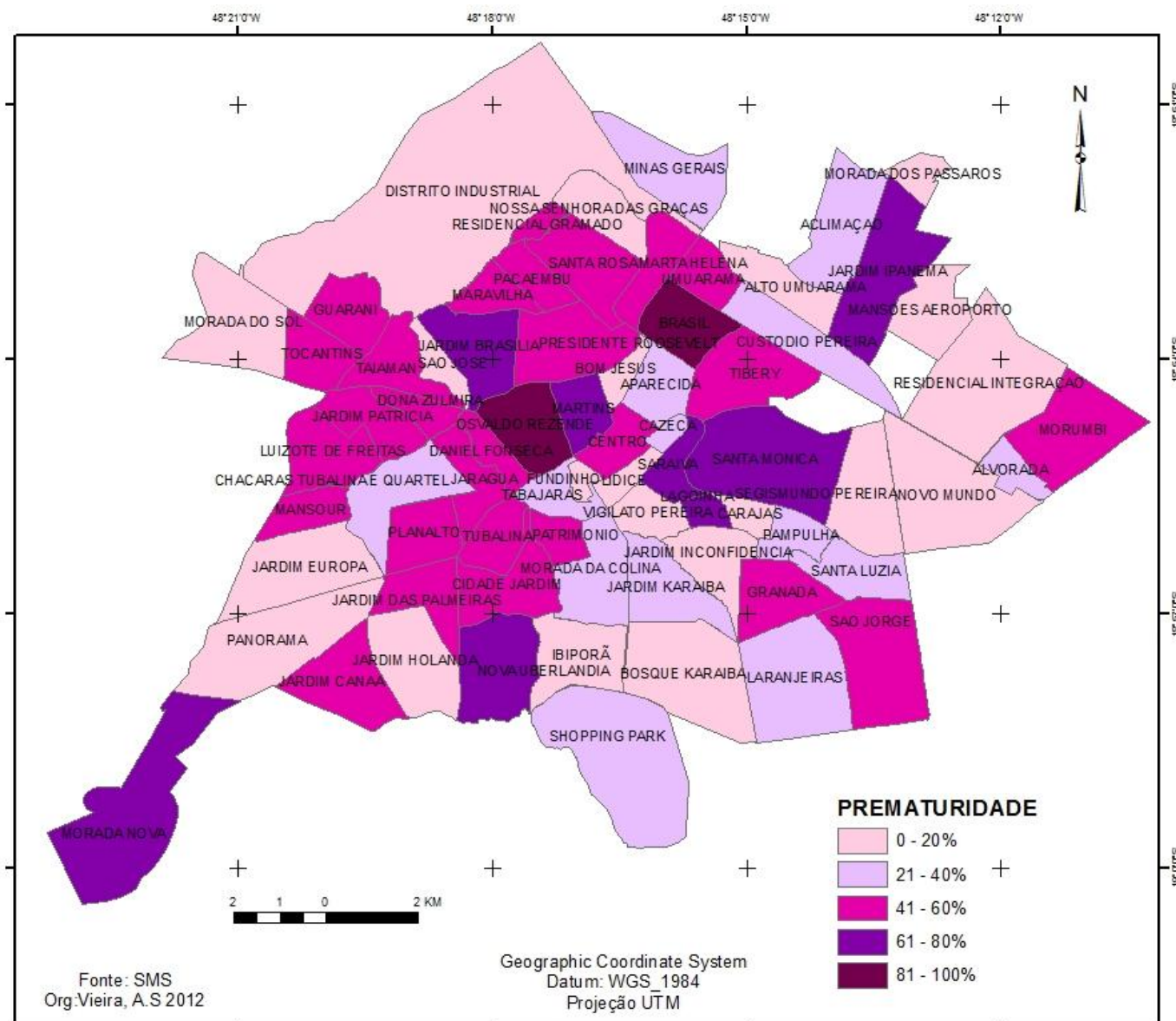
Figura 10 - Mapa da Distribuição das mães adolescentes com menos de sete consultas pré-natais, em Uberlândia – MG, de 2008 a 2010.



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. Os bairros com maior ocorrência de prematuridade no período foram o Brasil e o Osvaldo Resende (Figura 11).

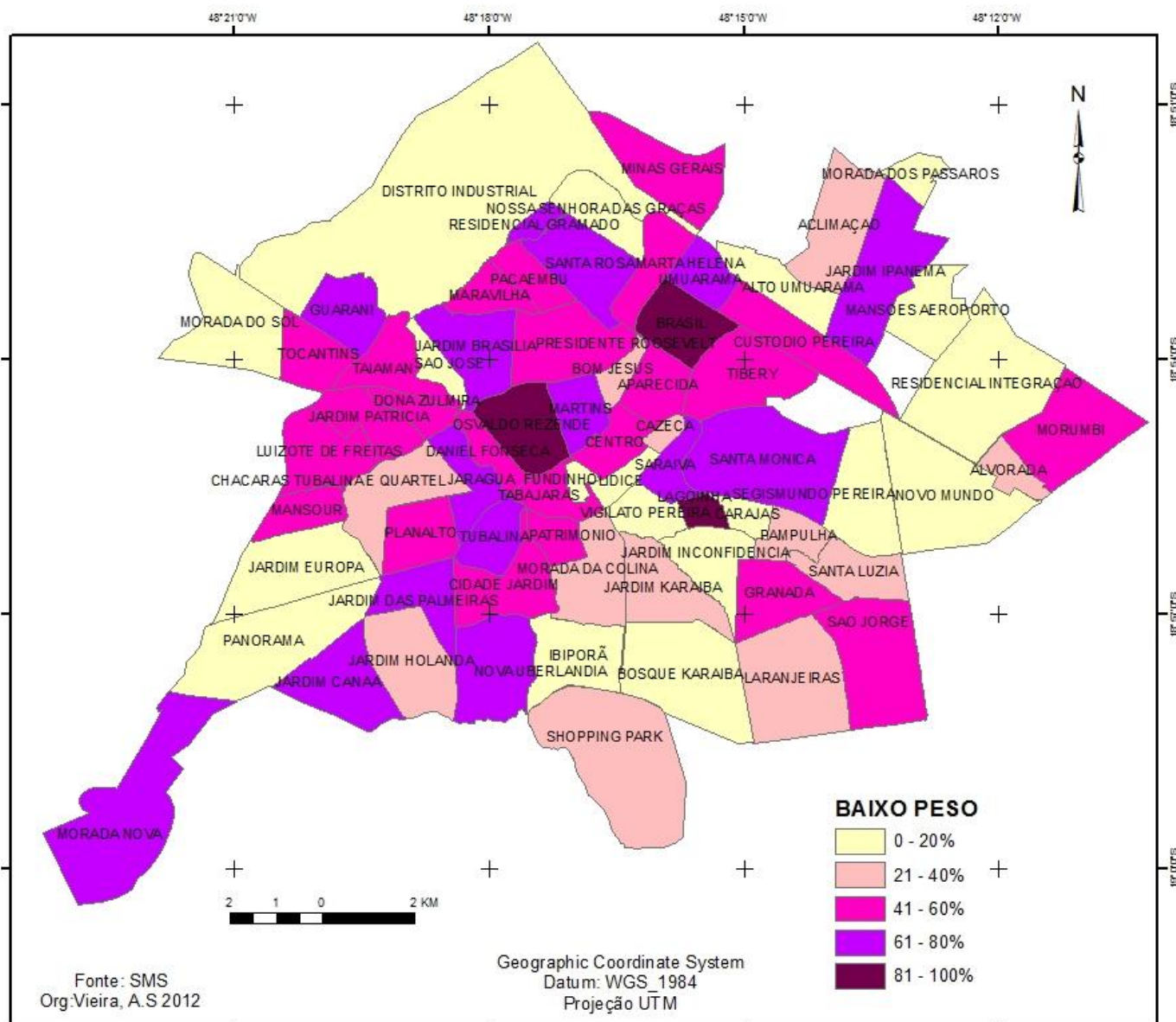
Figura 11 - Ocorrência da Prematuridade em Uberlândia-MG, de 2008 a 2010.



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 de maior ocorrência do Baixo Peso ao nascer em Uberlândia-MG, de 2008 a 2010, foram o Brasil, Osvaldo Resende e Lagoinha. Repetindo o resultado de prematuridade, os bairros Brasil e Osvaldo Resende possuem elevados níveis de baixo peso, salientando que a prematuridade é um sinalizador do BPN (Figura 12).

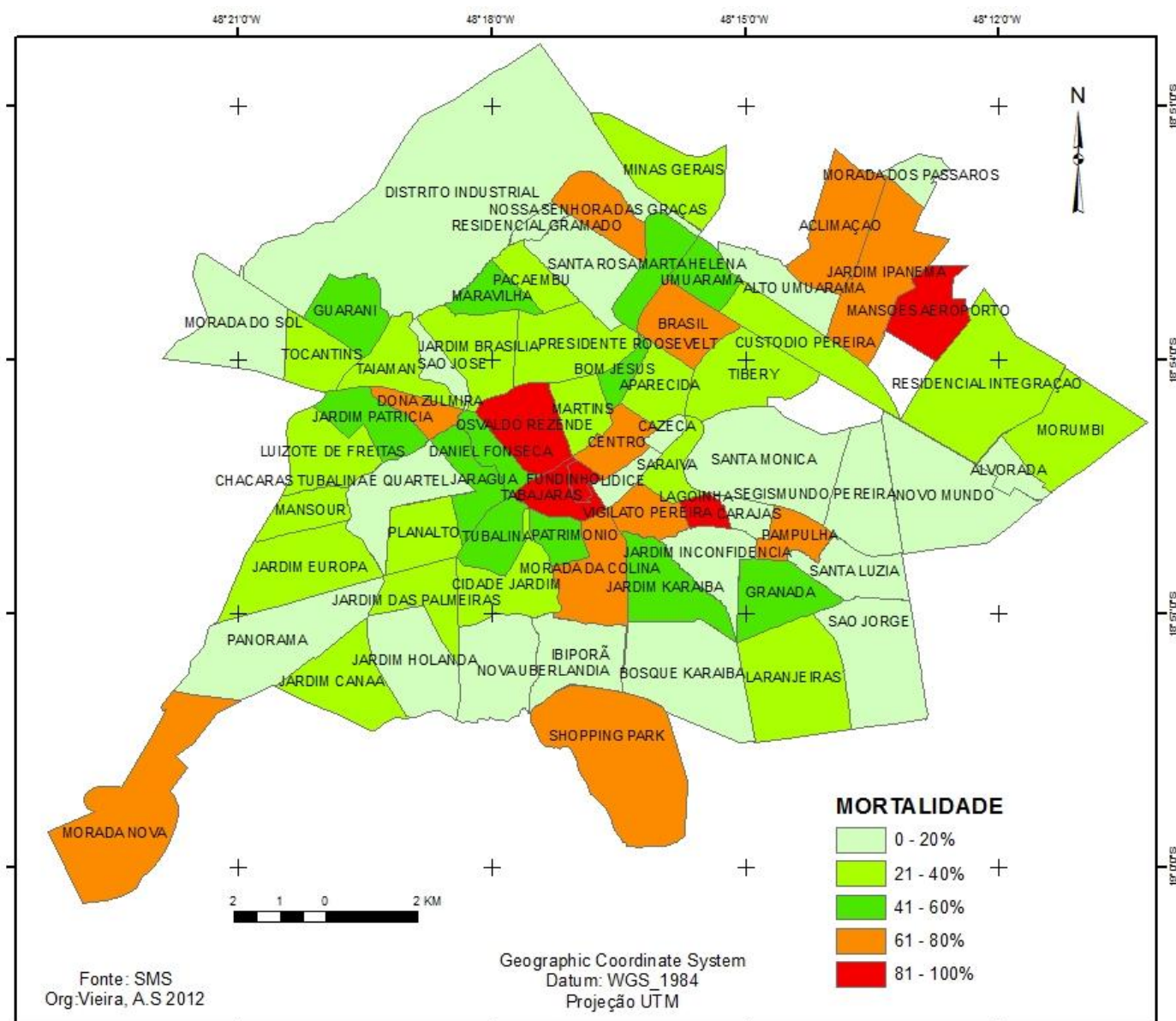
Figura 12 - Ocorrência do Baixo Peso ao nascer em Uberlândia-MG, de 2008 a 2010.



A mortalidade infantil (Figura 13) 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 gestação (ROSSARI e MICHELSON, 2009).

Figura 13 - Coeficiente de Mortalidade Infantil em Uberlândia/MG, de 2008 a 2010.



Para a confecção do mapa do coeficiente de mortalidade infantil foi calculada a taxa de mortalidade infantil⁵. Em Uberlândia, a taxa foi obtida pela divisão do número de óbitos por bairro pelo número de nascidos vivos por bairro multiplicando o resultado por mil. Os bairros de maior coeficiente de mortalidade infantil foram Mansões Aeroporto, Osvaldo Resende, Fundinho, Tabajaras 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 evitáveis⁶ 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 14) sobreposição do BPN, da prematuridade e dos óbitos infantis por causas evitáveis.

A análise espacial indica que as disparidades intra-urbanas da incidência e dos riscos da gestação na adolescência são resultantes de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas essencialmente coletivos e contextuais e requerem políticas públicas e intervenção em rede intersetorial tendo em vista a redução das desigualdades (FELICIANO, 2010).

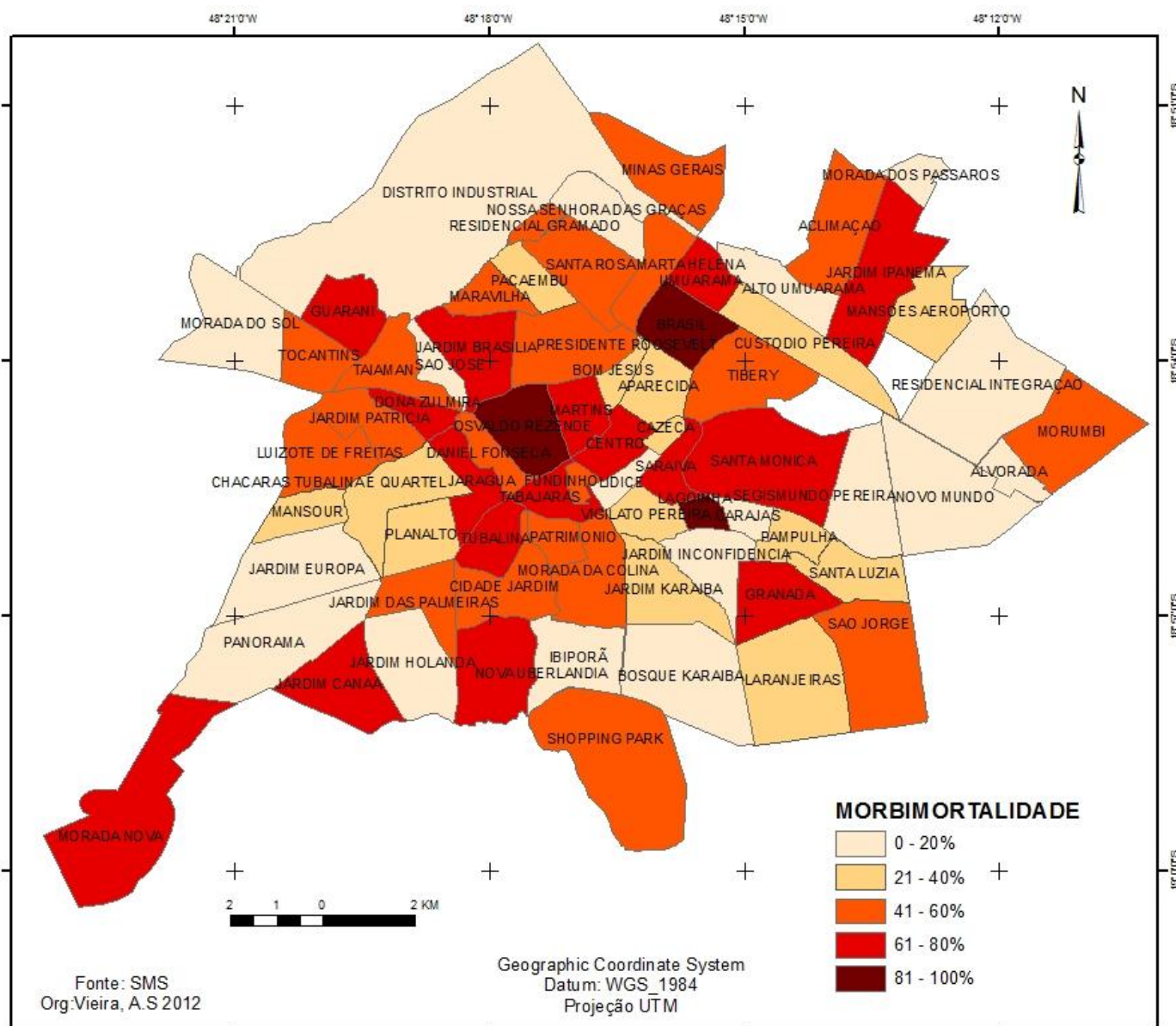
Ainda segundo Feliciano (2010) é fundamental que a saúde atente para as necessidades e as demandas específicas em saúde reprodutiva dessa população na construção de estratégias que atuem na redução da vulnerabilidade ocasionada por situações onde as variáveis de garantia dos direitos e de inserção social podem ser desfavoráveis para a qualidade de vida dessa população.

Segundo as “Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde” (BRASIL, 2010a), as ações e estratégias pautam-se na pluralidade das adolescências e devem ser planejadas com base no diagnóstico e cultura do território, por meio da rede intersetorial e com a participação social, tendo em vista o empoderamento para a redução das vulnerabilidades sociais.

⁵ 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.

⁶ 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).

Figura 14- Mapa da morbimortalidade infantil de Uberlândia-MG, 2008 a 2010.



Segundo as “Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde” (BRASIL, 2010a), as ações e estratégias pautam-se na pluralidade das adolescências e devem ser planejadas com base no diagnóstico e cultura do território, por meio da rede intersetorial e com a participação social, tendo em vista o empoderamento para a redução das vulnerabilidades sociais.

Assim, em consonância com o princípio da equidade do SUS, a vulnerabilidade programática da gestação na adolescência em Uberlândia foi analisada a partir do território de maior vulnerabilidade social.

4.4 Análise da pesquisa qualitativa sobre as mães adolescentes, Uberlândia –MG, em 2010.

Dos 80 casos estudados, a idade das mães adolescentes variou entre 13 e 18 anos, com média de 15,0 anos, coincidindo com os dados quantitativos que obtiveram média de 15,5 anos. Com relação à escolaridade 22% das mães possuem menos de 8 anos de estudo e 78% possuem escolaridade entre 8 e 11 anos de estudo. Destas 55,5% pararam de estudar ao engravidar, enquanto que 44,5% continuaram o estudo durante a gravidez. Moreira (2008) salienta que:

Em decorrência da gravidez a jovem tem seus sonhos postos em segundo plano, pois com a gravidez o bebê é posto em primeiro plano. Seus estudos, seu trabalho, são adiados e até abandonados em decorrência da gravidez. A sua função social também é alterada, ela deixa de ser filha passa a ter responsabilidade de mãe, assumindo papel de uma pessoa adulta. A situação econômica também é invertida. Algumas vezes ela tem que sustentar a si e seu filho, o que é muito frequente em famílias de menos favorecidas (MOREIRA, 2008).

A quantidade de anos de estudo reflete diretamente na ocupação e consequentemente na renda familiar. Das adolescentes que já trabalhavam antes de engravidar 44% pararam de trabalhar no período. A renda familiar das mães adolescentes varia entre 1 e 2 salários mínimos, 22% das mães adolescentes possuem renda de 1 salário mínimo, 27% absteve-se da resposta e 56% até dois salários mínimos.

Segundo Fontoura e Pinheiro (2007) a gravidez na adolescência (G.A) é mais comum entre as jovens pertencentes aos estratos de renda mais baixos: 44,2% das meninas de 15 a 19 anos com filhos pertencem à faixa de renda média familiar per capita de até 1/2 salário mínimo que concentra 26,7% das adolescentes nesta faixa de idade. Dito de outro modo, quase 18% das adolescentes do estrato de renda mais baixo são mães, enquanto no estrato de renda acima de cinco salários mínimos esta proporção não chega a 1%.

A importância da relação familiar é evidente em casos de gravidez na adolescência, entre as uberlandenses estudadas 84% moravam com os pais no

período em que engravidaram, destas 56% permanecem com os pais após o parto e 100% das adolescentes questionadas afirmaram receber apoio dos pais na gestação e 61% destas adolescentes não trabalham.

Para dimensionar o tamanho da família em questão e obter respostas quanto à renda per capita, foi questionado o número de irmãos. Partindo do princípio que estas adolescentes iriam permanecer no seio familiar e que o número de irmãos variou de 1 a 9 irmãos, sendo a média de 3 irmãos por família, logo, a família constitui-se aproximadamente de 6 pessoas e agora mais uma criança. Considerando que a renda familiar destas adolescentes concentram-se no estrato de até 2 salários mínimos, seriam 7 pessoas vivendo desta renda.

A gravidez na adolescência representa um momento de crise no ciclo de vida familiar. Para a adolescente, a gravidez pode significar uma reformulação dos seus planos de vida e a necessidade de assumir o papel de mãe para o qual ainda não está preparada. Para os pais, tal experiência é marcada por sentimentos variados, tais como surpresa, decepção, raiva, culpa ou alegria, e também por questionamentos do tipo “por que isto aconteceu?”, “onde foi que eu errei?”, “será que dei liberdade demais à minha filha?” (DIAS e GOMES, 1999).

Ainda, de acordo com Dias e Gomes (1999) a gravidez da adolescente apresenta-se aos pais como uma nova experiência para a qual buscarão constituir um sentido. Um sentido que é tanto retrospectivo em relação às vivências sobre sexualidade no ambiente familiar antes da gestação, quanto prospectivo em relação às mudanças e novos arranjos que se processam a partir da gestação. Para Attias-Donfut (1998) as transformações dos legados geracionais são solidárias às dos papéis de gênero. A história da família mostra que muitas mudanças foram construídas e compartilhadas coletivamente ao longo do tempo tais como os lugares sociais ocupados pelas mulheres, suas relações com o mundo público do trabalho, as concepções sobre a maternidade e a sexualidade feminina estas mudanças tornaram-se legados passados de geração em geração. Cada geração de mulheres recebeu, interpretou e resignificou tais legados.

Numa visão sistêmica, é importante, observar a família nos diversos contextos e percebê-la no todo. As gerações estão interligadas, de modo que eventos ocorridos numa geração podem aparecer nas gerações subsequentes, ainda que sob outra perspectiva. Encontrou-se uma relação entre as mães adolescentes estudadas e a idade que as mães destas adolescentes engravidaram. A média de

G.A das mães destas adolescentes na primeira gravidez era de 19 anos, sendo que 61% foram mães na adolescência, assim como suas filhas.

A sexualidade também é um elemento importante para a análise da dinâmica do adolescente. Ela é classificada por muitos autores como atividade de risco. As mudanças que caracterizam a adolescência incluem a consolidação do tipo de atração sexual vivida pelo indivíduo, outro fator importante são as alterações hormonais que, muitas vezes, provocam estados de excitação tidos como incontroláveis (MOREIRA, 2008).

Por causa deste desejo sexual dito incontrolável, a maioria dos jovens tem sua primeira relação sexual antes dos 20 anos e grande parcela antes dos 18, nem sempre utilizando métodos contraceptivos o que contribui para tornar a situação problemática do ponto de vista da saúde (MARINHO *et. al.*, 2009). A média de início sexual das adolescentes Uberlandenses estudadas varia de 12 a 18 anos, sendo a média de 14,5 anos. É a partir dessa atividade sexual desprotegida que acontece a gravidez, um dos desfechos da prática sexual não planejada e que pode ser influenciada por fatores internos e externos como desejos consciente ou inconsciente de engravidar, o relacionamento familiar difícil, bem como déficit de conhecimento sobre os métodos contraceptivos ou do uso inadequado dos mesmos (SANTOS, 2009).

Enfrentar uma gravidez é para o adolescente abdicar das liberdades que desfruta junto ao grupo em que está inserido. Significa modificar completamente a sua vida, desde os aspectos emocionais e físicos, alheios à sua vontade, até comportamento diante da sociedade (BRAGA *et. al.*, 2008). Ainda segundo Braga *et.al.* (2008), algumas jovens preferem não vivenciar tais problemas e uma das opções que encontram é o aborto. O procedimento, que geralmente é praticado por pessoas não especializadas, pode ocasionar complicações que comprometem o futuro reprodutivo desta jovem, atrapalhando seu psicológico, enfrentando, mais cedo ou mais tarde dolorosos sentimentos de culpa. Com relação ao aborto, das mães adolescentes Uberlandenses estudadas, no período de 2010, 27% afirmam ter cogitado a possibilidades de abortar, 62% alegam que a gravidez foi indesejada e nenhuma afirmou que foi planejada. Com relação ao motivo da gravidez, 50% das adolescentes alegaram que foi por descuido, e 22% por falta de informação. Isso representa o quanto as adolescentes estão mais conscientes dos problemas advindos da gravidez na adolescência. Dos 80 casos estudados 50% acredita que o

futuro de sua família apresentará dificuldades, contra 33% que afirmam que não haverá dificuldades no futuro de sua família.

As atitudes individuais são condicionadas tanto pela família quanto pela sociedade. A sociedade tem passado por profundas mudanças em sua estrutura, inclusive aceitando melhor a sexualidade na adolescência, sexo antes do casamento e também a gravidez na adolescência (FREITAS 1990). Dentre as mães adolescentes estudadas, 94% possuíam amiga ou parenta que foi mãe na adolescência. Contudo, em relação ao apoio social que deve ser oferecido à mãe adolescente, a cidade apresenta déficit, pois 100% das mães adolescentes estudadas desconheciam algum centro de apoio a mãe adolescente.

Para Morezzo (2003), a gestante adolescente vê-se na contingência de expor sua gestação ao juízo crítico da comunidade a que pertence. A identificação com postura da religião adotada se relaciona com o comportamento sexual. A religião tem participação importante como preditora de atitudes sexuais. Adolescentes que tem atividades religiosas apresentam um sistema de valores que os encorajam a desenvolverem comportamento sexual responsável. Nos últimos anos, as novas religiões evangélicas têm florescido, e são de modo geral, bastante rígidas no que diz respeito à prática sexual pré-marital. Profissionais de saúde tem impressão de que as adolescentes que frequentam essas igrejas iniciam a prática sexual mais tardiamente, porém não há pesquisas comprovando essas impressões (SANTOS e SILVA, 2000). As mães adolescentes uberlandenses estudadas, enquanto 67% declaravam-se católicas, 16% afirmaram pertencer a alguma denominação evangélica.

A gravidez traz vários efeitos sociais negativos, como: perda das oportunidades educacionais, de trabalho e redução das chances de um casamento feliz, com limitações de oportunidade. Ocorrem também efeitos psicológicos associados ao conflito emocional e educacional frente à situação da maternidade (GILDEMEISTER, 1993). Percebe-se, também, a falta de apoio, despreparo ou abandono por parte do parceiro, causando a interrupção do processo normal do desenvolvimento psico-afetivo-social: na maioria dos casos a gestante não tem nem vínculo com o parceiro, nem o apoio da família (COSTA, *et.al.*, 1995).

O estado civil das mães adolescentes uberlandenses era solteiro em 72% dos casos, e este mesmo percentual estava namorando ao engravidar. Dentre estas 55% continuam solteiras após o parto.

Segundo Griffiths (1993), quando as adolescentes percebem que estão grávidas, elas recorrem, primeiramente, ao parceiro, depois a sua mãe e em seguida aos amigos, sendo que, habitualmente, a comunicação pode ser mais bem estabelecida com a mãe. Tendo como princípio de que a mãe adolescente recorre em primeiro momento ao parceiro, procurou-se construir um perfil para os parceiros dos casos de G.A em Uberlândia. Deparou-se que a idade parceiros varia de 16 a 29 anos, e 39% destes são adolescentes. A escolaridade dos parceiros variou do 1º incompleto ao 2º completo, sendo 50% possuíam mais de 8 anos de estudo, e 100% dos parceiros trabalhavam e possuíam renda. Ao questionar sobre o apoio do parceiro no período gestacional, 94% das mães responderam ter recebido apoio, porém após o parto, apenas 72% das mães recebem apoio financeiro dos seus parceiros.

Portanto, o perfil qualitativo identificado das mães adolescentes uberlandenses é que vivem sem companheiro, com escolaridade de oito a onze anos, moram com os pais e recebem apoio destes, possuem renda familiar até 2 salários mínimos e desconhecem apoio social da cidade.

5. 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.

As adolescentes entrevistadas puderam contar com o apoio da família, especialmente dos pais. Este apoio foi mais evidente quanto mais jovem as garotas, pois estas geralmente tinham uma relação mais instável com o pai do bebê, não podendo, muitas vezes, contar com o apoio deles. Com menos frequência foi citado o apoio dado pelo pai do bebê. Assim, para o grupo estudado, a gravidez acarretou maior dependência de seus pais, frustrando o desejo comum de independência e liberdade, visto que a maior parte das entrevistadas residia com os pais.

Frente à escolaridade, observou-se a frequente relação entre gravidez e abandono escolar, apontado para um possível agravamento das condições socioeconômicas dessas adolescentes, que terão limitadas suas possibilidades de ocupação e sustento, de si e de seus filhos. A visão idealizada dessas garotas acerca da gravidez e a ausência de preocupação com problemas concretos do dia-a-dia, incluindo seu sustento, estudo, trabalho, realização pessoal e outros ficou clara.

A falta de estímulo à participação dos homens no acompanhamento pré-natal e nas ações de planejamento familiar reproduz as relações de poder entre gêneros, responsabilizando as mulheres pela reprodução e anticoncepção. Urge construir estratégias de redução de desigualdade de gêneros nos serviços de saúde, tendo em vista a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de ambos.

Na educação e cultura e no esporte e lazer, o enfoque da saúde e da adolescência é ampliado para a abordagem psicossocial do indivíduo, incorporando os aspectos de inclusão social e projetos de vida. Concepções mais abrangentes da saúde, juventude e vulnerabilidade são adotadas nos projetos intersetoriais

articulados pelos setores da infância e de juventude e assistência social que ampliam o enfoque das ações para família e a comunidade com participação social.

Retomando os objetivos da pesquisa quantitativa, a análise das condições sociais e dos indicadores de saúde da população feminina adolescente de Uberlândia, na perspectiva das vulnerabilidades sociais e programáticas no território, permitiu analisar o potencial de enfrentamento das ações, programas e projetos desenvolvidos pelo Estado. A espacialização dos dados do SINASC e do SIM se mostrou um instrumento valioso para indicar vulnerabilidades sociais em Uberlândia, pois permitiu analisar as disparidades intra-urbanas.

Os bairros com maior ocorrência da gravidez na adolescência foram o Dona Zulmira, Jardim Inconfidência, Brasil, Alto Umuarama, Aclimação e Alvorada. O bairro Nossa Senhora das Graças mesmo não sendo classificado como de grande ocorrência de G.A, foi espacializado como de menor concentração de equipamentos públicos e também lidera 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 com menos anos de estudo. Pode ser considerado um bairro vulnerável socialmente, o que demanda uma maior atenção do Estado frente aos cuidados destas mães adolescentes.

As ações intersetoriais têm alto potencial de enfrentamento das vulnerabilidades programáticas quando estão fundamentadas na gestão intersetorial a partir de problemas identificados no território e com participação popular, em substituição à integralidade de práticas por meio de fluxos de comunicação.

O enfoque ampliado da gestação na adolescência demanda a consolidação do trabalho em rede, o setor saúde precisa ampliar as práticas focadas no risco trabalhando a partir das vulnerabilidades. Com a adoção de tal abordagem, terá condições de contribuir com a gestão intersetorial para a promoção da saúde da comunidade. Quanto aos demais setores, há que se considerar os avanços atingidos, mas há necessidade de fortalecimento do planejamento e avaliação integradas, passos que consolidarão a organização do território urbano.

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.

Assim, o estudo quantitativo, identificando a dinâmica reprodutiva, as disparidades intra-urbanas, o mapeamento das vulnerabilidades, a rede de atenção ao adolescente, e o estudo qualitativo, pormenorizando as expectativas das mães adolescentes frente ao novo momento de suas vidas, traz uma perspectiva dos sujeitos sociais que vivenciam cotidianamente os impactos das vulnerabilidades sobre suas vidas, famílias e comunidades.

6. REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência Normal**: um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

ALTMANN, H. A sexualidade adolescente como foco de investimento político-social. **Educ. rev.**, Belo Horizonte, n. 46, Dec. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-46982007000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28/05/ 2010.

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_n_a_adolescencia_no_brasil.pdf. Acesso em 10/10/2012.

ALVES, J. A. B.; PIERANTI, O. P. O estado e a formulação de uma política nacional de esporte no Brasil. **RAE eletrônica**. São Paulo, v. 6, n. 1, Art.1, 2007 . Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/raeel/v6n1/a02v6n1.pdf>>. Acesso em: 12 /10/2010.

AMORIM, M. M. R. et al. Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 404-410, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n8/v31n8a06.pdf>>. Acesso em: 28/ 10/2011.

ANDRADE, P. R., RIBEIRO, C. A., & SILVA, C. V. **Mãe adolescente vivenciando o cuidado com o filho**: Um modelo teórico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a06v59n1.pdf>. Acesso em 10/10/2012.

ARIÈS. P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro, Guanabara, 1981.

ATTIAS, D., C. & SEGALIN, M.. Grands-Parents. **La famille à travers les générations**. Paris, Ed. Odile Jacob. 1998

AYRES, J. R. C. M. et al. Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. **Interface**. Botucatu, v. 7, n. 12, p. 123-138, fev. 2003b. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/revista12/artigo4.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2012.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003a, cap. 6, p. 117-140.

AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 375-416.

BARATA, R. B. Condições de saúde da população brasileira. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BARROS, N.F.; CECATTI, J.G; TURATO, E. R. (org). Pesquisa Qualitativa em Saúde: múltiplos olhares. Campinas: UNICAMP, 2005.

BARTON, H. & TSOUROU, C. **Healthy Urban Planning**. A WHO guide to planning for people, WHO/ROE, London, Spon Press. 2000.

BECKER, B. K. Síntese das contribuições da oficina da Política Nacional de Ordenamento Territorial. In: **Anais da Oficina sobre a Política Nacional de Ordenamento Territorial**, Brasília, Ministério da Integração Nacional, Brasília: MI 2005.

BERNHARDSEN, T. **Geografic information systems: AN INTRODUCTION**. 2nd ed. New York: J. Wiley, 1999. 372 p.

BONHAM-CARTER, G.F. **Geografic information systems for geoscientists: modeling with GIS**. Ontario: Pergamon, 1997. 398p.

BORGES, A. L. V., NICHATA L. Y. I., SCHOR N. Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem v.14 n.3 Ribeirão Preto** maio/jun. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000300017&lng=pt&nrm=iso. Acesso 12/10/2012.

BRAGA A. S.; RIOS L. A. O.; VALLE N. S. B.; Aborto “Uma Conseqüência da Gravidez na Adolescência. **Rev. Edu., Meio Amb. e Saúde** 2008; 3(1):76-88. Disponível em: [http://www.faculadadedofuturo.edu.br/revista/2008/pdfs/REMAS3\(1\)76a88.pdf](http://www.faculadadedofuturo.edu.br/revista/2008/pdfs/REMAS3(1)76a88.pdf). Acesso em 10/10/2011.

BRANDAO, E. R.; HEILBORN, M. L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1421-1430, jul. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n7/07.pdf>>. Acesso em: 12/11/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2000. **A adolescente Grávida e os serviços de Saúde no Município**. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem

BRASIL. Ministério da Saúde. **A construção de vidas mais saudáveis**. Reimpressão. Brasília, 2002b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/s00f.htm>>. Acesso em 14/10/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral á saúde de adolescentes e jovens na promoção da saúde, prevenção de agravos e de enfermidades e na assistência**. Brasília, 2010a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes_nacionais_adoles_jovens_230810.pdf> Acesso em: 14/10/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco legal:** saúde, um direito de adolescentes. Brasília, 2005a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_legal.pdf>. Acesso em 14/06/2010.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens:** orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília, 2005. Disponível em: <http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/monografias/ms/sauintadoljov/sauintadoljov2005.pdf>. Acesso em: 14/11/2011.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (Sinasc) para os profissionais do Programa Saúde da Família** / Ministério da Saúde. – 2. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério do Esporte. **Esporte, Lazer e Desenvolvimento Humano**. Brasília: Ministério do Esporte, 2009.

BRASIL. Presidência da República, 1990. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **LEI Nº 8.069, de 13 de Julho de 1990**. Brasília, 13 de julho de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BUSS, P. M. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde**. In: CZERESNIA, Dina e FREITAS, Carlos Machado de (orgs.). **Promoção da saúde. Conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

BUSS, P. M; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2007, p. 77-93.

BUSSO, G. **La vulnerabilidad social y las políticas sociales a inicios del siglo XXI:** una aproximación a sus potencialidades y limitaciones para los países latinoamericanos. Santiago do Chile: Cepal/Celade, 2001.

CÂMARA G., MONTEIRO, A. M., DRUCK, S. , CARVALHO M.S. **Análise Espacial e Geoprocessamento**. Brasil 2003. Disponível em <http://www.dpi.inpe.br/gilberto/tutoriais/analise/cap1.pdf>. Acesso em 01/12/2012.

CÂMARA, G; MONTEIRO, A. M.; MEDEIROS, J. M.. Introdução à ciência da geoinformação. São José dos Campos: INPE, 2004.

CARNIEL, E. F. et al. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**. Recife, v. 6, n. 4, p. 419-426, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n4/09.pdf>>. Acesso em: 20/10/2011.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M. Jovens em situação de pobreza, vulnerabilidades Sociais e Violências. **Cad. Pesquisa**. São Paulo, n. 116, p. 143-176, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/n116/14402.pdf>>. Acesso em: 12/09/2011.

CHAMBERS, R. Vulnerability, coping and policy. **IDS Bulletin**, v.20, n.2, 1989.

CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CNAS, 2006) **Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária**. Brasília/DF 2006. Disponível em: http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/diversos/mini_cd/pdfs/convivencia_familiar.pdf. Acesso em 10/10/2012.

CONTIJO, D.; MEDEIROS, M. “Tava morta e revivi”: significado de maternidade para adolescentes com experiência de vida nas ruas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 469-472, fev. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/25.pdf>>. Acesso em: 23/11/2011.

CORRÊA, A. C. P.; FERRIANI, M. G. C. Paternidade adolescente: um desafio a ser enfrentado pelos serviços de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 6, n. 2, p. 157-163, abr./jun. 2007.

CORRÊA, R. L. Territorialidade e Corporação: um exemplo. In SANTOS, Milton et. Al. (org.) **Território: Globalização e Fragmentação**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1996, p. 251-256.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; SILVER, L. D., Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Rev. Bras. Saúde Mater. Inf.** Recife, v. 6, n. 1, p. 75-84, jan./mar. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n1/a09v6n1.pdf>>. Acesso em: 23/10/2011.

COSTA, M.C.O.; PINHO, J.F.C.; MARTINS, S.J. **Aspectos psicossociais e sexuais de gestantes adolescentes em Belém-Pará**. J. Pediatr., v. 71, n. 3, p. 151-7, 1995.

CUNHA, J. M. P.; JAKOB, A. A. E.; HOGAN, D. J.; CARMO, R. L. **A vulnerabilidade social no contexto metropolitano: o caso de Campinas**. XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambú-MG – Brasil, 2004.

CUTTER, S.L. **Vulnerability to environmental hazards**. Progress in Human Geography, v.20, n.4, p. 529-539, dec., 1996.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Indicadores de Saúde**. Brasília:, 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ldb2008/tema.pdf>> Acesso em: 14/08/ 2011.

DEMERS,M.N. **Fundamentals of Geographic information systems**. New York: J. Wiley, 1997.486p.

DENT, B. D. **Principles of Thematic map design**. Reading: Addison-Wesley, 1985. 398 p.

DIAS A. C. G.; GOMES W. B. 1999. **Conversas sobre sexualidade na família e gravidez na adolescência: a percepção dos pais**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v4n1/a06v04n1.pdf/lsearch=%22a%20fam%C3%ADlia%20da%20adolescente%20gravida%22>. Acesso em 10/10/2011.

DILLEY M, BOUDREAU TE. **Coming to terms with vulnerability: a critique of the food security definition**. *Food Policy* 2001; 26(3):229-47.

Esplanada dos Ministérios,Brasília – DF. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0101adolescente_gravida.pdf. Acesso em 14/06/2011.

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.

FELICIANO, R.A.F.; **Gestação na Adolescência: Vulnerabilidade e rede de proteção em São Carlos. Tese de Doutorado apresentada a Universidade de São Paulo**. Escola de Enfermagem de Riberão Preto. Riberão Preto, 2010. Disponível em www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-14012011-105644/. Acesso em 12/09/2012.

FERREIRA, M. U., 1992. **Epidemiologia e geografia**: o complexo patogênico de Max Sorre. *Cadernos de Saúde Pública*, 7:301-309.

FILGUEIRA, C. H. **Estructura de oportunidades y vulnerabilidad social: aproximaciones conceptuales recientes**. In: CEPAL. Seminario Vulnerabilidad. Santiago de Chile : CEPAL, 2001.

FIORENTINO, J.; SALDANHA, R. P. Esporte, educação e inclusão social: reflexões sobre a prática pedagógica em Educação Física. **Rev. Digital**. Buenos Aires, n. 112, set. 2007. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd112/esporte-educacao-e-inclusao-social.htm>>. Acesso em: 14/10/2012.

FONSECA, A. F.; CORBO, A.M.D. (org). **O Território e o Processo Saúde-Doença**. Rio de Janeiro: EPSJU/Fio Cruz, 2007.

FONTOURA N. O. ; PINHEIRO L. S. Gravidez na adolescência. **IPEA Desafios do desenvolvimento, 2007**. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/desafios>

/index.php?option=com_content&view=article&id=1091:catid=28&Itemid=23. Acesso em 10/10/2011.

FREITAS, E. **Gravidez na adolescência**. Campinas: Atual, 1990.

FREITAS, P. F. et al. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n. 5, p. 761-767, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v39n5/26296.pdf>>. Acesso em: 22/11/ 2011.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Esportes e lazer 2010**. Disponível em : http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9423.htm. Acesso em 10/10/2011.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). Situação da Adolescência Brasileira 2011. **O direito de ser adolescente**: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília, 2011.

GAMA, S. G. N. da et al. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, fev. 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23/10/2011.

GIDDENS, A. **Sociology**. Cambridge, Polity Press, 1989.

GILDEMEISTER, S.B. Prevenção da gravidez indesejada ou inoportuna. In: HALBE, H.W. **Tratado de ginecologia**. 2. ed. São Paulo: Rocca, 1993. p. 91-3.

GONÇALO, M.I. (2002). A mãe-menina. Nursing, vol. 14, N.º 172

GRADIM, C. V. C., FERREIRA, M. B. L., & MORAES, M. J. **O perfil das grávidas adolescentes em uma unidade de saúde da família de Minas Gerais**. Revista de Atenção Primária à Saúde, 2010. Disponível em: ojs.hurevista.uff.br/index.php/aps/article/download/505/297. Acesso em 10/10/2012

GRIFFITHS, E.A. *et al.* **Características psicosociales de la embarazada adolescente en Valdivia**. Cuad. Med. Soc., v. 35, n. 2, p. 31-7, 1994.

HAESBAERT, R. 1997. **Des-territorialização e Identidade: a rede "gaúcha" no Nordeste**. Niterói: EdUFF

HAESBAERT, R. 2004a. **O mito da desterritorialização: do "fim dos territórios" a multi-territorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

HAESBAERT, R. **A natureza do espaço: técnica e tempo. Razão e emoção**. São Paulo: Edusp, 2002a.(Orgs.). Geografia: conceitos e temas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001, p.77- 116.

HAESBAERT, R. **Da Desterritorialização à Multiterritorialidade**. Boletim Gaúcho de Geografia, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 11-24, 2002a.

HAESBAERT, R. **Mitos da desterritorialização: Do fim dos territórios à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006. 400p Janeiro: Record, 2001.

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.

HEILBORN, M. L., SALEN, T., ROHDEN, F., BRANDÃO, E., KNAUTH, C. V., AQUINO, E., **Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência**. Horizontes Antropológicos, 2002 - 8(17),13-45

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE 2010 a) Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Síntese de Indicadores 2009. Rio de Janeiro 2010. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad_sintese_2009.pdf) /populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad_sintese_2009.pdf . Acesso em 10/10/2012.

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.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE 2010 d) IDB 2010 Brasil. Rede Internacional de Informações para a saúde. A.7 **Taxa bruta de natalidade**. Rio de Janeiro 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2010/a07b.htm>. Acesso em 10/10/2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE 2010 e) **IBGE: população brasileira envelhece em ritmo acelerado**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1272 .Acesso em 10/10/2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) **Censo 2010: Uniões consensuais já representam mais de 1/3 dos casamentos e são mais frequentes nas classes de menor rendimento**. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2240&id_pagina=1. Acesso em 10/10/2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE Cidades Uberlândia 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em 10/10/2012.

KAZTMAN, R.et al. **Vulnerabilidad, activos y exclusión social en Argentina y Uruguay**. Santiago do Chile: OIT, 1999a. (Documento de Trabajo, 107).

KILSZTAJN, S. LOPES, E. S.; CARMO M.S.N.; REYES,A.M.A; Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, ago. 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24/11/2011.

LANSKY S, F. E, PERPÉTUO IH, ISHITANI I. A mortalidade Infantil: tendências da mortalidade neonatal e pós-neonatal.in **20 anos do SUS** - Ministério da Saúde, 2009.

LE BERRE, M. **Territoires. Encyclopédie de Géographie**. Paris: Economica, 1995.

LEFEBVRE, H. **O direito à cidade**. São Paulo: Moraes, 1991.

LIMA, J. F. C.; NEVES, L. M. W (Org.). **Fundamentos da educação escolar no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

LOURENÇO R. W. , LANDIM P. M. B. **Mapeamento de áreas de risco à saúde pública por meio de métodos geoestatísticos**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(1):150-160, jan-fev, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v21n1/17.pdf> . Acesso em 10/10/2012

MAGUIRE, D.J.,GOODCHILD, N.S., RHIND, D.W., **Geographical informations Systems: Principals and Applications**. Longman, London 1991.

MAIA A. G. E QUADROS W. J. **Tipologia de classes e desigualdades territoriais no Brasil**. Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Caxambu, 2008. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1011.pdf. Acesso em 10/10/2011.

MALTA, D. C. **Lista Brasileira de mortes Evitáveis: Menores de 5 anos e de 5 anos a 74 anos**. Coordenação Nacional de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Departamento de Análise de Situação de Saúde.Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Dezembro de 2005.

MANN, J. M. & TARANTOLA, D., 1996. **AIDS in the World II**. New York/Oxford: Oxford University Press.

MARINHO, L.F.B.; AQUINO, E.M.L.; ALMEIDA, M. C. C. Práticas contraceptivas e iniciação sexual entre jovens de três capitais brasileiras. **Cad. Saúde Pública**.vol.25, 2009.

MARTIN, D. **Geographic Information System: socioeconomic applications**. 2nd ed. London Routledge, 1996.210 p. MARTINELLI, M. **Curso de Cartografia Temática**. São Paulo, 1991. 180 p.

MARTINS M. C. F. N. e BÓGUS C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade** v.13, n.3, p.44-57, set-dez 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/06.pdf>. Acesso em 12/10/2012.

MELO, G. **Gênero e pobreza no Brasil**: relatório final do projeto governabilidad democrática de género en America Latina y el Caribe. Brasília: CEPAL, 2005.

MENDES P. C. **Aspectos Ecológicos e Sociais da doença de Chagas no município de Uberlândia, Minas Gerais – Brasil**. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, 2008.

MINAYO, M. C. de S.; MINAYO, C. G. **Díficeis e possíveis relações entre os métodos quantitativos e qualitativos nos estudos dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: Ensp, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo- Rio de Janeiro, HUCITEC- ABRASCO, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O processo de mudança em um hospital de Belo Horizonte: a visão da enfermeira-gerente**. Disponível em <http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/1884/1565/1/texto.pdf>. Acesso em 10/10/2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004. **Cadernos de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2004.

MIRANDA, J.I. **Fundamentos de Sistemas de Informações Geográficas**. Brasília, DF: Embrapa Informação Tecnológica, 2005.

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.

MONTEIRO, A. I.; MEDEIROS. J. D.; OLIVEIRA; J. R. **Estilo de vida y vulnerabilidad social de los adolescentes en el Barrio de Felipe Camarão, Natal/RN, 2005**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 09, n. 01, p. 176 - 190, 2007 Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a14.htm>.

MORAIS M. A. O. **Territórios: poder, posse e violência? 2009** Dissertação de mestrado em Geografia. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo 2009.

MOREIRA, T.M.M, VIANA, D. S.; QUEIROZ, M.V.O.; JORGE, M. S. B.; **Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. Revista Escola Enfermagem da USP**; 42(2): 312-320, jun. 2008.

MOREZZO, M. Gravidez na adolescência um sistema social, 2003. In Diniz N.C. **Gravidez na adolescência um desafio social**, 2010. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2336.pdf>. Acesso em 10/10/2011.

MOSER, C. **Youth violence in Latin America and the Caribbean: costs, causes, and interventions**. Washington D.C: World Bank, 1999.

MOURA G.G, Dissertação de mestrado **Imagens e Representações da Periferia de Uberlândia (MG): O estudo de caso do setor Oeste**. Uberlândia, 2003.

MUSSEN, P.H.; CONGER, J.J.; KAGAN, J. **Desenvolvimento e personalidade da criança**. 4ª ed. São Paulo: HARBRA, 1977.

NASCIUTI, J. R. A instituição como via de acesso à comunidade. In: R. H. F. Campos (Org), **Psicologia social e comunitária**: Da solidariedade à autonomia (pp. 100-126). Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

OLIVEIRA, R. C. Adolescência, gravidez e maternidade: a percepção de si e a relação com o trabalho. **Rev. Saúde Sociedade**. São Paulo, v. 17, n. 4, p. 93-102, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n4/10.pdf>>. Acesso em: 28/11/2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Caracterização da adolescência**. GENEBRA, 1997.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - **Necessidades de salud de lós adolescentes**. Informe de um Comitê de Expertos de la OMS. Ginebra, OMS: 1977.

OUTEIRAL, J. **Adolescer**: estudos revisados sobre adolescentes. Rio de Janeiro: REVINTER, 2008.

PADUA, K. S. et al. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 44, n. 1, p. 70-79, fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v44n1/08.pdf>>. Acesso em: 22/11/2011.

PAIM, J. S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: **Condições de Vida e Situação de Saúde**: Saúde e Movimento (R. B. Barata, org), Rio de Janeiro: Abrasco. 1997.

PALMA A, MATTOS UAO. Contribuições da ciência pós-normal à saúde pública e a questão da vulnerabilidade social. **Hist Ciênc Saúde Manguinhos** [periódico na Internet]. 2001 Set./Dez. [acessado 2003 Jan 5];8(3):[cerca de 23 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?>

PALMA, A. e MATTOS, U. A. O. **Contribution of post-normal science to public health and the issue of social vulnerability**. 2001. Rio de Janeiro/ RJ Brasil.

PARAYBA, M.J.C. Risco de morbidade no primeiro ano de vida em filhos de mães adolescentes de baixa renda. 2002. 250f Dissertação (Mestrado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002.

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA (PMU). **História da Futel 2010b**. Disponível em: <http://www.uberlandia.mg.gov.br/?pagina=Futel&id=727>. Acesso em 10/10/2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA (PMU). **Secretarias e Órgãos 2010a**. Disponível em: <http://www.uberlandia.mg.gov.br>. Acesso 10/11/2011.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993.

RIBEIRO, M. T. F.. MILANI, C. R. S.. **Compreendendo a complexidade socioespacial contemporânea: o território como categoria de análise interdisciplinar**. (Org.). Salvador: EDUFBA, 2009.

ROCHA, R.M. et al. Territórios da promoção da saúde e do desenvolvimento local. In: OLIVEIRA, R.G.; GRABOIS, V.; MENDES JÚNIOR, W. V. (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: ENSP, 2009. p. 379-398.

RODRIGUES R. M. **Gravidez na Adolescência**. Nascer e Crescer v.19 n.3 Porto set. 2010. Disponível em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542010000300021. Acesso em 10/10/2012

RODRIGUEZ, L. M. Educação de jovens e adultos na América Latina: políticas de melhoria ou de transformação; reflexões com vistas à VI CONFITEA. **Rev. Bras. Educação**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 326-334, maio/ago. 2009 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v14n41/v14n41a10.pdf>>. Acesso em: 03/10/2010.

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/000000F50.pdf>. Acesso em 12 maio de 2012.

SABROZA, A. R. et al. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 01, p. 112-120, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s1/12.pdf>>. Acesso em: 20/10/2011.

SABROZA, P.C.; LEAL M. C.; BUSS, P. M. A Ética do desenvolvimento e a proteção às condições de saúde. **Cad. Saúde Pública**. vol.8. n.1. Rio de Janeiro. Jan./Mar, 1992.

SAEGERT, S.; THOMPSON, J. P.; WARREN, M. R. (Ed.). **Social capital and poor communities**. New York: Russell Sage Foundation, 2001.

SANTOS I.M.M; SILVA, L.R. Estou grávida, Sou adolescente e Agora? _ Relato de experiência na consulta de enfermagem. **Revista Projeto Acolher: Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília.2000.

SANTOS, J. O; SILVA, C. F. S; PETENÃO, E.; SOSTER, F. C. B.; BERARD, M. B.; SILVA, S. R. ; Perfil das adolescentes com reincidência de gravidez no setor público de Indaiatuba(SP). **Rev. Inst. Ciência e Saúde**; 27(2); 115-21, 2009.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção**. 2ª Edição. SP: Editora da Universidade de SP, 2006.

SANTOS, M. A Natureza do Espaço: Tempo e técnica. Razão e emoção. São Paulo: Edusp, 2002. **SAÚDE. Tabela de repasses da Contrapartida Estadual - janeiro à setembro/2008.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/index.php?idEditoria=863>>. Acesso em 02 ago. 2010.

SANTOS, M. **Por Uma Outra Globalização:** do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record; 2003a.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI.** São Paulo: Record, 2001.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI.** 11ª Ed. - Rio de Janeiro: Record, 2008.

SAQUET, M. A. **Abordagens e concepções de território.** 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

SAQUET, M. A. **Os tempos e os territórios da colonização italiana.** Porto Alegre/RS: EST Edições, 2003 (2001).

SCHOLTEN, H.J., STILLWELL, J.C.H., Geographical Information Systems: the emerging Requirements In: SCHOLTEN, H.J., STILLWELL, J.C.H., (org.) **Geographical Information Systems for Urban and Regional Planning**, 3-14 p., 1990.

SCHOLTEN, H.J., LEPPER, M. J.C. The Benefits of Application of geographical of Systems in Public and Environmental Health, **World Health Statistical Quarterly Report**, 44: 160 - 170, 1991.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS) **Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013.** SMS 2009. Disponível em: http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/2971.pdf. Acesso em 10/10/2012

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.

SOARES, B.R, Tese de doutorado **Uberlândia: Da cidade Jardim ao Portal do Cerrado – Imagens e representações no Triângulo Mineiro**, São Paulo 1995.

SOARES, C.B. **Adolescentes, drogas e AIDS:** avaliando a prevenção e levantando necessidades. São Paulo, 1997. [Tese de Doutorado - Faculdade de Educação da USP].

SOUZA, M. J. L. O O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, I.E., GOMES, P. C. C., CORRÊA, R. L.(orgs.). **Geografia: Conceitos e temas.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

SPOSITO, E. S.; Geografia e Filosofia. Contribuição para o ensino do pensamento geográfico. 01. ed. São Paulo: Editora UNESP, 2004. v. 01. 218 p.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Brasil: Ministério da Saúde, 2004.

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.

TAMMELIN T, LAITINEN J, NAYHA S. **Change in the level of physical activity from adolescence into adulthood and obesity at the age of 31 years**. Int J.Obes Relat Metabol Disord 2004;28:775-82.

TOLEDO, M. M. **Vulnerabilidade de adolescentes ao HIV/AIDS**: uma revisão integrativa. 2008. 153f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

TRAVERSO-YEPEZ,M.T. PINHEIRO, V.S. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. **Psicologia & Sociedade**; 14 (2): 133-147; jul./dez.2002. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/%0D/psoc/v14n2/v14n2a07.pdf>. Acesso em 10/10/2012.

TURATO, E .R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis RJ.: Editora Vozes, 2003.

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

YIN, R. K. **Estudo de Caso**: Planejamento e Métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

7. ANEXOS

QUESTIONÁRIO SOBRE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	
Nº _____ DATA: _____	
Pesquisador: _____	
1- Idade: _____	19- Porque você acha que engravidou? () desejo próprio () falta de informação () descuido () outro. Qual? _____
2- Escolaridade: _____	20- A sua gravidez é: () desejada () aceita () indesejada () planejada
3- Renda familiar: _____	21- Como você imagina que vai ser o futuro da sua família? () muito difícil () difícil () razoável () um pouco difícil () sem dificuldades
4- Estado Civil: _____	22- Quantos anos sua mãe tinha quando ficou grávida pela primeira vez? _____
5- Bairro de residência: _____	23- Quantos irmãos você possui? _____
6- Religião: _____	24- Possui amigo ou parente que engravidou na adolescência? () não () sim.
7- Com quantos anos você engravidou? _____	25- Conhece algum centro de apoio a adolescente grávida ou de apoio à sexualidade na adolescência? () não () sim.
9- Com quem você morava quando engravidou? _____	26- Você teve algum apoio dos seus pais ou responsável quando engravidou? () não () sim.
10- Atualmente, você está morando com quem? _____	27- Qual era a idade do pai do seu filho quando você engravidou? _____
11- Com quantos anos você teve a sua primeira relação sexual? _____	28- Qual era a escolaridade do pai do seu filho quando você engravidou? _____
12- Parou de estudar durante a gravidez ou, mesmo após o nascimento do seu filho? () não () sim	29- Você teve ou está tendo apoio do pai do seu filho durante a gravidez? () não () sim.
13- Atualmente você está estudando? () não () sim. Em qual série? _____	30- O pai do seu bebê está trabalhando? () não () sim. Qual a renda? _____
14- Parou de trabalhar por conta da gravidez? () não () sim. Qual atividade exercia? _____	31- Você recebe apoio financeiro do pai do seu filho? () não () sim. Quanto? _____
15- Você está trabalhando atualmente? () não () sim. Qual atividade exerce? _____	
16- Em algum momento, você sentiu vontade de interromper a gravidez? () não () sim	
17- Quando engravidou você estava: () sem companheiro () namorando () casada () morando junto	
18- Atualmente, você está: () sem companheiro () namorando () casada () morando junto	