

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA

JANE SAVOI SILVEIRA

**ANÁLISE DO CONHECIMENTO DE GESTANTES ADOLESCENTES SOBRE MÉTODOS
CONTRACEPTIVOS**

BELO HORIZONTE
2021

JANE SAVOI SILVEIRA

**ANÁLISE DO CONHECIMENTO DE GESTANTES ADOLESCENTES SOBRE MÉTODOS
CONTRACEPTIVOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como parte dos requisitos necessários à obtenção de Título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Reprodução Humana e Patologia Ginecológica.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Luiza Lunardi Rocha Baroni

BELO HORIZONTE

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora

Sandra Regina Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Denise Maria Trombert de Oliveira

Pró-Reitor de Pesquisa

Ado Jório

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor da Faculdade de Medicina

Tarcizo Afonso Nunes

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina

Humberto José Alves

Coordenador do Centro de Pós-Graduação

Prof. Luiz Armando Cunha de Marco

Coordenador do Centro de Pós-Graduação em Saúde da Mulher

Prof. Selmo Geber

Subcoordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher

Fernando Marcos dos Reis

Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde da Mulher

Agnaldo Lopes da Silva Filho

Henrique Vitor Leite

Márcia Mendonça Carneiro

Alamanda Kfoury Pereira

Suplentes

Eduardo Batista Cândido

Zilma Nogueira Reis

Márcia Cristina França Ferreira

Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697

Silveira, Jane Savoi.

SI587a Análise do conhecimento de gestantes adolescentes sobre métodos contraceptivos [manuscrito]. / Jane Savoi Silveira. -- Belo Horizonte: 2021.

107f.: il.

Orientador (a): Ana Luiza Lunardi Rocha Baroni.

Área de concentração: Saúde da Mulher.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Adolescente. 2. Anticoncepção. 3. Gravidez na Adolescência. 4. Sexualidade. 5. Dissertação Acadêmica. I. Baroni, Ana Luiza Lunardi Rocha. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WA 330

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Mulher da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais da mestranda Jane Savoi Silveira, intitulada ANÁLISE DO CONHECIMENTO DE GESTANTES ADOLESCENTES SOBRE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS, pela seguinte banca examinadora:

Prof.^a. Dr.^a. Ana Luiza Lunardi Rocha Baroni – Orientadora

Prof.^a Ana Christina de Lacerda Lobato – Coorientadora

Prof. Dr José Alcione Macedo Almeida - USP

Prof. Dr. Eduardo Siqueira Fernandes – PUC

Prof. Dr. Fernando Macedo Bastos – UFMG

Belo Horizonte, 20 de agosto de 2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CENTRO DE PÓS GRADUAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA: **JANE SAVOI SILVEIRA**

Realizou-se, no dia 20 de agosto de 2021, às 13:00 horas, pela plataforma LifeSize , da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *ESTUDO DO CONHECIMENTO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS EM GESTANTES ADOLESCENTES*, apresentada por JANE SAVOI SILVEIRA,

número de registro 2019657800, graduada no curso de MEDICINA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em SAÚDE DA MULHER, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Ana Luiza Lunardi Rocha Baroni - Orientador (UFMG), Prof(a). Fernando Macedo Bastos (UFOP), Prof(a). Jose Alcione Macedo Almeida (USP), Prof(a). Ana Christina de Lacerda Lobato (UFMG).

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 20 de agosto de 2021.

Prof(a). Ana Luiza Lunardi Rocha Baroni (Doutor)

Prof(a). Fernando Macedo Bastos (Doutor)

Prof(a). Jose Alcione Macedo Almeida (Doutor)

Prof(a). Ana Christina de Lacerda Lobato (Doutora)



Documento assinado eletronicamente por **Ana Luiza Lunardi Rocha Baroni, Servidor(a)**, em 20/08/2021, às 15:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernando Macedo Bastos, Professor do Magistério Superior**, em 20/08/2021, às 15:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Christina de Lacerda Lobato, Professora Magistério Superior - Voluntária**, em 26/08/2021, às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13](#)

[de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **José Alcione Macedo Almeida, Usuário Externo**, em 17/02/2022, às 16:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [h](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)
[tps://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)

[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0905704** e o código CRC **EACE1D84**.

Referência: Processo nº 23072.243049/2021- 40

SEI nº 0905704

Documento original favor acessar:

https://drive.google.com/file/d/1wK3qcvm12du_miFAtTFKViX06hIQTREC/view?usp=sharing

A boa medicina é aquela que cuida das pessoas, não de doenças. O bom médico é aquele que se dispõe e dedica a ser um instrumento de conforto, um bálsamo na dor, um antídoto para o medo, um elixir de fé: na vida, na humanidade, na cura para a terrena experiência em suas miserabilidades – dor, doença e desespero. Um bom médico é um ser leal ao sacerdócio, fiel ao seu exercício, instrumento hipocrático da luz.

Dra. Denise Espiúca Monteiro

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela minha saúde, disposição e perseverança que me permitiram a realização desta pesquisa e do mestrado.

Ao meu companheiro Ercílio pelo incentivo e compreensão pelas horas dedicadas ao estudo e pela ausência necessária durante estes anos.

As minhas filhas Luisa e Júlia, meus maiores amores, que no dia a dia vêm me ensinando a ser mãe através dos novos desafios todos os dias.

Aos meus pais Sérgio e Miriam, meus irmãos Sérgio e Mirna, meus grandes apoiadores de uma vida inteira, em especial ao meu irmão Alexandre, que me mostrou um caminho espiritual muito maior que eu imaginava; verdadeiro divisor de águas na minha vida.

As minhas “amigas para sempre” que estão na minha vida há 40 anos me ensinando que o entendimento da diversidade é um dos grandes tesouros que carrego.

A todos que fizeram parte deste trabalho, a Dra. Ana Luiza Lunardi que me orientou e me incentivou a continuidade da vida acadêmica, a Dra. Caroline que esteve ao meu lado durante a pesquisa, colaborando com seriedade e responsabilidade.

Uma dedicação especial à minha colega do HJK Dra. Ana Christina Lobato, que além de estar me apoiando todo o tempo, me mostrou uma dimensão muito maior, mais rica e compensadora.

E enfim, uma eterna gratidão às minhas pacientes adolescentes que me mostraram uma riqueza muito maior dos seus valores, sem elas não seria possível a realização deste trabalho.

RESUMO

A gravidez na adolescência é reconhecida como um problema de saúde pública mundial, sendo a maioria delas indesejada. Entender a razão pela qual os números de casos ainda são altos no Brasil, torna-se fundamental para desenvolver ações para o combate desta realidade. Em todo o mundo várias intervenções têm sido realizadas, mas poucas têm sido efetivas e percebe-se que quanto menor a renda de um país, mais difícil se torna a execução delas. Este estudo transversal analisou 186 gestantes adolescentes inseridas no serviço de pré-natal do hospital Júlia Kubitschek, através de entrevista estruturada realizada durante a anamnese de admissão. Ele se propôs avaliar o conhecimento de adolescentes gestantes sobre os métodos contraceptivos, identificando as dificuldades encontradas, desde o momento da informação até a utilização destes. Esta pesquisa apresenta dados relatados por elas e mostra que o conhecimento de métodos contraceptivos não motiva o seu uso correto e consistente, e que a imaturidade psicológica, própria da idade, é um fator desfavorável. Com a pesquisa direta com gestantes adolescentes, tivemos a oportunidade de averiguar os motivos reais que levaram o abandono da utilização da contracepção, assim como o nível de conhecimento em que elas se encontram.

Palavras-chave: Adolescentes. Contracepção em adolescentes. Gravidez na adolescência. Sexualidade na adolescência. Conhecimento da contracepção em adolescentes.

ABSTRACT

Teenage pregnancy is recognized as a global public health problem, most of them being unwanted. To understand why the numbers of cases are still high in Brazil becomes fundamental to develop actions to combat this reality. Numerous interventions have been carried out all over the world, but few have been effective and it can be noticed that the lower income a country has, the more difficult it is for these interventions to be implemented. This cross-sectional study analysed 186 pregnant teenagers included in the prenatal program of the Júlia Kubitchek Hospital, through structured interviews conducted during the admission anamnesis. It aimed to evaluate the teenagers knowledge on contraceptive methods, identifying the encountered difficulties, from the information to the use of them. This research presents data related by the pregnant adolescents and shows that the knowledge on contraceptive methods does not motivate their correct and consistent use, and that the psychological immaturity, which is common in this age group, is an unfavorable factor. Having the research been done with adolescents provided conditions to evaluate the real reasons which led them to abandon the use of contraceptives as well as the level of knowledge they really have about them.

Keywords: Adolescents. Contraception in teenagers. Teenage pregnancy. Sexuality in adolescence. Knowledge of contraception in adolescents.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAP	<i>The American Academy of Pediatrics</i> (Academia Americana de Pediatria)
ACOG	<i>The American College of Obstetrics and Gynecology</i> (Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia)
CARE.....	<i>Contraception: Access, Resources, Education</i>
CCP	<i>Center for Communication Programs</i>
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
d.p.....	Desvio-padrão
DATASUS.....	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DIU	Dispositivo intrauterino
DMA.....	Densidade da massa óssea
DMPA	Acetato de medroxiprogesterona de depósito
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FEBRASGO.....	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FHEMIG.....	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FSH	Hormônio folículo estimulante
HIV.....	Vírus da imunodeficiência humana
HJK.....	Hospital Júlia Kubitschek
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
LARC	<i>Longing action reversible contraception</i>
LH.....	Hormônio luteinizante
MAC.....	Métodos anticoncepcionais
NIP	Número de identificação
OMS	Organização Mundial de Saúde

ONU.....	Organizações das Nações Unidas
OR	<i>Odds Ratio</i> (Razão das Chances)
p.....	Probabilidade de significância
PNAD.....	Pré-natal de adolescente
SAHM	<i>Society for Adolescent Health and Medicine</i> (Sociedade da Medicina e Saúde do Adolescente)
SARC.....	<i>Short action reversible contraception</i>
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIU.....	Sistema intrauterino
SOGIA BR	Sociedade Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UNFPA	Fundo de Populações das Nações Unidas

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Gravidez na adolescência – Brasil 2019	17
Figura 2	Eficácia dos métodos contraceptivos	40

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Mortalidade materna em adolescentes	19
Gráfico 2	Fonte de informações sobre a primeira relação sexual em adolescentes gestantes.....	50
Gráfico 3	Fonte de informações sobre os métodos contraceptivos utilizados	65
Gráfico 4	Consistência do uso dos métodos contraceptivos escolhidos antes da gestação atual	72
Gráfico 5	Consistência do uso do método contraceptivo em relação ao tempo	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sociodemográficas de gestantes adolescentes	47
Tabela 2	Características do início da vida sexual das adolescentes do estudo	48
Tabela 3	Análise de associação entre a faixa etária das adolescentes e as questões início da vida sexual.....	49
Tabela 4	Características da gestação atual em adolescentes	51
Tabela 5	Características dos parceiros atuais das adolescentes do estudo no momento da gestação	52
Tabela 6	Conhecimento dos métodos contraceptivos das adolescentes gestantes do estudo	53
Tabela 7	Análise de associação entre a faixa etária das adolescentes e as questões “quantos e quais métodos contraceptivos você conhece? ”	54
Tabela 8	Análise de associação entre a idade da primeira relação sexual e as questões “Quantos e quais métodos contraceptivos você conhece? ”	55
Tabela 9	Análise de associação entre a menarca e as questões “Quantos e quais métodos contraceptivos você conhece? ”	56
Tabela 10	Análise de associação entre a escolaridade e as questões “quantos e quais métodos contraceptivos você conhece? ”	57
Tabela 11	Análise de associação entre escolaridade e a questão “quantos métodos contraceptivos você conhece?” por faixa etária	58
Tabela 12	Análise de associação entre a mãe ter filho na adolescência e as questões “quantos e quais métodos contraceptivos você conhece? ”	59
Tabela 13	Métodos contraceptivos utilizados pelas adolescentes gestantes.....	60
Tabela 14	Análise de associação entre a faixa etária das adolescentes e as questões “quantos e quais métodos contraceptivos você usou? ”	61

Tabela 15	Análise de associação entre as filhas de mães que tiveram filhos na adolescência e as questões “quantos e quais métodos contraceptivos você usou? ”	62
Tabela 16	Análise da associação entre o status escolar e da raça e a questão “quantos métodos contraceptivos você usou? ”	62
Tabela 17	Análise de associação entre a religião e as questões “quantos e quais métodos contraceptivos você usou? ”	64
Tabela 18	Análise de associação entre a Faixa etária das adolescentes e as questões “Onde procurou informações sobre contraceptivos? ”	66
Tabela 19	Análise de Regressão Logística para identificar fatores associados ao maior conhecimento de métodos contraceptivos – Modelo inicial	67
Tabela 20	Análise de regressão logística para identificar fatores associados ao maior conhecimento de métodos contraceptivos – modelo final – variável.....	68
Tabela 21	Análise de regressão logística para identificar fatores associados ao maior uso de métodos contraceptivos – modelo inicial	69
Tabela 22	Análise de regressão logística para identificar fatores associados o maior uso de métodos contraceptivos – modelo final.....	70
Tabela 23	Dificuldade encontrada pelas adolescentes em relação aos métodos explorados pelo o estudo, excluindo “não quis usar”.	71

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Panorama da gestação entre adolescentes no Brasil e no mundo.	15
1.2	Riscos da gestação na adolescente	18
1.2.1	Mortalidade materna em adolescentes.....	18
1.2.2	Complicações clínicas na gravidez em adolescentes.....	19
1.2.3	Implicações socioeconômicas da gravidez em adolescentes.....	20
1.3	Sexualidade na adolescência	21
1.3.1	Fatores que influenciam na saúde sexual e reprodutiva da adolescente	23
1.3.2	Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência.....	26
1.3.3	Obstáculos e barreiras aos direitos reprodutivos e à prevenção da gravidez não planejada na adolescência.....	31
1.4	Estratégias de controle e intervenções educativas para prevenção da gravidez na adolescência	33
1.4.1	Contracepção na adolescência	36
1.4.1.1	Métodos LARC	38
1.4.1.2	Método “ <i>Quick start</i> ” – de início rápido.....	40
2	OBJETIVOS	42
2.1	Objetivo geral	42
2.2	Objetivos específicos.....	42
3	SUJEITOS E MÉTODOS.....	43
3.1	Desenho do estudo	43
3.2	Análise estatística	44
4	RESULTADOS	46
4.1	Perfil sociodemográfico e econômico.....	46
4.2	Perfil ginecológico, sexual e obstétrico.....	47
4.3	Conhecimento, uso dos métodos contraceptivos e fonte de informação.....	52
4.3.1	Conhecimento dos métodos contraceptivos.....	52
4.3.2	Utilização dos métodos contraceptivos	59
4.3.3	Fonte de informações.....	64

4.3.3.1	Conhecimento e fonte de informações	66
4.3.3.2	O uso e fonte de informações.....	68
4.3.4	Dificuldade encontrada em relação aos métodos.....	70
4.3.5	Consistência do uso do método escolhido	72
5	DISCUSSÃO	74
6	CONCLUSÃO	87
	REFERÊNCIAS	90
	ANEXO A – Aprovação CEP	97
	APÊNDICE A - Questionário aplicado.....	100
	APÊNDICE B – TCLE	102

1 INTRODUÇÃO

1.1 Panorama da gestação entre adolescentes no Brasil e no mundo

Adolescentes e adultos jovens constituem uma proporção significativa da população mundial. Mais de um quarto da população mundial tem entre 10 e 24 anos e hoje há aproximadamente 1,2 bilhão de adolescentes de idade entre 10 e 19 anos vivendo em todo o mundo. Cerca de 90% desta população jovem, vivem em países em desenvolvimento (AKINSOJI *et al.*, 2015; APTER, 2018; BITZER *et al.*, 2016)

A gravidez não planejada na adolescência é reconhecida como problema de saúde pública não só no Brasil, mas em todo o mundo (OPAS, 2018; SANTOS *et al.*, 2014; UN, 2015;). Estudos mostram que mais da metade das gestações no mundo não são planejadas. No Brasil aproximadamente 54% delas ocorrem sem planejamento (ARAÚJO; NERY, 2018; BOSTICK *et al.*, 2020; SOCIETY *et al.*, 2014).

Globalmente 11% dos nascimentos são referentes às mães adolescentes com idade de 10 a 19 anos e 90% destes, ocorrem em países de baixa e média renda, sendo mais frequentes em comunidades marginalizadas, comumente motivada pela pobreza, da baixa escolaridade e poucas oportunidades de emprego (WHO, 2020). Em alguns países de baixa renda a gravidez antecipada está relacionada com o casamento precoce, coerção e abuso sexual. (GANCHIMEG *et al.*, 2014; WHO, 2020). América Latina e o Caribe são as regiões com a segunda maior taxa de gravidez na adolescência do mundo (DONGARWAR; SALIHU, 2019; OPAS, 2018; UN, 2015). (HALL *et al.*, 2016; ROBBINS; OTT, 2017).

Dentre os países desenvolvidos, os Estados Unidos têm a mais alta taxa de gravidez nesta faixa etária. A Academia Americana de Pediatria relata que aproximadamente 750.000 adolescentes se tornam grávidas a cada ano, sendo 80% das gestações não planejadas (BOSTIK *et al.*, 2020). Apesar disso, nestes países, dados de 2016 revelaram uma queda de 9% de gestações de mães adolescentes entre 15 a 19 anos e 7% em 2018 (MARTIN *et al.*, 2018; 2019). As implicações financeiras são extensas, apenas nos Estados Unidos, o custo anual de manutenção da receita com cuidados com a saúde e nutrição, assistência pública e prevenção de crime em filhos adolescentes de mães adolescentes, ultrapassam 20 bilhões de dólares (BITZER *et al.*, 2016).

Na América do Sul, o Brasil é o quarto país com o maior número de adolescentes grávidas, atrás da Venezuela (80 adolescentes grávidas para cada mil meninas), Equador (77/1.000 meninas) e Bolívia (72/1.000 meninas). De acordo com os dados do sistema de informações sobre nascidos vivos (SINASC) do departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) do Ministério da Saúde, em 2018, adolescentes entre 10 e 19 anos representavam 15,5% do total de partos (nasceram 456.128 bebês filhos de mães adolescentes). Em 2019, houve uma redução para 14,7% do total de partos no país, em que 419.252 adolescentes entre 10 e 19 anos engravidaram, taxas que vêm decrescendo em ritmo lento, ainda longe de se alcançar o ideal (BRASIL, 2019; DONGARWAR; SALIHU, 2019; OPAS, 2018). Considerando que em 2000, os nascidos vivos de adolescentes representavam 23,4% do total de partos no país, a redução entre 2000 e 2019 foi de 37,2% (BRASIL, 2019). Porém, entre os anos de 2010 a 2013, foi registrado no Brasil um aumento de aproximadamente 3,5% de nascidos vivos de mães adolescentes entre 10 e 14 anos. Dados coletados através do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) – DATASUS (BRASIL, 2019) constataram uma discrepância da predisposição da gravidez precoce no Brasil por regiões (Figura 1). Tal fato pode ser explicado devido à extensão continental do nosso país, onde as desigualdades sociais se acentuam em desfavor das mulheres e meninas, que habitam em regiões de difícil acesso, aonde a política pública não chega deixando-as mais vulneráveis a todo tipo de iniquidade, inclusive violência sexual.

Figura 1 – Gravidez na adolescência – Brasil 2019

REGIÃO BRASIL	10 A 14 ANOS	15 A 19 ANOS
NORTE	21,22%	16%
NORDESTE	38,85%	34,04%
SUDESTE	23,95%	30,88%
SUL	7,89%	10,60%
CENTRO-OESTE	8,07%	8,16%

Fonte: Dados coletados do SINASC – DATASUS – Ministério da Saúde – Brasil, 2019.

Em relação ao estado de Minas Gerais, dentre as gravidezes nessa faixa etária com nascidos vivos nos anos de 2000 e 2010, foram de 20,49% e 16,82% respectivamente. Dados revelam profundas diferenças entre as taxas observadas nas regiões Norte e Sul do estado, sendo que as maiores, tendem a se concentrar na região Norte (ROZA *et al.*, 2018). Estes achados contribuem para o consenso que a gravidez na adolescência, não pode ser estudada sem considerar o contexto geográfico e socioeconômico em que essas jovens estão inseridas. Em uma dimensão maior, a responsabilidade social na gestão pública que permite o acesso da população a múltiplos setores, como educação, meio ambiente, cultura e lazer, deve sempre ser compreendida como essencial na promoção da saúde para amenizar esta diferença (ROZA *et al.*, 2018).

O nível socioeconômico e o grau de escolaridade mais baixos, estão entre os principais fatores relacionados à gravidez na adolescência, assim como dificuldade ao acesso às consultas e às informações sobre os métodos contraceptivos seguros e eficazes (BRASIL, s.d.; BELO; SILVA, 2004, FAISAL-CURY *et al.*, 2017, MARTINS *et al.*, 2006). Embora as adolescentes tenham muitas opções efetivas de contracepção, no entanto, evidências mostram que não basta informar sobre sexualidade e contracepção. Programas incisivos nesta questão são necessários para possibilitar-

lhes mudanças do seu comportamento e facilitar o acesso aos serviços de saúde cuja eficiência seja adequadamente avaliada (CONCEIÇÃO *et al.*, 2020).

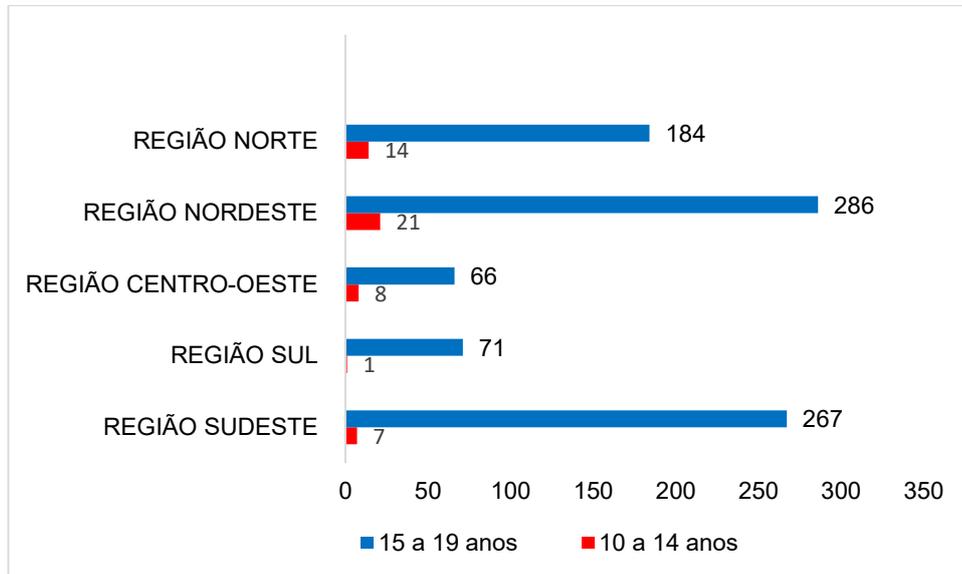
1.2 Riscos da gestação na adolescente

1.2.1 Mortalidade materna em adolescentes

Morte materna, segundo a 10ª revisão da classificação internacional de doenças (CID 10), é a “morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término desta, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez, ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas incidentais” (OMS, 2008).

A gravidez na adolescência ainda continua sendo causa significativa de morbidade e mortalidade em todo o mundo, sendo a principal causa de morte entre meninas desta faixa etária nos países em desenvolvimento, com aumento de duas vezes no risco de morte materna em comparação com mulheres adultas (ROBBINS; OTT, 2017). No Brasil, as complicações associadas à gravidez e ao parto, representam a segunda maior causa de morte entre 15 e 19 anos de idade (BRASIL, 2017).

O Gráfico 1 mostra dados coletados pelo DATASUS referente à mortalidade materna na faixa etária de dois grupos distintos, 10 a 14 anos e 15 a 19 anos, entre os anos de 2015 e 2019. Observa-se que quase 1000 meninas perderam as suas vidas através do parto e puerpério (925 adolescentes), revelando um número muito alto de mortalidade materna em adolescentes no Brasil, mais precisamente na idade de 15 a 19 anos, com predomínio da região nordeste em ambas as faixas etárias (BRASIL, 2019).

Gráfico 1 – Mortalidade materna em adolescentes

Referência: Mortalidade materna em adolescentes de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos.
 Fonte de Dados - DATASUS – Ministério da Saúde – entre 2015 e 2019.

1.2.2 Complicações clínicas na gravidez em adolescentes

A gravidez não planejada entre adolescentes está também associada a maior probabilidade de complicações clínicas maternas e fetais como a prematuridade, baixo peso ao nascer, pré-eclâmpsia, morte neonatal e anemia. E estes resultados maternos e perinatais, são mais graves em adolescentes mais novas, com idade entre 10 e 14 anos (DONGARWAR; SALIHU, 2019; REGGIANI, 2007; BRITO *et al.*, 2018; ROBBINS; OTT, 2017; SANTOS *et al.*, 2014; SBP, 2018). É importante ressaltar que, as adolescentes são mais propensas ao tabagismo, têm menor acesso aos cuidados de pré-natal, maior probabilidade de estado nutricional precário e ganho de peso materno insatisfatório, com conseqüente bebês com baixo peso ao nascer (SANTOS *et al.*, 2014). No pós-parto, elas têm menos probabilidade de amamentar e maiores chances de serem acometidas pela depressão.

A recidiva da gestação na adolescência é muito comum, entre 30 e 50% das mães adolescentes que tiveram filhos em idade inferior aos 18 anos, terão um segundo filho dentro de 12 a 24 meses (BRASIL, 2017). O abortamento, quando muitas vezes provocado, pode terminar em hemorragias, infecção com o comprometimento da saúde reprodutiva futura, o que gera sequelas psicológicas e

alguns casos, levar à morte (DONGARWAR, SALIHU, 2019; REGGIANI, 2007; ROBBINS; OTT, 2017; SANTOS *et al.*, 2014; SBP, 2018).

1.2.3 Implicações socioeconômicas da gravidez em adolescentes

Além dos efeitos biológicos, a gravidez na adolescência traz consigo várias implicações socioeconômicas como baixa escolaridade, interrupção dos estudos, perda do convívio com os colegas, adiamento de planos futuros, maior risco de multiparidade e ausência do parceiro. As adolescentes mães têm três vezes menos oportunidades de conseguirem um diploma universitário, com difícil inserção no mercado de trabalho e ganham em média 24% a menos do que mulheres da mesma idade sem filhos, segundo o relatório do Fundo de Populações das Nações Unidas. Esses fatores contribuem para a perpetuação do ciclo da pobreza, gerando grande fardo para as famílias, sociedade e para a nação como um todo (ALMEIDA *et al.*, 2016, UNFPA, 2020, WALL-WILER *et al.*, 2018). Alguns estudos mostram que os filhos de mães adolescentes têm maior risco de sofrerem abuso, negligência, baixo desempenho escolar, desenvolvimento social baixo em nível da pobreza, doença mental, abuso de substâncias e mortalidade infantil (SANTOS *et al.*, 2014).

1.3 Sexualidade na adolescência

A adolescência é o período de transição entre a infância e a fase adulta que engloba a faixa etária de 12 a 18 anos, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), e de 10 a 19 anos, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 1990; 2017; WHO, 2016). Durante a adolescência, os jovens experimentam mudanças cognitivas, emocionais e comportamentais, que faz com que eles ganhem autonomia vivenciando muitas situações novas. Estas novas experiências, associadas às mudanças endócrinas e físicas com a reativação do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, resulta em ciclos ovulatórios e um potencial para a gravidez. Alguns fatores comportamentais que incluem o uso de tabaco, drogas ilícitas, álcool e ao início da atividade sexual, aumentam a exposição ao risco para gravidez precoce não planejada, abortamentos não seguros e infecções sexualmente transmissíveis (IST) (BITZER *et al.*, 2016).

A iniciação sexual é um evento que tende a ocorrer majoritariamente durante a adolescência, gerando necessidades específicas de educação para a sexualidade e contracepção, além de esclarecimentos detalhados sobre as IST e a necessidade de sexo seguro. É muito importante reforçar e ampliar o autocuidado, a resiliência, e as informações adequadas sobre a saúde e a sexualidade (SAITO; LEAL, 2003).

A sexualidade é um processo evolutivo que se inicia no nascimento e vai além do conceito sexo, pois envolve aspectos sociais, culturais e pessoais; porém é na puberdade que o indivíduo está capacitado para concretizá-la por meio da prática sexual. O processo de construção da sexualidade na infância forma a base da sua expressão e das vivências sexuais na adolescência, uma relação sexual saudável caminha junto com a construção da sexualidade saudável, que depende das experiências positivas e negativas, na interação com os outros, desde a infância.

Na adolescência esse processo atinge a sua plenitude, com a conscientização e exercício da sexualidade, assim como a aquisição da capacidade reprodutiva, influenciando a percepção corporal, a autoestima, os comportamentos e os relacionamentos sociais. Devido ao aumento dos esteroides sexuais na puberdade, que estimulam a síntese e ação de neurotransmissores que modulam a resposta sexual, é de se esperar que o impulso e o desejo sexual espontâneo estejam exacerbados nesta fase. Estudos mostram que nas últimas décadas a menarca tem se antecipado cada vez mais (FUCHS *et al.*, 2019; SOCIETY... *et al*, 2014). Os estímulos sexuais intensos e constantes dirigidos aos jovens, bem como as características próprias da fase da busca do novo, a sensação de onipotência e invulnerabilidade, tem contribuído para este fenômeno. A vivência temporal singular, a separação progressiva dos pais, a tendência e influência grupal, a necessidade de autoafirmação, o pensamento mágico, a curiosidade entre outros fatores, impulsionam novas experiências.

Além dos fatores biológicos determinados pelo o impulso sexual associado à elevação dos androgênios na adrenarca, a decisão de iniciar a vida sexual é também influenciada pelos fatores ambientais relacionados com a cultura, os costumes, a educação e a religião. A principais influências são pelo comportamento do grupo de convívio da adolescente, pela iniciação sexual de suas amigas, pela pressão do parceiro, pela necessidade da prova de amor a este e o desejo de aumentar a intimidade entre o casal. Quando estes fatores estão associados à baixa autoestima,

insegurança, à baixa condição socioeconômica, ao baixo nível escolar, à relação conflituosa e negligência dos pais, são determinantes para o início precoce das atividades sexuais pelas adolescentes (FEBRASGO, 2018).

Alguns estudos mostram uma tendência atual de iniciação sexual cada vez mais precoce quando o conhecimento e o uso de contraceptivos ainda são muito precários (PEREIRA; TAQUETTE, 2015). A jovem que tem a sua iniciação sexual mais precoce, apesar do desenvolvimento biológico, muitas vezes não está psicologicamente preparada para iniciar o relacionamento sexual e para assumir as possíveis consequências, como a gravidez não planejada (BRASIL, 2019; FEBRASGO, 2018; LEITE *et al.* 2004). Muitas delas que usam algum tipo de contracepção, seguem fazendo uso inconsistente ou param de usar, frequentemente sem proteção contra IST. Assim, o uso de métodos contraceptivos de barreira, principalmente o preservativo masculino neste público, é desejável e fortemente recomendável (BITZER *et al.*, 2016; ROCHA *et al.*, 2015; SAITO, LEAL, 2003; TODD; BLACK, 2020).

A OMS considera como relação sexual precoce que inclui pênis-vagina, quando ocorre com idade menor ou igual a 15 anos. Há evidências que um terço das adolescentes que iniciam relações sexuais com menos de 15 anos o fazem sem proteção e sem método anticoncepcional eficaz (IBGE, 2016). No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde do Adolescente (PeNSE), na versão de 2015, apontou que 27,5% dos escolares de 13 a 15 anos já haviam vivenciado a primeira relação sexual, sendo que 19,5% desse percentual eram de meninas. Além de variar de acordo com o gênero, a idade da primeira relação foi distinta nas diversas regiões do país, sendo a idade menor no Norte (36,1%) e maior no Sudeste (25%). Também foi mostrado que houve diferença de acordo com o tipo de escola pública (31,5%) ou escola privada (15,5%). No Brasil, um país de dimensões continentais e de formação social e histórica multicultural, esses eventos não ocorrem de forma homogênea entre os adolescentes, considerando o sexo, a idade, o tipo de escola em que estudam, a situação, a macrorregião e capital de residência. Os dados mostraram que os comportamentos relacionados ao início da vida sexual e ao uso de métodos contraceptivos na última relação sexual são influenciados pelas características sociodemográficas dos adolescentes (IBGE, 2016).

Na maioria dos países desenvolvidos, a idade média do primeiro intercuro sexual é de 17 anos; estudos mostram que nestes países, cerca de 15% iniciam sua

vida sexual aos 15 anos de idade, cerca de 60% aos 18 e 80% aos 20 anos (APTER, 2018).

Nas últimas décadas, ocorreram grandes transformações culturais culminando com o direito à liberdade sexual, novas normas educativas foram instituídas, aumento do acesso à mídia divulgando a sexualidade dentro da banalidade, bem como grandes transformações das relações de gênero. A educação sexual nas famílias e nas escolas não tem acompanhado essas mudanças, e assim vemos adolescentes iniciando e mantendo vida sexual, com ou sem o conhecimento dos pais. Diversos estudos demonstram que apenas 33% dos jovens estão utilizando algum método anticoncepcional na primeira relação, e o período de tempo entre a iniciação sexual e a procura por métodos anticoncepcionais é normalmente de seis a 12 meses (DENIS *et al.*, 2016; REGGIANI, 2007).

1.3.1 Fatores que influenciam na saúde sexual e reprodutiva da adolescente

Embora alguns fatores sejam universais, como as mudanças biológicas da puberdade, os fatores que influenciam a saúde sexual e reprodutiva na adolescência são multidimensionais e podem variar de região para região. O acesso às informações educativas sobre contracepção e saúde sexual, e o próprio acesso aos contraceptivos, estão sujeitos a uma complexa interação de fatores sociais, culturais, políticos e religiosos (BITZER *et al.*, 2016).

Em relação aos fatores sociais, adolescentes que crescem em ambiente com poucas oportunidades de progresso social ou educacional têm menos conhecimento sobre contracepção e maior risco de engravidar em idade jovem. Para alguns, a gravidez na adolescência pode ser vista como reforço da inclusão social refletindo a conformidade materna e como meio de escapar da pobreza. Assim sendo, meninas com amigos, irmãos e filhas de mães adolescentes têm maior probabilidade de engravidar jovem (WALL-WILER *et al.*, 2018). Outros fatores sociais incluem a violência contra mulheres, a desigualdade de gênero demonstrado pelo desequilíbrio de poder entre mulheres adolescentes e seus parceiros, muitas vezes mais velhos, do sexo masculino. Estatísticas de estudos longitudinais realizados nos Estados Unidos mostraram que as mulheres jovens que experimentam o abuso sexual durante

a infância têm duas vezes mais probabilidade de engravidar do que as que não sofreram (BITZER *et al.*, 2016).

Culturalmente, há controvérsias e estigmas sobre sexualidade do adolescente e relutância em reconhecê-los como seres sexuais com direitos. Muitas vezes as necessidades de saúde sexual e reprodutiva das adolescentes não estão sendo atendidas (ALMEIDA, 2008; BRASIL, 1990; 2017). Diversas culturas variam em sexualmente repressivas, restritivas e permissivas com suporte sexual. Ao desenvolver estratégias de encorajamento ao comportamento sexual saudável em adolescentes, estas variações culturais devem ser fortemente consideradas porque eles podem ser expostos a influências sociais que podem entrar em conflito com valores culturais tradicionais. Por outro lado, atitudes morais regionais, incluindo profissionais de saúde, podem impor normas restritivas e impactar no fornecimento de cuidados com a saúde sexual e reprodutiva (BITZER *et al.*, 2016).

A falta e/ou a escassez de políticas de saúde focadas na saúde do adolescente em algumas regiões do Brasil e do mundo, contribui para o deficitário apoio da comunidade nesta questão. Além disso, a discriminação baseada no gênero, a baixa escolaridade, a pobreza e a violência continuam sendo barreiras de acesso à saúde sexual e reprodutiva para muitas adolescentes. Os regulamentos e leis que protegem a autonomia da população adolescente e o direito à confidencialidade ao buscar métodos contraceptivos, não são aplicados universalmente. Em algumas partes do mundo como América Latina e muitas regiões da Ásia, os provedores de saúde não são capazes de manter a confidencialidade nos cuidados médicos de um adolescente porque a jovem é menor que a maioria, fazendo com que as políticas nacionais de saúde sexual e reprodutiva sejam inoportunas e inconsistentes (BITZER *et al.*, 2016).

As crenças religiosas podem desempenhar papel significativo na prestação de cuidados de saúde sexual e reprodutiva. Em algumas religiões, o sexo e a contracepção de mulheres solteiras antes do casamento são proibidos, tornando o acesso aos serviços de saúde nesta área impossível. As crenças infundadas de que certos métodos contraceptivos, como a contracepção de emergência e os dispositivos intrauterinos são abortivos e a oposição geral ao uso de métodos artificiais, podem limitar o acesso a diferentes opções em algumas comunidades religiosas (BITZER *et al.*, 2016).

Vários motivos estão associados à gravidez não planejada na adolescência. Muitos desses fatores são relacionados à adoção de comportamentos sexuais desprotegidos, sejam intrínsecos ou extrínsecos ao próprio adolescente, devendo ser sempre consideradas as questões socioculturais (BOSTICK *et al.*, 2020; FAISAL-CURY *et al.*, 2017; HETER; ACCETTA, 2001; REGGIANI, 2008; SBP, 2018).

Dentre esses fatores, destacam-se:

- a. adolescentes que costumam retardar o uso de contraceptivo em torno de um ano após o início da atividade sexual;
- b. receio de prejuízo à fecundidade e dos efeitos colaterais em longo prazo;
- c. adolescentes que relutam em desfazer da espontaneidade das relações sexuais, representando o caráter não planejado quando a emoção supera a razão;
- d. o pensamento mágico de que nada vai acontecer de errado;
- e. crença de que o relacionamento se torne mais íntimo;
- f. falta de conhecimento geral sobre saúde reprodutiva e sexual;
- g. dificuldade de acesso aos cuidados com a saúde reprodutiva e sexual e aos métodos contraceptivos, e assim conceitos errados sobre como, onde obter e como usar os métodos contraceptivos;
- h. negativa dos profissionais de saúde em prescrever, ou recusa de pais e educadores em informar;
- i. falta de projeto de vida, mau desempenho escolar e/ou profissional, pressão social para casar ou para engravidar, dentre outras questões de gênero;
- j. instabilidade e/ou falta de vínculo familiar, baixa autoestima;
- k. desconhecimento sobre o próprio corpo e dificuldade em assumir a própria sexualidade;
- l. influência do uso de álcool, tabagismo e outras drogas;
- m. história de abuso sexual na infância, iniciação sexual precoce, múltiplos parceiros ou monogamia seriada;
- n. ter mãe, irmãs ou amigas que gestaram quando adolescentes;
- o. falta de diálogo, informação adequada e comunicação não eficiente dos profissionais de saúde, professores e familiares;
- p. medo de que a família descubra sua vida sexual ativa;
- q. falta de poder na atitude para negociar com o parceiro;

r. desejo de gravidez.

O desejo de gravidez relacionado com a esperança de melhora do “*status*” social, foi observado em estudo realizado em São Paulo entre maio 2005 e março 2007, que analisou a associação entre adolescentes de baixa renda e gestações planejadas. Adolescentes grávidas valorizam o aumento da atenção e cuidados pelos pais, parentes e amigos. Este estudo demonstrou que uma em cada quatro adolescentes que planejaram a sua gestação, tinha baixo grau de instrução escolar, mostrando que a maternidade pode ser vista como uma alternativa à dificuldade em conseguir maior grau de escolaridade (FAISAL-CURY *et al.*, 2017).

Ao avaliarmos os fatores que influenciam a saúde reprodutiva das adolescentes, evidenciamos a necessidade imediata de uma mudança na dinâmica social, cultural, política e religiosa, no cuidado com esse grupo de mulheres. Fica evidente a importância da garantia de igualdade e liberdade entre as jovens, melhor acesso às informações sobre a saúde reprodutiva, aumentando o conhecimento, o acesso aos serviços de saúde e aos métodos contraceptivos.

1.3.2 Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência

Em relação aos aspectos éticos, na prescrição de anticoncepcionais na adolescência, o Ministério da Saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), identificam o acesso seguro às informações e aos serviços de saúde reprodutiva e sexual, como direito humano básico para as adolescentes, promovendo a igualdade de gênero, a autonomia da mulher e diminuição da pobreza e miséria. Estas instituições ainda garantem ao adolescente o direito de ter o seu atendimento reservado, sem a presença dos pais ou responsáveis, se assim ele o desejar. Porém, ressalva que o médico poderá quebrar o sigilo se identificar comportamentos de risco de morte para eles ou para terceiros, violência sexual contra eles, histórico de ideação suicida e homicídio (BRASIL, 2007).

Atualmente o adolescente é reconhecido como cidadão com seus direitos definidos pelo ECA, baseado em três componentes fundamentais que precisam ser considerados juntos: o reconhecimento dos direitos sexuais, aconselhamento e

educação em sexualidade e a alta confidencialidade em serviços qualificados, ocasião em que pode decidir em acordo com o médico, qual o tipo de contracepção que deve adotar (ALMEIDA, 2008; APTER, 2018; BRASIL, 1990).

Esses direitos também são assegurados pela Constituição Federal e pela Lei nº 9.263 que regulamenta o planejamento familiar no Brasil, “garantindo às pessoas o acesso às informações, métodos e técnicas para a concepção e anticoncepção cientificamente aceitas, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas”. A utilização da contracepção, inclusive pelos adolescentes, cumpre com os princípios da bioética, pois apoia o bem-estar, protege o direito à vida e à saúde. Reconhece uma visão única biopsicossocial, que respalda o direito de homens e mulheres desfrutarem de sua sexualidade e de decidir sobre sua reprodução (ALMEIDA, 2008).

Muitos debates sobre as questões éticas que envolvem o sigilo nos casos de menores de 14 anos de idade têm sido realizados. Instituições como a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Associação Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência (SOGIA-BR) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), estão envolvidas na garantia da manutenção dos direitos no atendimento de adolescentes menores de 14 anos, porque muitas vezes estes, esbarram na legislação brasileira que prioriza a proteção da criança e do jovem adolescente, contra a exploração e a violência sexuais. Preocupada com estas questões, na legislação brasileira em 2009, o artigo 217-A (Lei 12.015/09) foi incluído no Código Penal Brasileiro e estabeleceu como crime de estupro de vulnerável, “ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém menor de 14 anos” sendo a notificação obrigatória ao Conselho Tutelar ou Ministério Público (BRASIL, 2009).

Pela justiça brasileira, a lei deve ser aplicada independentemente do consentimento da adolescente, do conhecimento e anuência dos pais, ou se o parceiro ou parceira for também menor que 14 anos. Com a tendência global para a diminuição da idade do primeiro intercurso sexual, fato confirmado no Brasil pela Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE/2015, o atendimento de adolescentes tem gerado polêmicas, no que diz respeito aos princípios éticos que envolvem o sigilo, a confidencialidade e a autonomia. Neste sentido, as sociedades SOGIA-BR, FEBRASGO e SBP, têm ressaltado que, ao incluir atos libidinosos no crime de estupro, a lei dissociou-se da realidade atual, uma vez que cada vez mais

jovens com menos de 14 anos expressam a sexualidade em seus relacionamentos afetivos sendo, portanto, também considerados, pela nova redação da lei, criminosos mesmo nas relações consentidas ou com anuência dos pais ou responsáveis. Dessa forma, o procedimento exigido em lei poderá comprometer a relação médico-paciente, resultando em baixa adesão às orientações, evasão dos adolescentes dos serviços de saúde, diminuição da prevenção de agravos como infecções de transmissão sexual e gravidez não planejada e precoce. Para os profissionais de saúde, é prioridade pensar na proteção integral aos adolescentes, afirmada no ECA (BRASIL, 2019), garantindo a assistência adequada em saúde sexual e reprodutiva para esta etapa do desenvolvimento, sugerindo sempre que possível, a reflexão adequada sobre o início da vida sexual, considerando postergar o ato sexual sem negar o direito à informação da prevenção da gestação e das infecções sexualmente transmissíveis. Estas informações devem ser tanto para aqueles com atividade sexual já estabelecida, como para os que ainda não se iniciaram sexualmente. De acordo com o Art. 74 do Código de Ética Médica, o profissional de saúde que mantém estes direitos ao acesso à informação sobre contracepção, à confidencialidade e ao sigilo sobre sua atividade sexual, incluindo a prescrição de métodos contraceptivos, não fere nenhum preceito ético. Portanto, de acordo com este artigo, é vedado ao médico revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente (CFM, 2019).

A Comissão Nacional de Ginecologia Infantopuberal da FEBRASGO, a SOGIA-BR e SBP, em janeiro de 2021 disponibilizaram documento direcionado aos profissionais de saúde que atendem adolescentes, com orientações específicas no caso de menores de 14 anos de idade (FEBRASGO; SOGIA-BR; SBP, 2021, *on-line*):

- a. adolescentes a partir dos 12 anos podem ser atendidos sem a presença dos pais ou responsáveis, sendo-lhes garantido o sigilo, a confidencialidade e a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários, desde que sejam capazes de avaliar seu problema e conduzir-se por meios próprios para solucioná-los. A privacidade é o direito que os adolescentes possuem, independentemente da idade e sexo, de serem atendidos sem a presença de pais ou responsáveis, sendo reconhecidas sua autonomia e individualidade;

-
- b. a confidencialidade é direito dos adolescentes, reconhecido no artigo 74 do Código de Ética Médica. A participação da família no processo de atendimento de adolescentes é altamente desejável, no entanto, os limites desse envolvimento devem ficar claros para a família e para os jovens já na primeira consulta. Os adolescentes devem ser incentivados a envolver a família no seu acompanhamento médico, devendo o profissional oferecer auxílio para mediar a conversa com seus responsáveis;
 - c. a quebra do sigilo, também prevista no mesmo artigo, quando se fizer necessária, deverá ser realizada com o conhecimento dos (as) adolescentes, expondo-se os motivos para esta atitude e registrando-os no prontuário do (a) paciente;
 - d. situações que podem levar à quebra de sigilo: presença de qualquer tipo de violência (emocional, maus tratos, sexual, *bullying*, e outras situações delicadas), uso escalonado de álcool e outras drogas; sinais de dependência química, autoagressão, ideações suicidas ou de fuga de casa; tendência homicida; gravidez com ou sem o intuito de interrupção; abortamento, sorologia positiva de HIV (neste caso além dos familiares também os(as) parceiros(as) sexuais serão informados); não adesão a tratamentos, deixando a(o) adolescente ou terceiros em risco; diagnóstico de doenças graves, quadros depressivos, outros transtornos do campo mental e outras situações que se façam necessárias;
 - e. a contracepção pode e deve ser indicada para adolescentes, respeitando-se os critérios de elegibilidade médica da Organização Mundial da Saúde para uso de contraceptivos (WHO, 2016), inclusive para menores de 14 anos de idade. A Lei do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263, 12 de janeiro de 1996) diz no seu artigo 3º, parágrafo único, item I:

O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde. Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no caput, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras a assistência à concepção e contracepção (BRASIL, 1996, *online*).

O sigilo nesta situação deve ser preservado, desde que o método contraceptivo não seja invasivo (dispositivos intrauterinos ou implante), quando será necessário o consentimento dos pais e/ou responsáveis.

- f. frente à realização de procedimentos de maior complexidade como inserção de dispositivos intrauterinos (DIU), implantes, outros procedimentos invasivos, bem como procedimentos cirúrgicos, em menores de 18 anos, são necessários o consentimento dos pais e/ou responsáveis;
- g. nas situações em que o profissional tomar ciência de qualquer modalidade de violência sexual relatada, evidenciada ou constatada, a notificação para o Conselho Tutelar da localidade de moradia do (a) adolescente e/ou outra autoridade competente (Como Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente ou Ministério Público), será obrigatória (Artigos 13 e 245 - ECA, Lei nº 8.069/90);
- h. no atendimento de adolescentes menores de 14 anos de idade com atividade sexual consentida em relacionamento afetivos, é aconselhável que o médico avalie o contexto no qual está inserida a relação.

No âmbito internacional, diversas organizações de saúde também recomendam a confidencialidade nas consultas médicas durante a abordagem de temas referentes à contracepção e às IST em adolescentes. No entanto, estes objetivos podem ser impedidos pela falta de educação e informação na área sexual e reprodutiva, além da precariedade ao acesso aos serviços de aconselhamento e cuidados. Globalmente, adolescentes na idade de 15 a 19 anos têm baixo conhecimento e menor índice de utilização em contracepção e a maior necessidade não atendida comparada com qualquer faixa etária (BITZER *et al.*, 2016; SAITO; LEAL, 2003). Os elementos chaves identificados por estas instituições como qualidade nos cuidados do atendimento do planejamento familiar são: direito à escolha dentro de uma ampla variedade de métodos contraceptivos, relação médico paciente baseada no respeito pela escolha informada, privacidade e confidencialidade de acordo com as crenças culturais e religiosas da jovem, o fornecimento de informações baseadas em evidências sobre a eficácia, riscos e benefícios dos diferentes métodos, ter acesso a uma equipe multidisciplinar composta por profissionais de saúde treinados e tecnicamente competentes (ALMEIDA, 2008; BRASIL, 2019; WHO, 2016).

1.3.3 Obstáculos e barreiras aos direitos reprodutivos e à prevenção da gravidez não planejada na adolescência

Estima-se que 25% a 50% das adolescentes não usam qualquer tipo de método contraceptivo na primeira relação sexual. Além disso, estudos mostram que até 50% das adolescentes descontinuam o método contraceptivo nos três primeiros meses do seu uso (HERTER; ACCETTA, 2001, WHITE *et al.*, 2018). O tempo entre a primeira relação sexual e a procura do serviço de saúde costuma ser de vários meses e, muitas vezes, as adolescentes já chegam grávidas ao serviço de saúde. Nos EUA, a média de tempo da procura ao atendimento costuma ser de 12 meses e 50% das gestações em adolescentes ocorrem nos primeiros seis meses do início da atividade sexual. Em um estudo transversal, multicêntrico envolvendo cinco países, realizado na América Latina entre o ano de 2012 e 2015, revelou que aproximadamente 70% das adolescentes não tinham acesso às informações sobre educação sexual (DONGARWAR; SALIHU, 2019).

As estratégias de prevenção à gravidez na adolescência têm evoluído em todo mundo e têm sido consideradas como questão de saúde pública em vários países (KORTSMIT *et al.*, 2019). Apesar disso, ainda permanecem muitos obstáculos como profissionais de saúde despreparados, dificuldade no acesso às orientações contraceptivas e aos métodos contraceptivos mais eficazes (CRUZ *et al.*, 2018).

Muitos profissionais de saúde, por dúvidas na conduta ou preconceito de desaprovação pessoal à atividade sexual nessa fase da vida, negam orientações e prescrições relativas à contracepção. Muitos deles apresentam desconhecimento técnico de reconhecimento das necessidades e direitos de saúde sexual dos adolescentes. A Academia Americana de Pediatria destaca o papel dos pediatras como de grande importância na prevenção da gestação inoportuna na adolescência. Tal importância advém da relação em longo prazo com seus pacientes e familiares, o que facilita a abordagem de temas delicados dentre os quais a sexualidade e a contracepção (SBP, 2018). As abordagens normalmente usadas para prevenir e responder aos problemas de saúde em adultos precisam ser adaptadas às necessidades dessa população mais jovem. A deficiência de conhecimento, pelos profissionais de saúde, sobre contracepção e saúde sexual e reprodutiva adaptados para adolescentes, suscitaram a necessidade de identificar elementos de boas

práticas para o aconselhamento contraceptivo do ponto de vista médico e sociocultural que poderiam ser compartilhados em nível internacional (BITZER *et al.*, 2016).

Além da desinformação de muitos profissionais de saúde, em relação aos direitos de saúde reprodutiva do adolescente, o desconhecimento dos critérios médicos de elegibilidade na prescrição dos métodos contraceptivos, pode levar à aplicação de restrições inadequadas sobre as recomendações de contracepção eficaz neste público, como a contra-indicação da contracepção intrauterina em mulheres nulíparas, um mito ainda muito frequentemente observado entre eles (BITZER *et al.*, 2016, TRUEHART; WHITAKER, 2015).

É necessário o treinamento e a capacitação destes profissionais, priorizando a confidencialidade e privacidade, habilidades no aconselhamento e fornecimento dos melhores e mais eficazes métodos contraceptivos direcionados para esta faixa etária. O reconhecimento da individualidade da adolescente sendo diferente da mulher adulta, evitando a moralização de valores próprios aos adolescentes tratando-as com respeito. E por fim, ensinando a adolescente a se respeitar, mostrando que ela é importante, fortalecendo a sua autoestima, contribuindo para a sensação de que seu corpo e sua sexualidade são valiosos e que precisam ser protegidos com cuidados para si e para os outros (APTER, 2018, BELLIZZI *et al.*, 2020). A informação que não há necessidade da realização do exame ginecológico antes da iniciação do método e a elaboração de ambiente aberto e empático, para que a adolescente possa falar sobre a sua sexualidade com tranquilidade e confiança, é também fundamental para a quebra de barreiras e obstáculo na adesão efetiva do método adotado (FEBRASGO, 2017).

Mesmo que as adolescentes decidam utilizar algum método contraceptivo, alguns impedimentos ainda podem acontecer por falta de conhecimento suficiente, aconselhamento inadequado, tabus socioculturais e religiosos, restrições legais e atitudes moralistas de adultos e legisladores, incluindo profissionais de saúde. Apenas 13% das adolescentes se recordam das orientações recebidas nas consultas de planejamento familiar, segundo mostram algumas pesquisas (BOSTICK *et al.*, 2020; ROBBINS; OTT, 2017). Alguns temas importantes, relacionados ao planejamento familiar em adolescentes, devem ser considerados como preocupações com o uso de hormônios e seus efeitos colaterais, preocupações com a privacidade, adesão ao método contraceptivo, conhecimento limitados sobre os contraceptivos hormonais

mais modernos, preferência por preservativos e aceitabilidade da contracepção de emergência. O uso inconsistente ou o não uso de contraceptivos hormonais e a tendência em confiar em métodos menos eficazes como os de barreira, pode contribuir para as altas taxas de gestação na adolescência (GILLIAM *et al.*, 2009).

Obstáculos sociais e econômicos desfavoráveis também aumentam o risco de gravidez precoce na adolescência. De acordo com o nível socioeconômico, existem influências no acesso e na qualidade precária de assistência à saúde, as quais estão relacionadas à baixa escolaridade e renda, e ao local de moradia. Alguns autores mencionaram que a desigualdade social e econômica tem sido apontada como fator importante de diferenciação das condições de saúde da população. Observa-se claramente que o acesso à assistência à saúde é bom aliado ao resultado favorável da gravidez na adolescência. Programas de educação sexual nas escolas, com avaliações constantes, com envolvimento de pais e professores e a garantia que esses programas sejam realizados de modo contínuo, e o entendimento melhor sobre o universo amoroso e sexual dos adolescentes, com todas as ambiguidades e diversidades que comporta, são fortes aliados neste combate (REGGIANI, 2007).

1.4 Estratégias de controle e intervenções educativas para prevenção da gravidez na adolescência

As estratégias para controle e prevenção da gravidez na adolescência ainda representam grande desafio e a orientação contraceptiva parece ser um “antídoto”. Estas fazem parte de temas obrigatoriamente abordados em eventos médico-científicos e também amplamente discutido em publicações em periódicos dirigidos aos médicos, tanto nacionais como internacionais (ARAÚJO, NERY, 2018).

As práticas educativas, em saúde sexual na adolescência, têm se mostrado necessárias e urgentes, pois estimulam a participação ativa deste público, fomentando a sua autonomia e protagonismo nas decisões para obtenção de boas ações para a saúde sexual e reprodutiva. Muitos estudos mostram que políticas de saúde para diminuir esses índices incluem a educação sexual nas escolas, orientação aos pais, treinamento adequado dos instrutores e professores, serviços que atendam adolescentes perto da escola, facilidade no agendamento de consultas, distribuição gratuita dos métodos anticoncepcionais e o envolvimento do parceiro na questão

(HERTER; ACCETTA, 2001). A educação em saúde, quando possibilita compartilhar conhecimentos na promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, tende a obter impacto positivo na mudança de comportamentos de risco, evitando prejuízos para a integridade física, emocional e o convívio social dessa população (LEITE *et al.*, 2014; PRAXEDES; QUEIROZ, 2018; QUEIROZ *et al.*, 2016).

As medidas educativas instituídas em escolas, bem como as políticas públicas, visando a promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, podem ser uma saída eficaz para prevenir a iniciação sexual precoce e o comportamento sexual de risco subsequente. O conhecimento do risco real de contrair IST, o maior comprometimento na escola, o monitoramento dos pais e o oferecimento de orientações sobre saúde sexual e reprodutiva, são medidas que reduzem o comportamento sexual de risco. A família, a escola e a sociedade têm papéis importantes na vida dos jovens, pois são eles que têm a missão de desenvolver ações educativas, para que os jovens possam vivenciar sua sexualidade de uma maneira segura e responsável. A educação sexual nas escolas com a conscientização do desenvolvimento inicial da função hormonal, dos ciclos menstruais, da ovulação e reprodução humana, é parte fundamental do início da noção da sexualidade (DONGARWAR; SALIHU, 2019). Esta representa um caminho facilitador para a compreensão de como ocorre uma gravidez, seus riscos e métodos contraceptivos a serem utilizados, para evitar uma gravidez indesejada, preparando o adolescente para vivenciar a sexualidade de forma segura e saudável.

As ações preventivas de programas de educação sexual devem estar presentes também nos centros de promoção à saúde, facilitando o acesso das adolescentes às consultas e aos contraceptivos. Assim como já foi citado, os profissionais de saúde envolvidos precisam ser treinados e devem abranger não só os ginecologistas, mas também pediatras com conhecimento dos critérios de elegibilidade dos contraceptivos e a enfermagem. Pode ser necessária a inclusão de farmacêuticos neste treinamento, visto que a contracepção oral e de emergência estão disponíveis no balcão de farmácias em muitos países (APTER, 2018; BITZER *et al.*, 2016). É consenso na literatura que as práticas educativas na adolescência devem ser dinâmicas e interativas, através de metodologias participativas, de forma a permitir a comunicação e a expressão dos adolescentes e, por conseguinte, maior eficácia no processo ensino-aprendizagem. Salienta-se, portanto, a necessidade de

investimentos em ações participativas e com recursos tecnológicos que possam estimular o interesse e a participação deste público.

Intervenções educativas em adolescentes adotadas por alguns países, mostraram que o conhecimento dos adolescentes referente aos métodos contraceptivos é fundamental na prevenção das gestações não planejadas. Elas comprovaram que os métodos mais conhecidos antes da intervenção educativa eram o preservativo masculino, a pílula anticoncepcional oral e o dispositivo intrauterino (DIU), e após a intervenção os adolescentes passaram a conhecer além destes, o anticoncepcional injetável (100%) e outros métodos (27,4%) (GONZÁLEZ MORA *et al.*, 2011).

As medidas adotadas para evitar a gravidez precoce na população da América Latina e Caribe são citadas em estudo multicêntrico realizado pela OMS, que caracterizou o nível de conhecimento da população e divulgou a necessidade da abordagem da prevenção da gravidez na adolescência, na intervenção preventiva. O objetivo foi uma ação interdisciplinar que permitiam aos adolescentes, não só compreender o uso e necessidade deles, mas também auto eficácia, respeito, projeto de vida, autocuidado corporal, responsabilidades futuras, sentido de competência, controle da pressão de pares, bem como a promoção de comportamentos protetores nos entornos familiares, comunitários, clínicos e escolares (GANCHIMEG *et al.*, 2014).

A educação sexual deve ser iniciada em casa, com os pais ou responsáveis, sendo um papel muito importante na contribuição da orientação sobre a responsabilidade da prática do sexo saudável e seguro. Na prática o que ocorre muito frequentemente, é uma subestimação na comunicação entre pais e filhos sobre sexualidade porque geralmente estes pais não se sentem preparados o suficiente para tal. A falta de conhecimento pessoal sobre saúde sexual e reprodutiva, objeções morais ao sexo antes do casamento e medo de que mensagens positivas sobre contracepção pudessem encorajar o comportamento sexual de adolescentes, são fatores que dificultam esta comunicação. Em uma pesquisa, adolescentes revelaram que as conversas sobre sexo com seus pais foram mais propensas a se concentrar na abstinência e dispensar informações precisas sobre contracepção. Este comportamento inevitavelmente pode predispor aos adolescentes um medo da desaprovação ou de ser submetido a um julgamento moral de seu comportamento

sexual, postergando assim o início do uso de métodos contraceptivos (GILLIAM *et al.*, 2009).

O grupo CARE (Contraception: Access, Resources, Education) identificou três princípios chaves que atenderia a maioria das necessidades dos adolescentes ao fornecer aconselhamento contraceptivo: acesso, confidencialidade e educação baseada na informação (APTER, 2018; BITZER *et al.*, 2016). As boas práticas segundo o grupo CARE para garantir a confidencialidade incluem:

- a. treinar toda a equipe para que tenham um bom entendimento das leis nacionais e regionais que regem a confidencialidade, sabendo da importância de salvaguardá-la;
- b. explicar os limites da confidencialidade no contexto do entendimento da lei em situações de risco de saúde onde possa haver abuso sexual ou presença de automutilação ou autoextermínio;
- c. oferecer rotineiramente um tempo sozinho com o adolescente, durante a consulta clínica, sem a presença dos pais;
- d. encaminhar os pacientes a uma farmácia que respeite o sigilo;
- e. estar atento a adolescentes que exigem garantias adicionais de sigilo, como portadores de HIV, *gays*, bissexuais, transexuais, gestantes ou pais (BITZER *et al.*, 2016).

Em relação ao acesso aos serviços de contracepção, a Organização Mundial de Saúde define os serviços especializados em adolescentes como aqueles que são equitativos, acessíveis, apropriados e eficazes para os jovens. O simples fornecimento de anticoncepcionais, sem custo, não aumenta as taxas de utilização, mas reduzem ou removem as barreiras de custo.

1.4.1 Contracepção na adolescência

A escolha do método contraceptivo deverá ser realizada pela adolescente, com auxílio e orientação do profissional de saúde, sendo que o estímulo da participação do parceiro auxilia muito na divisão das responsabilidades e na melhoria da qualidade da absorção de informações referentes à saúde reprodutiva. A preferência pelo método deve priorizar custos, fácil adesão, menor efeitos adversos, reversibilidade, alta eficácia e devem seguir os critérios médicos de elegibilidade,

independentemente da idade (GAFFIELD; KIARIE, 2016; HERTER; ACCETTA, 2001).

A falta de conhecimento, aconselhamento inadequado, tabus socioculturais, restrições legais e atitudes moralistas quanto à sexualidade neste grupo etário, são comuns entre adolescentes que escolhem ou desejam um método contraceptivo (BITZER *et al.*, 2016). Os mitos, dúvidas, falsas percepções, possíveis efeitos indesejados, medos e preocupações deverão ser esclarecidos. Adolescentes normalmente têm muitos medos, pois estão vivenciando suas primeiras experiências, o ganho de peso, sangramentos irregulares, acne, mudanças de humor, risco de câncer, uso restrito para quem já teve filhos e um possível comprometimento futuro da sua fertilidade, são preocupações comuns entre elas (FEBRASGO, 2017). Para isso, o reforço durante o aconselhamento deve ressaltar que os benefícios superam os riscos. O uso deve ser consistente não sendo necessário interromper o método sem o contato com o médico e que a anticoncepção é a primeira etapa da vida sexual segura.

A taxa de descontinuidade no uso de contraceptivos, em geral, é maior entre adolescentes de 14 a 19 anos, comparada às mulheres adultas (BIRGISSON *et al.*, 2015; MASLYANSKAYA *et al.*, 2016.). Entre os métodos contraceptivos mais conhecidos e utilizados pelas adolescentes, em primeiro lugar, estão os preservativos masculinos e os contraceptivos hormonais orais. A contracepção dupla com o uso do preservativo para proteção de IST e contracepção hormonal, apesar de ser recomendado, não é amplamente utilizado por este público. O projeto CHOICE revelou que os métodos contraceptivos de longa duração são métodos bem aceitos entre as adolescentes e apresentam maiores taxas de continuidade, do que os métodos de curta duração (BIRGISSON *et al.*, 2015). The American Academy of Pediatrics (AAP - Academia Americana de Pediatria), Society for Adolescent Health and Medicine (SAHM - Sociedade da Medicina e Saúde do Adolescente) e The American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG - Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia), recomendam como primeira escolha, o uso dos métodos “*Longing action reversible contraception*” (LARC), por serem os métodos mais seguros e efetivos na adolescência (ACOG, 2015; COATES *et al.*, 2018; RAIDOO *et al.*, 2020; OTT; SUCATO, 2014; ROBBINS; OTT, 2017; SOCIETY... *et al.*, 2017). Os contraceptivos reversíveis de longa duração, mesmo sendo atualmente fortemente

recomendados, ainda são pouco conhecidos e utilizados pelas nossas adolescentes (APTER, 2018).

1.4.1.1 Métodos LARC

Métodos de longa ação, conhecidos como LARC (*long action reversible contraceptive*), são métodos que propiciam contracepção de pelo menos três anos após uma única aplicação. São eles: dispositivo intrauterino de cobre (DIU de cobre), sistema intrauterino de *levonorgestrel* (SIU-LNG) e implante subdérmico de etonogestrel.

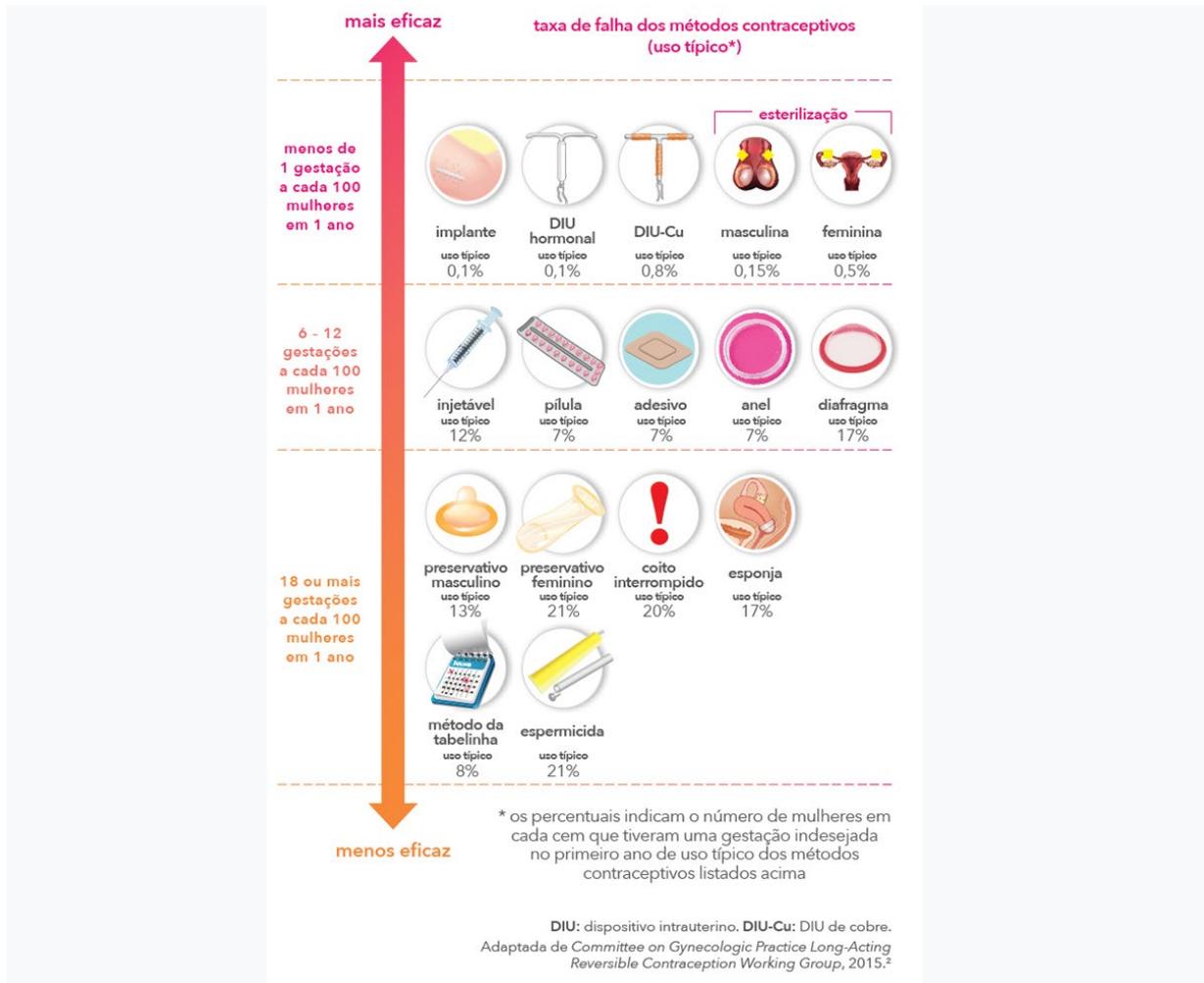
Os estudos sobre os LARC têm mostrado, além de segurança e alta eficácia, altas taxas de continuidade do método, comparado com outras formas de contracepção hormonal de curta duração, sendo cada vez mais divulgados e aprovados de forma segura para o uso em adolescentes (COATES *et al.*, 2018; OTT; SUCATO, 2014). Sua segurança e praticidade aumentam os índices de satisfação principalmente por não necessitar que a mulher lembre de tomar um medicamento todos os dias, na mesma hora, para garantir a ação contraceptiva. Eles têm efeitos colaterais mínimos comparados aos contraceptivos hormonais e são considerados o melhor custo-benefício para a ação contraceptiva em populações especiais, tais como adolescentes usuárias de drogas ilícitas e portadoras do HIV (SBP, 2018). Apesar de ser uma boa opção para jovens no início da vida sexual, apresentando as maiores taxas de continuidade do que os anticoncepcionais hormonais de uso oral, estes métodos nem sempre são bem aceitos entre as adolescentes (CURTIS *et al.*, 2016; SBP, 2018). Países que adotaram este tipo de contracepção estão entre os que têm taxas mais baixas de gravidez na adolescência. Mas apesar disso, menos de 5% das meninas da América do Norte, de idade entre 15 e 19 anos, utilizam os métodos de longa ação (COATES *et al.*, 2018).

Apesar dos LARC serem muito bem recomendado para adolescentes, há muitos obstáculos e falsos conceitos que têm afetado o seu uso como custo, dificuldade de acesso, falta de informações precisas em profissionais de saúde, preocupações dos pais, percepção negativa de experiências de amigos e familiares. Em estudo com LARC os obstáculos mais relatados pelas adolescentes foram as preocupações com os efeitos indesejáveis pela longevidade dos métodos e pelo modo

invasivo em geral dos dispositivos (COATES *et al.*, 2018). Os LARC são bem indicados para adolescentes nulíparas e com comorbidades como as obesas, diabéticas, hipertensas, com mutações trombogênicas, com HIV, doença hepática, doença cardiovascular ou imunossuprimidas (CURTIS *et al.*, 2016; SBP, 2018). O desconhecimento desses métodos pelas pacientes, a resistência à prescrição dos mesmos pelos médicos e o alto custo inicial de seu emprego são os fatores associados à baixa prevalência de uso em muitos países (LUBIANCA, 2016). A Sociedade da Medicina e Saúde do Adolescente publicou ações declarando alguns aspectos necessários para a melhoria do acesso aos LARC entre adolescentes como remoção de barreiras logísticas e financeiras, melhora do conhecimento em relação aos LARC pelos profissionais de saúde e pelas adolescentes (PATEL *et al.*, 2019).

A Figura 2 mostra a comparação da eficácia dos LARC com os métodos de curta duração (SARC). Os percentuais indicam o número de mulheres em cada 100 que tiveram uma gestação indesejada no primeiro ano de uso típico dos métodos contraceptivos.

Figura 2 – Eficácia dos métodos contraceptivos



Fonte: Adaptação do World Health Organization (WHO) Department of Reproductive Health and Research, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/ Center for Communication Programs (CCP).

Adolescentes necessitam de anticoncepção por longos períodos, por isso os métodos de longa duração e com altas taxas de continuidade devem ser os de eleição como primeira escolha porque além da necessidade da contracepção por serem sexualmente ativas, estão muito distantes da idade em que pretendem ter filhos.

1.4.1.2 Método “Quick start” – de início rápido

O método denominado de “Quick start” – início rápido é utilizado para o uso imediato de algum método contraceptivo, no momento em que a adolescente solicita, ao invés de aguardar para iniciar no próximo ciclo menstrual natural. Atrasar o início da contracepção na adolescência cria uma janela de tempo no qual a adolescente

está sob o risco de gravidez, principalmente aquelas que eventualmente usaram contracepção de emergência ou as que têm ciclos irregulares em que a espera pode ser ainda mais longa até o início do próximo ciclo. As adolescentes podem mudar de ideia ou esquecer-se das instruções dadas sobre o método escolhido, diminuindo o seu entusiasmo e usando um método alternativo menos confiável. Além disso, evita custos e barreiras como gastos com transporte ao retorno para orientações para contracepção, evitando consultas extras desnecessárias (FSRH, 2017). Os contraceptivos são mais eficazes se iniciados no início do ciclo, mas é muito importante enfatizar que, se a iniciação de um método hormonal ocorre imediatamente, podemos aguardar a sua efetividade tomando precauções contraceptivas adicionais com um método de barreira ou abstinência, que deverá ser utilizado concomitante ao método escolhido, nos sete dias seguintes (APTER, 2018). Se a adolescente está preocupada sobre os riscos de estar grávida e prefere atrasar o início da contracepção, ela pode aguardar o início do próximo ciclo menstrual. O risco de gravidez ser excluído através de um teste de gravidez que poderá ser realizado 21 dias ou mais, após uma relação sexual desprotegida, para descartar essa possibilidade (ACOG, 2017; APTER, 2018; WESTHOFF *et al.*, 2007). Quando a opção pela contracepção de início rápido é feita e uma gravidez muito precoce não pode ser excluída, evidências disponíveis não indicam impactos adversos da exposição fetal pelos hormônios dos contraceptivos ou nos resultados da gestação vigente. Então quando a possibilidade de uma gravidez é incerta, o benefício de iniciar métodos hormonais simples ou combinados excedem os riscos (FSRH, 2017; LARA-TORRE; SCHROEDER, 2002). Adolescentes sexualmente ativas têm 90% de risco para gravidez indesejada se elas não usam nenhuma contracepção (SOKKARY *et al.*, 2013). Critérios para exclusão da gravidez devem ser seguidos pelos profissionais de saúde que atendem esta demanda, quando não houver sintomas ou sinais de gravidez presente (FSRH, 2017).

O dispositivo intrauterino inserido na contracepção de emergência deve ser considerado porque além de ser o mais eficaz, tem as maiores taxas de continuidade e uma vez inserido, não requer métodos adicionais (APTER, 2018). O início da contracepção imediata, no momento da consulta foi associado a uma melhor adesão a curto prazo e não está associado ao aumento da incidência de sangramento ou outros efeitos colaterais (ACOG, 2017; WESTHOFF *et al.*, 2007).

2 OBJETIVOS

Pelo exposto anteriormente, a gravidez na adolescência é um problema de saúde pública no Brasil e em todo mundo. Existem vários fatores que dificultam a prevenção da gravidez não planejada e precoce nesse grupo de mulheres. A compreensão de atitudes, dos obstáculos para o conhecimento e uso correto de métodos contraceptivos em adolescentes, é crucial para o planejamento de intervenções eficazes destinadas a reduzir a gravidez indesejada entre essa população jovem de alto risco.

2.1 Objetivo geral

O objetivo deste estudo buscou identificar e analisar, através do delineamento das características do comportamento sexual de adolescentes gestantes, o conhecimento sobre os métodos contraceptivos, identificando os métodos utilizados e quais as dificuldades encontradas, desde o momento da fonte de informação. Através da pesquisa direta com gestantes adolescentes, pretendeu-se averiguar os reais motivos que levaram a não utilização destes métodos e conseqüentemente a gravidez não planejada na adolescência.

2.2 Objetivos específicos

- a. Identificar o perfil socioeconômico e demográfico das adolescentes gestantes: idade, etnia, escolaridade, renda, estado civil, religião, relacionamento com a família, uso de tabaco, álcool e drogas.
- b. Caracterizar o comportamento sexual dessas adolescentes grávidas: idade da primeira relação sexual, motivações do início da vida sexual, número de parceiros, características do parceiro atual.
- c. Identificar e avaliar o conhecimento de métodos contraceptivos existentes e dos métodos utilizados pelas adolescentes.
- d. Avaliar a fonte de conhecimento de saúde sexual e reprodutiva: fonte de informação sobre a primeira relação sexual e fonte de informações sobre os métodos contraceptivos.
- e. Avaliar o histórico de gestação na adolescência de mãe e irmãos.

3 SUJEITOS E MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Este estudo foi realizado no Hospital Júlia Kubitschek (HJK) - rede Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) na cidade de Belo Horizonte – MG, no período entre junho de 2018 a outubro 2020 e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da FHEMIG sob parecer técnico 2460262 – 04/01/2018, e dados do parecer anexados na Plataforma Brasil sob o número 2.659.437 (ANEXO A).

Trata-se de estudo observacional e transversal, descritivo, com abordagem quantitativa em uma amostra de seleção não aleatória, abrangendo todas as gestantes adolescentes admitidas no Ambulatório de Pré-natal de Adolescentes (PNAD), em um total de 186 pacientes.

Um questionário estruturado, desenvolvido através de várias revisões da literatura e estudos prévios neste tema, foi aplicado por um único entrevistador como parte da anamnese na primeira consulta para todas as gestantes admitidas no serviço (APÊNDICE A). No momento da entrevista, foi solicitado que a adolescente estivesse sozinha, sem acompanhante. O questionário abrangeu temas referentes a características sociodemográficas como idade, estado civil, cor, escolaridade, religião, moradia, renda familiar, hábitos de vida, relação familiar e histórico de gestação na adolescência da mãe e irmãos. As características da vida ginecológica e sexual abrangeram a idade da menarca, a paridade, idade de início da atividade sexual e a sua motivação, número de parceiros sexuais e conhecimento sobre IST. Em relação a gravidez atual, temas como o planejamento, principal causa, aceitação desta e o relacionamento com o seu parceiro atual, foram abordados. E por último, foram questionados temas sobre o conhecimento, uso dos métodos contraceptivos, as fontes de informações e as dificuldades encontradas, sendo os principais motivos deste estudo. Não foram realizados acréscimos de informação à anamnese aplicada a estas pacientes para fins de realização deste estudo.

Os critérios de inclusão foram: pacientes admitidas no PNAD do HJK compreendendo a faixa etária de 10 a 17 anos, capazes de responder às perguntas dos instrumentos. As adolescentes que aceitaram participar e tiveram autorização dos

pais/responsáveis, assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) que informava o seu caráter voluntário, isento de qualquer remuneração e recebiam um número de identificação (NIP) conforme a ordem de admissão, para a preservação das suas identidades (APÊNDICE B).

Os critérios de exclusão consideraram adolescentes que apresentavam transtornos psiquiátricos e distúrbios cognitivos graves, com incapacidade de informar adequadamente sobre o tema abordado e aquelas que não consentiram a participação ou não obtiveram a permissão do responsável legal com assinatura do TCLE.

Posteriormente os dados foram coletados pelo *Google Formulários*, armazenados no *Google Planilhas*, processados e analisados no programa software *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 20.0 for Windows.

3.2 Análise estatística

Nesse estudo foram apresentadas as medidas descritivas mínimo, máximo, mediana, Quartis (Q_1 e Q_3), média, Desvio-padrão (d.p.), frequência absoluta (n) e relativa (%) como medidas para descrever os resultados das variáveis estudadas. O intervalo foi de 95% de confiança para a média, além de percentuais como medidas para descrever os resultados das variáveis estudadas.

A associação relação dependência entre duas variáveis do tipo categórica foi realizada utilizando-se o teste *Qui-quadrado de Pearson*.

O teste *exato de Fisher* é similar ao teste *qui-quadrado*, porém, foi aplicado para amostras pequenas ou quando o número de casos esperados inferiores a 5 ocorreram em tabelas 2 x 2 ou um número grande desses casos em tabelas maiores no qual o teste do *qui-quadrado* não seria confiável.

Além disso, quando os testes mostraram a existência de alguma diferença significativa ($p < 0,05$) entre os grupos de interesse, em tabelas com dimensões superiores a 2 x 2, utilizou-se a técnica de *particionamento* de tabela de forma a avaliar, onde, realmente, as diferenças entre os grupos estudados ocorrem. No caso de uma associação significativa entre duas variáveis de interesse, em tabelas 2 x 2,

foi avaliado a estatística *Odds Ratio* (Razão das Chances → O.R.), medida que quantifica o grau de associação entre duas variáveis categóricas.

O modelo de regressão logística múltipla foi utilizado para identificar qual ou quais as variáveis influenciam e explicam, de forma conjunta ou univariada, na ocorrência de um determinado evento de interesse, que no caso deste estudo foi “maior quantidade de métodos contraceptivos que as adolescentes conhecem” (≤ 3 métodos ou > 3 métodos) e “maior quantidade de métodos contraceptivos que as adolescentes usaram” (≤ 2 métodos ou > 2 métodos). As variáveis independentes preditoras (fatores de risco) relacionadas às categorias de resposta da questão “onde procurou informações sobre contraceptivo?”, foram utilizadas como possíveis variáveis preditoras, para uma maior quantidade de métodos conhecidos ou usados pelas adolescentes.

Um teste da razão de verossimilhança foi utilizado com o intuito de verificar se a redução do modelo com a retirada de variáveis não significativas no modelo completo realmente não interfere na variável de desfecho e não prejudica na predição desta.

A *Bondade de ajuste de Hosmer e Lemeshow* foi utilizada para avaliar o quão o modelo escolhido se ajusta aos dados da pesquisa, ou seja, testou a hipótese de que os dados observados são significativamente diferentes dos valores previstos pelo modelo e com isso, um valor não significativo para esse teste ($p > 0,05$), um indicativo de modelo que irá prever bem a variável desfecho.

As medidas que avaliam a bondade do ajuste do modelo logístico, *pseudo- R^2 de Cox & Snell* e de *Nagelkerke*, foram utilizadas com objetivo de avaliar se as variáveis utilizadas para explicar uma determinada variável desfecho do tipo categórica dicotômica são ou não suficientes.

A probabilidade de significância (p) foi determinada quando os resultados foram considerados significativos inferior a 5% ou $p < 0,05$, tendo, portanto, pelo menos 95% de confiança nas conclusões apresentadas.

4 RESULTADOS

4.1 Perfil sociodemográfico e econômico

Foram entrevistadas 186 adolescentes gestantes na faixa etária de 11 a 17 anos de idade, com a média de $15,5 \pm 1,2$ anos. Houve predomínio de primigestas com 91,9% das adolescentes. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas do grupo estudado.

Em relação ao trabalho remunerado, 8,1% das adolescentes trabalhavam fora de casa e 85,8% das que trabalhavam, ganhavam até um salário mínimo. Os principais proventos eram da mãe com 64,1%, seguido do pai com 33,7%, sendo 82,6%, a renda familiar era de até um a dois salários mínimos. 72,6% delas residiam com os pais ou um deles, e 92% a relação com a família foi considerada boa ou excelente. Em relação à religião, a maioria das adolescentes se identificou com algum tipo de religiosidade e 30,6% não se identificaram com nenhuma religião.

Quanto à escolaridade, 94% destas adolescentes apresentavam ensino fundamental I completo, sendo 15,1% ensino médio em curso ou completo. 61,8% (n=115) estavam cursando a escola no momento da entrevista. O abandono escolar ocorreu em 71 pacientes (38,2%) e destas, 46 (64,7%) apresentaram a gestação como o principal motivo de abandono e 18 (25%) relataram perda do interesse pelo estudo. Do total de adolescentes, 69,4% tinha histórico de pelo menos uma repetência escolar.

Na investigação da gestação foram questionados hábitos como tabaco, álcool e drogas. Das adolescentes, 38,7% delas já tinham feito uso de tabaco, sendo que 2,2% ainda continuavam a usar durante a gravidez e a média de idade do início de uso foi de $14,0 \pm 1,2$ anos. A maioria, 77,9% delas, já tinham feito uso de bebidas alcólicas e apenas uma paciente relatou uso contínuo durante a gestação, com a média de idade de início de $14,2 \pm 1,3$ anos. Em relação ao uso de drogas ilícitas, 26,9% delas referiram uso e 2,7% ainda utilizavam durante a gestação. A maconha foi a droga mais utilizada com 96% e a média da idade do início do uso foi de $14,1 \pm 1,1$ anos.

Tabela 1 - Características sociodemográficas de gestantes adolescentes

Variáveis	n	%
Idade		
11 a 14 anos	11	20,4
15 a 17 anos	74	79,6
Estado civil		
Solteiras	140	75,3
União estável	40	21,5
Casadas	5	2,7
Divorciadas	1	0,5
Cor		
Branca	17	9,2
Parda	129	69,3
Negra	10	5,3
Não souberam responder	30	16,2
Escolaridade completa		
Ensino Fundamental I	11	5,9
Ensino Fundamental II	147	79
Ensino Médio	28	15,1
Religião		
Evangélica	95	51,1
Católica	34	18,3
Nenhuma	57	30,6
Moradia		
Pais	135	72,6
Parceiro	33	17,8
Pais do parceiro	9	4,8
Outros (avós, tios)	9	4,8
Principal provento		
Mãe	118	64,1
Pai	62	33,7
Outras (bolsa família, familiares)	37	20,1
Companheiro	34	18,5
Renda familiar		
Até 1 salário mínimo	79	42,4
De 1 até 2	66	35,5
Mais que 2	28	15,1
Não souberam responder	13	7
Trabalha fora		
Sim	15	8,1
Não	171	91,9
Relacionamento com a família		
Bom – excelente	171	92
Ruim – péssimo	15	8

Base de dados: 186 adolescentes gestantes do estudo de 10 a 17 anos.

Fonte: Dados da pesquisa.

4.2 Perfil ginecológico, sexual e obstétrico

A idade média da menarca foi $12,0 \pm 1,3$ anos e $13,8 \pm 1,2$ anos para a primeira relação sexual. A Tabela 2 apresenta os resultados referentes ao perfil ginecológico e sexual. A idade da menarca variou de 9 a 15 anos, com a média de $12,0 \pm 1,3$ anos e a primeira relação sexual variou de 9 a 17 anos, com a média de

13,8 ± 1,2 anos. As adolescentes que tiveram de 1 a 5 parceiros eram a maioria (92%), sendo que para 54,2% delas, a primeira relação sexual tinha sido apenas com o parceiro atual.

Em relação a motivação do início da vida sexual, 88,7% relatou que tiveram por vontade própria ou pela curiosidade e em 5,9% predominou a vontade do parceiro. Em relação as IST, 5,9% já tinham tido alguma delas e a Sífilis foi a infecção predominante.

Tabela 2 - Características do início da vida sexual das adolescentes do estudo

Variáveis	Estatísticas descritivas
Idade	
Média ± d.p.	15,5 ± 1,2
I.C. da média (95%)	(15,3; 15,6)
Mediana (Q1 – Q3)	16,0 (15,0 – 16,0)
Mínimo – Máximo	11,0 – 17,0
Menarca	
Média ± d.p.	12,0 ± 1,3
I.C. da média (95%)	(11,8; 12,2)
Mediana (Q1 – Q3)	12,0 (11,0 – 13,0)
Mínimo - Máximo	9,0 – 15,0
Idade da 1ª relação sexual	
Média ± d.p.	13,8 ± 1,2
I.C. da média (95%)	(13,6; 14,0)
Mediana (Q1 – Q3)	14,0 (13,0 – 15,0)
Mínimo - Máximo	9,0 – 17,0

Variáveis	N	%
Número de parceiros		
1 a 4	166	89,3
5 a 10	12	6,4
Mais que 10	8	4,3
Motivação do início da vida sexual		
Vontade própria	124	66,7
Curiosidade	41	22
Vontade do parceiro	11	5,9
Pressão dos amigos	7	3,8
Segue modelo dos pais/irmãos	3	1,6
Histórico de Infecção sexualmente transmissível		
Sim	11	5,9
Não	175	94,1
Quais IST		
Sífilis	7	63,6
Gonorreia	2	18,2
Herpes genital	1	9,1
Não soube falar	1	9,1

Base de dados: 186 adolescentes gestantes do estudo.

Nota: d.p. → Desvio-padrão

I.C. da média → Intervalo de confiança de 95% da média.

Fonte: Dados da pesquisa.

Na associação entre dois grupos de 11 a 14 anos e 15 a 17 anos, e a “motivação do início da vida sexual”, conforme mostrado na Tabela 3, não houve associação estatisticamente significativa ($p \geq 0,05$). Pode-se afirmar que a proporção de adolescentes com idade de 11 a 14 anos (89,5%) que iniciaram sua vida sexual por “vontade própria” é semelhante a proporção de adolescentes com idade de 15 a 17 anos (81,8%). Para as demais opções de respostas para a “motivação início da vida sexual” das adolescentes, também não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos citados.

Tabela 3 - Análise de associação entre a faixa etária das adolescentes e as questões início da vida sexual

Variáveis do estudo	Faixa etária				p
	11 a 14 anos		15 a 17 anos		
	n	%	n	%	
Motivação do início da vida sexual (*)					
Vontade própria	34	89,5	121	81,8	0,255
Vontade do parceiro	2	5,3	9	6,1	1,000*
Pressão dos amigos	2	5,3	5	3,4	0,633
Curiosidade	8	21,1	33	22,3	0,869
Segue modelos de pais ou irmãos	2	5,3	1	0,7	0,107*
Outros	0	0,0	1	0,7	1,000*

Base de dados: 186 adolescentes gestantes do estudo.

Nota: p → Probabilidade de significância do teste *Qui-quadrado de Pearson*

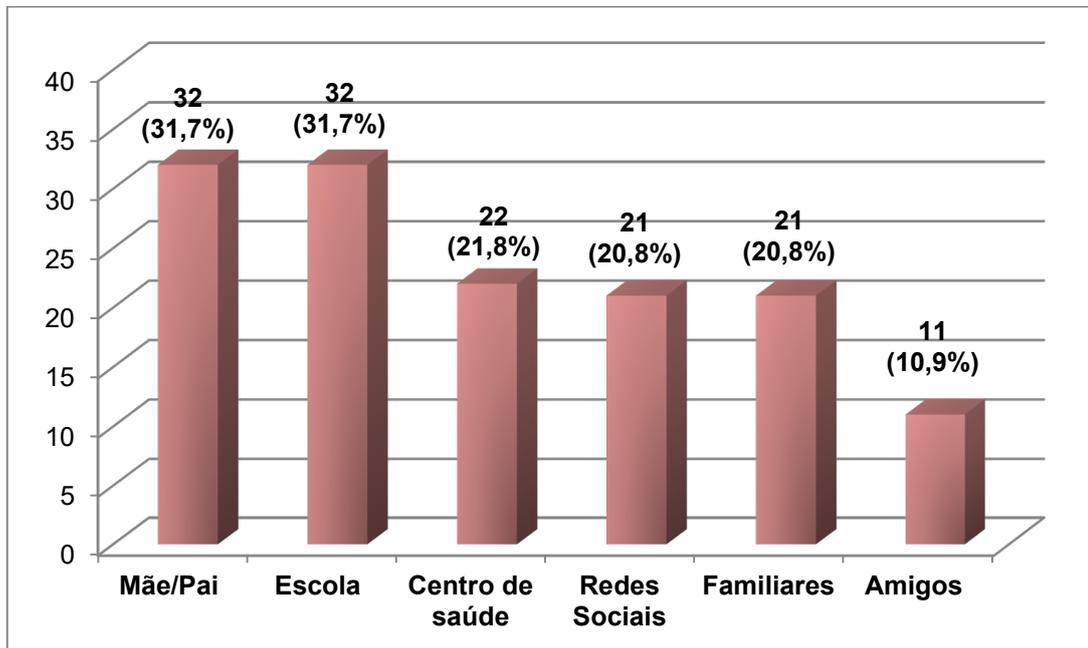
p* → Probabilidade de significância do teste *Exato de Fisher*

(*) → A variável permite mais de uma resposta, portanto, os percentuais podem somar mais de 100% no geral, pois, cada categoria de resposta se transforma, de certa forma, numa questão do tipo SIM ou NÃO.

Fonte: Dados da pesquisa.

O Gráfico 2 mostra que, na ocasião da primeira relação sexual, 54,3% das adolescentes procuraram informações sobre sexualidade e destas, as informações obtidas dos pais e da escola predominaram em 63,4%. 21,8% obtiveram informações em centros de saúde, 20,8% em redes sociais/internet e 10,9% através dos amigos.

Gráfico 2 - Fonte de informações sobre a primeira relação sexual em adolescentes gestantes*



Base de dados: 101 adolescentes gestantes do estudo que buscaram informações – 54,3 %

* Mais de uma resposta foi permitida

Fonte: Dados da pesquisa.

As características da gestação atual, são demonstradas na Tabela 4, que mostra um predomínio de primigestas com 91,9%, 8,1% estavam na segunda gestação, sendo que 4,3% já tinham 1 filho e 3,8% tinham sofrido aborto. Segundo as adolescentes a gestação não foi planejada em 84,4%, mesmo assim 96,2% diziam aceitar bem. Entre os motivos principais da gravidez atual, 30,6% revelou que não quis usar nenhum método, 17,7% definiram que não achavam que a gravidez poderia acontecer – “pensamento imaginário do adolescente” e 16,7% referiam não ter usado porque na hora da relação não tinham disponível nenhum método ou não pensaram em nada – “não usou, pois, a emoção superou a razão”. 16,1% relataram um desejo próprio ou do casal, 14% apesar de conhecer alguns métodos, não sabia como utilizar, 5,9% o parceiro se recusou a usar algum tipo de método e o índice de falha dos métodos que estavam utilizando foi de 19,4%. Uma minoria de 0,5% nunca tinha ouvido falar de qualquer tipo de métodos contraceptivos.

Tabela 4 - Características da gestação atual em adolescentes

Variáveis	n	%
Paridade		
Primigesta	171	91,9
Secundigesta	15	8,1
Gravidez planejada		
Não	157	84,4
Sim	29	15,6
Aceitação da gravidez		
Aceita bem	179	96,2
Não aceita	7	3,8
Motivos da gestação atual		
Não quis usar contraceptivos	57	30,6
Falha do método	36	19,4
Pensamento “imaginário”	33	17,7
A emoção superou a razão	31	16,7
Não soube usar os contraceptivos	26	14
Desejo do casal	21	11,3
Parceiro se recusou a usar	11	5,9
Desejo da paciente	9	4,8
Não conhecia nenhum método	1	0,5

Base de dados: 186 adolescentes gestantes do estudo.

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação aos parceiros, 98,2% aceitavam bem a gestação atual com um predomínio da faixa etária acima de 19 anos (53,8%) e um tempo de relacionamento que predominou uma duração de 1 a 12 meses. Um grupo muito pequeno com 8% teve uma única relação ou tinha relações sexuais eventuais e 9,1% relataram que não tinham parceiros no momento da gestação. 63,9% conheceram seus parceiros no próprio bairro e entre amigos e 8,3% pela internet. A maioria (98,2%) considerou suas relações com seus parceiros boas e excelentes (Tabela 5).

Tabela 5 - Características dos parceiros atuais das adolescentes do estudo no momento da gestação

Variáveis	N	%
Idade do parceiro atual		
14 a 18 anos	69	37,1
19 a 25 anos	96	51,6
Mais que 25 anos	4	2,2
Sem parceiro atual	17	9,1
Onde conheceu		
Bairro	58	34,3
Amigos	50	29,6
Escola	30	17,8
Internet	14	8,3
Igreja, festas	17	10,0
Tempo de relacionamento		
1 a 12 meses	76	40,9
12 a 24 meses	55	29,6
Mais que 24 meses	30	16,1
Única relação sexual	3	1,6
Eventual	5	2,7
Sem parceiro atualmente	17	9,1
Relacionamento		
Bom – excelente	153	93,8
Ruim – péssimo	16	6,2
Aceitação da gravidez		
Aceita bem	165	98,2
Não aceita	4	1,8

Base de dados: Parceiros no momento da gestação = n: 169, sem parceiros = n: 17.

Fonte: Dados da pesquisa.

A maioria das mães das adolescentes (61,5%), também tinham tido seus filhos na adolescência, em idade que variou de 12 a 18 anos, média de $15,9 \pm 1,4$ anos. Sobre a informação de irmãos, 31% delas tinha irmãos que foram mães/pais na adolescência, em idade entre 13 a 18 anos, na média de $16,0 \pm 1,2$ anos.

4.3 Conhecimento, uso dos métodos contraceptivos e fonte de informação

4.3.1 Conhecimento dos métodos contraceptivos

Em relação ao conhecimento geral dos métodos contraceptivos, a Tabela 6 mostra que o preservativo masculino e o contraceptivo hormonal oral eram os mais conhecidos com 96,2% e 91,9%, respectivamente. A pílula de emergência era conhecida em 67,2% e os métodos mais atuais eram os menos conhecidos como o anel vaginal 3,2%, adesivo transdérmico 2,7% e o implante subdérmico com 1,6%. Uma pequena parcela (1,1%) nunca tinha ouvido falar em métodos contraceptivos.

Tabela 6 - Conhecimento dos métodos contraceptivos das adolescentes gestantes do estudo*

Contraceptivos	Conhecimento	
	N	%
SARC		
Hormonal oral	171	91,90
Hormonal injetável mensal	152	81,70
Hormonal injetável trimestral	108	58,10
Anel vaginal	6	3,20
Adesivo dérmico	5	2,70
Barreira		
Preservativo masculino	179	96,20
Preservativo feminino	101	54,30
Contracepção de emergência		
Pílula do dia seguinte	125	67,20
Comportamental		
Calendário	36	19,40
Coito interrompido	75	40,30
LARC		
Dispositivo intrauterino - DIU	101	54,30
Implante subdérmico	3	1,60
Nenhum	2	1,10

Base de dados: 186 adolescentes gestantes do estudo

SARC: *short action reversible contraception* (Contracepção reversível de ação curta)

LARC: *longing action reversible contraception* (Contracepção reversível de ação longa)

* Mais de uma resposta foi permitida

Fonte: Dados da pesquisa.

Quando comparamos a faixa etária entre dois grupos de adolescentes de 11 a 14 anos e 15 a 17 anos, em relação a quantidade de contraceptivos conhecidos, a Tabela 7 mostra que não existe associação estatisticamente significativa ($p \geq 0,05$) entre a faixa etária das adolescentes pesquisadas e a quantidade de métodos contraceptivos que elas conhecem, isto é, a proporção de adolescentes de 11 a 14 anos que conhecem mais de três métodos contraceptivos (71,1%) é semelhante a proporção de adolescentes de 15 a 17 anos que conhecem mais de três métodos contraceptivos (81,8%). O mesmo acontece com a proporção de adolescentes que conhecem no máximo três métodos contraceptivos.

Quanto aos tipos de métodos contraceptivos que as adolescentes conhecem (Tabela 7), os resultados mostram que existe diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre as adolescentes de 11 a 14 anos e aquelas com 15 a 17 anos, no que se referem aos métodos “Anticoncepcional injetável mensal” e

“Preservativo feminino”, onde, a proporção de adolescentes com idade de 11 a 14 anos que conhecem estes dois métodos é significativamente menor do que a proporção de adolescentes com idade de 15 a 17 anos que conhecem. Nos demais métodos, nenhuma diferença estatisticamente significativa ($p \geq 0,05$) quanto ao conhecimento dos métodos contraceptivos foi encontrada para os grupos comparados.

Tabela 7 - Análise de associação entre a faixa etária das adolescentes e as questões “quantos e quais métodos contraceptivos você conhece?”

Variáveis do estudo	Faixa etária				p
	11 a 14 anos		15 a 17 anos		
	n	%	n	%	
Quantos métodos contraceptivos você conhece?					
≤ 3 métodos	11	28,9	27	18,2	0,176
> 3 métodos	27	71,1	121	81,8	
TOTAL	38	100,0	148	100,0	
Quais métodos contraceptivos você conhece? (*)					
Nenhum	0	0,0	2	1,4	1,000*
Anticoncepcional oral	34	89,5	137	92,6	0,513*
Anticoncepcional injetável mensal	26	68,4	126	85,1	0,017
Anticoncepcional injetável trim.	20	52,6	88	59,5	0,447
Preservativo masculino	37	97,4	142	95,9	1,000*
Preservativo feminino	15	39,5	86	58,1	0,040
DIU	18	47,4	83	56,1	0,336
Tabelinha	6	15,8	30	20,3	0,533
Coito interrompido	16	42,1	59	39,9	0,802
Pílula do dia seguinte	21	55,3	104	70,3	0,079
Anel vaginal	2	5,3	4	2,7	0,604*
Adesivo	1	2,6	4	2,7	1,000*
Implante	1	2,6	2	1,4	0,498*

Base de dados: 186 adolescentes gestantes do estudo

Nota: p → Probabilidade de significância do teste *Qui-quadrado de Pearson*

p* → Probabilidade de significância do teste *Exato de Fisher*

(*) → A variável permite mais de uma resposta, portanto, os percentuais podem somar mais de 100% no geral, pois, cada categoria de resposta se transforma, de certa forma, numa questão do tipo SIM ou NÃO.

DIU: Dispositivo intrauterino

Fonte: Dados da pesquisa.

Ao comparar o conhecimento dos métodos contraceptivos com a idade da primeira relação sexual, dividida em dois grupos em que a primeira relação foi até 14 anos e após os 14 anos, a Tabela 8 mostra que a proporção entre os grupos em relação a quantidade de métodos conhecidos, foi semelhante ($p = 0,176$), não apresentando associação estatisticamente significativa. Quanto ao tipo de métodos, o DIU foi o único que apresentou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,043$),

entre os grupos comparados, salientado que o grupo das meninas que tiveram relação acima dos 14 anos teve uma proporção maior de conhecimento.

Tabela 8 - Análise de associação entre a idade da primeira relação sexual e as questões “Quantos e quais métodos contraceptivos você conhece?”

Variáveis do estudo	Idade da primeira relação sexual				p
	≤ 14 anos		> 14 anos		
	n	%	n	%	
Quantos métodos contraceptivos você conhece?					
≤ 3 métodos	28	21,1	10	18,9	0,739
> 3 métodos	105	78,9	43	81,1	
TOTAL	133	100,0	53	100,0	
Quais métodos contraceptivos você conhece? (*)					
Nenhum	1	0,8	1	1,9	0,490*
Anticoncepcional oral	123	92,5	48	90,6	0,766*
Anticoncepcional injetável mensal	108	81,2	44	83,0	0,772
Anticoncepcional injetável trim.	79	59,4	29	54,7	0,559
Preservativo masculino	128	96,2	51	96,2	1,000*
Preservativo feminino	68	51,1	33	62,3	0,169
DIU	66	49,6	35	66,0	0,043
Tabelinha	24	18,0	12	22,6	0,474
Coito interrompido	54	40,6	21	39,6	0,902
Pílula do dia seguinte	84	63,2	41	77,4	0,063
Anel vaginal	4	3,0	2	3,8	1,000*
Adesivo	3	2,3	2	3,8	0,624*
Implante	2	1,5	1	1,9	1,000*

Base de dados: 186 adolescentes gestantes do estudo.

Nota: p → Probabilidade de significância do teste *Qui-quadrado de Pearson*

p* → Probabilidade de significância do teste *Exato de Fisher*

(*) → A variável permite mais de uma resposta, portanto, os percentuais podem somar mais de 100% no geral, pois, cada categoria de resposta se transforma, de certa forma, numa questão do tipo SIM ou NÃO.

DIU: Dispositivo intrauterino

Fonte: Dados da pesquisa.

A idade da menarca dividida em dois grupos, meninas que menstruaram até os 11 anos e aquelas que menstruaram após os 11 anos, quando comparado à quantidade de métodos conhecidos, não mostrou diferença estatisticamente significativa ($p = 0,142$). Na análise da individualidade dos métodos pesquisados, o preservativo masculino ($p = 0,049$), o coito interrompido ($p = 0,041$), o anel vaginal ($p = 0,025$) e o implante ($p = 0,047$), foram os métodos que, entre os grupos, apresentaram diferença estatística significativa, com predomínio de conhecimento, destes métodos, nas meninas que menstruaram antes dos 11 anos (Tabela 9).

Tabela 9 - Análise de associação entre a menarca e as questões “Quantos e quais métodos contraceptivos você conhece?”

Variáveis do estudo	Menarca				p
	≤ 11 anos		> 11 anos		
	n	%	n	%	
Quantos métodos contraceptivos você conhece?					
≤ 3 métodos	10	14,7	28	23,7	0,142
> 3 métodos	58	85,3	90	76,3	
TOTAL	68	100,0	118	100,0	
Quais métodos contraceptivos você conhece? (*)					
Nenhum	0	0,0	2	1,7	0,534
Anticoncepcional oral	66	97,1	108	89,0	0,051
Anticoncepcional injetável mensal	56	82,4	96	81,4	0,865
Anticoncepcional injetável trim.	43	63,2	65	55,1	0,278
Preservativo masculino	68	100,0	111	94,1	0,049*
Preservativo feminino	40	58,8	61	51,7	0,347
DIU	40	58,8	61	51,7	0,347
Tabelinha	16	23,5	20	16,9	0,274
Coito interrompido	34	50,0	41	34,7	0,041
Pílula do dia seguinte	50	73,5	75	63,6	0,163
Anel vaginal	5	7,4	1	0,8	0,025*
Adesivo	3	4,4	2	1,7	0,357*
Implante	3	4,4	0	0,0	0,047*

Base de dados: 186 adolescentes

Nota: p → Probabilidade de significância do teste *Qui-quadrado de Pearson*

p* → Probabilidade de significância do teste *Exato de Fisher*

(*) → A variável permite mais de uma resposta, portanto, os percentuais podem somar mais de 100% no geral, pois, cada categoria de resposta se transforma, de certa forma, numa questão do tipo SIM ou NÃO.

DIU: Dispositivo intrauterino

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 10 demonstra a associação entre a escolaridade, na comparação entre as adolescentes que abandonaram a escola e as que continuavam estudando, e quantos e quais os métodos conheciam. Os resultados não mostraram nenhuma diferença estatisticamente significativa entre os grupos comparados e os métodos.

Tabela 10 - Análise de associação entre a escolaridade e as questões “quantos e quais métodos contraceptivos você conhece? ”

Variáveis do estudo	Escolaridade				p
	Abandono		Continua estudo		
	n	%	n	%	
Quantos métodos contraceptivos você conhece?					
≤ 3 métodos	15	21,1	23	20,0	0,853
> 3 métodos	56	78,9	92	80,0	
TOTAL	71	100,0	115	100,0	
Quais métodos contraceptivos você conhece? (*)					
Nenhum	1	1,4	1	0,9	1,000*
Anticoncepcional oral	66	93,0	105	91,3	0,687
Anticoncepcional injetável mensal	60	84,5	92	80,0	0,440
Anticoncepcional injetável trim.	43	60,6	65	56,5	0,587
Preservativo masculino	67	94,4	112	97,4	0,430*
Preservativo feminino	41	57,7	60	52,2	0,459
DIU	41	57,7	60	52,2	0,459
Tabelinha	11	15,5	25	21,7	0,295
Coito interrompido	29	40,8	46	40,0	0,909
Pílula do dia seguinte	46	64,8	79	68,7	0,581
Anel vaginal	0	0,0	6	5,2	0,084*
Adesivo	0	0,0	5	4,3	0,158*
Implante	0	0,0	3	2,6	0,288*

Base de dados: 186 adolescentes gestantes do estudo.

Nota: p → Probabilidade de significância do teste *Qui-quadrado de Pearson*

p* → Probabilidade de significância do teste *Exato de Fisher*

(*) → A variável permite mais de uma resposta, portanto, os percentuais podem somar mais de 100% no geral, pois, cada categoria de resposta se transforma, de certa forma, numa questão do tipo SIM ou NÃO.

DIU: Dispositivo intrauterino

Fonte: Dados da pesquisa.

Quando associamos o abandono escolar e as adolescentes que continuaram a estudar, com quantidade de métodos contraceptivos conhecidos, independentemente da faixa etária das adolescentes, a Tabela 11 mostra que não existe associação estatisticamente significativa ($p \geq 0,05$). Isto é, a proporção de adolescentes que abandonaram a escola é semelhante ao grupo que não abandonou, em ambas às faixas etárias, no conhecimento de mais de três métodos.

Tabela 11 - Análise de associação entre escolaridade e a questão “quantos métodos contraceptivos você conhece?” por faixa etária

Variáveis do estudo	Status escolar				p
	Abandono		Continua estudo		
	n	%	n	%	
Faixa etária → 11 a 14 anos					
Quantos métodos contraceptivos você conhece?					
≤ 3 métodos	2	22,2	9	31,0	1,000*
> 3 métodos	7	77,8	20	69,0	
TOTAL	9	100,0	29	100,0	
Faixa etária → 15 a 17 anos					
Quantos métodos contraceptivos você conhece?					
≤ 3 métodos	13	21,0	14	16,3	0,466
> 3 métodos	49	79,0	72	83,7	
TOTAL	62	100,0	86	100,0	

Base de dados: 186 adolescentes gestantes do estudo

Nota: p → Probabilidade de significância do teste *Qui-quadrado de Pearson*

p* → Probabilidade de significância do teste *Exato de Fisher*

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 12 mostra que a análise, entre filhas de mães que também tiveram filhos na adolescência e quantos e quais métodos eram conhecidos pelas adolescentes, não mostrou diferença estatisticamente significativa entre os grupos comparados.

No estudo da associação entre o conhecimento da quantidade e tipo de métodos, e as variáveis como o relacionamento com a família, religião e raça, não mostraram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 12 - Análise de associação entre a mãe ter filho na adolescência e as questões “quantos e quais métodos contraceptivos você conhece?”

Variáveis do estudo	Mãe teve filho na adolescência?				p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Quantos métodos contraceptivos você conhece?					
≤ 3 métodos	19	17,0	18	25,7	0,154
> 3 métodos	93	83,0	82	74,3	
TOTAL	112	100,0	70	100,0	
Quais métodos contraceptivos você conhece? (*)					
Nenhum	1	0,9	1	1,4	1,000*
Anticoncepcional oral	105	93,8	63	90,0	0,356
Anticoncepcional injetável mensal	95	84,8	53	75,7	0,125
Anticoncepcional injetável trim.	66	58,9	39	55,7	0,669
Condom masculino	108	96,4	68	97,1	1,000*
Condom feminino	61	54,5	39	55,7	0,869
DIU	61	54,5	39	55,7	0,869
Tabelinha	22	19,6	14	20,0	0,953
Coito interrompido	43	38,4	31	44,3	0,431
Pílula do dia seguinte	78	69,6	45	64,3	0,453
Anel vaginal	4	3,6	2	2,9	1,000*
Adesivo	1	0,9	4	5,7	0,073*
Implante	0	0,0	3	4,3	0,055*

Base de dados: 186 adolescentes gestantes do estudo.

Nota: p → Probabilidade de significância do teste *Qui-quadrado de Pearson*

p* → Probabilidade de significância do teste *Exato de Fisher*

(*) → A variável permite mais de uma resposta, portanto, os percentuais podem somar mais de 100% no geral, pois, cada categoria de resposta se transforma, de certa forma, numa questão do tipo SIM ou NÃO.

Fonte: Dados da pesquisa.

4.3.2 Utilização dos métodos contraceptivos

A utilização dos métodos pelas adolescentes do estudo está demonstrada na Tabela 13. O preservativo masculino foi o mais citado com 73,1% em contraposição ao preservativo feminino que apenas 1,6% tinham relatado o seu uso. Já o contraceptivo hormonal oral 43% referiram o seu uso. O método de emergência foi utilizado em 34,9% e apenas uma adolescente tinha usado o DIU no pós-parto. 12,4% nunca havia utilizado nenhum método contraceptivo.

Tabela 13 - Métodos contraceptivos utilizados pelas adolescentes gestantes*

Contraceptivos	Utilizados	
	N	%
SARC		
Hormonal oral	80	43,00
Hormonal injetável mensal	36	19,40
Hormonal injetável trimestral	6	3,20
Anel vaginal	0	0,00
Adesivo dérmico	0	0,00
Barreira		
Preservativo masculino	136	73,10
Preservativo feminino	3	1,60
Contracepção de emergência		
Pílula do dia seguinte	65	34,90
Comportamental		
Calendário	3	1,60
Coito interrompido	22	11,80
LARC		
Dispositivo intrauterino - DIU	1	0,50
Implante subdérmico	0	0,00
Nenhum	23	12,40

Base de dados: 186 adolescentes gestantes do estudo

SARC: *short action reversible contraception* (Contracepção reversível de ação curta)

LARC: *longing action reversible contraception* (Contracepção reversível de ação longa)

(*) permitiu mais de uma resposta

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto aos métodos contraceptivos mais usados pelas adolescentes, a tabela 14 mostra que existe diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os grupos de 11 a 14 anos e 15 a 17 anos, e a quantidade de métodos contraceptivos que elas usaram. A proporção de adolescentes de 15 a 17 anos que utilizaram mais de 2 métodos contraceptivos (33,1%) é significativamente maior do que a proporção de adolescentes de 11 a 14 anos que utilizaram mais de 2 métodos contraceptivos (10,5%). A Tabela 14 também mostra resultados que, em relação aos tipos de métodos contraceptivos que as adolescentes usaram, existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre as adolescentes de 11 a 14 anos e aquelas com 15 a 17 anos, quanto aos métodos “Anticoncepcional oral”, “Anticoncepcional injetável mensal”, “Preservativo masculino”, em que a proporção de adolescentes com idade de 15 a 17 anos que usaram estes três métodos contraceptivos é significativamente maior do que a proporção de adolescentes com idade de 11 a 14 anos. Além disso, a proporção de adolescentes com idade de 11 a

14 anos (31,6%) que nunca usou métodos contraceptivos, foi significativamente maior do que as adolescentes de 15 a 17 anos (7,4%). Nenhuma outra diferença estatisticamente significativa ($p \geq 0,05$) quanto ao uso dos tipos de métodos contraceptivos foi encontrada entre os grupos de adolescentes estudados.

Tabela 14 - Análise de associação entre a faixa etária das adolescentes e as questões “quantos e quais métodos contraceptivos você usou?”

Variáveis do estudo	Faixa etária				p
	11 a 14 anos		15 a 17 anos		
	n	%	n	%	
Quantos métodos contraceptivos você usou?					
≤ 2 métodos	34	89,5	99	66,9	0,006
> 2 métodos	4	10,5	49	33,1	
TOTAL	38	100,0	148	100,0	
Quais métodos contraceptivos você usou? (*)					
Nenhum	12	31,6	11	7,4	< 0,001*
Anticoncepcional oral	4	10,5	76	51,4	< 0,001
Anticoncepcional injetável mensal	3	7,9	33	22,3	0,045
Anticoncepcional injetável trim.	0	0,0	6	4,1	0,349*
Preservativo masculino	22	57,9	114	77,0	0,018
Preservativo feminino	0	0,0	3	2,0	1,000*
DIU	0	0,0	1	0,7	1,000*
Tabelinha	0	0,0	3	2,0	1,000*
Coito interrompido	4	10,5	18	12,2	1,000*
Pílula do dia seguinte	13	34,2	52	35,1	0,915
Anel vaginal	0	0,0	0	0,0	—
Adesivo	0	0,0	0	0,0	—
Implante	0	0,0	0	0,0	—

Base de dados: 186 adolescentes gestantes do estudo.

Nota: p → Probabilidade de significância do teste *Qui-quadrado de Pearson*

p* → Probabilidade de significância do teste *Exato de Fisher*

(*) → A variável permite mais de uma resposta, portanto, os percentuais podem somar mais de 100% no geral, pois, cada categoria de resposta se transforma, de certa forma, numa questão do tipo SIM ou NÃO.

DIU: Dispositivo intrauterino

Fonte: Dados da pesquisa.

Na análise da associação entre as filhas de mães que também tiveram filho na sua adolescência e, quantos métodos as adolescentes tinham utilizado, não houve associação estatisticamente significativa (Tabela 15).

Tabela 15 - Análise de associação entre as filhas de mães que tiveram filhos na adolescência e as questões “quantos e quais métodos contraceptivos você usou?”

Variáveis do estudo	Mãe teve filho na adolescência?				p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Quantos métodos contraceptivos você usou?					
≤ 2 métodos	75	67,0	55	78,6	0,092
> 2 métodos	37	33,0	15	21,4	
TOTAL	112	100,0	70	100,0	
Quais métodos contraceptivos você usou? (*)					
Nenhum	13	11,6	9	12,9	0,801
Anticoncepcional oral	50	44,6	29	41,4	0,670
Anticoncepcional injetável mensal	27	24,1	8	11,4	0,035
Anticoncepcional injetável trim.	6	5,4	0	0,0	0,084*
Preservativo masculino	81	72,3	53	75,7	0,613
Preservativo feminino	1	0,9	2	2,9	0,560*
DIU	1	0,9	0	0,0	1,000*
Tabelinha	1	0,9	2	2,9	0,560*
Coito interrompido	16	14,3	6	8,6	0,250
Pílula do dia seguinte	40	35,7	24	34,3	0,844
Anel vaginal	0	0,0	0	0,0	—
Adesivo	0	0,0	0	0,0	—
Implante	0	0,0	0	0,0	—

Base de dados: 186 adolescentes gestantes do estudo.

Nota: p → Probabilidade de significância do teste *Qui-quadrado de Pearson*

p* → Probabilidade de significância do teste *Exato de Fisher*

(*) → A variável permite mais de uma resposta, portanto, os percentuais podem somar mais de 100% no geral, pois, cada categoria de resposta se transforma, de certa forma, numa questão do tipo SIM ou NÃO.

DIU: Dispositivo intrauterino

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 16 demonstra que não houve diferença estatística entre a quantidade de métodos contraceptivos já utilizados e o fato da adolescente ter ou não abandonado a escola. Da mesma maneira, a etnia da adolescente grávida não apresentou associação com o número de métodos contraceptivos já utilizados.

Tabela 16- Análise da associação entre o status escolar e da raça e a questão “quantos métodos contraceptivos você usou?”

Variáveis do estudo	Status escolar				p
	Abandono		Continua estudo		
	n	%	n	%	
Quantos métodos contraceptivos você usou?					
≤ 2 métodos	46	64,8	87	75,7	0,111
> 2 métodos	25	35,2	28	24,3	
TOTAL	71	100,0	115	100,0	

Variáveis do estudo	Raça						p
	Branca		Parda		Negra		
	n	%	n	%	n	%	
Quantos métodos contraceptivos você usou?							
≤ 2 métodos	15	88,2	86	66,7	8	80,0	0,147*
> 2 métodos	2	11,8	43	33,3	2	20,0	
TOTAL	17	100,0	129	100,0	10	100,0	

Base de dados: "Status" escolar: - 186 gestantes adolescentes do estudo.

Raça: 156 adolescentes gestantes do estudo, 30 não souberam responder

Nota: p → Probabilidade de significância do teste *Qui-quadrado de Pearson*

p* → Probabilidade de significância do teste *Exato de Fisher*

(*) → A variável permite mais de uma resposta, portanto, os percentuais podem somar mais de 100% no geral, pois, cada categoria de resposta se transforma, de certa forma, numa questão do tipo SIM ou NÃO.

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Tabela 17 é demonstrado que o preservativo feminino foi mais utilizado no grupo das adolescentes católicas, apresentando uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,006$) em relação ao grupo de evangélicas e as que não se identificaram com nenhuma religião. Significa que as adolescentes católicas usaram mais o preservativo feminino em proporção muito maior que as adolescentes evangélicas e as que não tinham nenhuma.

Na análise da associação entre a quantidade de métodos utilizados e o tipo, e as variáveis como a idade da primeira relação, idade da primeira menstruação, relacionamento com a família, não mostraram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 17- Análise de associação entre a religião e as questões “quantos e quais métodos contraceptivos você usou?”

Variáveis do estudo	Religião						p
	Católica		Evangélica		Nenhuma		
	n	%	n	%	n	%	
Quantos métodos contraceptivos você usou?							
≤ 2 métodos	24	70,6	66	69,5	43	75,4	0,726
> 2 métodos	10	29,4	29	30,5	14	24,6	
TOTAL	34	100,0	95	100,0	57	100,0	
Quais métodos contraceptivos você usou? (*)							
Nenhum	3	8,8	12	12,6	8	14,0	0,761*
Anticoncepcional oral	16	47,1	42	44,2	22	38,6	0,692
Anticoncepcional injetável mensal	5	14,7	21	22,1	10	17,5	0,591
Anticoncepcional injetável trim.	1	2,9	2	2,1	3	5,3	0,646*
Preservativo masculino	27	79,4	69	72,6	40	70,2	0,623
Preservativo feminino	3	8,8	0	0,0	0	0,0	0,006*
DIU	0	0,0	0	0,0	1	1,8	0,489*
Tabelinha	0	0,0	2	2,1	1	1,8	1,000*
Coito interrompido	6	17,6	12	12,6	4	7,0	0,300*
Pílula do dia seguinte	11	32,4	35	36,8	19	33,3	0,854
Anel vaginal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	—
Adesivo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	—
Implante	0	0,0	0	0,0	0	0,0	—

Base de dados: 186 adolescentes gestantes do estudo.

Nota: p → Probabilidade de significância do teste *Qui-quadrado de Pearson*

p* → Probabilidade de significância do teste *Exato de Fisher*

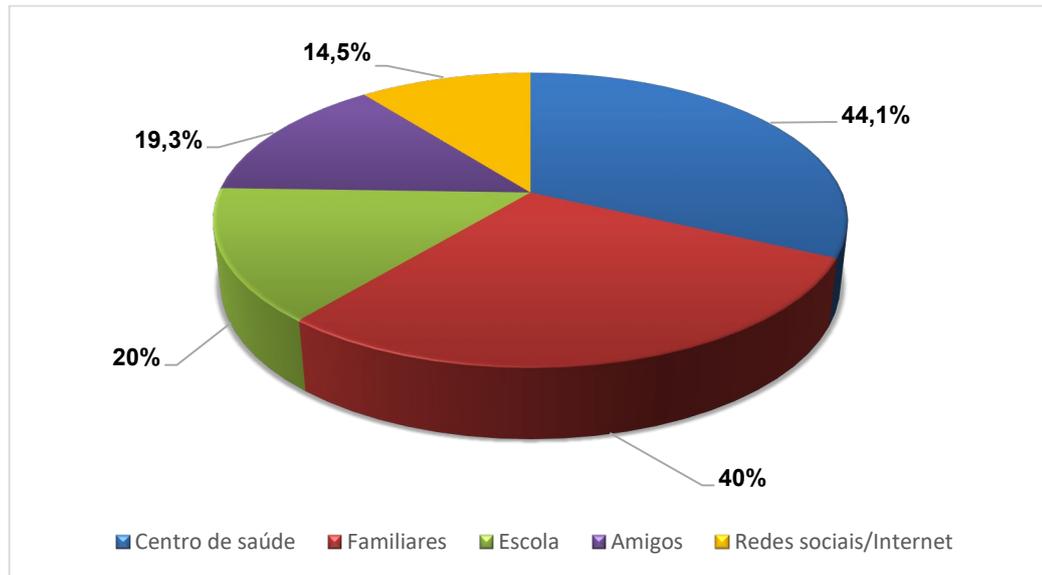
(*) → A variável permite mais de uma resposta, portanto, os percentuais podem somar mais de 100% no geral, pois, cada categoria de resposta se transforma, de certa forma, numa questão do tipo SIM ou NÃO.

DIU: Dispositivo intrauterino

Fonte: Dados da pesquisa.

4.3.3 Fonte de informações

Para a utilização dos métodos contraceptivos, a maioria das adolescentes (78%) procurou algum tipo de informação, sendo os dois mais procurados por elas, em proporções próximas, o centro de saúde com 44,1% e familiares com 40%. A busca de informações pela *internet* e redes sociais ficou em último lugar, com 14,5% das citações, segundo mostra o Gráfico 3.

Gráfico 3 - Fonte de informações sobre os métodos contraceptivos utilizados*

Base de dados: 145 adolescentes gestantes do estudo que procuraram informações.

(*) Permitiu mais de uma resposta

Fonte: Dados da pesquisa.

As adolescentes de 15 a 17 anos buscaram informações sobre o uso dos métodos contraceptivos nos centros de saúde em proporção maior do que as adolescentes com idade de 11 a 14 anos (13,2%). Além disso, a proporção de adolescentes de 15 a 17 anos (18,2%) que procurou informações sobre uso dos métodos contraceptivos foi significativamente menor do que dentre as adolescentes com idade de 11 a 14 anos (36,8%). Nenhuma outra diferença estatisticamente significativa ($p \geq 0,05$) quanto ao meio ou ao local onde procurou informações para usar os métodos contraceptivos foi encontrada entre as adolescentes com idades de 11 a 14 anos e aquelas com idades variando de 15 a 17 anos (Tabela 18).

Tabela 18 - Análise de associação entre a faixa etária das adolescentes e as questões “Onde procurou informações sobre contraceptivos?”

Variáveis do estudo	Faixa etária				p
	11 a 14 anos		15 a 17 anos		
	n	%	n	%	
Onde procurou informações p/ usar os métodos contraceptivos? (*)					
Não procurou	14	36,8	27	18,2	0,014
Centro de saúde	5	13,2	59	39,9	0,002
Amigos	5	13,2	23	15,5	0,714
Familiares	11	28,9	47	31,8	0,739
Escola	7	18,4	22	14,9	0,590
Redes sociais / internet	3	7,9	18	12,2	0,575*

Base de dados: 145 adolescentes gestantes do estudo que buscaram informação.

Nota: p → Probabilidade de significância do teste *Qui-quadrado de Pearson*

p* → Probabilidade de significância do teste *Exato de Fisher*

(*) → A variável permite mais de uma resposta, portanto, os percentuais podem somar mais de 100% no geral, pois, cada categoria de resposta se transforma, de certa forma, numa questão do tipo SIM ou NÃO.

Fonte: Dados da pesquisa.

4.3.3.1 Conhecimento e fonte de informações

Uma análise de regressão logística multivariada foi aplicada inicialmente, para identificar adolescentes com maior conhecimento de métodos contraceptivos de acordo com os meios e/ou locais onde procuraram informações para o seu conhecimento. O objetivo desta análise foi identificar, se qual ou quais os locais, onde elas procuraram informações, contribuíram para um maior conhecimento dos métodos contraceptivos. Na Tabela 19 identificamos que informações buscadas pelo centro de saúde, familiares e amigos foram as fontes que mais apresentaram significância estatística, com valores de $p = 0,001$, $0,004$ e $0,007$ respectivamente. A escola e as redes sociais / *internet* não influenciaram significativamente ($p \geq 0,05$) as adolescentes a terem um conhecimento maior sobre métodos contraceptivos (no caso, > 3 métodos).

Tabela 19 - Análise de regressão logística para identificar fatores associados ao maior conhecimento de métodos contraceptivos– modelo inicial

Variável	β	Qui-quadrado (Wald)	p	O.R.	I.C. ^{95%} p/O.R.
Constante	0,068	0,056	0,813	—	—
Centro de saúde	1,642	11,372	0,001	5,2	(2,0; 13,4)
Amigos	2,834	7,176	0,007	17,0	(2,1; 135,4)
Familiares	1,458	8,287	0,004	4,3	(1,6; 11,6)
Escola	0,723	1,317	0,251	2,1	(0,6; 7,1)
Redes sociais / internet	1,796	2,768	0,096	6,0	(0,7; 50,0)

Base de dados: 186 adolescentes gestantes do estudo (> 3 métodos → 148 casos e ≤ 3 métodos → 38 casos)

Nota: Pseudo R² (Cox & Snell) = 16,2% Pseudo R² (Nagelkerke) = 25,5%

p → Probabilidade de significância do teste de Wald da Regressão Logística

β → Coeficiente de regressão O.R. → Odds Ratio (Razão das Chances)

IC_{95%} p/ O.R. → Intervalo de 95% para a O.R.

Variáveis do modelo

Variável Desfecho: Quantos métodos contraceptivos você conhece?

→ 1. “> 3 métodos” e 0. “≤ 3 métodos”

Variáveis independentes: “Onde procurou informações sobre contraceptivo?”

Centro de Saúde → 1. Sim e 0. Não

Amigos → 1. Sim e 0. Não

Familiares → 1. Sim e 0. Não

Escola → 1. Sim e 0. Não

Redes sociais / internet → 1. Sim e 0. Não

Fonte: Dados da pesquisa.

Ainda com a aplicação da análise multivariada, foram retiradas as variáveis que tiveram valores de $p \geq 0,05$ não significativos e realizado um teste de *Verossimilhança* para confirmar se essas retiradas, realmente, não interferem ou influenciam significativamente no variável desfecho de interesse. Em um outro modelo final da regressão logística, apresentado na Tabela 20, mostra que a probabilidade de uma adolescente conhecer mais de três métodos contraceptivos é maior quando as adolescentes buscam informações em centro de saúde, com amigos e com familiares (valores de $\beta > 0$), ao substituir esses parâmetros significativos na equação gerado pelo modelo logístico. Com base nos valores de β e da *Razão das Chances* (O.R.), bem como, de toda as variáveis terem a mesma unidade de medida (0 ou 1) pode-se afirmar que os amigos são a fonte de maior importância para se obter uma maior quantidade de informações sobre os métodos contraceptivos, seguido pelos familiares e centros de saúde. Considerando-se os valores da *Razão das Chances* (O.R.), em relação à variável “amigos”, por exemplo, pode-se afirmar que a adolescente que buscou informação sobre contraceptivo com amigos tem 15,4 vezes (O.R. = 15,4) mais chance de conhecer uma maior quantidade de métodos contraceptivos do que

uma outra adolescente que não tenha buscado informação sobre contraceptivo com os amigos, podendo essa chance variar de 2,0; 120,6 vezes ($2,0 \leq O.R. \leq 120,6$) quando controlada as duas variáveis independentes significativas mostradas na tabela do modelo final.

Tabela 20 - Análise de regressão logística para identificar fatores associados ao maior conhecimento de métodos contraceptivos – modelo final – Variável

Variável	β	Qui-quadrado (Wald)	p	O.R.	I.C. _{95%} p/ O.R.
Constante	0,335	1,660	0,198	—	—
Centro de saúde	1,434	9,210	0,002	4,2	(1,7; 10,6)
Amigos	2,733	6,771	0,009	15,4	(2,0; 120,6)
Familiares	1,515	9,274	0,002	4,6	(1,7; 12,1)

Base de dados: 186 adolescentes gestantes do estudo (> 3 métodos → 148 casos e ≤ 3 métodos → 38 casos)

Nota: Pseudo R² (Cox & Snell) = 13,4% Pseudo R² (Nagelkerke) = 21,1

p → Probabilidade de significância do teste de Wald da Regressão Logística

β → Coeficiente de regressão O.R. → Odds Ratio (Razão das Chances)

IC_{95%} p/ O.R. → Intervalo de 95% para a O.R.

Variáveis do modelo

Variável Desfecho: Quantos métodos contraceptivos você conhece?

→ 1. "> 3 métodos" e 0. "≤ 3 métodos"

Variáveis independentes: "Onde procurou informações sobre contraceptivo?"

Centro de Saúde → 1. Sim e 0. Não Amigos → 1. Sim e 0. Não

Familiares → 1. Sim e 0. Não Escola → 1. Sim e 0. Não

Redes sociais / internet → 1. Sim e 0. Não

Fonte: Dados da pesquisa.

4.3.3.2 O uso e fonte de informações

Da mesma forma realizada para avaliação do conhecimento, uma outra análise de regressão logística multivariada foi aplicada inicialmente, para identificar adolescentes com maior utilização de métodos contraceptivos de acordo com os meios e/ou locais onde procuraram informações para utilizá-los. O objetivo desta análise foi identificar, se qual ou quais os locais, onde elas procuraram informações para utilizar algum método, contribuíram para uma maior utilização deles. Na tabela 21 identificamos que informações buscadas pelo centro de saúde e familiares foram as fontes que mais apresentaram significância estatística, com valores de p = 0,001, 0,004 respectivamente. Neste caso os amigos, a escola e as redes sociais / internet não influenciaram significativamente ($p \geq 0,05$) às adolescentes a utilizarem número maior de métodos contraceptivos (no caso, > dois métodos).

Tabela 21 - Análise de regressão logística para identificar fatores associados ao maior uso de métodos contraceptivos – modelo inicial

Variável	β	Qui-quadrado (Wald)	p	O.R.	I.C. _{95%} p/ O.R.
Constante	-1,944	32,347	< 0,001	—	—
Centro de saúde	1,542	16,638	< 0,001	4,7	(2,2; 9,8)
Amigos	-0,182	0,100	0,752	0,8	(0,3; 2,6)
Familiares	1,114	8,279	0,004	3,0	(1,4; 6,5)
Escola	-0,107	0,040	0,842	0,9	(0,3; 2,6)
Redes sociais/internet	0,369	0,416	0,519	1,4	(0,5; 4,4)

Base de dados: 186 adolescentes gestantes do estudo (> 2 métodos → 148 casos e ≤ 2 métodos → 38 casos)

Nota: Pseudo R² (Cox & Snell) = 13,1% Pseudo R² (Nagelkerke) = 18,8%

p → Probabilidade de significância do teste de Wald da Regressão Logística

β → Coeficiente de regressão O.R. → Odds Ratio (Razão das Chances)

IC_{95%} p/ O.R. → Intervalo de 95% para a O.R.

Variáveis do modelo

Variável desfecho: Quantos métodos contraceptivos você usou?

→ 1. “> 2 métodos” e 0. “≤ 2 métodos”

Variáveis independentes: “Onde procurou informações sobre contraceptivo?”

Centro de Saúde → 1. Sim e 0. Não

Amigos → 1. Sim e 0. Não

Familiares → 1. Sim e 0. Não

Escola → 1. Sim e 0. Não

Redes sociais / internet → 1. Sim e 0. Não

Fonte: Dados da pesquisa.

Da mesma forma que aplicada no conhecimento de métodos, com a mesma análise multivariada, foram retiradas as variáveis que tiveram valores de $p \geq 0,05$ não significativos e realizado um teste de *Verossimilhança* para confirmar se essas retiradas, realmente, não interferem ou influenciam significativamente no variável desfecho de interesse. Em um outro modelo final da regressão logística, apresentado na Tabela 22, mostra que a probabilidade de uma adolescente usar mais de dois métodos contraceptivos é maior quando as adolescentes buscam informações em centro de saúde e com familiares (valores de $\beta > 0$), ao substituir esses parâmetros significativos na equação gerado pelo modelo logístico. Com base nos valores de β e da *Razão das Chances* (O.R.), bem como, de toda as variáveis terem a mesma unidade de medida (0 ou 1) pode-se afirmar que o centro de saúde é a fonte de maior importância para a utilização dos métodos contraceptivos, seguido pelos familiares. Considerando-se os valores da *Razão das Chances* (O.R.), em relação à variável “centro de saúde”, pode-se afirmar que a adolescente que buscou informação sobre contraceptivo neste local tem 4,7 vezes (O.R. = 4,7) mais chance de usar dois ou mais métodos, do que uma outra que não usou este mesmo recurso, podendo esta chance variar de 2,3 a 9,6 vezes ($2,3 \leq O.R. \leq 9,6$).

Tabela 22 - Análise de regressão logística para identificar fatores associados o maior uso de métodos contraceptivos – modelo final

Variável	β	Qui-quadrado (Wald)	p	O.R.	I.C. _{95%} p/ O.R.
Constante	-1,959	41,157	< 0,001	—	—
Centro de saúde	1,546	17,807	< 0,001	4,7	(2,3; 9,6)
Familiares	1,169	9,689	0,002	3,2	(1,5; 6,7)

Base de dados: 186 adolescentes gestantes do estudo (> 2 métodos → 148 casos e ≤ 2 métodos → 38 casos)

Nota: Pseudo R² (Cox & Snell) = 12,9% Pseudo R² (Nagelkerke) = 18,5%

p → Probabilidade de significância do teste de Wald da Regressão Logística

β → Coeficiente de regressão O.R. → Odds Ratio (Razão das Chances)

IC_{95%} p/ O.R. → Intervalo de 95% para a O.R.

Variáveis do modelo

Variável Desfecho: Quantos métodos contraceptivos você usou?

→ 1. “> 2 métodos” e 0. “≤ 2 métodos”

Variáveis independentes: “Onde procurou informações sobre contraceptivo?”

Centro de Saúde → 1. Sim e 0. Não

Amigos → 1. Sim e 0. Não

Familiares → 1. Sim e 0. Não

Escola → 1. Sim e 0. Não

Redes sociais / internet → 1. Sim e 0. Não

Fonte: Dados da pesquisa.

4.3.4 Dificuldade encontrada na utilização dos métodos

Na pesquisa sobre as dificuldades encontradas na utilização dos métodos, nem todos os contraceptivos foram explorados e alguns foram intencionalmente menos explorados do que outros, de acordo com a sua relevância para as características do grupo estudado. Por se tratar de mulheres adolescentes de classe baixa, métodos como ligadura de trompas, adesivo transdérmico, implante subdérmico, diafragma, não foram individualizados ou pela exigência da idade ou por não estarem disponíveis no sistema público de saúde pelo alto custo. Das entrevistadas, 33,9% revelaram alguma dificuldade ao utilizar os métodos escolhidos e 66,1% não sentiram dificuldades na utilização.

Quando questionado sobre as dificuldades dos métodos escolhidos individualmente, 57,44% responderam que não quiseram usar. O gráfico 4 sintetiza as dificuldades encontradas retirando a questão “não quis usar”, sendo o “pensamento imaginário” significando que ela não imaginava que a gravidez poderia acontecer e a “emoção superando a razão” quando a adolescente define que, mesmo que no momento do ato sexual não tivesse recursos para evitar a gravidez, ela teve a relação assim mesmo. O que mais destaca nas dificuldades no uso do preservativo foi a emoção superou a razão com 17,2%, seguido de falha do método com 10,2% e em

5,4% o parceiro se recusou a usar. Em relação ao contraceptivo oral, o fato de não saber usar adequadamente (25%), a falha do método (5,9%) e o pensamento imaginário (6,5%), foram os três mais citados, justificando a dificuldade que a adolescente tem de manter a disciplina da tomada diária. A informação inadequada que a adolescente primigesta não pode usar o dispositivo intrauterino, provavelmente fez com que o desconhecimento do método em 33,9% e não saber como se usa em 12,9% prevalecesse nas citações entre elas. Sobre o contraceptivo injetável a maioria das adolescentes 14% não sabiam como usar, apesar de ser um método muito prático, elas dependem da viabilização do uso através da sua aplicação por um profissional de saúde. Sobre a pílula do dia seguinte, 19,9% desconheciam o método, as que conheciam não sabiam usar (8,1%) ou não usaram por acharem que não iriam engravidar através do “pensamento mágico” (7,5%) (Tabela 23).

Tabela 23 - Dificuldade encontrada pelas adolescentes em relação aos métodos explorados pelo o estudo, excluindo “não quis usar”

	Preservativo masculino (%)	Contraceptivo hormonal oral (%)	DIU (%)	Contraceptivo hormonal injetável (%)	Pílula do dia seguinte (%)
Emoção superou a razão	17,2	2,7	1,6	1,6	2,7
Falha do método	10,2	5,9	0	2,7	4,8
Pensamento imaginário	7,5	6,5	2,7	7,5	7,5
Parceiro se recusou a usar	5,4	0	0	0	0
Não teve dinheiro	2,7	1,6	0	1,1	2,2
Não sabia usar	2,7	25,8	12,9	14	8,1
Desconhecia o método	1,1	3,2	33,9	11,3	19,9
Não tinha no Centro de Saúde	0,5	1,1	0,5	2,2	0,5
Medo de descobrirem	0	4,3	1,6	3,8	1,1

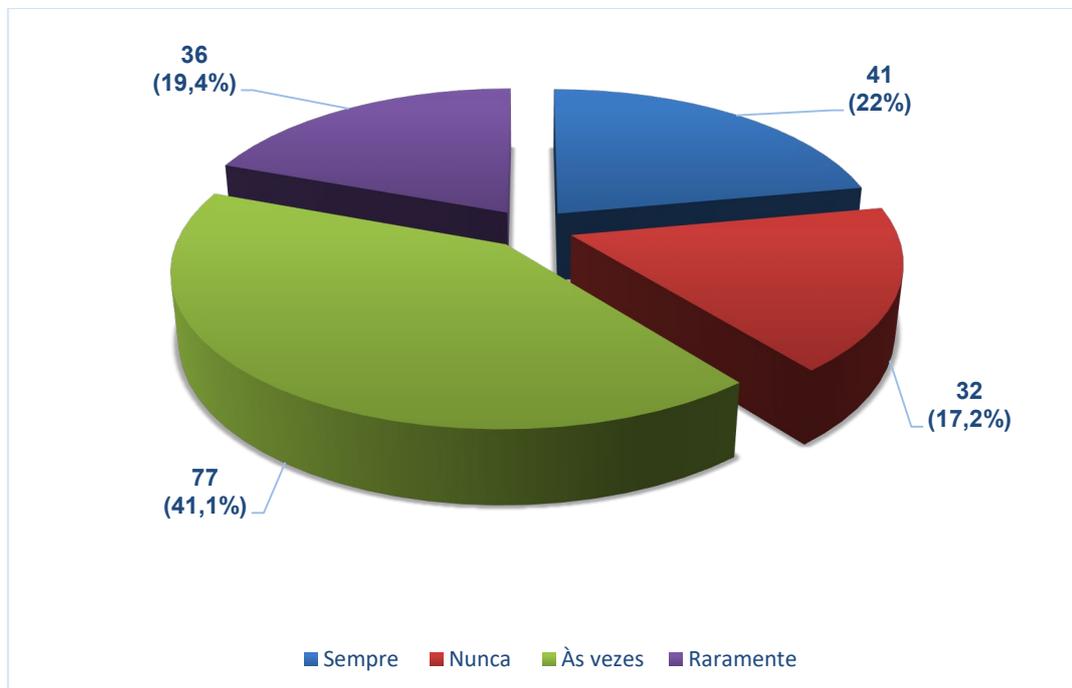
Base de dados: 186 adolescentes gestantes do estudo.

Fonte: Dados da pesquisa.

4.3.5 Consistência do uso do método escolhido

O Gráfico 4 mostra a consistência do uso do método escolhido antes da gestação. A maioria das adolescentes (41,4%) referiu o uso não consistente dos métodos citados referindo usar “às vezes” e 22% relataram usar sempre, mesmo que de forma incorreta, enquanto 17,2% nunca haviam utilizado nenhuma forma de contracepção.

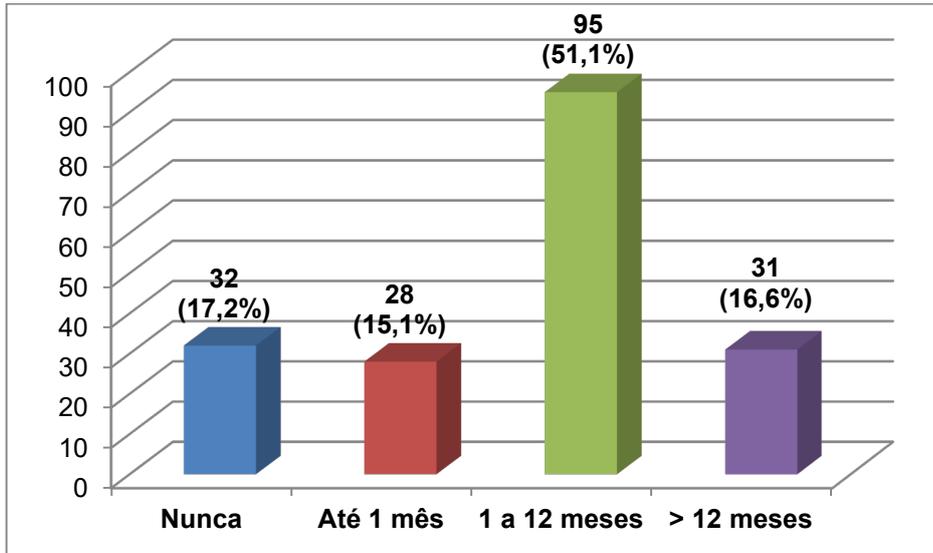
Gráfico 4 - Consistência do uso dos métodos contraceptivos escolhidos antes da gestação atual



Base de dados: 186 adolescentes gestantes do estudo

Fonte: Dados da pesquisa.

Sobre o tempo de uso, 15,1% revelaram que usaram os métodos por até um mês, 51,1% até 12 meses e 16,6% por mais que 12 meses, mostrando uma queda de 34,5% após um ano de uso como mostra o Gráfico 5.

Gráfico 5 - Consistência do uso do método contraceptivo em relação ao tempo

Base de dados: 186 adolescentes gestantes do estudo.
Fonte: Dados da pesquisa.

5 DISCUSSÃO

Este estudo, de prevalência tipo corte transversal, analisou o perfil de 186 gestantes adolescentes de 11 a 17 anos entrevistadas no Hospital Júlia Kubitschek (HJK), em ambulatório especializado em atendimento de meninas desta faixa etária, enfatizando o perfil sexual, o conhecimento sobre os contraceptivos, a sua utilização prévia e a fonte de informações por estas meninas.

Este ambulatório especializado, que teve a sua origem em janeiro de 2000 neste hospital, é composto de cuidados de pré-natal exclusivo para adolescentes até 17 anos, assim como assistência de psicoterapia, nutrição e planejamento familiar no puerpério. As adolescentes que são admitidas são encaminhadas das unidades de saúde de referência da região ou por procura direta espontânea. De acordo com o banco de dados do (HJK), este hospital é responsável por cerca de 70% dos partos ocorridos na população do SUS, da região do Barreiro, sendo 7% de adolescentes até 17 anos (Dados do serviço de estatística do HJK). Ele está localizado no Barreiro, que é uma macrorregião do município de Belo Horizonte e que em 2019, tinha uma população média de adolescentes entre 10 e 19 de 20.844 (Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - SMSA-BH). Neste ano de 2019, foi registrada uma média de 423 gestações em adolescentes no serviço público através do registro no SIS pré-natal na SMSA-BH, compreendendo um total de 2,03% de adolescentes gestantes da região.

A maioria das nossas gestantes adolescentes era solteira, primigesta, de baixo nível socioeconômico, de etnia parda e negra, características sabidamente predominantes das adolescentes gestantes no Brasil (BRITO *et al.*, 2018; FAISAL-CURY *et al.*, 2017; MARTINS *et al.*, 2006). 84,9% das adolescentes referiram ter cursado ou estar cursando o ensino fundamental, apesar dos altos níveis de repetência escolar (69,4%). Admite-se que as jovens residentes em centros urbanos mais desenvolvidos tenham maior acesso à escola, a serviços de saúde de melhor qualidade e às informações provenientes da mídia, situação que favorecia melhor e maior conhecimento sobre saúde reprodutiva (BELO; SILVA, 2004). O abandono escolar ocorreu em 71 pacientes (38,2%) e destas, 46 (64,7%) adolescentes apresentaram a gestação como o principal motivo de abandono e 18 (25%) relataram perda do interesse pelo estudo. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística (IBGE), o grau de escolaridade das mães que tiveram filho na adolescência é menor do que as que não tiveram filho. Em alguns casos, o abandono dos estudos não se dá pela rejeição da escola à situação da gravidez, mas sim, por sentimentos ambivalentes das jovens, de vergonha, como para negar que exercem a sua sexualidade, ou de satisfação pela gravidez. Isso gera consequências futuras, não só para a adolescente, mas também para a criança, que pode se encontrar estagnada naquela situação, sem pretensão de melhora de vida, e às vezes, sem condição para que isso ocorra, pois, com o passar dos anos, se encontram mais desestimuladas para retomarem aos estudos (BRASIL, s.d.; CONCEIÇÃO *et al.*, 2020). Assim, com a baixa escolaridade, ficam restritas ao acesso às informações sobre a saúde sexual e reprodutiva, que são geralmente obtidas no ensino fundamental na maioria das escolas públicas e particulares, como a prevenção da gravidez e de infecções sexualmente transmissíveis.

Mesmo sendo a grande maioria de 84,4% de gestações não planejadas, o nosso estudo ainda encontrou 15,6% das meninas que declararam que a gestação vigente teria sido planejada. Estes achados podem estar associados às expectativas de vida futura, pois em meninas com poucas perspectivas a gestação pode ser considerada como uma prioridade de vida, como forma de amor com a sua valorização pelos parceiros e, até mesmo, uma conquista de maior autonomia dentro do cenário familiar. Os reais motivos deste planejamento, no nosso presente estudo, não foram questionados. Um estudo de corte prospectivo realizado na cidade de São Paulo de maio de 2005 a março de 2007, que incluiu 168 gestantes adolescentes, confirma estes dados mostrando que níveis baixos educacionais estavam relacionados com a gestação planejada (FAISAL-CURY *et al.*, 2017).

Uma percepção sobre alguns dos fatores que contribuem para as altas taxas de gravidez precoce na adolescência, também foi observada por esta pesquisa. Fatores como a iniciação da atividade sexual precoce associados à imaturidade psicoemocional em que a falta de reflexão e consciência crítica ao conhecimento inadequado dos contraceptivos, associada à baixa utilização dos mesmos, relacionam-se a esta realidade e contribuem para que os números de gestação na adolescência ainda estejam insatisfatórios. As adolescentes em nossa amostra revelaram que uma grande proporção teve a média da menarca de $12,0 \pm 1,3$ anos e primeira relação sexual antes dos 15 anos, com uma média de $13,8 \pm 1,2$ anos, sendo

as principais motivações a vontade própria e a curiosidade. Quando comparamos os grupos de meninas de 15 a 17 anos com as mais novas de 11 a 14 anos, verificamos que não houve diferença significativa entre eles, em relação às principais motivações, mostrando a homogeneidade da nossa amostra na questão do início da sexualidade na adolescência. Comparado com um estudo similar realizado em Campinas em 2004, a média da idade para primeira relação sexual, era de 14,5 anos, sendo que a principal motivação, coincidente com os nossos resultados, o próprio desejo da paciente (BELO; SILVA, 2004). Um outro estudo similar com gestantes adolescentes realizado na Bahia, mostrou uma média de iniciação sexual idêntica a nossa de $13,8 \pm 1,2$ anos (BRITO *et al.*, 2018). Estes estudos reforçam que no Brasil as meninas têm iniciado a sua vida sexual cada vez mais precoce, antes dos 15 anos. Leite *et al.* (2004) também descreveram que adolescentes com ensino escolar de bom nível, pode retardar a idade da iniciação sexual e favorecer o uso de métodos anticoncepcionais na primeira relação. O conhecimento sobre a média populacional da primeira relação sexual é importante para definir os principais grupos etários em que devem se focar as estratégias de prevenção. Considerando-se o número de parceiros sexuais durante a vida, ainda em relação à iniciação sexual, alguns estudos realizados no Brasil mostram, assim como o nosso estudo, que 50% das meninas tinham um único parceiro e que 1,7% tinha até oito parceiros, reforçando que quanto maior o número de parceiros, maiores as chances de IST. Encontramos que 5,9% referiram algum tipo de IST e dessas houve um predomínio da sífilis (ROCHA *et al.*, 2015).

Uma atenção deve ser direcionada à gravidez recorrente neste público adolescente, cuja prevalência é alarmante no Brasil. Apesar desta alta prevalência, o nosso estudo não mostrou uma taxa relevante de reincidência, no qual somente 8,1% delas, eram sua segunda gestação e nenhuma tinha engravidado mais que duas vezes. Um levantamento bibliográfico integrado de artigos publicados em periódicos científicos entre os anos 2008 e 2012, revelou que a taxa de gravidez recorrente variou de 29,1%, em pesquisas brasileiras, para 15,9% em países norte-americanos, e que 86,9% estavam com escolaridade inadequada para a idade. Neste levantamento bibliográfico, verificou-se que as gestações sucessivas na adolescência parecem decorrer de inúmeros fatores que podem fazer parte do contexto próprio de vida como baixas condições socioeconômicas, início precoce da atividade sexual, baixa adesão

aos métodos contraceptivos, união estável ou casamento precoce e abandono dos estudos (ALMEIDA *et al.*, 2016).

Um achado que nos chamou a atenção foi que, 61,5% das adolescentes entrevistadas, eram filhas de mães que também tiveram filhos na adolescência e a média de idade que elas engravidaram, foi quase idêntica à idade das adolescentes do presente estudo. Como já foi citado, para algumas, uma gravidez nesta fase pode ser vista como um reforço da inclusão social refletindo a conformidade materna e como um meio de escapar da pobreza. Assim sendo, meninas com amigos, irmãos e filhas de mães adolescentes têm maior probabilidade de engravidar jovem (BITZER *et al.*, 2016; WALL-WILER *et al.*, 2018).

Apesar do conhecimento a respeito dos métodos contraceptivos ser elemento necessário para o uso adequado e consistente, a literatura mostra que não existe associação relevante entre os níveis de conhecimento e taxas de utilização dos métodos contraceptivos (BITZER *et al.*, 2016; BOSTICK *et al.*, 2020; FAISAL-CURY *et al.*, 2017; PEREIRA; TAQUETTE, 2015; TODD; BLACK, 2020). Os nossos achados mostraram que a maioria das adolescentes entrevistadas conhecia os anticoncepcionais orais e o preservativo masculino, e que o mais utilizado por elas era o preservativo masculino. Este predomínio de conhecimento já era esperado, pois estes achados apoiam ou são similares a estudos prévios e à literatura com o mesmo tema (AKINSOJI *et al.*, 2015; SOKKARY *et al.*, 2013). A alta prevalência do conhecimento do preservativo masculino e da pílula oral em nosso ambiente é provavelmente devido à disponibilidade facilitada pela distribuição em serviços públicos de saúde, pela venda facilitada sem a necessidade de receita e pelos seus preços mais acessíveis. Mesmo assim, a maioria das entrevistadas não eram usuárias consistentes deles. Estes resultados também são similares a países desenvolvidos que mostram, através de um estudo multicêntrico realizado na América do Norte e Canadá com 354 participantes de 10 a 24 anos, que mais que 90% das entrevistadas tinham conhecimento sobre estes dois métodos, mas que 84,2% não sabiam como obtê-los (SOKKARY *et al.*, 2013). Alguns estudos realizados no Brasil também confirmaram que o preservativo masculino era o método contraceptivo mais utilizado nesta faixa etária, apresentando percentual de 80,7% no Rio de Janeiro, 49,7% no Ceará e aproximadamente 40% em São Paulo. O segundo método mais escolhido, ainda nestes estudos, foi o anticoncepcional oral associado ao preservativo

masculino, em São Paulo, Ceará e Rio de Janeiro. Em contrapartida, no Paraná a pílula oral foi o método anticoncepcional utilizado mais citado (50,3%), seguido do preservativo masculino (28,1%) (ROCHA *et al.*, 2015). O fato de observamos que o método de barreira é muitas vezes citado em combinação com outros, principalmente o contraceptivo oral, poderia significar uma maior conscientização por parte dos jovens em relação à dupla proteção, prevenindo tanto a gravidez, quanto as IST.

No conhecimento geral, apesar das participantes mostrarem uma familiaridade com muitos métodos contraceptivos, apresentaram uma inconsistência e baixa na utilização destes. Observamos que, apesar do conhecimento, os principais motivos para o uso inconsistente ou inadequado dos métodos contraceptivos, era muito característico da adolescência, como a negação em utilizar métodos contraceptivos pela emoção do momento, o pensamento imaginário achando que a gestação nunca iria ocorrer com elas e a falha de métodos que estavam utilizando. Na nossa amostra, 98,9% tinham conhecimento de pelo menos um método contraceptivo, e destas, 81,8% conheciam mais que três métodos, principalmente nas adolescentes de 15 a 17 anos. O terceiro método mais citado como o mais conhecido foi o contraceptivo hormonal injetável combinado mensal (81,7%), muito provavelmente pela sua maior disponibilidade no sistema público de saúde na nossa região. Mesmo assim, as meninas de 15 a 17 anos apresentaram um conhecimento deste contraceptivo injetável muito maior que as mais novas, com menos que 14 anos, provavelmente pelo maior acesso aos atendimentos ginecológicos nos centros de saúde. Curiosamente quando analisamos o conhecimento dos métodos e a idade da primeira relação sexual, as adolescentes que tinham mais que 15 anos nesta ocasião, tinham um conhecimento muito maior do que as mais novas, em relação aos dispositivos intrauterinos, que é um LARC, reconhecido como seguro e eficaz. Em relação à menarca, as adolescentes que menstruaram mais cedo tinham um conhecimento significativamente maior que as meninas que menstruaram mais tarde, principalmente em relação ao preservativo masculino, coito interrompido, anel vaginal e ao implante subdérmico, apresentando uma diferença significativa entre os grupos. Na análise múltipla realizada em relação à idade, esse percentual de conhecimento maior nas meninas maiores que 15 anos, de certo modo já era esperado, considerando que elas têm provavelmente melhor capacidade dedutiva, maturidade e nível de escolaridade, como demonstrado por outros estudiosos (BELO; SILVA, 2004).

Estudos similares destacaram que, a familiaridade com os métodos contraceptivos não significou um conhecimento apropriado sobre o seu uso, e assim como o nosso estudo, não foi explorado o conhecimento detalhado entre eles (AKINSOJI *et al.*, 2015; ARAÚJO; NERY, 2018; APTER, 2018; BELO; SILVA, 2004; FAISAL-CURY *et al.*, 2017; SOKKARY *et al.*, 2013; PEREIRA; TAQUETTE, 2015).

O conhecimento muito limitado de métodos mais modernos como anel vaginal, implante subdérmico e o adesivo transdérmico, talvez seja devido ao alto custo dos mesmos, pelo baixo acesso pelo público de baixa renda do nosso estudo e pela divulgação restrita pelos profissionais de saúde. Nossos resultados ainda demonstraram um baixo conhecimento e utilização de métodos reversíveis de longa ação (LARC), o que seria preocupante e talvez a causa da maioria destas gravidezes não planejadas. Em duas pesquisas que avaliaram profissionais, foram observados equívocos comuns em não identificar o DIU ou o Implante como opções contraceptivas para adolescentes (TRUEHART; WHITAKER, 2015; LUBIANCA, 2016). Pesquisas que investigam os LARC na população adolescente, demonstraram que cerca de 40% das adolescentes tinham ouvido falar sobre os dispositivos intrauterinos e que as principais barreiras para o uso de LARC nesta população, eram a falta de familiaridade e conceitos errados sobre os efeitos indesejáveis. As preocupações e dúvidas sobre a eficácia, foram os principais motivos sobre o uso de métodos mais modernos como o adesivo e o anel vaginal (SOKKARY *et al.*, 2013). O projeto CHOICE revelou que os métodos contraceptivos de longa duração como os dispositivos intrauterinos e os implantes subdérmicos, são métodos bem aceitos entre as adolescentes (BIRGISSON *et al.*, 2015). Um estudo norte-americano realizado na cidade de Houston, analisou a tendência de escolha dos contraceptivos por adolescentes e revelou que a tendência pela escolha dos LARC aumentou de 1% para 8% nos últimos dez anos, fato este atribuído pela facilitação ao acesso nos últimos anos neste país (PATEL *et al.*, 2019). Em 2019 um estudo publicado na América do Norte mostrou que as taxas de natalidade na adolescência estavam em uma baixa histórica desde 2007, graças a um aumento na adoção dos LARC pelas adolescentes (KORTSMIT *et al.*, 2019). Intervenções educativas voltadas para o público adolescente, focadas no esclarecimento de ideias errôneas e mitos, são capazes de transformar preconceitos e direcionar um melhor entendimento sobre a saúde sexual. Além disso, foi mostrado que o ganho de uma maior autonomia de escolha de métodos

altamente seguros e eficazes, capacidade de fácil obtenção e o entendimento de uso correto deste, favorece uma maior adesão por esse público (PRAXEDES; QUEIRÓZ, 2018).

Em relação ao uso dos contraceptivos, o nosso estudo mostrou que 87,6% já havia utilizado algum tipo de método contraceptivo e 12,4% nunca haviam utilizado antes de se tornarem grávidas, dados muito semelhantes a estudos transversais que abordaram gestantes adolescentes (BITZER *et al.*, 2016; WHITE *et al.*, 2018). O preservativo masculino foi o primeiro mais citado, pelas mesmas razões mencionadas anteriormente, seguido da pílula anticoncepcional oral e a pílula do dia seguinte. Este resultado difere de duas pesquisas realizadas em países desenvolvidos, que mostraram que o contraceptivo oral era mais utilizado entre as adolescentes (DENIS *et al.*, 2015; MARTINS *et al.*, 2006). Nossos resultados mostraram também que, as meninas com idade maior que 15 anos, relataram utilizar métodos como contraceptivos orais, injetáveis mensais e preservativos masculinos, em números muito maiores que as mais jovens que 14 anos, resultados semelhantes a outros estudos que mostraram que a idade da primeira relação sexual influencia a probabilidade no uso de anticoncepcionais (BITZER *et al.*, 2016). Este achado em nossa pesquisa não nos surpreende, pois, com o aumento da idade há maior amadurecimento psicoemocional, mais informações e mais autonomia, como já falado anteriormente e demonstrado por outros estudiosos (BITZER *et al.*, 2016; BELO; SILVA, 2004). Os resultados da associação entre filhas de mães que também tiveram filhos na adolescência, mostraram que as filhas de mães adolescentes utilizaram mais métodos do que as outras, principalmente em relação ao uso de contracepção injetável. Este fato ocorreu, muito provavelmente, pela maior experiência materna precoce na utilização dos contraceptivos e ao acesso aos serviços de saúde. Entre as meninas que continuavam a estudar, comparado com as que tinham abandonado a escola, o contraceptivo hormonal oral e o preservativo masculino eram bem mais utilizados no grupo que ainda continuava a estudar. Durante a entrevista, também pudemos verificar que com relação à pílula de emergência, por ser conhecida no Brasil por pílula do dia seguinte, a maioria das adolescentes definiam que o seu uso era apenas no dia seguinte ao ato sexual desprotegido e não o mais rápido possível. Além disso, elas estavam utilizando várias vezes por mês, aumentando a falha do método. Esta investigação também foi observada em estudo transversal realizado na Bélgica

em 2014, envolvendo uma rede social conhecida, que mostrou que 42,6% das adolescentes entrevistadas não sabiam que tinham que usar a pílula de emergência no mesmo dia do ato sexual não protegido e que usavam a pílula do dia seguinte no lugar da pílula anticoncepcional (DENIS *et al.*, 2015).

Quanto à utilização de métodos mais modernos, como o anel vaginal, adesivo transdérmico, implante subdérmico, nenhuma adolescente referiu sua utilização e apenas uma adolescente relatou o uso do DIU no pós-parto do primeiro filho, que teve a sua remoção espontânea logo após a inserção. Hipoteticamente isso nos mostra que estas adolescentes não têm facilidade no acesso a estes métodos, muito provavelmente como já foi citado, pelo aspecto financeiro ou por limitação de conhecimento de alguns profissionais pelo uso de DIU em adolescentes nuligestas. Algumas pesquisas realizadas em países desenvolvidos, como a Bélgica, corroboram com os nossos resultados, mostrando também taxas muito baixas em que apenas 3,2% relataram ter utilizado o anel vaginal, 1,5% o DIU e 0,3% o adesivo transdérmico (DENIS *et al.*, 2015). Em outra revisão de dados da “The Global CARE (Contraception: Access, Resources, Education)” mostrou que na América Latina e Caribe, menos de 30% das adolescentes sexualmente ativas, usavam métodos mais modernos e que o amadurecimento psíquico e a autonomia, com o passar dos anos, levam a uma maior utilização destes métodos, o que também foi demonstrado em outras pesquisas (DENIS *et al.*, 2015; BITZER *et al.*, 2016; CRUZ *et al.*, 2018).

As taxas de imprecisão no uso de contraceptivos escolhidos pelas adolescentes e seu uso inconsistente, podem estar provavelmente relacionadas ao uso incorreto pelo aconselhamento informal, citados por muitas delas, como amigos e familiares. As taxas de falhas no uso, reveladas por elas, foram de 19,4%. A maioria das adolescentes não estava utilizando contraceptivos previamente e aquelas que já tinham utilizado algum método, utilizaram contraceptivos de curta ação, sendo que 29,6% faziam uso irregular por no máximo seis meses, com uma queda da utilização de 34,5% após um ano. O conceito de falha do método contraceptivo é determinado quando mulheres que engravidaram estavam utilizando algum deles, mas isso não significa necessariamente, que elas estavam fazendo o uso correto e consistente, sendo que os detalhes destes equívocos não foram captados pelas nossas análises. A inconsistência no uso, muito comum neste público, foi referida na maioria da nossa amostra, compatível com resultados próximos a um estudo na Nigéria com 306

participantes, em que apenas um terço citou uso consistente dos métodos contraceptivos e 14% nunca tinham usado nenhum, semelhante a nossa de 17,2% (AKINSOJI *et al.*, 2015). A consistência no uso de contraceptivos na adolescência é tema importante a ser discutido, várias são as razões para a descontinuidade tais como efeitos indesejáveis, dificuldade no acesso e o pensamento imaginário que a gravidez é algo longe de acontecer. Por isso a descontinuidade do uso de contraceptivos, em geral, é também particularmente evento frequente em adolescentes. Destacamos, portanto, a necessidade de uma abordagem mais incisiva em relação aos possíveis efeitos indesejáveis, para amenizar preocupações e evitar a interrupção dos anticoncepcionais. A escolha do tipo de método também influencia nesta descontinuidade, por exemplo, estudos mostram que métodos de curta ação são mais propícios para a interrupção do uso por serem facilmente descontinuados, o que está de acordo com nossos dados sobre as taxas de falhas (BELLIZZI *et al.*, 2020). Com base nestas informações, certamente a introdução dos contraceptivos reversíveis de longa ação, os LARC, que são altamente eficazes, os índices de erros e descontinuidade provavelmente seriam menores, contribuindo com a diminuição das taxas de gravidez indesejada na adolescência. De um modo geral, o projeto CHOICE demonstrou que uma mudança de métodos menos eficazes, para os mais eficazes com taxas menores de descontinuidade, fornece uma poderosa proteção contra gravidez indesejada na adolescência (BIRGISSON *et al.*, 2015).

Vários estudos tentam compreender, quais seriam as fontes de conhecimento que as adolescentes mais buscam em relação à sexualidade e ao uso de métodos contraceptivos. Este entendimento nos ajuda a melhorar a qualidade das informações formais que chegam a este público. As fontes de informações sobre sexualidade, antes da primeira relação sexual, mais citada pelas adolescentes deste estudo foram os pais e a escola. Estes resultados são similares ao estudo realizado na Bahia em 2014 que mostrou que os pais foram a principal fonte de informação sobre sexualidade, mas em contraste com o nosso estudo, a escola ficou em 6º lugar. Em pesquisa realizada na cidade de Bauru/SP com estudantes de uma escola da rede pública, a proporção de jovens que tinham os pais como principal fonte de informação foi ainda maior (82%) (CRUZ *et al.*, 2018). Um outro estudo qualitativo, realizado em uma ilha do pacífico com adolescentes gestantes, mostrou que embora falar de sexo com membros da família fosse visto como tabu na maioria das entrevistadas, a

comunicação dos pais sobre a saúde sexual e reprodutiva diminui a probabilidade de mulheres jovens engravidarem sem planejamento. O estudo detalha que apesar de ser um tópico de conversa considerado “incômodo”, há uma oportunidade para os pais, principalmente as mães, discutirem sobre planejamento familiar e as práticas de sexo seguro com suas filhas (WHITE *et al.*, 2018). A importância da escola, como fonte de informação nos nossos achados, reforça o desempenho de sua função social enquanto educadora, além de ser um espaço de convivência diária do adolescente, devendo ser um lugar onde o jovem possa levar e esclarecer dúvidas, questionamentos, principalmente relacionados à sexualidade. Os debates nas escolas sobre prevenção da gravidez indesejada devem ocorrer, onde o tabu do tema da sexualidade deve ser quebrado, e se possível com a inclusão dos pais, visto que estes ocupam um lugar importante na fonte de informações.

O interesse em buscar informações sobre sexualidade na internet e redes sociais não tiveram uma expressão nas nossas citações. Isto aconteceu, muito provavelmente, pelas características socioeconômicas de baixa renda da população estudada, que atinge uma menor possibilidade de disponibilidade de tecnologia física e ao acesso limitado à internet wi-fi. Diferente de um estudo realizado na Nigéria com mulheres jovens, a mídia foi citada como fonte de informações junto com pais e familiares, e uma minoria obteve informações através da escola (AKINSOJI *et al.*, 2015). Em países desenvolvidos esta procura pela internet sobe para 82,2%, provavelmente pelos mesmos motivos (DENIS *et al.*, 2015). Aparentemente a mídia tem ampla difusão entre os jovens, tendo importante participação na aquisição de conhecimentos referentes aos aspectos relacionados à sexualidade (CRUZ *et al.*, 2018). Mas, muitas vezes, o valor atribuído à mídia pode ser preocupante, pois parece não ser um mecanismo mais adequado para se obter esclarecimentos suficientes sobre o tema, já que muitas vezes informações equivocadas são divulgadas e nem sempre a abordagem é oportuna para a sensibilização dos jovens. Embora a internet possa ser utilizada para o fornecimento de informações sobre a saúde reprodutiva e sexualidade, esforços conscienciosos devem ser feitos para garantir que os conteúdos que chegam até os jovens, sejam saudáveis e não distorcidos.

Para o uso de algum contraceptivo, muitas das adolescentes entrevistadas recorreram ao centro de saúde, aos amigos e aos familiares. Estes mostraram uma influência significativa para um maior conhecimento dos métodos anticoncepcionais

pelas adolescentes nas nossas análises, e entre estes, os amigos se mostraram ser a fonte de maior persuasão. Quando comparamos adolescentes com mais de 15 anos, com as mais jovens menores de 14 anos, percebemos uma diferença significativa já esperada quanto à procura de informações, porque um número muito maior de meninas com mais de 15 anos, procuraram o centro de saúde para estas informações. Este fato se deve provavelmente porque as meninas mais novas têm menos autonomia, além de manter a sua sexualidade em segredo, com medo de serem descobertas pelos pais ou familiares. Os nossos dados se mostram similares a uma pesquisa realizada em que a maioria das mulheres jovens fala sobre a pílula com os amigos (65,5%), com o profissional de saúde (55,7%) e com os pais (51,4%) (DENIS *et al.*, 2015). Indiscutivelmente, os profissionais de saúde ainda continuam sendo uma das fontes formais mais importantes no papel da divulgação do conhecimento em saúde sexual e reprodutiva nas adolescentes. Ao fornecer as informações específicas, estes profissionais devem se concentrar nas lacunas específicas das adolescentes como efeitos indesejáveis, riscos de adquirir infecções sexualmente transmissíveis e principalmente na consistência no uso do método escolhido. Infelizmente os estudos mostram que a maioria das meninas, ao procurar os serviços de saúde, já se encontrava em risco potencial de gravidez indesejada e IST desde o primeiro contato sexual, e muitas delas iniciam o uso de contraceptivos muito tempo depois deste contato (DENIS *et al.*, 2015).

Destacamos que os pontos fortes deste estudo foram que, as análises das variáveis foram realizadas durante a gravidez das adolescentes. Isso nos possibilitou verificar conhecimentos reais relativos ao conhecimento e uso da contracepção, as fontes de informações e quais foram as possíveis falhas que levaram à gravidez precoce na adolescência.

Durante o estudo pudemos perceber algumas limitações, pois não se pode concluir os resultados devido a um entendimento insatisfatório por sua generalidade. Em um estudo transversal, inferências não podem ser feitas sobre a causalidade. Como a pesquisa das práticas sexuais e contraceptivas foram auto referidas, mesmo com a garantia do sigilo, do anonimato e sem a presença do acompanhante, e considerando que este assunto é muito delicado, algumas adolescentes entrevistadas, eventualmente, poderiam negar ou omitir algumas informações relativas à sua sexualidade pelo estigma social ou pelo receio de ser revelado. Mesmo

assim acreditamos que as respostas fornecidas estavam corretas, além disso, os temas foram abordados em um período limitado aos anos de pesquisa.

Em relação ao conhecimento da contracepção, muitas limitações também foram observadas. O conhecimento por elas relatado pode representar apenas uma familiaridade com o método, como ouviu falar sobre este ou aquele. Não significa necessariamente ter um conhecimento exato em detalhes, incluindo o modo de utilizar. Nesta pesquisa não foi abordado o detalhamento do mecanismo de funcionamento de cada método.

Uma limitação adicional deste estudo inclui o tamanho e a homogeneidade da amostra. Todas as adolescentes entrevistadas eram originadas de uma única região de Belo Horizonte, que engloba um grupo homogêneo de gestantes adolescentes que vivem em um ambiente específico. Este pode estar sujeito a forças sociais e econômicas restritas como o ensino público, baixa renda e meninas em situação de vulnerabilidade social como moradoras de abrigos ou de rua. Portanto os nossos resultados são limitados a um grupo homogêneo e não podem ser generalizados para uma população maior de adolescentes. Um estudo, em uma faixa mais ampla de adolescentes para a identificação exata das deficiências de conhecimento e uso de contraceptivos, é necessário.

No geral, as nossas identificações são reforçadas pelos achados bem documentados da literatura e estudos prévios. Tivemos uma grande oportunidade de avaliar um pouco mais sobre o conhecimento geral sobre contracepção em adolescentes, em uma região de uma grande metrópole. As nossas participantes foram capazes de descrever muito superficialmente uma variedade de métodos de um modo geral, mas não mostraram um conhecimento robusto sobre cada método e como eles funcionam. Com isso aprendemos que precisamos aprimorar a educação em saúde sexual e reprodutiva referente ao público de mulheres jovens para contribuir com a diminuição dos números de gestações não planejadas na adolescência. Há uma necessidade urgente no desenvolvimento e ampliação de políticas públicas voltadas para este público, aumentando o acesso aos serviços de planejamento familiar, juntamente com informações detalhadas do mecanismo de ação, efeitos indesejados, segurança e facilidade no uso. Outro fator importante é a ampliação do acesso aos métodos contraceptivos de longa ação reversíveis (LARC), para a melhora da adesão e do uso consistente em longo prazo. A contracepção de longa ação

reversível, incluindo os dispositivos intrauterinos e os implantes são seguros e altamente eficazes, portanto indicados para as adolescentes.

Mais pesquisas são necessárias para compreender melhor, em todos os ambientes, sejam eles formais ou informais e como as informações são repassadas aos adolescentes. Os profissionais de saúde e os educadores devem se empenhar em aprimorar o conhecimento dos adolescentes sobre saúde reprodutiva básica. Os adolescentes devem ser preparados para o enfrentamento de possíveis preocupações sobre os riscos à saúde a longo prazo, efeitos indesejados relacionados aos métodos contraceptivos e dissipar mitos comuns. Além da educação realizada por profissionais de saúde e educadores, esforços também devem se concentrar em encorajar e instruir os pais, a se comunicarem efetivamente com seus filhos sobre sexualidade e contracepção, de uma forma direta e sem julgamentos. A conscientização dos pais deve ser reforçada, mostrando que a discussão sobre contracepção com os filhos, aumenta a chance da redução do sigilo da vida sexual pessoal e do comportamento sexual responsável.

6 CONCLUSÃO

A gravidez na adolescência ainda é um grande desafio para profissionais de saúde, pais e educadores. É bem documentado que o acesso e o conhecimento por si só, não são suficientes para aumentar o uso de anticoncepcionais, principalmente entre adolescentes. Os resultados deste estudo mostraram que o conhecimento e uso de métodos contraceptivos nas adolescentes analisadas ainda é insatisfatório. Por meio deste estudo tentamos identificar os desafios globais da gravidez indesejada neste público, analisando a contribuição de fatores, identificando o comportamento sexual, o conhecimento e uso dos métodos contraceptivos disponíveis e possíveis fontes de informações.

Sabemos que fatores estruturais, contextuais e culturais moldam o conhecimento, as atitudes e o uso de contraceptivos em mulheres jovens, e esses fatores variam de país para país e entre regiões de um mesmo lugar. O Brasil, um país com peculiaridades que coloca uma parcela da população em situação socioeconômica desfavorável, ainda se apresenta com políticas públicas precárias específicas no que diz respeito à gravidez não planejada de adolescentes e jovens. As barreiras ao acesso e o uso de anticoncepcionais, estão frequentemente relacionados à tomada de decisão individual, que é influenciada por fatores sociais como identidade cultural, normas sociais e expectativas com preocupações com sua reputação. É evidente que, apesar da disponibilidade de informações nos serviços gratuitos de saúde sexual e reprodutiva, e currículos educacionais nas escolas, estes fatores moldam a capacidade dos adolescentes em acessar e utilizar os métodos contraceptivos. O incentivo ao uso correto e consistente dos métodos contraceptivos é um grande desafio enfrentado pelos profissionais de saúde, sendo fundamental para o planejamento familiar e sexualidade responsável. Para esta execução é necessário pensar e materializar ações sistematizadas, educativas e conscientizadoras para que adolescentes possam fazer suas escolhas de forma sensata, assumindo-se como protagonistas da própria vida. A relação cuidadosa médico paciente, aplicando medidas como o sigilo, a confidencialidade e desmistificando conceitos errôneos sobre os efeitos indesejáveis e riscos para saúde, contribui para o sucesso do planejamento familiar na adolescência. Respeitando os critérios de elegibilidade, os profissionais de saúde devem aconselhar as adolescentes sobre métodos seguros, altamente eficazes e evitar aqueles que não requerem comportamento ativo delas e

cujo resultado dependa menos da experiência, atenção e maturidade da usuária. Concluímos que, métodos contraceptivos que não necessitam uso diário e contínuo, constituem uma abordagem lógica para evitar o erro de administração, como o DIU ou o Implante subdérmico, que são métodos reversíveis de longa ação. A garantia do fornecimento de métodos contraceptivos gratuitos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), incluindo os LARC, são de fundamental importância no combate deste problema.

A fonte formal de informações sobre educação sexual em nossos achados demonstrou ser deficiente, pois as adolescentes do estudo dependiam de amigos ou parentes para obter informações sobre sexualidade e sobre os métodos. O conteúdo mais correto e saudável não pode ser garantido pela fonte informal. O estudo também concluiu que os pais têm um papel considerável na educação sexual dos seus filhos adolescentes. Atualmente algumas famílias vêm adquirindo espaço e notoriedade dentro das discussões sobre sexualidade com seus filhos. Este espaço aberto favorece o encaminhamento maior das adolescentes aos serviços de saúde, onde elas encontram uma maior oportunidade de receber fonte formal de saúde reprodutiva e sexual.

Apesar da baixa referência ao uso de tecnologia moderna entre as nossas entrevistadas, o desfecho que diferentes ferramentas, como pesquisas na internet, o uso de aplicativos de celulares, como os que auxiliam no controle menstrual e do período fértil, podem contribuir minimizando o uso incorreto de anticoncepcionais orais e aumentando a adesão da jovem na prevenção da gestação. Dentro deste conceito, é necessário também avaliar o papel da mídia diante da disseminação dessas informações para os adolescentes. Em um contexto de acesso fácil e rápido às diversas informações, as mesmas podem tanto auxiliar na difusão e construção do conhecimento, como também não ser uma fonte suficiente de esclarecimentos, podendo gerar dúvidas, entendimentos dúbios e imprecisos relativos à saúde sexual.

Sem dúvida a educação integral em sexualidade, desde a infância, prepara crianças e adolescentes de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores que irão capacitá-las a cuidar de sua saúde, bem-estar e dignidade. Isso contribui para que crianças identifiquem e denunciem comportamentos inadequados, como o abuso infantil, apoia o desenvolvimento de atitudes saudáveis como postergar a primeira relação sexual, aprimora a adesão aos métodos contraceptivos e previne IST nas

adolescentes sexualmente ativas.

Neste contexto, conclui-se que a compreensão do conhecimento das adolescentes e a identificação de lacunas, constitui uma urgente necessidade de inclusão de mais ações para o desenvolvimento de melhores práticas na prestação de cuidados com a saúde sexual e aconselhamento de planejamento familiar em mulheres adolescentes no cenário do nosso país. A identificação de barreiras e obstáculos, a sensibilização e a capacitação de profissionais ligados a esta área, a implementação de educação sexual no currículo das escolas com o envolvimento das famílias, são medidas de aprimoramento necessárias para a garantia de um futuro promissor na saúde reprodutiva da mulher.

REFERÊNCIAS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Strengthens LARC **Recommendations**. 2015. Disponível em: <http://www.acog.org/About-ACOG/News-Room/News-Releases/2015/ACOG-Strengthens-LARC-Recommendations>. Acesso em: 04/08/2020.

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists. Adolescent pregnancy, contraception, and sexual activity. Committee Opinion No. 699. **Obstetrics Gynecology**, v.129, p.e142-9, 2017.

AKINSOJI, A. A.; OLUFUNMILOLA, A. A.; IDOWU, A. A.; PIUS, A. O. Sexual and contraceptive practices among female undergraduates in a Nigerian Tertiary Institution. **Ethiopian Journal of Health Sciences**, v.25, n.3, p.209-216, 2015.

ALMEIDA, J. A. M. A contracepção e os direitos sexuais e reprodutivos das adolescentes. **Revista SOGIA-BR**, v.9, n.2, p.2, 2008.

APTER, D. Contraception options: aspects unique to adolescent and young adult. Best practice & research. **Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v.48, p.115-127, 2018.

ARAÚJO, A. K. L.; NERY, I. S. Conhecimento sobre contracepção e fatores associados ao planejamento de gravidez na adolescência. **Cogitare Enfermagem**, v.23, n.2, p.e55841, 2018.

BELLIZZI, S.; PALESTRA, F.; PICHIERRI, G. Adolescent women with unintended pregnancy in low- and middle-income countries: reasons for discontinuation of contraception. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, v.33, n.2, p.144-148, 2020.

BELO, M. A. V.; SILVA, J. L. P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Revista Saúde Pública**, v.38, n.4, p.479-487, 2004.

BIRGISSON, N. E.; ZHAO, Q.; SECURA, G. M.; MADDEN, T.; PEIPERT, J. F. Preventing unintended pregnancy: the contraceptive choice project in review. **Journal of Women's Health (2002)**, v.24, n.5, p.349-353, 2015.

BITZER, J.; ABALOS, V.; APTER, D.; MARTIN, R.; BLACK, A.; GLOBAL CARE (Contraception: Access, Resources, Education) Group. Targeting factors for change: contraceptive counselling and care of female adolescents. **The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care**, v.21, n.6, p.417-430, 2016.

BOSTICK, E. A.; GREENBERG, K. B.; FAGNANO, M.; BALDWIN, C. D.; HALTERMAN, J. S.; YUSSMAN, S. M. Adolescent self-reported use of highly effective contraception: does provider counseling matter? **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, v.33, n.5, p.529-535, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gravidez na adolescência tem queda de 17% no Brasil**. S.d. [on-line]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/28317-gravidezna-adolescencia-tem-queda-de-17-no-brasil>. Acesso em: 05/08/2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Publicado no **Diário Oficial da União** de 16/7/1990. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-versao-2019.pdf>. Acesso em: 04/08/2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Publicado no **Diário Oficial da União** de 15.1.1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 08.06.21.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens**: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 44p. (Série A: Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Publicado no **Diário Oficial da União** de 10.8.2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm. Acesso em 08.06.21

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde do adolescente na atenção básica**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2017. 234p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde (MS/SVS/DASIS). **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)**. 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: [05/08/2020 e 01/02/2021](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def).

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.798 de 03 de janeiro de 2019. Acrescenta art. 8º-A à Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para instituir a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência. Publicado no **Diário Oficial da União** de 08/01/2019. Disponível em <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2019/janeiro/sancionada-lei-que-institui-semana-nacional-de-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia>. Acesso em: 20/09/2020.

BRITO, M. B.; ALVES, F.; SOUZA, M. Q.; REQUIÃO, S. R. Low level of knowledge of contraceptive methods among pregnant teens in Brazil. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, v.31, n.3, p.281-284, 2018.

CFM - Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica**: Resoluções CFM nº 2.217/2018, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 [Internet]. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 19/07/2019.

COATES, C.; GORDON, C. M.; SIMPSON, T. A qualitative study exploring contraceptive practices and barriers to long-acting reversible contraceptive use in a sample of adolescents living in the southern United States. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, v.31, n.6, p.605-609, 2018.

CONCEIÇÃO, M. A.; VIEIRA, A. C. C.; NUNES, A. P. N. Gravidez na adolescência, perfil das mulheres que tiveram e não tiveram filho(a). **Revista Adolescência e Saúde**, v.1, n.1, p.35-40, 2020.

CRUZ, L. Z.; ANDRADE, M. S.; PAIXÃO, G. P. N.; SILVA, R. S.; MACIEL, K. M. N.; FRAGA, C. D. S. **Revista Adolescência e Saúde**, v.15, n.2, p.7-18, 2018.

CURTIS, K. M.; JATLAOUI, T. C.; TEPPER, N. K.; ZAPATA, L. B.; HORTON, L. G.; JAMIESON, D. J.; WHITEMAN, M. K. U.S. selected practice recommendations for contraceptive use, 2016. MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. **Recommendations and Reports**, v.65, n.4, p.1-66, 2016.

DENIS, L.; STORMS, M.; PEREMANS, L.; VAN ROYEN, K.; VERHOEVEN, V. Contraception: a questionnaire on knowledge and attitude of adolescents, distributed on Facebook. **International Journal of Adolescent Medicine and Health**, v.28, n.4, p.407-412, 2016.

DONGARWAR, D.; SALIHU, H. M. Influence of sexual and reproductive health literacy on single and recurrent adolescent pregnancy in Latin America. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, v.32, n.5, p.506-513, 2019.

FAISAL-CURY, A.; TABB, K. M.; NICIUNOVAS, G.; CUNNINGHAM, C.; MENEZES, P. R.; HUANG, H. Lower education among low-income Brazilian adolescent females is associated with planned pregnancies. **International Journal of Women's Health**, v.9, p.43-48, 2017.

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Anticoncepção para adolescente**. Série Orientações e Recomendações, n.9, 2017. 28p. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/15-ANTICONCEPCAO_PARA_ADOLESCENTES.pdf. Acesso em: 05/08/2020.

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Sexualidade na adolescente**. Série Orientações e Recomendações, São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), v.2 n.3, 2017. 84p. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/07-SEXUALIDADE_NA_ADOLESCENTE.pdf. Acesso em: 01/09/2020.

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Anticoncepção hormonal combinada**. Protocolos Febrasgo Ginecologia, n.69, 2018. Disponível em: www.febrasgo.org.br. Acesso em: 05/08/2020.

FEBRASGO - Federação das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; SOGIA - Associação Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência; SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria. Atendimento de adolescentes abaixo de 14 anos de idade. Alerta de esclarecimento – Lei federal n.12.015/2009. **Revista Femina**, v.49, n.1, p.25-28, 2021.

FSRH – The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. FSRH Guideline. **Quick starting contraception**. Inglaterra: Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. 2017. 41p. Disponível em: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/fsrh-clinical-guidance-quick-starting-contraception-april-2017/>. Acesso em: 05/01/2020.

FUCHS, H. B.; BORGES, L. N.; NOVADZKI, I. M.; BERMUDEZ, B. E. B. V. Comportamento sexual na adolescência. **Revista Adolescência e Saúde**, v.6, n.3, p. 93-101, 2019.

GAFFIELD, M. L.; KIARIE, J. WHO medical eligibility criteria update. **Contraception**, v.94, n.3, p.193-194, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2016.07.001>. Acesso em: 04/08/2020.

GANCHIMEG, T.; OTA, E.; MORISAKI, N.; LAOPAIBOON, M.; LUMBIGANON, P.; ZHANG, J.; YAMDAMSUREN, B.; TEMMERMAN, M.; SAY, L.; TUNÇALP, Ö.; VOGEL, J. P.; SOUZA, J. P.; MORI, R.; WHO Multicountry survey on maternal newborn health research network. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. **BJOG: International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.121, n.Suppl1, p.40-48, 2014.

GILLIAM, M. L.; DAVIS, S. D.; NEUSTADT, A. B.; LEVEY, E. J. Contraceptive attitudes among inner-city African American female adolescents: barriers to effective hormonal contraceptive use. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, v.22, n.2, p.97-104, 2009.

GONZÁLEZ MORA, M. C.; HERNÁNDEZ GÁLVEZ, L.; NIEVES BERRÍO, M. Intervención educativa sobre algunos aspectos relacionados con la sexualidad en adolescentes de un consultorio del Policlínico Belkys Sotomayor Álvarez de Ciego de Ávila. **Mediciego**, v.17, n.2, p.2-8, 2011.

HALL, J. A.; BARRETT, G.; PHIRI, T.; COPAS, A.; MALATA, A.; STEPHENSON, J. Prevalence and determinants of unintended pregnancy in Mchinji District, Malawi; Using a conceptual hierarchy to inform analysis. **PloS One**, v.11, n.10, p.e0165621, 2016.

HERTER, L. D.; ACCETTA, S. G. Anticoncepção e gestação na adolescência. **Jornal de Pediatria**, v.77, n.Supl.2, p.S170-S178, 2001.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de indicadores sociais. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Pesquisa nacional de saúde**

- do escolar: 2015.** Rio de Janeiro: IBGE, 2016.132p. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>. Acesso em: 04/11/2020.
- KORTSMIT, K.; WILLIAMS, L.; PAZOL, K.; SMITH, R. A.; WHITEMAN, M.; BARFIELD, W.; KOUMANS, E.; KOURTIS, A.; HARRISON, L.; BAUMAN, B.; WARNER, L. Condom use with long-acting reversible contraception vs non-long-acting reversible contraception hormonal methods among postpartum adolescents. **JAMA Pediatrics**, v.173, n.7, p.663-670, 2019.
- LARA-TORRE, E.; SCHROEDER, B. Adolescent compliance and side effects with quick start initiation of oral contraceptive pills. **Contraception**, v.66, n.2, p.81-85, 2002.
- LEITE, C. T.; VIEIRA, R. P.; MACHADO, C. A.; QUIRINO, G. S.; MACHADO, M. F. A. S. Prática de educação em saúde percebida por escolares. **Cogitare Enfermagem**, v.19, n.1, p.13-19, 2014.
- LEITE, I. C.; RODRIGUES, R. N.; FONSECA, M. C. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.2, p.474-481, 2004.
- LUBIANCA, J. N. Opções de anticoncepção na adolescência. **OPAS/OMS – Representação Brasil**, v.1, n.17, p.1-12, 2016.
- MARTIN, J. A.; HAMILTON, B. E.; OSTERMAN, M.; DRISCOLL, A. K. Births: final data for 2018. **National Vital Statistics Reports**, v.68, n.13, p.1-47, 2019.
- MARTIN, J. A.; HAMILTON, B. E.; OSTERMAN, M.; DRISCOLL, A. K.; DRAKE, P. Births: final data for 2016. **National Vital Statistics Reports**, v.67, n.1, p.1-55, 2018.
- MARTINS, L. B.; COSTA-PAIVA, L.; OSIS, M. J.; SOUSA, M. H.; PINTO NETO, A. M.; TADINI, V. Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.1, p.57-64, 2006.
- MASLYANSKAYA, S.; COUPEY, S. M.; CHHABRA, R.; KHAN, U. I. Predictors of early discontinuation of effective contraception by teens at high risk of pregnancy. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, v.29, n.3, p.269-275, 2016.
- OMS – Organização Mundial da Saúde. **CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 8.ed. Brasília: EDUSP, 2008.
- OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **América Latina e Caribe têm a segunda taxa mais alta de gravidez na adolescência no mundo**. [on-line]. 2018. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/América Latina e Caribe têm a segunda taxa mais alta de gravidez na adolescência no mundo](https://www.paho.org/bra/América%20Latina%20e%20Caribe%20têm%20a%20segunda%20taxa%20mais%20alta%20de%20gravidez%20na%20adolescência%20no%20mundo). Acesso em: 21/07/2020.
- OTT, M. A.; SUCATO, G. S.; COMMITTEE ON ADOLESCENCE. Contraception for adolescents. **Pediatrics**, v.134, p.1244-1281, 2014.

PATEL, P. R.; ABACAN, A.; SMITH, P. B. Trends of contraceptive choices among young women in inner city Houston. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, v.32, n.5, p.487-490, 2019.

PEREIRA, S. M.; TAQUETTE, S. R. Conhecimento sobre anticoncepção e as práticas sexuais entre adolescentes: um estudo com colegas cariocas. **Revista SOGIA-BR**, v.16, n.1, p.5-9, 2015.

PRAXEDES, M. L. S.; QUEIROZ, M. V. O. Efetividade de intervenções educativas sobre contracepção na adolescência: revisão sistemática da literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.20, p.1-11, 2018.

QUEIROZ, M. V. O.; ALCÂNTARA, C. M.; BRASIL, E. G. M.; SILVA, R. M. Participação de adolescentes em ações educativas sobre saúde sexual e contracepção. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.29, p.58-65, 2016.

RAIDOO, S.; TSCHANN, M.; ELIA, J.; KANESHIRO, B.; SOON, R. Dual-method contraception among adolescents and young people: are long-acting reversible contraception users different? A qualitative study. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, v.33, n.1, p.45-52, 2020.

REGGIANI, C. Gravidez na adolescência. **Revista SOGIA-BR**, v.8, n.3, p.3-7, 2007.

ROBBINS, C. L.; OTT, M. A. Contraception options and provision to adolescents. **Minerva Pediatrica**, v.69, n.5, p.403-414, 2017.

ROCHA, M. N. S.; NOVAIS, M. S.; MACHADO, M. S. C. Principais escolhas de métodos contraceptivos de adolescentes atendidas em serviço especializado em Salvador/BA. **Revista SOGIA-BR**, v.16, n.2, p.3-9, 2015.

ROZA, D. L.; PINA, M. F. R. P.; OLIVEIRA, C. M. T.; MARTINEZ, E. Z. Associação entre gravidez adolescente e o Índice Mineiro de Responsabilidade Social no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista Adolescência e Saúde**, v.5, n.2, p.39-48, 2018.

SAITO, M. I.; LEAL, M. M. Aspectos éticos da contracepção na adolescência. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.49, n.3, p.234, 2003.

SANTOS, N. L. A. C.; COSTA, M. C. O.; AMARAL, M. T. R.; VIEIRA, G. O.; BACELAR, E. B.; ALMEIDA, A. H. V. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v.19, n.03, p.719-726, 2014.

SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria. Anticoncepção na Adolescência. Guia prático de atualização do Departamento científico de adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria. **SBP**, n.7, p.1-16, 2018.

SOCIETY FOR ADOLESCENT HEALTH AND MEDICINE; BURKE, P. J.; COLES, M. S.; DI MEGLIO, G.; GIBSON, E. J.; HANDSCHIN, S. M.; LAU, M.; MARCELL, A. V.; TEBB, K. P.; URBACH, K. Sexual and reproductive health care: a position paper of the Society for Adolescent Health and Medicine. **The Journal of Adolescent Health**, v.54, n.4, p.491-496, 2014.

SOKKARY, N.; MANSOURI, R.; YOOST, J.; FOCSENEANU, M.; DUMONT, T.; NATHWANI, M.; ALLEN, L.; HERTWECK, S. P.; DIETRICH, J. E. A multicenter survey of contraceptive knowledge among adolescents in North America. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, v.26, n.5, p.274-276, 2013.

TODD, N.; BLACK, A. Contraception for adolescents. **Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology**, v.12, n.Suppl 1, p.28-40, 2020.

TRUEHART, A.; WHITAKER, A. Contraception for the adolescent patient. **Obstetrical & Gynecological Survey**, v.70, n.4, p.263-273, 2015.

UN - United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. **World Fertility Patterns 2015**. Data Booklet (ST/ESA/SER.A/370). 2015. Disponível em: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/fertility/world-fertilitypatterns-2015.pdf>. Acesso em: 04/08/2020.

UNFPA - Fundo das Nações Unidas para a População. **Relatório situação da população mundial 2020**. Contra minha vontade: desafiando as práticas que prejudicam mulheres e meninas, e impedem a igualdade. 2020. 164p. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/situacao_da_populacao_mundial_2020-unfpa.pdf. Acesso em: 15/12/2020.

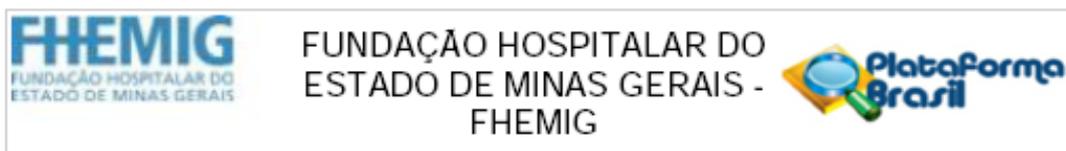
WESTHOFF, C.; HEARTWELL, S.; EDWARDS, S.; ZIEMAN, M.; CUSHMAN, L.; ROBILOTTO, C.; STUART, G.; MORRONI, C.; KALMUSS, D. Initiation of oral contraceptives using a quick start compared with a conventional start: a randomized controlled trial. **Obstetrics and Gynecology**, v.109, n.6, p.1270-1276, 2007.

WHITE, A. L.; MANN, E. S.; LARKAN, F. Contraceptive knowledge, attitudes, and use among adolescent mothers in the Cook Islands. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v.16, p.92-97, 2018.

WHO - World Health Organization. **Adolescent pregnancy**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>. Acesso em: 21/07/2020.

WHO - World Health Organization. **Selected practice recommendations for contraceptive use**. 3.ed. Geneva, Switzerland. 2016. 66p.

ANEXO A – APROVAÇÃO COEP / PLATAFORMA BRASIL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: PERFIL DAS PACIENTES E INTERCORRÊNCIAS OCORRIDAS NO CICLO GRAVIDICO PUERPERAL

Pesquisador: ana christina de lacerda lobato

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 81071317.8.0000.5119

Instituição Proponente: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.659.437

Apresentação do Projeto:

Estudo já apreciado e aprovado por este CEP Número do Parecer: 2.460.262 de 04 de Janeiro de 2018.

Justificativa da Emenda segundo os autores:

‘Este estudo está em andamento no Hospital Julia Kubitschek e foi aprovado pelo CEP sob parecer técnico 160/2017. Com a coleta dos dados retrospectivos identificamos algumas questões a serem perguntadas às gestantes adolescentes de forma prospectiva para maior conhecimento das causas das gravidezes indesejadas, conhecimento sócioeconômico e contraceptivo para atuação preventiva.

O estudo apresentará, a partir de julho de 2018, desenho prospectivo e necessitará de realização de TCLE – assentimento conforme anexo.’

Objetivo da Pesquisa:

Analisar retrospectivamente e, a partir de agora, prospectivamente o perfil social e econômico das adolescentes gestantes, a causa e as complicações maternas e fetais mais frequentes no ciclo gravídico puerperal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- RISCOS: o estudo apresenta baixos riscos, pois se baseia em entrevistas e preenchimento de

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100
 Bairro: Bairro Santa Efigênia CEP: 30.150-260
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3239-9552 Fax: (31)3239-9552 E-mail: cep@fhemig.mg.gov.br



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS -
FHEMIG



Continuação do Parecer: 2.659.437

questionários, sem intervenção clínica.

- BENEFÍCIOS: não há benefícios diretos para os participantes, mas há para a comunidade científica em geral e para a FHEMIG.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Projeto: Relevante, pertinente e de valor científico;
- Metodologia: Adequada para se alcançar o objetivo proposto;
- Currículos: Com competência reconhecida para a condução do estudo;
- Cronograma: Adequado;
- Aspectos Éticos: O projeto cumpre a Res.466/2012 do CNS-MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Projeto: devidamente descrito.
- FR: devidamente preenchida e assinada.
- Parecer GEP: aprovado.
- TCLE: adequado para o perfil da amostra. Necessita apenas da inclusão dos dados do CEP-FHEMIG.

Recomendações:

- Enviar semestralmente ao CEP-FHEMIG os relatórios parciais e/ou final da pesquisa via Plataforma Brasil.

- Incluir no TCLE o contato do CEP-FHEMIG:

COMITÊ DE ÉTICA EM PEQUISA DA FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS - CEP-FHEMIG

Endereço: Alameda Álvaro Celso, 100, Sala 229, Sta. Efigênia, BH-MG.

Telefone: (31) 3239-9552, e-mail: cep@fhemig.mg.gov.br

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda autorizada com base na metodologia e nos documentos apresentados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100			
Bairro: Bairro Santa Efigênia		CEP: 30.150-260	
UF: MG	Município: BELO HORIZONTE		
Telefone: (31)3239-9552	Fax: (31)3239-9552	E-mail: cep@fhemig.mg.gov.br	



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS -
FHEMIG



Continuação do Parecer: 2.659.437

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_113755_4_E1.pdf	16/05/2018 12:57:23		Aceito
Outros	emenda.pdf	16/05/2018 12:53:51	ana christina de lacerda lobato	Aceito
Outros	Questionario.pdf	16/05/2018 12:53:12	ana christina de lacerda lobato	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	16/05/2018 12:52:32	ana christina de lacerda lobato	Aceito
Outros	NAP.pdf	11/12/2017 11:43:39	ana christina de lacerda lobato	Aceito
Outros	cheklist.pdf	11/12/2017 11:42:42	ana christina de lacerda lobato	Aceito
Outros	Questionario.doc	11/12/2017 11:42:12	ana christina de lacerda lobato	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	11/12/2017 11:41:12	ana christina de lacerda lobato	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	11/12/2017 11:39:48	ana christina de lacerda lobato	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 17 de Maio de 2018

Assinado por:

Vanderson Assis Romualdo
(Coordenador)

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100

Bairro: Bairro Santa Efigênia CEP: 30.150-260

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3239-9552 Fax: (31)3239-9552 E-mail: cep@fhemig.mg.gov.br

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO

1º CONSULTA PNAD

Auto declara:	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Parda	<input type="checkbox"/> Negra	<input type="checkbox"/> Indígena
Idade				
Paridade:	<input type="checkbox"/> Gesta	<input type="checkbox"/> Paridade(quantos filhos já teve)	<input type="checkbox"/> Abortos	
Escolaridade: em curso:	Último ano completo:			
Repetição escolar alguma vez?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Abandono	
<input type="checkbox"/> Continua estudando	<input type="checkbox"/> Parou mas pretende voltar após o parto			
Motivo do abandono				
Religião:	<input type="checkbox"/> Evangélica	<input type="checkbox"/> Espírita	<input type="checkbox"/> Nenhuma	<input type="checkbox"/> Outras
<input type="checkbox"/> Católica	<input type="checkbox"/> Praticante	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Estado civil:	<input type="checkbox"/> Casada	<input type="checkbox"/> União Estável	<input type="checkbox"/> Solteira	<input type="checkbox"/> Separada
	<input type="checkbox"/> Viúva			
Tempo união parceiro atual	<input type="checkbox"/> Única relação	<input type="checkbox"/> 1-6 meses	<input type="checkbox"/> 6-12 meses	<input type="checkbox"/> 1-2 anos
	<input type="checkbox"/> > 2anos			
Trabalha?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
Remuneração:	<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> 1 salário	<input type="checkbox"/> 1 até 2	<input type="checkbox"/> 2 até 4
	<input type="checkbox"/> > 4			
Proventos: quem?	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Avós	<input type="checkbox"/> Outros
	Companheiro			
Remuneração:	<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> 1 salário	<input type="checkbox"/> 1 até 2	<input type="checkbox"/> 2 até 4
	<input type="checkbox"/> > 4			
Moradia	<input type="checkbox"/> Família (Pais)	<input type="checkbox"/> Parceiro	<input type="checkbox"/> Sozinha	<input type="checkbox"/> Pais parceiro
	<input type="checkbox"/> Outros			
Relação com familiares	<input type="checkbox"/> Excelente		<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Ruim
	<input type="checkbox"/> Péssimo			
Parceiro atual: Nome:				
Relação com parceiro atual:	<input type="checkbox"/> Excelente		<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Ruim
	<input type="checkbox"/> Péssimo			
Como o conheceu?	<input type="checkbox"/> Escola		<input type="checkbox"/> Bairro	<input type="checkbox"/> Amigos
	<input type="checkbox"/> Internet		<input type="checkbox"/> Igreja	<input type="checkbox"/> Outros
Aceitação da gravidez	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
Hábitos de vida				
Fuma	<input type="checkbox"/> Sim mas parou	<input type="checkbox"/> Sim e continua	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Se sim, iniciou com quantos anos?
Álcool	<input type="checkbox"/> Sim mas parou	<input type="checkbox"/> Sim e continua	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Se sim, iniciou com quantos anos?
Drogas ilícitas	<input type="checkbox"/> Sim mas parou	<input type="checkbox"/> Sim e continua	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Se sim, iniciou com quantos anos?
Qual já usou?				
<input type="checkbox"/> LSD	<input type="checkbox"/> Maconha	<input type="checkbox"/> Crack	<input type="checkbox"/> Cocaína	<input type="checkbox"/> Loló
	<input type="checkbox"/> Outras			
Quais ainda usa:				
<input type="checkbox"/> LSD	<input type="checkbox"/> Maconha	<input type="checkbox"/> Crack	<input type="checkbox"/> Cocaína	<input type="checkbox"/> Loló
	<input type="checkbox"/> Outras			
Medicações de uso contínuo:	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	Se sim, quais?
Gestação atual:				
<input type="checkbox"/> Planejada	<input type="checkbox"/> Não planejada	Aceitação		<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não			
Motivo da gestação:				
<input type="checkbox"/> Não soube usar contracepção		<input type="checkbox"/> Não usou, emoção superou a razão		<input type="checkbox"/> Não quis usar
<input type="checkbox"/> Falha do método		<input type="checkbox"/> Não conhecia nenhum método		<input type="checkbox"/> Parceiro recusou a usar
<input type="checkbox"/> Desejo da paciente		<input type="checkbox"/> Desejo do casal		<input type="checkbox"/> Pensamento imaginário
<input type="checkbox"/> Outros				
O parceiro atual é o pai do bebê:	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sem parceiro atualmente
Procurou informação sobre como seria a 1ª relação:	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
Onde	<input type="checkbox"/> C. Saúde	<input type="checkbox"/> Amigos	<input type="checkbox"/> Familiares	<input type="checkbox"/> Mãe/pai
	<input type="checkbox"/> Irmãos	<input type="checkbox"/> Escola	<input type="checkbox"/> Redes sociais/internet	
Conhece alguma IST?	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
Se sim, quais?	<input type="checkbox"/> Sífilis		<input type="checkbox"/> Gonorreia	<input type="checkbox"/> Aids
	<input type="checkbox"/> Hepatite			
	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> HPV	<input type="checkbox"/> Trichomoníase	<input type="checkbox"/> Outras, quais?
Já teve alguma?	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	Se sim, quais?
Início da vida sexual:				

<input type="checkbox"/> Vontade própria	<input type="checkbox"/> Vontade do parceiro	<input type="checkbox"/> Pressão das amigas	<input type="checkbox"/> Curiosidade
<input type="checkbox"/> Segue modelos de pais ou irmãos			<input type="checkbox"/> Outros
Teve alguma gestação antes desta?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Quantas? _____			
Tipo de parto: <input type="checkbox"/> Vaginal		<input type="checkbox"/> Cesariana	<input type="checkbox"/> Aborto
Motivo da cesariana		Idade no primeiro parto: _____ anos	
Quais métodos contraceptivos você conhece?			
<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> Aco	<input type="checkbox"/> Injetável mensal	<input type="checkbox"/> Injetável trimestral
<input type="checkbox"/> Condom masculino	<input type="checkbox"/> Condom feminino	<input type="checkbox"/> Tabela	<input type="checkbox"/> Coito interrompido
<input type="checkbox"/> Pílula do dia seguinte	<input type="checkbox"/> DIU	<input type="checkbox"/> Anel vaginal	<input type="checkbox"/> Adesivo
<input type="checkbox"/> Implante	<input type="checkbox"/> Outros		
Quais métodos você já usou			
<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> Aco	<input type="checkbox"/> Injetável mensal	<input type="checkbox"/> Injetável trimestral
<input type="checkbox"/> Condom masculino	<input type="checkbox"/> Condom feminino	<input type="checkbox"/> Tabela	<input type="checkbox"/> Coito interrompido
<input type="checkbox"/> Pílula do dia seguinte	<input type="checkbox"/> DIU	<input type="checkbox"/> Anel vaginal	<input type="checkbox"/> Adesivo
<input type="checkbox"/> Implante	<input type="checkbox"/> Outros		
Procurou informação para usá-los:		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Onde?	<input type="checkbox"/> Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> Amigos	<input type="checkbox"/> Familiares
	<input type="checkbox"/> Escola	<input type="checkbox"/> Redes sociais/internet	
Teve dificuldade no uso?:		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Qual dificuldade:			
Condom masculino / feminino	<input type="checkbox"/> Não teve dinheiro	<input type="checkbox"/> Não tinha no posto	<input type="checkbox"/> Não sabia usar
	<input type="checkbox"/> Não quis usar	<input type="checkbox"/> Falha do método	<input type="checkbox"/> Desconhecia o método
	<input type="checkbox"/> Parceiro recusou	<input type="checkbox"/> Não usou, a emoção superou a razão	
ACO	<input type="checkbox"/> Não teve dinheiro	<input type="checkbox"/> Não tinha no posto	<input type="checkbox"/> Não sabia usar
	<input type="checkbox"/> Não quis usar	<input type="checkbox"/> Falha do método	<input type="checkbox"/> Desconhecia o método
	<input type="checkbox"/> Pensamento imaginário	<input type="checkbox"/> Medo de descobrirem que usa	
Injetável	<input type="checkbox"/> Não teve dinheiro	<input type="checkbox"/> Não tinha no posto	<input type="checkbox"/> Não sabia usar
	<input type="checkbox"/> Não quis usar	<input type="checkbox"/> Falha do método	<input type="checkbox"/> Desconhecia o método
	<input type="checkbox"/> Pensamento imaginário	<input type="checkbox"/> Medo de descobrirem que usa	
DIU	<input type="checkbox"/> Não teve dinheiro	<input type="checkbox"/> Não tinha no posto	<input type="checkbox"/> Não sabia usar
	<input type="checkbox"/> Não quis usar	<input type="checkbox"/> Falha do método	<input type="checkbox"/> Desconhecia o método
	<input type="checkbox"/> Pensamento imaginário	<input type="checkbox"/> Medo de descobrirem que usa	
Pílula do dia seguinte	<input type="checkbox"/> Não teve dinheiro	<input type="checkbox"/> Não tinha no posto	<input type="checkbox"/> Não sabia usar
	<input type="checkbox"/> Não quis usar	<input type="checkbox"/> Falha do método	<input type="checkbox"/> Desconhecia o método
	<input type="checkbox"/> Pensamento imaginário	<input type="checkbox"/> Medo de descobrirem que usa	
Frequência do uso de contraceptivos antes da gestação atual:			
<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Raramente
Tempo de uso de contracepção:			
<input type="checkbox"/> Até 1 mês	<input type="checkbox"/> 1 a 6 meses	<input type="checkbox"/> 6 a 12 meses	<input type="checkbox"/> > 12 meses
Na relação que engravidou / contracepção			
<input type="checkbox"/> Não soube usar	<input type="checkbox"/> Não usou, emoção superou a razão	<input type="checkbox"/> Não quis usar	<input type="checkbox"/> Pensamento imaginário.
<input type="checkbox"/> Falha do método	<input type="checkbox"/> Não conhecia nenhum método	<input type="checkbox"/> Parceiro recusou a usar	
História ginecológica e obstétrica		G P A _____	
Ciclos menstruais		Dismenorreia	
Menarca: _____ anos		Número de parceiros	
1ª relação sexual: _____ anos			
Foi com parceiro atual:		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Parceiro fixo atual há _____ anos		_____ meses	
Mãe/pai teve filho na adolescência		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Qual idade que a mãe tinha quando engravidou			
Irmãos tiveram filho na adolescência?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Qual idade que tinha quando engravidou			

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO - ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: ANÁLISE DO CONHECIMENTO DE GESTANTES ADOLESCENTES SOBRE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Você está sendo convidada para participar do estudo que envolve gestantes adolescentes de idade entre 10 e 18 anos. O Objetivo é conhecer melhor as mulheres grávidas na adolescência, o motivo da gestação e as complicações mais frequentes ocorridas nesta fase e no pós-parto.

Para participar você deverá assinar este formulário de consentimento junto com um responsável. Você precisará autorizar a coleta dos dados obtidos na primeira consulta através de questionário aplicado a todas as gestantes admitidas no serviço de pré natal de adolescente. Estes dados envolvem sua história pessoal, familiar e ginecológica. Você receberá um Número de Identificação e as informações recolhidas não irão conter seu nome ou do seu bebê, de modo que suas identidades não serão reveladas. Os dados colhidos serão armazenados e posteriormente analisados. Não há maiores riscos por participar do estudo.

Se você decidir não participar, mesmo assim continuará a receber todo o tratamento necessário durante a gravidez, parto e pós parto. Você não receberá nenhum pagamento nem terá nenhum gasto por participar deste estudo. A participação é completamente voluntária.

Eu li este formulário de consentimento (ou alguém o explicou para mim), todas as minhas perguntas foram respondidas e concordo em tomar parte neste estudo.

Nome da gestante (legível)
Data

Assinatura da gestante
Prontuário

JANE SAVOI SILVEIRA
Responsável pelo estudo

Assinatura do responsável pelo estudo

Nome do responsável legal

Assinatura do responsável legal

Data

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS - CEPHEMIG

Endereço: Alameda Álvaro Celso, 100, Sala 229, Sta. Efigênia, BH-MG. Telefone: (31) 3239-9552, e-mail: cep@fhemig.mg.gov.br

Pesquisadores responsáveis pelo estudo: Dra. Jane Savoi da Silveira e Ana Christina de Lacerda Lobato