

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

NÚBIA FERNANDA SILVA

**FATORES RELACIONADOS À RECIDIVA GESTACIONAL EM
ADOLESCENTES: A IMPORTÂNCIA DA ORIENTAÇÃO**

POMPÉU - MINAS GERAIS

2014

NÚBIA FERNANDA SILVA

**FATORES RELACIONADOS À RECIDIVA GESTACIONAL EM
ADOLESCENTES: A IMPORTÂNCIA DA ORIENTAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientador(a): Delba Teixeira Rodrigues
Barros

POMPÉU - MINAS GERAIS

2014

NÚBIA FERNANDA SILVA

**FATORES RELACIONADOS À RECIDIVA GESTACIONAL EM
ADOLESCENTES: A IMPORTÂNCIA DA ORIENTAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientador(a): Delba Teixeira Rodrigues
Barros

Banca Examinadora:

Prof^a. Delba Teixeira Rodrigues Barros - Orientadora

Prof^a. Angela Cristina Labanca de Araújo - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: __/__/2014.

AGRADECIMENTO

Agradeço em primeiro lugar a Deus, pelo fato da minha existência e por me dar uma vida digna; à minha mãe, que nunca mediu esforços para me fazer feliz, dando-me a oportunidade de estudar e ter uma vida que, infelizmente, poucos têm. Agradeço alguns amigos que fazem parte da minha vida, à minha família, aos meus colegas, e todas as pessoas que passaram pela minha vida que, de uma forma ou de outra, deixaram marcas especiais. A todos vocês o meu muito obrigado.

EPÍGRAFE

“Se tivesse acreditado na minha brincadeira de dizer verdades teria ouvido verdades que teimo em dizer brincando, falei muitas vezes como um palhaço, mas jamais duvidei da sinceridade da plateia que sorria.”

Charles Chaplin

RESUMO

O presente trabalho é um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, que tem como objetivo analisar os fatores que influenciam a recidiva gestacional em adolescentes de um município do centro-oeste mineiro. Foi adotado como instrumento principal de coleta de dados a entrevista individual semiestruturada. Participaram da pesquisa onze adolescentes com recidiva gestacional inscritas nas Estratégias de Unidade Família do município em questão. Os temas que emergiram foram: Percepção das adolescentes sobre a gravidez; Métodos contraceptivos: conhecimento das adolescentes; Conhecimento das adolescentes sobre planejamento familiar e Fatores que levaram à recidiva gestacional. As adolescentes retratam a recidiva da gravidez de maneira contraditória, pois, ao mesmo tempo em que se alegram, se entristecem e têm medo, mas, apesar de tudo, consideram-na um fator positivo. A gravidez, mesmo que não planejada, exige que a adolescente estruture sua vida a partir de uma nova perspectiva. Concluiu-se que a primeira gestação indesejada não é meio de aprendizagem para prevenir futuras gestações. Os principais fatores que influenciaram a recidiva gestacional foram: a não utilização de nenhum método contraceptivo e/ou utilização inadequada_ dentre eles rompimento de preservativos e esquecimento do uso do anticoncepcional oral_ e o desejo de engravidar por algum objetivo: segurar o namorado, casar-se, ter companhia, entre outros.

Palavras-chave: Adolescência. Gravidez na adolescência. Recidiva gestacional.

ABSTRACT

This task is a descriptive study with a qualitative approach whose purpose is to analyse the factors that influence the gestational recurrence of teenagers in a municipality from the Midwest of Minas Gerais. The semi-structured interview was adopted as the main instrument of data collection. Eleven teenagers with gestational recurrence have participated in the research included in the Strategies of Municipality Family Unity. The themes that appeared were Perception of teens about pregnancy, Contraceptive Methods, Knowledge of teens, Knowledge of teens about family planning and Factors leading to gestational recurrence. Teenagers describe recurrence of pregnancy in a contradictory way because while they are happy, they are sad and afraid... But despite all, they consider it a positive factor. Even if the pregnancy hasn't been planned requires the teens to structure their lives from a newlook. It concludes that the first unwanted pregnancy is not a learning mean to prevent a future one. The main factors that have influenced the gestational recurrence were not using contraceptive method and/or inappropriate uses as disruption of condoms, forgetting to use oral contraceptives, and a desire to get pregnant for some reasons such as holding the boyfriend, getting married, having a company, and others.

Keywords: Adolescence. Teenage Pregnancy. Gestational Recurrence.

ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da imunodeficiência adquirida

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DST's – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF – Estratégia de Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAISM – Programa Atenção Integral a Saúde da Mulher

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Diagnóstico Situacional.....	11
1.2 Objetivos.....	13
1.2.1 Objetivo Geral	13
1.2.1 Objetivos Específicos	13
1.3 Justificativa.....	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1 Adolescência.....	15
2.2 Gravidez na adolescência.....	17
2.3 Planejamento Familiar.....	19
3 METODOLOGIA.....	22
3.1 Tipo de estudo.....	22
3.2 Participantes do estudo.....	22
3.3 Instrumento e coleta de dados.....	23
3.4 Procedimentos.....	23
3.5 Procedimento de Análise.....	24
3.6 Procedimentos Éticos.....	24
3.7 Caracterização das Adolescentes.....	25
4 RESULTADO E DISCUSÃO.....	26
4.1 Caracterização das Adolescentes.....	26
4.2 Percepção das Adolescentes sobre a gravidez.....	27
4.3 Métodos contraceptivos: conhecimento das adolescentes.....	30
4.4 Conhecimento das Adolescentes sobre planejamento familiar.....	33
4.5 Fatores que levaram a recidiva gestacional.....	34
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	40
ANEXO	44
ANEXO A - Formulário/Entrevista semiestruturada: Fatores Relacionados à Reincidência Gestacional na Adolescência em um Município do Centro-Oeste Mineiro	45

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Silva *et al.* (2013), a Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua a adolescência como o período entre os 10 e 19 anos de idade. Uma etapa da vida entre a infância e a idade adulta que é caracterizada por um processo com sucessivas transformações de crescimento e de desenvolvimento biopsicossocial, em que o indivíduo se desenvolve física e emocionalmente, e que em muitas vezes, ocorre o início da vida sexual. Este autor relata que nos últimos anos, ocorreram muitas mudanças comportamentais dos indivíduos, principalmente no que se trata da expansão da atividade sexual entre os adolescentes, levando a um aumento de gravidez indesejada.

Segundo Gradim; Ferreira; Moraes (2010) *apud* SILVA *et al.* (2013, p. 497):

“[...] inúmeras causas podem estar envolvidas com a ocorrência da gestação na adolescência, em especial a não planejada ou a indesejada. Entre essas, destacamos os fatores clínico, social, cultural e emocional. E como consequência ocorrem modificações no projeto de vida do adolescente, limitando ou adiando a possibilidade de engajamento dessas jovens na sociedade”.

A gestação em adolescentes encontra-se associada à baixa adesão ao pré-natal, o que pode ocasionar maior prevalência de recém-nascido de baixo peso, parto pré-termo e aumentar a necessidade de suporte psicossocial ocasionado pelo estresse da gravidez nessa fase da vida (MARTINS *et al.*, 2011 *apud* SILVA *et al.*, 2013, p. 497).

Silva *et al.* (2013) cita que o contratempo de ter alguém para auxiliar no cuidado com o filho, as modificações clínicas decorrentes da gravidez e a falta de empenho em frequentar as aulas durante essa fase, podem ocasionar o abandono escolar e baixa escolaridade, o que diminui a chance para entrada no mercado de trabalho.

“Ainda como consequência da baixa escolaridade da mãe adolescente é sugerida a inadequada educação sexual. As informações necessárias a uma boa educação sexual dependem do ambiente familiar e da escola, compondo uma dificuldade de diálogo sobre a sexualidade, com evidente prejuízo do entendimento sobre a importância de usar métodos contraceptivos adequados. Isso pode contribuir com uma nova gestação não planejada, ainda nessa fase de vida, além de suas resultantes. Estudos observaram que a cada três adolescentes, uma havia tido recorrência em até dois anos, após a primeira gravidez. Assim, algumas adolescentes, por

vezes, apresentam outras gestações sem planejamento, ocorrendo em curtos intervalos de tempo” (SOUSA; GOMES, 2009; ROSA; REIS; TANAKA, 2007; PERSONA; SHIMO; TARALLO, 2004 *apud* SILVA *et al.*, 2013, p. 497).

A multiparidade na adolescência é uma situação cada vez mais frequente, sendo considerada como um fator agravante tanto para o aumento da morbidade materna e fetal, quanto para problemas de aspectos sociais. Tal preocupação se torna mais relevante quando se constata que a cada nova gravidez ocorre a diminuição da probabilidade de a adolescente concluir os estudos, de ter um emprego estável e de ser economicamente autossuficiente (SAMANDARI; SPEIZER, 2010; LEWIS, 2010 *apud* SILVA *et al.*, 2013, p. 497).

Silva *et al.* (2013) considera que o desfavorecido nível socioeconômico, a reduzida escolaridade da mãe ou do responsável, o casamento, o desejo da primeira gravidez e o uso incorreto de métodos contraceptivos são alguns fatores relacionados à repetição da gravidez em adolescentes.

1.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera-se adolescência o período de vida entre 10 e 19 anos de idade, sendo compreendido nessa fase o surgimento das características sexuais secundárias, desenvolvimentos físico, psicológico, social e cultural. Essas transformações são marcadas pelo início da transição entre a puberdade e a fase adulta, gerando uma inquietação por perda da fase infantil e uma insegurança frente à descoberta de um novo mundo (DONABEDIAN, 1981).

Na adolescência, ocorre nas meninas o aumento nos seios e quadril, a distribuição de pelos e a menarca, e nos meninos também ocorre o crescimento de pelos e aumento do pênis e testículos. Esse amadurecimento acontece devido aos hormônios sexuais e do amadurecimento (MOREIRA *et al.*, 2008).

Com as transformações vivenciadas nesta fase, as adolescentes em busca do prazer tendem a passar por situações conflituosas no seu dia-a-dia, acarretando prejuízos no seu meio social e mudanças do seu estilo de vida (MINAS GERAIS, 2007).

Este modo de vida alterado relaciona-se às questões de risco aumentado às DSTs, gestações não planejadas, interferências no ritmo escolar, conflitos familiares, entre outros (MINAS GERAIS, 2007).

Para Berlofi *et al.*, (2006) a tendência das mulheres a um número maior de filhos durante a vida reprodutiva é devido a precocidade ao início da vida sexual. Assim a probabilidade das gestações seguintes adquirirem o caráter não desejado da primeira torna-se altíssima.

Outro fator relacionado à multiparidade na adolescência, que os autores Sousa e Gomes (2006) se referem, além do absenteísmo escolar e de trabalho, é a manutenção da dependência financeira da família, ou do companheiro, além de propiciar situações de risco para outros problemas sociais como violência, drogas, privações afetivas e culturais.

Segundo Minas Gerais (2007, p.116) a população brasileira adolescente

se encontra vulnerável à gravidez, à violência sexual e às doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a Aids, sendo que as adolescentes menores de 18 anos apresentam maior índice de complicações e mortalidade materna. No Brasil, o parto representa a primeira causa de internação de adolescentes de 10 a 14 anos de idade no Sistema Público de Saúde.

Segundo o DATASUS 2011, o município de Dores do Indaiá segue em ritmo de queda de gestações em adolescentes de 10 a 19 anos. Pesquisas feitas durante os anos de 2000 a 2010 mostram, com porcentagens significativas, essa diminuição em adolescentes grávidas. Numa busca feita no Município de Dores do Indaiá, em mães adolescentes entre 10 e 19 anos, a taxa vem diminuindo sendo que, em 2009, era de 23,8% e em 2011 essa taxa reduziu para 18,6% (DATASUS, 2011).

A gravidez não planejada que ocorre na adolescência, assim como sua recidiva, pode apresentar para essas mães, conflitos pessoais e sociais que irão influenciar suas vidas, talvez negativamente, por um longo período. As famílias dessas recém gestantes também sofrem as conseqüências de uma gravidez não planejada, como o escasso recurso financeiro, a imaturidade e os transtornos deste processo entre outras situações muitas vezes consideradas conflitantes.

Ainda que esses números de gestações em adolescentes tenham diminuído, é importante intervir nesse grupo, pois o conhecimento dos fatores ligados à recidiva gestacional está muitas vezes relacionado a cada realidade social e pode se

constituir em um importante caminho para a implementação de medidas que possam modificar esse quadro. Segundo Berlofi *et al.*, (2006) faz-se necessária a mobilização da sociedade por meio de programas de saúde, possibilitando a esse grupo da população um maior acesso a informações e meios que lhes permitam desenvolver e praticar uma postura crítica, consciente e responsável no exercício da sua sexualidade.

No período que precedeu a essa pesquisa, observou-se que mães adolescentes estavam com um número elevado de filhos. Sabe-se que todas passaram pela primeira gravidez, na maioria, não planejada, e continuavam engravidando sem sequer haver um planejamento. Foi observado que o argumento durante a primeira gestação era a falta de informações sobre a recidiva da gravidez. Compreender os argumentos usados por elas foi a premissa levantada durante essa pesquisa acadêmica.

Atuar sobre a gravidez na adolescência vem sendo um desafio para os serviços e políticas de saúde no Brasil. O desafio é maior quando identificado que essas adolescentes reincidem essas gestações num intervalo curto e, na maioria das vezes, acompanhado de despreparo físico, emocional, psicológico, social e financeiro para suportar de maneira saudável e adequada essa fase da vida. Associado a essa situação, a família da adolescente também está despreparada para tais condições, não consegue prestar amparo e apoio para que tais gestações transcorram normalmente e sem recidiva programada. Portanto, diante do contexto discutido, pretende-se neste estudo identificar os fatores que determinam a recidiva de gestação na adolescência.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar os fatores que influenciam a recidiva gestacional em adolescentes do município de Dores do Indaiá, Minas Gerais.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil das adolescentes da pesquisa.

- caracterizar a percepção que as adolescentes apresentam sobre gestação.
- Identificar o conhecimento que as adolescentes têm sobre planejamento familiar/contracepção.
- Identificar os fatores que causam a recidiva gestacional.

1.3 JUSTIFICATIVA

Analisar os fatores que influenciam a recidiva gestacional em adolescentes foi uma abordagem diferenciada das pesquisas que atualmente existem. Pouco se discute sobre essa problemática no contexto social, com tamanha importância quanto em relação à primeira gestação.

A pesquisa procurou levantar dados que descrevam os motivos que essas adolescentes alegam para engravidar novamente, já que na primeira gestação, supõe-se que receberam informações básicas de como evitar uma gravidez indesejada. Uma vez percebido os fatores favorecedores da recidiva gestacional em adolescentes, a pesquisa poderá influenciar de forma positiva para que haja mecanismos de intervenção quanto a essa problemática, uma vez que a gravidez não planejada na adolescência, assim como sua recidiva, pode apresentar para essas mães, conflitos pessoais e sociais que irão influenciar suas vidas, talvez negativamente, por um longo período.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Adolescência

Estudar a adolescência, por si só, caracteriza importância ímpar. Em termos prospectivos a população adolescente continuará a apresentar contingente significativo, mesmo com a redução na representatividade da população total do país (BAENINGER, 1999). Em 1999 existia 30 milhões de crianças e 36 milhões de adolescentes no Brasil. Em 2007, o número de adolescentes diminuiu para cerca de 33 milhões correspondendo a 18% da população (DATASUS, 2011).

Durante a Revolução Industrial houve o reconhecimento da adolescência, que é uma travessia da infância para a vida adulta (ALVES; VIANA, 2003).

Conforme apontado anteriormente os adolescentes neste período de vida considerado de transição, passam por dificuldades relativas ao seu crescimento físico e amadurecimento psicológico, sexualidade, relacionamento familiar, crise econômica, violência, uso e/ou abuso de drogas, inserção no mercado de trabalho e outras.

Para Kaplan e Grebb (1997) ao longo da adolescência ocorrem várias mudanças no desenvolvimento biológico, psicológico e social do indivíduo, sendo que o fenômeno relacionado às mudanças físicas é denominado puberdade e o fenômeno psicológico, denominado adolescência. Biologicamente começa com o aceleração do crescimento esquelético e início do desenvolvimento sexual; psicologicamente, com o aceleração do crescimento cognitivo e continuação da formação da personalidade; socialmente relaciona-se com um período no qual o indivíduo se preparará para seu futuro como adulto jovem.

As transformações físicas, na puberdade, em decorrência dos hormônios sexuais e do crescimento, levarão a criança a uma evolução biológica, com a eclosão dos hormônios, com aparecimento das gônadas sexuais e características secundárias. As transformações psíquicas, segundo Abeastury e Knobel (1984) *apud* Minas Gerais (2006), são a busca por si mesmo, da necessidade de integrar grupos contemporâneos. A busca por uma nova identidade leva os adolescentes a fantasiar muito, questionar religião e condutas. O desenvolvimento sexual também

acontece nesta época juntamente com a mudança de comportamento, tornam-se agressivos e contradizem tudo.

As fases do adolescente para Alves e Viana (2003) são divididas em três. A primeira fase é marcada principalmente pelo aparecimento da puberdade. A atividade dos hormônios leva ao desenvolvimento das características sexuais primárias e secundárias. Na fase intermediária ocorrem dois importantes eventos: os meninos alcançam e ultrapassam o tamanho e peso das meninas e a menarca já ocorreu na maioria das meninas. A última fase, a tardia, termina quando os relacionamentos do adulto jovem são estabelecidos, e é caracterizada por fortes sentimentos e emoções, com intensos relacionamentos de oposição. As tarefas importantes nesse período são: transformação de uma pessoa dependente em uma independente e estabelecimento de uma identidade.

Moreira *et al.* (2008) diz que adolescência é um ciclo de vida humano com características próprias, que se diferenciam das demais faixas etárias. Um período confuso, de contradições de formação da identidade e de autoestima. Um mundo tão desejado por se pensar em liberdade e, no entanto, tão temido, na busca do prazer, do conhecimento de si e da autoafirmação. O jovem torna-se rebelde e com humor extremamente alterado, vivendo, portanto, em constante conflito.

O interesse natural do adolescente impulsiona-o a experimentar novas sensações e prazeres em curto prazo, experiência muitas vezes associada ao consumo de substâncias lícitas e ilícitas. O uso dessas substâncias pode comprometer o juízo crítico do jovem, levando-o muitas vezes a adotar comportamentos de risco, tais como práticas sexuais desprotegidas que, num estado sóbrio, provavelmente não os faria. As práticas sexuais e o consumo de substâncias são identificados como fontes potenciais de risco, constituindo maior suscetibilidade de contrair doenças sexualmente transmissíveis e uma possível gravidez (TOLEDO, 2008). Os aspectos relacionados ao comportamento de risco incluem a taxa de fecundidade na adolescência, frequentemente associado ao conhecimento inadequado ou desconhecimento total sobre saúde reprodutiva e anticoncepção aliado a pouca participação da família, escola e serviços de saúde na educação da sexualidade (COSTA *et al.*, 2001).

Segundo Gomes e Sousa (2009), a construção da atitude na adolescência faz-se mediante a interação do meio ambiental e cultural. Por isso, aspectos próprios podem influenciar de maneira positiva ou negativa. A probabilidade de gravidez,

consumo de drogas, abandono escolar, depressões, violência, entre outros, está associada à vulnerabilidade. Uma vida sexual precoce e sem responsabilidade é um fator de risco para DSTs e gravidez não planejada.

Carvalho *et al.* (2008) descreve que um dos fatores que contribui para a dificuldade da assistência à saúde ao adolescente é a inacessibilidade de alguns grupos populacionais. Os jovens utilizam pouco o serviço de saúde para a prevenção, buscando, às vezes, por atendimento curativo. A principal barreira citada para ir à Unidades Básicas de Saúde é de natureza cultural; medo, vergonha quanto à diferença de sexo, idade e classe social do profissional e o usuário. Sabe-se que os cuidados de saúde estão associados à redução de comportamentos de risco. A oferta de atendimento não depende apenas da existência da instituição de saúde, mas das facilidades ou dificuldades de ser acessada pela população.

2.2 Gravidez na Adolescência

Como citado anteriormente, ao longo da adolescência ocorrem várias mudanças no desenvolvimento biológico, psicológico e social do indivíduo. As transformações físicas em decorrência dos hormônios sexuais e do crescimento, bem como as transformações psíquicas, leva os adolescentes ao desenvolvimento sexual.

O grande problema é que ao exercer a sexualidade a adolescente pode ser surpreendida com uma gravidez, levando em consideração que ela ainda está em processo de desenvolvimento corporal, mental e emocional. Sendo assim, a gravidez na adolescência, tem sido considerado um dos maiores problemas da Saúde Pública no Brasil (BRASIL, 2006).

Segundo Moreira *et al.* (2008) os índices de gravidez na adolescência, nas classes sociais desfavorecidas, são maiores que quando comparadas a outras classes sociais e a faixa etária é de mulheres cada vez mais jovens. A falta de perspectiva de vida do adolescente, a baixa autoestima, as más condições de educação e saúde e a falta de lazer contribuem para a recidiva gestacional em jovens. Outro fator relevante é a história familiar: adolescentes que engravidam hoje são, muitas vezes, filhas de adolescentes (MOREIRA *et al.*, 2008).

A gravidez na adolescência tem graves implicações, entre elas a convivência familiar, conflitos emocionais, dificuldades econômicas e mesmo jurídico-sociais

(CAMPOS, 2000). “É um período rico de possibilidades desestabilizadoras, que exige definições familiares, profissionais e sexuais, podendo expor o adolescente a sofrimento psíquico e a quadros psicopatológicos” (NETO XIMENES *et al.*, 2007, p. 280). Geralmente esse tipo de gravidez contém risco considerável, principalmente pela precocidade gestacional e inadequação dos serviços de saúde, contribuindo para o aumento da prevalência de mortalidade materna e infantil (CAMPOS, 2000).

As perdas vivenciadas vão repercutir emocionalmente podendo levar a adolescente à sumarização psicológica de alguns sinais e sintomas que porão em risco a gestação saudável. Tanto a gravidez quanto a adolescência são fases de mudança com alterações hormonais significativas. Daí a intensa problemática que surge desses dois fatores combinados. Como diz Campos (2000, p.34):

A atividade sexual na adolescência vem se iniciando cada vez mais precocemente, com consequências indesejáveis imediatas, como o aumento da frequência de doenças sexualmente transmissíveis (DST) nessa faixa etária e gravidez, muitas vezes também indesejável, e que por isso pode terminar em aborto. Quando a atividade sexual tem como resultante a gravidez são geradas consequências tardias e a longo prazo, tanto para a adolescente quanto para o recém-nascido. A adolescente poderá apresentar problemas de crescimento e desenvolvimento, emocionais e comportamentais, educacionais e de aprendizado, além de complicações da gravidez e problemas de parto. Há inclusive quem considere a gravidez na adolescência como complicação da atividade sexual.

Para Moreira *et al.* (2008), normalmente a gravidez é escondida da família por medo de repressão dos pais, medo da interferência social e até de frustração de algum projeto. As famílias desejam que as adolescentes não engravidem, já que esse evento não vai ao encontro de planos que os pais prevêem para elas, ocasionando rejeição social, especialmente da figura paterna. Moreira *et al.* (2008, p. 318) destaca que “a mãe adolescente vê-se numa situação bastante perturbada, muitas não podiam contar para seus pais e estes, quando sabiam, expulsavam-nas de casa ou usavam de agressões físicas”.

A gravidez na adolescência modifica a vida familiar, cujos planos necessitam ser adaptados à nova condição da filha. Na escola, nesses casos, recomenda-se adaptações curriculares em função da necessidade do conhecimento sobre a gravidez, mediante trabalho individualizado, envolvendo todo o corpo docente e evitando, inclusive, a evasão escolar em função desse acontecimento. É necessário entender os motivos que levam essas meninas a engravidar, considerando-os

multicausais. A gravidez precoce não pode ser vista como um fato isolado, mas sim como parte da busca de identidade da menina, de atitude rebelde diante da família e do contexto histórico-social amplo do qual faz parte (GUIMARÃES; COLLI, 1998).

Quanto ao atendimento clínico, pode-se associar uma gravidez precoce com o aumento de intercorrências obstétricas e/ou neonatais, tais como: morte materna, índices de prematuridade, mortalidade neonatal e baixo peso ao nascer. Atualmente os índices de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS)

... demonstram o crescimento do número de internações para atendimento obstétrico nas faixas etárias de 10 a 14, 15 a 19 e 20 a 24 anos. As internações por gravidez, parto e puerpério correspondem a 37% das internações entre mulheres de 10 a 19 anos no SUS. No Ceará, dados divulgados pela Secretaria de Saúde do Estado mostram que, de cada 1000 adolescentes entre 10 e 19 anos, 42,9% engravidaram em 2001, e que 42,3% dos municípios do Estado apresentaram casos acima do estipulado (MOREIRA *et al.*, 2008, p. 313).

Portanto, a gravidez na adolescência é um problema de Saúde Pública que deve ser visualizado amplamente, percebendo a adolescente e seus problemas. Este é o momento de dúvidas, anseios e contestações, somados à aquisição de nova identidade, a de ser mãe, à qual muitas das vezes não preparada. É necessário comunicar efetivamente aos jovens a necessidade de bem-estar físico, social, psicológico e do estabelecimento de relações sólidas antes da maternidade. Os profissionais de saúde devem procurar estabelecer elo de confiança com a jovem, a fim de prevenir uma gravidez na adolescência. Conclui-se que não basta apenas informar os adolescentes sobre sexualidade e contracepção, há necessidade de programas incisivos para possibilitar mudanças de comportamento.

2.3 Planejamento Familiar

O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto na lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, fazendo parte do conjunto de atenção e ação preventiva e educativa e garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade da mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde (BRASIL, 2006).

O adolescente acaba expondo-se a uma gravidez não planejada devido ao início da atividade sexual precoce sem proteção, o desconhecimento e a inadequação na utilização de métodos contraceptivos. Tal situação gera consequências como a redução do tempo de vivência da infância. A melhor maneira para conscientizar esse adolescente de uma gravidez não desejada é de forma preventiva e educativa, sensibilizando-o (SAITO; SILVA, 2001).

A atuação dos profissionais de saúde na assistência à anticoncepção envolve três tipos de atividades: educativa, aconselhamento e atividades clínicas. Estas devem ser desenvolvidas de forma integrada, tendo-se sempre em vista que toda visita ao serviço de saúde constitui-se numa oportunidade para a prática de ações educativas que não devem se restringir apenas às atividades referentes à anticoncepção, no enfoque da dupla proteção, mas sim abranger todos os aspectos da saúde integral da mulher (BRASIL, 2002).

Segundo Carvalho *et al.* (2008), as adolescentes pouco utilizam o serviço de saúde e, quando o fazem, buscam apenas serviços curativos e não preventivos. Descreve também elevada resistência de adolescentes em aproximar-se do serviço de saúde e em contraposição existe o despreparo dos serviços procurados em acolher os interesses dos mesmos.

Como dizem Rosa; Reis; Tanaka (2007, p.166):

No Brasil, em 2000, havia uma população de cerca de 35.300.000 adolescentes (jovens de 10 a 20 anos de idade), correspondendo a 20% de sua população total. Propiciar condições adequadas de vida a esse contingente populacional é um dos grandes desafios de um país em desenvolvimento e, a despeito da considerável melhoria observada em alguns indicadores das condições de vida da população, observa-se que a oferta de serviços específicos à saúde integral do adolescente permanece precária em muitas regiões e municípios. Isso ocorre, malgrado o fato de existirem conhecimentos e programas suficientemente elaborados e propostos no âmbito das macropolíticas públicas que o próprio poder público e os gestores municipais não têm conseguido desdobrar em propostas e intervenções territoriais.

Linhares (2004) entende que o adolescente que procura aconselhamento quanto à anticoncepção deseja saber o método a ser utilizado, sua eficácia e seus riscos. É necessário que os profissionais da saúde tenham conhecimento sobre o assunto e se disponham a um aconselhamento amplo, ressaltando a importância dos métodos de contracepção não apenas em relação à gravidez indesejada, mas também em relação às DSTs.

O simples conhecimento de métodos contraceptivos não garante que não irá ocorrer a reincidência gestacional, portanto, em muitos desses casos a gravidez ocorre entre mães muito jovens (BRASIL, 2002).

Quando ocorre a gravidez na adolescência, e esta nem sempre é planejada, podem ser citados fatores como: saída precoce da escola, da casa dos pais, pouca instrução, pouco ou nenhum apoio familiar, uso de drogas, idade inferior a 15 anos quando da primeira gravidez (BRASIL, 2002).

O acesso aos métodos contraceptivos, embora importantes, não são suficientes. No entanto o sistema de planejamento familiar deve ser estruturado de forma a esclarecer as dúvidas pertinentes ao assunto em foco e dar subsídio às adolescentes. A adoção dos métodos contraceptivos é feita a nível consciente. E é preciso escolher algum método, de fato. Eles devem ser utilizados adequadamente, juntamente com o início da atividade sexual e com a orientação correta para cada adolescente (SANTOS, 1999).

3 METODOLOGIA

A pesquisa baseou-se em levantamento de dados o que para Gil (2002) é a interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja estudar. Procedese à solicitação de informações a um grupo significativo de pessoas acerca do problema estudado para, em seguida, mediante análise quantitativa, obterem-se as conclusões correspondentes aos dados coletados.

O método de levantamento de dados, segundo Garcia (1998, p.44), representa um procedimento racional e ordenado, constituído por instrumentos básicos, que implica utilizar a reflexão e a experimentação, para proceder ao longo do caminho e alcançar os objetivos preestabelecidos no planejamento do projeto.

3.1 Tipo de Estudo

Este é um estudo descritivo, qualitativo com o objetivo primordial de descrever as características da população. O ponto mais significativo está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (GIL, 2002).

Segundo Chizzotti (2001), a pesquisa investiga o mundo em que o homem vive e a ele próprio. Para esta atividade, o investigador recorre à observação e a reflexão que faz sobre os problemas correlacionando-os à experiência passada e atual dos homens para solução destes, a fim de munir-se de forma mais adequada à sua ação e intervir na construção do mundo, adequando a sua vida.

A pesquisa qualitativa se preocupa com o nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo de crenças, valores e atitudes, que corresponde a fenômenos que não podem ser reduzidos a variáveis (MINAYO, 2006).

3.2 Participantes do Estudo

De acordo com Marconi e Lakatos (2003), a amostra é uma parte conveniente selecionada do universo, ou seja, um subconjunto do universo ou população.

A amostra da pesquisa foi composta de adolescentes entre 10 a 19 anos completos que pertenciam as Unidades de Saúde da Família (USF) do município de

pesquisa. Foram identificadas e entrevistadas 11 participantes, que segundo critérios de inclusão, tinham a faixa etária pretendida e duas ou mais gestações com filhos vivos.

Na pesquisa qualitativa o respeito ao anonimato e ao sigilo são particularmente importantes, pois em pequenos espaços sociais, através de descritores, é possível identificar sujeitos. Assim, para impossibilitar essa associação, cada adolescente foi identificado com um nome fictício, na qual o primeiro recebe a codificação A1, o segundo A2 e assim sucessivamente até o A11. Desta forma procurou-se distinguir as informações associadas com as identificações pessoais.

3.3 Instrumento e Coleta de Dados

De acordo com Marconi e Lakatos (2003), a coleta de dados é uma etapa da pesquisa na qual os instrumentos elaborados são aplicados e também as técnicas selecionadas objetivando efetuar a coleta dos dados previstos.

O instrumento da coleta de dados baseou-se em uma entrevista individual semiestruturada com perguntas concernentes ao tema.

Bell (2008) relata que a entrevista semiestruturada é aquela em que o autor prepara previamente um roteiro objetivando obter informações que possam ser facilmente registradas e analisadas. Nesta, o entrevistador possui a liberdade de argumentação em busca de informações a respeito do tema tratado.

Após leituras sucessivas as entrevistas foram analisadas, agrupadas e categorizadas. Os depoimentos que convergiam entre si foram selecionados. Estes foram respaldados através de referências na literatura pesquisada e, posteriormente, foi realizada a discussão dos dados coletados a fim de se atingir o objetivo da pesquisa.

3.4 Procedimentos

Para realização dessa pesquisa, o responsável pela Secretaria Municipal de Saúde foi comunicado quanto aos objetivos da pesquisa e a participação voluntária das adolescentes. Então, foi feita uma seleção das adolescentes que se

enquadravam, conforme critério adotado no estudo quanto à idade e números de gestações.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado às adolescentes e responsáveis para leitura e após aprovação e assinado deu-se o início da entrevista. Este consta de informações sobre a pesquisa e garante o anonimato para as participantes, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Foram impressas duas cópias para cada participante, sendo que, uma cópia ficou em posse da entrevistada e a outra com a integrante do grupo entrevistador.

3.5 Procedimento de Análise

Terminada a etapa de trabalho de campo, o processamento das informações contidas na entrevista semiestruturada foi efetuado por meio da organização dos dados e realização da análise temática. Nesta técnica, determinam-se as unidades de significado com o propósito de chegar ao objeto de estudo proposto, agrupando-os em unidades temáticas que darão origem a categorias, as quais são analisadas e discutidas à luz da literatura concernente ao tema (MINAYO, 2006).

Segundo Gil (2002) categoria consiste na organização dos dados de forma que o pesquisador retire conclusões e decisões a partir deles. Isso requer a elaboração de um grupo de categorias descritivas, que podem ser fundamentadas no referencial teórico da pesquisa.

Foram organizadas quatro categorias: Percepção das adolescentes sobre a gravidez; Métodos contraceptivos: conhecimento das adolescentes; Conhecimento das adolescentes sobre planejamento familiar e os Fatores que levaram à recidiva gestacional.

3.6 Procedimentos Éticos

Para atender aos critérios éticos foram seguidas as recomendações da Resolução 196/96, do conselho Nacional de Saúde, em que os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, bem como assegurados o direito de acesso aos dados pelo pesquisador e orientador.

A pesquisa foi desenvolvida após a aprovação do Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Dores do Indaiá/MG e Gestor da Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com Resolução 196/96 que envolve seres humanos. Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em uma linguagem acessível às adolescentes grávidas e mães das adolescentes com menos de 20 anos.

O Termo de Consentimento foi passado às adolescentes grávidas e seus responsáveis para leitura e assinada em duas vias, uma via para estes e outra para as pesquisadoras. As dúvidas foram esclarecidas nesse momento.

A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido se deu com o propósito de validar a participação e a utilização das informações contidas na entrevista, garantindo que a identidade de cada entrevistado seria mantida em sigilo e assegurada a liberdade de optar por deixar de participar a qualquer momento da pesquisa sem prejuízos ou constrangimentos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização das Adolescentes

A análise do perfil das adolescentes revelou 18,19% estavam com 19 anos, 27,27% com 18 anos, 36,57% com 17 anos, 9,01% entre 14 e 16 anos respectivamente. Assim a faixa etária prevalente foi a de 17 e 18 anos. A adolescente com maior idade tinha 19 anos e a menor idade 14 anos (QUADRO 1).

Quadro 1: Análise do perfil

IDADE	PERCENTAGEM
19 ANOS	18,19%
18 ANOS	27,27%
17 ANOS	36,57%
14 A 16 ANOS	9,01%

Com relação à escolaridade verificou-se um atraso bastante acentuado; onde 87,81% das entrevistas não concluíram o ensino médio, apenas uma participante o concluiu. Esse fato foi interpretado da seguinte forma: a gravidez pode determinar a interrupção do processo formal de educação das jovens, visto que nenhuma delas está regularmente matriculada em instituição de ensino.

A ocupação de 100% das adolescentes é do lar, e a renda familiar da maioria não ultrapassa dois salários mínimos (salário mínimo no momento da coleta dos dados: R\$510,00). Essas adolescentes não contribuem com essa renda, pois, na maioria dos casos são cuidadoras dos filhos, sendo dependentes da família ou do parceiro.

Todas as adolescentes pesquisadas moram na zona urbana, em casa pertencente à família. Antes da primeira gestação a maioria morava com a mãe, atualmente a maioria mora com o parceiro. O número de pessoas que moram, na maioria das casas, é de quatro pessoas. O mínimo de cômodos observado foi de três e o máximo de seis. Todas as casas possuem água encanada e energia elétrica. Todas as ruas são pavimentadas, iluminadas, com meio-fio e calçada.

A maioria das mães das adolescentes (81,82%) teve sua primeira gestação na faixa etária compreendida entre 17 e 19 anos. A pesquisa demonstrou que a maioria das adolescentes que engravidaram são filhas de mães que também engravidaram na adolescência. Este fato também foi observado por Persona *et al.*(2004).

A menarca ocorreu em 59,9% das adolescentes com 11 anos, 27,27% com 12 e 13 anos e 9,01% com nove anos de idade. A primeira relação sexual teve início na maioria das entrevistadas com 13 anos de idade (57,57%), seguido dos 12 e 15 anos (27,27%). Evidenciou-se também que possuíram mais de um parceiro, na maioria dos casos, visto que o pai do primeiro filho não é necessariamente o pai do segundo. No estudo de Rosa; Reis; Tanaka (2007), a menarca aconteceu por volta de 13 anos e o início da vida sexual por volta dos 15 anos. No nosso estudo, houve antecipação da menarca (11 anos) e do início da atividade sexual (13 anos) ao compararmos com o descrito por esses autores.

A relação marital revelou grande número de uniões consensuais (69%); muitas dessas adolescentes “regularizaram” a sua situação durante a última gestação e não na anterior a essa.

No grupo estudado confirmou-se que a antecipação do início da vida sexual reprodutiva está relacionada ao baixo nível de escolaridade, baixo nível socioeconômico e a não adesão aos métodos anticoncepcionais e, conseqüentemente, ao surgimento da primeira gravidez. Este fato também foi observado por Carvalho *et al.* (2008).

4.2 Percepção das Adolescentes sobre a Gravidez

O tema gravidez na adolescência é bastante explorado. Muitos estudos sugerem que a gravidez na adolescência é geralmente não desejada, não planejada, produto da falta de informação e de um contexto de desvantagem socioeconômica (BERLOFI *et al.*, 2006; ROSA; REIS; TANAKA, 2007; PERSONA; SHIMO; TARALLO, 2004).

Em concordância com os dados da literatura, segundo Moreira *et al.* (2008) a maternidade é uma experiência difícil, que demanda muita responsabilidade, mas que pode ser desempenhada a contento pela mãe adolescente.

As adolescentes entrevistadas nessa pesquisa relatam as vertentes negativas e positivas deste processo:

“é muito difícil quando a gente engravida... e eu falo pra ninguem engravidar porque é muito difícil... a gente não pode saí mais... não pode bebe... e nem diverti... é muita responsabilidade... o minino chora... é difícil... mais até qui é bom ser mãe... né...”A2

“de um ponto de vista é ruim, quando a gente ta nova... mais é muito bom apesar que eu não esperava ser mãe acho muito bom... apesar da pouca experiência pra mim eu acho que me levou a aprender ter mais responsabilidade...”A1

Os autores Moreira *et al.* (2008) ressaltam que os sentimentos manifestados das adolescentes grávidas, são contraditórios, pois, ao mesmo tempo, que se alegram, se entristecem com a gravidez e têm medo. Apesar de tudo, consideram-na uma coisa boa. Sendo assim, para essas jovens-mães, a gravidez interrompe o processo de desenvolvimento próprio da idade, fazendo-as assumir responsabilidades antes da hora, já que se vêem obrigadas a se dedicar aos cuidados da criança. Para as adolescentes deste estudo, a gravidez neste período foi representada como antecipação, algo inadequado, em momento inoportuno:

“depende da idade eu acho que tem que ter a idade certa...” A4

“nunca pensei que fosse acontecer comigo... engravidar dinovu... tô sofrendo muito...” A5

“ah... eu acho normal né... tem que saber a hora certa o que não foi meu caso arrumei antes da hora pur que se pudesse adiar eu adiaría mais...” A6

Ao contrário da visão hegemônica da sociedade e da saúde pública em geral, Santos e Schorb (2003) consideram os adolescentes um grupo em constante conflito e a gravidez na adolescência como indesejada. Os resultados do presente estudo sugerem que existem diferentes vivências da maternidade, pelo menos para um grupo de jovens mães, é uma experiência de vida plena de significados positivos. Apesar disso não se pretende aceitar a maternidade na adolescência como melhor opção. Entende-se que todos os indivíduos, incluindo os adolescentes, têm o direito ao bem-estar e ao pleno desenvolvimento de suas capacidades e que é necessário estabelecer condições de vida adequadas para todos (SANTOS;

SCHORB, 2003). Santos e Carvalho (2006) revelam que ainda faz parte da socialização da menina uma maternidade futura, pois o papel de mãe é grandemente valorizado e desejado na sociedade. Com isso, a gravidez pode fornecer a adolescente à possibilidade de estruturar sua vida a partir de uma perspectiva nova, mesmo que não planejada:

“é uma coisa boa mesmu... a primeira que arrumei foi ... aí eu achei muito bom mesmu... por isso arrumei a segunda porque assim... a primeira eu adoeci depois que ela nasceu... eu deu depressão ne... pós-parto aí depois quase curada que descobri que tava depressão qui eu curti ela nem nada ai foi depois que fui ver mesmu... que tipo assim né... eu sou mãe mesmu que fui cair na real depois de um ano pensei né... porque não curti esse tempo aí né... depois que fui ver né... sou mãe mesmu foi uma coisa boa...”A3

“ah... eu não gostei quando fiquei sabendo não... mais depois eu acostumei com a idéia... porque já tinha um né ...”A5

Para Paccola (2002) o medo é o sentimento que vem em primeiro lugar com o impacto do conhecimento da gravidez. A responsabilidade é outro processo de transformação da adolescente quanto ao cuidar da gestação, mais tarde o bebê, tarefa difícil que representa uma sobrecarga de esforços físicos e psicológicos que necessita de todo apoio da família principalmente do pai do futuro filho.

Nas falas a seguir pode-se evidenciar tanto o medo da futura gravidez, quanto a necessidade do apoio da família:

“gravidez é muito difícil... porque quando a gente engravida é muito difícil ter o apoio da mãe e do pai... mais graças a Deus comigo eu tive o apoio da minha vó e do meu marido tambem nois dois conseguiu nos unir e ficar junto e eu não aconselhu ninguem a engravidar porque é muito difícil...”A9

“eu fiquei grávida... eu fiquei com um pouco de medo... pela minha idade... eu não fiquei muito preocupada... pois o meu parceiro me deu muito apoio e a minha família tambem... um lado é preocupante por causa da minha idade e tudo...e por outro é bom por causa da criança... acho que todo mundo que tem amar e gostar de criança...”A8

Guimarães e Colli (2007) dizem que o apoio familiar e do companheiro são fundamentais para que a adolescente consiga superar as dificuldades de uma gravidez precoce. As autoras Gonçalves, Parada e Bertonocello (2001) apresentam revisão bibliográfica acerca da relação entre mães adolescentes e os pais de seus bebês, apontando que a recusa da paternidade pode repercutir de forma negativa,

tornando-se uma importante fonte de estresse para a adolescente. Por outro lado, a aceitação da gravidez e um bom relacionamento entre a adolescente e o pai do bebê, fazem com que a mãe se sinta amparada:

“tipo assim...não queria engravidar agora... mais aconteceu... o pai aceitou... e a gente juntamos... fiquei muito feliz...porque pude contar com ele...”A10

Algumas adolescentes do município em questão têm uma visão do que seja a gravidez precoce e as futuras consequências que trarão às suas vidas:

“a gravidez pra mim na adolescência é uma coisa que não precisava existir (...) mais porque hoje em dia já existem tantas maneiras para evitar um filho... mais gravidez traz muita responsabilidade para a adolescente... um filho traz muita alegria... mais tambem muitas frustrações e quanto não se tem o apoio do pai (da criança) fica cada vez mais difícil...” A11

A gestação na adolescência é enfrentada pela maioria das adolescentes como “ruim” porque a gravidez nessas condições significa uma rápida passagem da situação de filha para a de mãe. A maioria das adolescentes sente-se despreparada para exercer o novo papel. Também, ao analisar a questão da gravidez na adolescência, surgem como as principais causas o simples desejo consciente de ficar grávida, a alternativa para sair de casa e tentativa de se casar com o homem amado.

4.3 Métodos Contraceptivos: Conhecimento das Adolescentes

O conhecimento sobre métodos anticoncepcionais pode contribuir para que os indivíduos escolham o método mais adequado ao seu comportamento sexual e às suas condições de saúde, bem como utilizem o método escolhido de forma correta. Assim, esse conhecimento deve estar relacionado à prevenção da gravidez indesejada. Já o conhecimento inadequado sobre qualquer método anticoncepcional pode ser um fator de resistência à aceitabilidade de seu uso. Do mesmo modo, alto nível de conhecimento sobre anticoncepcionais não determinará nenhuma mudança de comportamento se estes não estiverem acessíveis à livre escolha dos adolescentes (CARVALHO *et al.*, 2008).

No que se refere ao conhecimento das adolescentes acerca dos métodos contraceptivos e com quem adquiriram esta informação evidenciam-se as seguintes falas:

“camisinha... pímulas... aprendi nas aulas de ciência e com meu namorado..”
A2

“preservativos...comprimido... vacina... fiquem sabendo disso com as professoras e com as amigas...” A3

“pímula... camisinha... uso o que a minha amiga usa...” A7

“pímula do dia seguinte... comprimido... injeção... aprendi com minha tia... quando fiz 15 eu comecei a tomar o comprimido... mais não adiantou... eu engravidei...” A9

Quando analisada exclusivamente a fonte de aprendizagem sobre métodos anticoncepcionais, observou-se que as principais fontes citadas pelas adolescentes foram: amigos, namorado, escola e os pais. Este último foi citado somente em uma fala. Esses resultados apontam que, devido à falta de oportunidades em casa, o adolescente busca outras fontes de informação, procurando conhecer melhor sobre sexualidade e contracepção, tentando esclarecer dúvidas existentes sobre o tema. Os pais, por não disporem de informações ou por constrangimento em falar sobre sexo com seus filhos, acabam não cumprindo seu papel de educador:

“camisinha... anticoncepcionais... com minhas colegas escutava a mãe falar mais ficava com vergonha...” A4

“pímula e camisinha aprendi na família com minha irmã... na escola porque isso hoje em dia é falado em todo lugar...” A5

“anticoncepcional...camisinha e diu... na escola e em casa com minha prima...” A10

Relativo ao diálogo dos jovens com a família detecta-se poucas conversas com seus pais sobre esse tema. Esse é um fato a ser considerado, uma vez que a família, juntamente com a escola, e principalmente, a primeira, são as instituições formadoras dos adolescentes e não se encontram discutindo efetivamente esta questão, que é de suma importância para a formação pessoal desse grupo. Este aprendizado por outros meios, que não a família é percebido na fala da adolescente A8 de 19 anos: *“acho que quase todos... preservativos... anticoncepcionais... diu...”*

tabelinha... aprendi com o namorado, na escola e no posto de saúde e com o ginecologista..."

Para Boruchovitch (1992), quanto ao uso de anticoncepcionais, estudos apontam que adolescentes são mal informados sobre os métodos anticoncepcionais existentes, porém, a maioria é capaz de identificar pelo menos um desses métodos. Podemos evidenciar que Belo e Silva (2004) discutem sobre os métodos mais citados pela maioria das adolescentes, que foram os contraceptivos orais e o preservativo. Os demais se mostraram pouco conhecidos. Apesar de o conhecimento ser um elemento necessário para o uso, a literatura mostra que não existe associação entre os níveis de conhecimento e taxas de utilização. Uma das razões que poderia justificar esse comportamento seria a imaturidade psico-emocional, característica da adolescência.

Nas próximas falas os resultados encontrados atestam suposições dos autores, Belo e Silva (2004), de que a televisão foi o meio de comunicação mais acessado diariamente pelas adolescentes. Pode-se demonstrar significativo conhecimento sobre os preservativos que poderia ser em parte justificado pelas campanhas de combate e prevenção às DST/Aids, muito veiculadas nos últimos anos em todos os meios de comunicação:

"eu conheço os remédios... preservativos...tem o diu... eu conheci preservativo quando eu comecei a ter relações agora os outros e pela televisão..." A1

"que conheço são para evitar?... né... são camisinha e anticoncepcionais aprendi na escola e a gente vê passando na televisão..." A6
"pílula e camisinha... aprendi na família... na escola porque isso hoje em dia é falado em todo lugar..." A11

Os presentes achados confirmam que, em geral, os adolescentes conhecem vários métodos anticoncepcionais. Os métodos mais conhecidos foram a camisinha masculina, seguida da pílula.

O fato de terem passado por gestações foi associado ao conhecimento sobre os métodos preventivos da gravidez, sugerindo que a experiência prévia da gestação tenha motivado a busca por mais conhecimento sobre contracepção, ou que as informações veiculadas pelo pré-natal tenham contribuído para a evolução de seu conhecimento. Porém, o que se pode perceber é que isso não foi preponderante.

Foi identificado que os diferentes métodos contraceptivos são conhecidos pela maioria das adolescentes, no entanto, ainda é limitado o conhecimento sobre uso correto e adequado.

4.4 Conhecimento das Adolescentes sobre Planejamento Familiar

Planejamento familiar é uma importante atividade de saúde, que tem como objetivo proporcionar aos adolescentes informações e meios necessários para que possam decidir de forma livre e consciente o melhor método para prevenir a gravidez indesejada bem como Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs). O descuido do planejamento familiar na adolescência ocorre nos setores de saúde pela visível falta de preparo, desconhecimento e a existência de uma assistência mecanicista prestada ao cliente, sem levar em consideração o contexto em que ele está inserido. Podemos identificar isso nas falas abaixo:

“não sei o que é planejamento familiar e neim onde encontrar...” A2

“ningueim... porque nunca me explicou nada assim... minha prima mais velha conversava comigo sobre isso...” A9

“não sei... ninguem nunca me orientou sobre isso quando vou no posto não me informam sobre isso...” A11

Para Osis *et al.*, (2006) há uma necessidade de ações voltadas às adolescentes para conhecer e utilizar métodos anticoncepcionais para evitar a gravidez nessa faixa etária, evidenciando a pouca organização do atendimento em planejamento familiar para adolescentes. Também analisou que os profissionais de saúde possuem conflitos quanto à autonomia das adolescentes para assumirem a responsabilidade de seu atendimento, e tomarem decisões sobre o uso de métodos anticoncepcionais, embora o Ministério da Saúde venha enfatizando os direitos das adolescentes à preservação do sigilo e ao consentimento informado, bem como a necessidade de abordagens adequadas a essa etapa da vida:

“ahhh.... não sei... deve ser no posto lá que tem médio... enfermeira... lá que devem saber disso... né... mais quando fui lá grávida do primeiro (filho) eles não falo nada não...” A4

O acesso à informação de boa qualidade e a disponibilidade de alternativas contraceptivas são aspectos fundamentais nos programas de planejamento familiar, destinados não apenas aos adolescentes, mas à população em geral. O programa educativo nas escolas ainda se mantém distante do adolescente e de suas famílias, pois não há espaço para participação ativa do adolescente no conhecimento e na escolha de contraceptivos (BERLOFI *et al.*, 2006). Promover o acesso a tais informações e aos meios para a regulação da fecundidade é um dos aspectos importantes do planejamento familiar, é uma das ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM.

“não sei não... na escola a gente não aprende nada nas aulas de ciências... na rua só sobre camisinha e comprimido... nós ficava rindo nas aulas...” A5

“sei não... na escola não foi... é no posto?...” A8

O profissional de saúde que assiste aos adolescentes deve estimular a discussão dos aspectos da sexualidade e a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, mesmo que o adolescente não tenha iniciado a vida sexual, deve-se ouvir o que ele pensa a respeito da sexualidade e orientá-lo em suas dúvidas.

As dúvidas dos adolescentes devem ser sanadas de maneira clara e objetiva pelos profissionais de saúde. Devem ser apresentados todos os métodos contraceptivos, para que o adolescente possa fazer a melhor escolha de acordo com sua necessidade, o que o levará a utilizar os anticoncepcionais de forma efetiva, consciente dos riscos e da importância de proteção contra gravidez indesejada e DSTs.

4.5 Fatores que levaram à recidiva gestacional

No que se referem aos fatores que levaram à recidiva gestacional, foram citadas abaixo as falas de algumas adolescentes:

“eu não engravidei por vontade própria... eu não esperava porque eu usava somente preservativo e o rompimento de um preservativo eu engravidei novamente...” A1

“foi descuido eu não queria...” A8

“descuido... nem sempre a gente usávamos camisinha...” A2

“aconteceu que eu tava usando preservativo mais furô e ai engravidei novamente...” A11

A primeira gestação indesejada não é um recurso significativamente forte para prevenir a ocorrência de outras gestações. Segundo, Persona; Shimo; Tarallo (2004) a gravidez pode resultar do desconhecimento ou uso inadequado dos métodos contraceptivos, isso pode representar uma segunda, terceira ou até uma quarta gestação durante a adolescência, a maioria sem ter sido planejada, conclui-se que a primeira gestação indesejada não é um recurso para prevenir outras gestações. É importante ressaltar que uma gestação não planejada não significa necessariamente indesejada. Muitas são rapidamente aceitas, ou transformam-se ao longo do processo gestacional. França e Maranhão (2002) ainda dizem que as adolescentes sabem que sem o uso do preservativo ou de outro método anticoncepcional podem engravidar a qualquer momento e ignoram este fato, parecem fingir que não sabem do risco de uma gravidez indesejada:

“descuido... não usava nada... meu namorado não acho ruim...” A5

“não tava valendo... tava sendo muito fraco o remédio... ai como não tomava todo dia no mesmu horário e tinha dia que eu esquecia eu fui e engravidei novamente...” A6

Rosa, Reis e Tanaka (2007) relatam que antecipação do início da vida sexual reprodutiva parece estar relacionada ao baixo nível de escolaridade e não adesão aos métodos contraceptivos e conseqüentemente, ao surgimento da primeira gravidez. Kassir *et al.* (2006) ressaltam ainda que gravidez na adolescência é frequente em todos os níveis sociais, mas com maior incidência nas populações de baixa renda. Esse grupo entra para a vida adulta muito mais precoce e abruptamente. Na pesquisa de Provenzi (2003), constatou-se que, ao ficar grávida adolescente abandona de vez a escola, favorecendo menores chances de crescimento pessoal e profissional. Isso foi uma constante no presente estudo:

“descuido mesmo...porque tava tomando remédio... ai esqueci de tomar o remédio por uma semana e engravidei não queria foi muito difícil porque o minino era novo tinha só uns meses ainda e eu não gostei muito não... porque eu queria trabalhar e continuar estudando e não consegui estudar até hoje... porque tem que colocar na creche...” A9

Rosa, Reis e Tanaka (2007) justificam essa gravidez associada a um projeto, uma espécie de permissão para entrada na vida adulta, envolvendo mudanças complexas que ligam à mudança de “status social e de reafirmação de projetos de mobilidade social”. Santos e Schorb (2003) complementam que o desejo consciente de ficar grávida, a tentativa de melhorar as condições socioeconômicas e a necessidade não satisfeita de proteção e atenção na infância, a vontade de provar que é mulher e de verificar se o “corpo funciona”, a necessidade de ter alguém para amar, a tentativa de conseguir casar com o homem amado, a vontade de contrariar os pais, a busca de uma alternativa para sair de casa, da escola ou da cidade onde mora, a vontade de satisfazer um desejo oculto dos pais e a tentativa de aliviar uma sensação de depressão e isolamento, são apontadas como as causas mais frequentes da gravidez na adolescência:

“o que me levou foi... eu engravidei porque quis... comecei namorar com meu namorado ele perguntou se tomava remédio... falei que tomava.... mais sabendo que não tomava... para rumar minino e ai arrumei qué dizer eu tava doidinha pra casar com ele...” A4

Berlofi *et al.* (2006) reforçando essa ideia em estudos semelhantes revelam que há jovens que, com relacionamento estável (maior que 6 meses), abandonam os métodos contraceptivos utilizados. Este ponto ainda é reforçado pela recusa do uso do preservativo pelo parceiro:

“não ... eu o que me levou a engravidar que assim eu quis mesmo meu marido ele também queria ... não falou nada eu falei que queria ai ele não falou que não ai arrumei ai arrumo né ...” A3

A busca de estabilidade e permanência, revelada através da percepção do filho como propriedade, poderia traduzir uma tentativa de obter autonomia e atingir a maturidade, assim como a percepção da própria competência para dar conta das tarefas junto ao bebê:

“ahh... fui eu que quis eu queria ter um filho gostei de ser mãe...” A10

“eu que quis ter outro filho... porque o outro ficava muito sozinho então decidi ter outro...” A7

Para Kassir *et al.*,(2006) os aspectos de origem inconsciente também devem ser considerados na compreensão da gravidez na adolescência, sendo que os jovens podem utilizar a gravidez para se autoafirmar, preencher a carência afetiva entre outros motivos. A confirmação da nova gravidez desencadeia diversos sentimentos que podem variar de alegria a medo. Para algumas jovens representa projeto de vida e para outras, frustrações (MOREIRA *et al.*, 2008).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa se propôs a discutir os fatores relacionados à recidiva gestacional em adolescentes. Em parte, pretendeu-se também conhecer a percepção de adolescentes sobre a gravidez, os métodos contraceptivos e planejamento familiar.

Foi observado que as consequências de se tornar mãe precocemente causam perda de liberdade, adiamento ou comprometimento dos projetos de estudos, limitação de perspectivas de ingresso no mercado de trabalho e aproveitamento pleno das oportunidades para completo desenvolvimento pessoal.

Outro fato que é apontado na pesquisa, é que nem sempre a gravidez é um imprevisto, ao contrário, sabe-se que muitas adolescentes engravidam porque acreditam que é isso que o namorado quer, desejam liberdade da casa dos pais, querem ser vistas como adultas, desejam ser mãe, ter companhia obrigatória, é consenso do casal ou outros motivos.

A partir das entrevistas surgiram dados que permitiram a construção da discussão. Uma variável observada foi a alta prevalência da iniciação precoce da vida sexual que está relacionada a gestações antecipadas e número de filhos elevado. As adolescentes estão tendo sua primeira experiência sexual cada vez mais cedo, conseqüentemente engravidando precocemente entre 10 e 19 anos e ficando susceptível a uma nova gestação na adolescência.

Outro ponto importante, é que todas as adolescentes possuem conhecimento da existência dos métodos contraceptivos. Algumas preferem não utilizar ou utilizam-no de maneira inadequada. Concluiu-se que uma gestação não significa a prevenção de futuras gestações.

Dentre as limitações da pesquisa podemos destacar que é necessário maior envolvimento do pesquisador no campo, de forma a permitir que estes sujeitos tenham maior liberdade de expor suas ideias.

A partir dos depoimentos e análise das entrevistas, podemos elencar os principais fatores que influenciaram a recidiva gestacional, sendo eles: o desejo consciente de ficar grávida, tentativa de melhorar as condições socioeconômicas, a vontade de provar a condição de mulher, a necessidade de ter alguém dependente, tentativa de conseguir se casar, meio de contrariar os pais, de sair de casa, da escola, aliviar uma sensação de depressão e isolamento.

Convém destacar que as situações de vulnerabilidade das adolescentes podem ser minoradas quando intervenções são propostas. Os programas para as adolescentes que tratam de temas como sexualidade, gravidez, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, devem, sobretudo, considerar os aspectos sociais, culturais, econômicos da comunidade em que são desenvolvidos com o objetivo de analisar os fatores que influenciaram a recidiva gestacional nas adolescentes.

A partir do descrito sugere-se que a equipe de saúde realize atividades dirigidas aos adolescentes, utilizando recursos didáticos que os sensibilizem para o uso correto de métodos contraceptivos. É importante também sensibilizar a equipe multiprofissional para o trabalho com adolescentes, incentivando seu maior empenho nos programas de assistência a esse grupo e, desenvolver o trabalho a partir das necessidades apontadas por eles, para que sejam autores ativos nesse processo.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. Adolescência normal. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984. *Apud* MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adolescente**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 152 p.

ALVES, C. R. L; VIANA, M. R. A. **Saúde da Família: Cuidando de Criança e Adolescente**: Belo Horizonte: COOPMED, 2003.

BAENINGER, R. **Demografia da População Jovem**. In: Cadernos: Juventude, Saúde e Desenvolvimento (N. Schor, M. S. F. T. Mota & V. C. Branco, org.), v. I, p. 19-29, Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BELO, M. A. V; SILVA, J. L. P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.4, n.38, p. 479- 487.2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n4/21075.pdf>> Acesso em mai.2010.

BERLOFI, L. M.; *et al.* **Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um programa de planejamento familiar**. Acta. 2006.

BORUCHOVITCH, E. Fatores associados a não-utilização de anticoncepcionais na adolescência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 6, Dec. 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101992000600010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: mai. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência em planejamento familiar: Manual Técnico**. Secretária de Política da Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. ed.4. Brasília, 2002.

CAMPOS, M.A.B. Gravidez na Adolescência. A imposição de uma nova identidade. **Pediatria Atual**, v.13, n. 11, p. 25-26, 2000.

CARVALHO, I. E. *et al.* Fatores Associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. 2006. **Revista Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 886-894, 2008.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2001.

COSTA, M.C.O; *et al.* Indicadores materno-infantis na adolescência e juventude: sociodemográfico, pré-natal, parto e nascidos vivos. **Jornal de Pediatria**, v. 77, n.3, p, 235-242, 2001.

DATASUS. **Caderno de informações de saúde municipal**. Disponível em: <<http://www.datasus.com.br>> Acesso em mar. 2010.

FRANÇA, T.; MARANHÃO, N. **Adolescentes ignoram anticoncepcionais e o número de mães jovens aumenta**. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.bireme.br/bvs/adolesc/P/news/metodosa/001.htm>>. Acesso em: 04 de mai. 2010.

GARCIA, E. A. C. **Manual de sistematização e normalização de documentos técnicos**. São Paulo: Atlas, 1998.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, K. R.O; SOUSA, M. C. R. Conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes com antecedentes gestacionais. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, p.645-654, 2009.

GONÇALVES, S. D; PARADA, C. M. G. L; BERTONCELLO, N. M. F. Percepção de mães adolescentes acerca da participação paterna: na gravidez, nascimento e criação do filho. **Revista Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo**, v. 4, n.35, p. 406-413, 2001.

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 APS**, 2010; p. 55-61. *Apud* SILVA, Andréa de Albuquerque Arruda et al . Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência em uma maternidade escola: estudo caso-controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 3, Mar. 2013.

GUIMARÃES, E.M.B; COLLI, A.S. **Gravidez na adolescência**. Goiânia: CEGRAF, 1998.

KAPLAN, H.I; GREBB, J. A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências Comportamentais e Psiquiatria Clínica**. 7.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KASSAR, S. B; *et al.* Q. Comparações das condições socioeconômicas e reprodutivas entre mães adolescentes e adultas jovens em três maternidades públicas de Maceió, **Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil**. vol.6, n.4, p. 397-403, 2006.

LINHARES, I. M. **DST/AIDS: Manual de Orientação**. São Paulo; Ponto, 2004.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia Científica**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINS, I. S.; FISCHER, F. M. et al. Crescimento e trabalho de estudantes de ensino fundamental e médio em São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.36, nº 1, p.19-25, 2000. *Apud* MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adolescente**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 152 p.

MINAYO, M. C.S. ET AL. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2006.

MOREIRA, T. M. M; *et al.* Conflitos Vivenciados pelas Adolescentes com a Descoberta da Gravidez. 2007. 312-320. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 2, p. 312-320, 2008.

OSIS, M. J. D; *et al.* Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, Nov. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: mai. 2010.

PACCOLA, C. **Pensamento Mágico estimula comportamento de risco entre jovens**. Disponível em: <<http://www.bireme.br/bvs/adolesc/P/news/2002/02/0922/emocoesc/001.htm>>. Acesso abr. 2010.

PERSONA L; SHIMO, A. K. K; TARALLO; M. C. Perfil de Adolescentes com Repetição da Gravidez Atendida num ambulatório de pré-natal. **Revista latina Americana em Enfermagem**, v.5, n. 12, p 745-750. 2004. *Apud* SILVA, Andréa de Albuquerque Arruda et al . Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência em uma maternidade escola: estudo caso-controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, Mar. 2013.

PROVENZI, N.A. **Educação Formal e Gravidez não Planejada na Adolescência**: um estudo de base fenomenológica. Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2003.

ROSA, A. J; REIS, A. O. A; TANAKA A. C. A. **Gestações sucessivas na adolescência**. Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano, 2007.

SANTOS, A. S. R; SCHORB, N. Vivencias da maternidade na adolescência precoce. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 1, n. 37, p. 15-23. 2003.

SANTOS, A; CARVALHO, C. V. **Gravidez na Adolescência**: um estudo exploratório. Boletim de Psicologia. Maringá, v. 56, n. 125, p. 135-151, out.2006.

SILVA, Andréa de Albuquerque Arruda et al . Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência em uma maternidade escola: estudo caso-controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 3, Mar. 2013.

SOUSA, M. C. R.; GOMES, K. R. O. Conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes com antecedentes gestacionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, Mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: mai. 2010.

TOLEDO, M. M. **Vulnerabilidade de Adolescentes ao HIV/AIDS**: Revisão Integrativa. 2008. 153p – Universidade de São Paulo: Escola de Enfermagem: São Paulo, 2008.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães et al . Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 60, n. 3, June 2007.

ANEXO

ANEXO A - Formulário/Entrevista semiestruturada: Fatores Relacionados à Reincidência Gestacional na Adolescência em um Município do Centro-Oeste Mineiro

Formulário n°:

Iniciais:

Caracterização da População

1. Data de Nascimento:

2. Escolaridade:

() Nunca estudou () 1º incompleto () 1 completo () 2º incompleto () 2º completo

3. Renda familiar:

() Abaixo de 2 salários () de 2 a 4 salários () mais de 4 salários

4. Qual idade a sua mãe teve o primeiro filho

5. Quantos irmãos você tem

6. Com quem morava antes da gestação:

() Parceiro () mãe () pai () outros

7. Com quem mora após a gestação:

() Parceiro () mãe () pais () outros

8. Vínculo com a pessoa de quem engravidou:

() companheiro () namorado () amigo () sem vínculo

9. O Atual vínculo, quem este companheiro em relação aos filhos

() companheiro () namorado () amigo () sem vínculo

10. Idade da Menarca:

Idade da primeira relação:

11. Idade da Primeira gestação: da segunda: terceira G P A

12. Números de parceiros:

Entrevista n°:

1. O que você pensa sobre gravidez?

2. O que te levou a engravidar novamente?

3. Uma nova gestação trouxe benefícios ou malefícios para você? Como? Relate para mim.

4. Fale sobre os métodos contraceptivos que você conhece. Onde e como quem você aprendeu isso?
5. Onde você espera ter orientações sobre Planejamento Familiar?
6. Equipe de Saúde da Família (ESF) que freqüenta fez o seu pré-natal e já a orientou sobre gravidez?