

## PERFIL DE ADOLESCENTES GESTANTES DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO PARANÁ

### *PROFILE OF PREGNANT ADOLESCENTS IN A SMALL TOWN IN THE COUNTRYSIDE OF PARANÁ*

### *PERFIL DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE UN MUNICIPIO DE PARANÁ*

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira<sup>1</sup>, Cláudia Silveira Viera<sup>2</sup>, Juliene Flávia Noris Almeida Fonseca<sup>3</sup>

Este estudo objetivou identificar o perfil de adolescentes gestantes, considerando a influência de variáveis biológicas, sociais e psicológicas, num município do Paraná, para subsidiar ações de prevenção da gravidez precoce. Pesquisa de abordagem quantitativa com dados obtidos por entrevista e análise estatística descritiva. Analisou-se: idade da menarca, ginecológica e ao engravidar, uso de anticoncepcional anterior à gestação, relacionamento familiar, aceitação e planejamento da gravidez, grau de escolaridade, repetência e êxodo da escola, renda familiar, estado civil, número de parceiros até a gestação e meio de acesso à educação sexual. O perfil obtido mostrou menarca precoce, um parceiro sexual somente, baixo uso de contraceptivos, reação positiva da família em relação à gravidez atual, repetência e abandono escolar, ausência de ocupação remunerada, baixa renda familiar. Os dados trazem indicações para que a equipe de saúde do município em questão desenvolva ações específicas para a prevenção da gravidez na adolescência.

**Descritores:** Adolescência; Gravidez na Adolescência; Perfil de Saúde.

This study aimed to identify the profile of pregnant adolescents, considering the influence of biological, psychological and social variables, in a small town in Paraná, to support prevention programs for teenage pregnancy. This is a quantitative study; the data obtained used structured interview with descriptive statistical analysis. The variables analyzed were: menarche age, gynecological age, age at childbirth, contraception use, family relationship, acceptance and planning of pregnancy, educational achievement, repetition and school exodus, family income, marital status, number of partners up to pregnancy and means of access to sexual education. The profile obtained showed that adolescents have early menarche, only one sexual partner, reducing the use of contraceptives, positive reaction of the family in relation to the current pregnancy, school failure and dropout, lack of gainful occupation and low household income. The survey showed information for the health staff of the municipality concerning the development of specific actions for the prevention of teenage pregnancy.

**Descriptors:** Adolescent; Pregnancy, Adolescence; Health Profile.

Este estudio planteó como objetivo identificar el perfil de adolescentes embarazadas, en un municipio de Paraná, teniendo en cuenta la influencia de factores biológicos, psicológicos y sociales, para apoyar las acciones preventivas del embarazo precoz. Investigación cuantitativa con datos obtenidos mediante entrevista y análisis estadístico descriptivo. Se analizaron: edad de la menarquia, ginecológica y al quedar embarazada, uso de anticonceptivos antes del embarazo, relación familiar, aceptación y planificación del embarazo, nivel educativo, repetición y abandono escolar, renta familiar, estado civil, número de compañeros hasta el embarazo y medios de acceso a educación sexual. El perfil obtenido mostró menarquia precoz, sólo una pareja sexual, poco uso de anticonceptivos, reacción familiar positiva en relación al embarazo actual, repetición y abandono escolar, falta de empleo remunerado, baja renta familiar. Los datos aportan informaciones al equipo de salud del municipio en cuestión para que desarrolle acciones específicas que prevengan el embarazo en la adolescencia.

**Descriptores:** Adolescencia; Embarazo en Adolescencia; Perfil de Salud.

<sup>1</sup> Enfermeira, Mestre em Enfermagem Fundamental, doutoranda em Enfermagem em Saúde Pública, docente da área de Saúde da Criança e do Adolescente do Curso de Enfermagem do campus de Cascavel da Universidade Estadual do Oeste do Paraná — UNIOESTE, Brasil. E-mail: lb.toso@certto.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira, Mestre em Enfermagem Fundamental, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública, docente da área de Saúde da Criança e do Adolescente do Curso de Enfermagem do Campus de Cascavel da Universidade Estadual do Oeste do Paraná — UNIOESTE, Brasil. E-mail: claudiavictor@terra.com.br

<sup>3</sup> Enfermeira, Especialista em Saúde da Mulher, Gerente de Enfermagem do Hospital Municipal Prefeito Quinto Abrão Delazeri, Palotina, PR, Brasil. E-mail: julieneflavia@ibest.com.br

## INTRODUÇÃO

Gravidez na adolescência é um problema identificado em praticamente a totalidade das sociedades existentes, cuja prevalência é variável conforme os determinantes sociais, culturais e econômicos. Tem sido considerado um problema de várias dimensões, dessa forma, sua resolução também requer múltiplas ações, de muitos setores diferentes, tais como saúde, educação, serviço social, trabalho, entre outros.

Apesar da observância de todos os avanços no campo da anticoncepção, as adolescentes continuam engravidando. A sociedade mostra-se pseudopermissiva, estimulando a sexualidade precoce, como pode ser observado nas novelas veiculadas em horários a que crianças e jovens tem acesso, nas festas *rave* muito frequentes nas grandes cidades, na convivência dos adultos com a conduta de ficar adotada pelos jovens, mas proibindo a gravidez na adolescência, como se esse fato pudesse ser analisado de maneira independente do primeiro<sup>(1)</sup>.

Gestações na adolescência costumam resultar do desconhecimento sobre métodos anticoncepcionais, uso inadequado dos mesmos, ignorância da fisiologia da reprodução e das conseqüências das relações sexuais, utilização de métodos de baixa eficiência, diminuição da capacidade de julgamento devido ao uso de álcool e drogas. Autores acrescentam a esses fatores que mais da metade engravida para não perder o namorado, como afirmação da feminilidade, para sair da casa dos pais, para aplacar a solidão ou para encontrar nos cuidados do filho um objetivo para a vida etc.<sup>(1)</sup>.

Sobre a paternidade na adolescência, encontrou-se também uma pluralidade de aspectos que envolvem a gravidez nessa etapa da vida, tais como: gravidez planejada, gravidez indesejada, tentativa de aborto, arranjos conjugais diversos, uniões exitosas, separações, distintos graus de apoio familiar, reconhecimento social da paternidade, rejeição do vínculo paterno, assunção apenas da criança e não da parceira, paternidade como estímulo ao ingresso no mundo da criminalidade ou como antídoto à anomia — falta de objetivos e perda da identidade<sup>(2)</sup>.

No Brasil, em 1980, 12,5% dos partos foram de mães adolescentes, em 1998 esse dado percentual subiu para 24,4%. Os dados de 2007 mostram que cerca de 24,0% dos recém-nascidos no país têm mães com menos de 20 anos<sup>(3)</sup>. Pesquisas<sup>(4)</sup> têm demonstrado o crescente número de partos de mães adolescentes. Mesmo com a

queda na fecundidade em todo país, ainda é preocupante a gravidez em adolescentes em situação de vulnerabilidade social.

Reforçando o conhecimento de que fatores sociais e culturais são determinantes na prevalência da gravidez na adolescência de um determinado local. Assim, faz-se necessário um serviço de saúde bem estruturado para atender as adolescentes tanto grávidas quanto não grávidas, com foco em resultados na educação durante a adolescência, não só em relação à questão da sexualidade, mas a outras questões relacionadas a esse período de transição da infância para vida adulta.

Para tanto, é necessário que os profissionais de saúde se preocupem em conhecer os adolescentes com os quais trabalham, para traçar um plano de atividades coerente e que leve à estruturação de um planejamento e implementação de ações de integralidade da assistência para os adolescentes no âmbito dos municípios.

Em 2005, no município de Palotina — PR, dos 390 nascimentos, 69 nascidos, ou seja, 17,7% eram de mães com idade inferior a 19 anos, dado menor do que a média nacional no período, mas não menos preocupante. Assim, sente-se a necessidade de realizar um levantamento do perfil da situação problema para subsidiar a política de saúde local no planejamento em saúde com vistas a prevenir a ocorrência da gravidez precoce e possibilitar uma atuação direcionada ao grupo adolescente em relação ao exercício da sexualidade segura. Este estudo teve como objetivo identificar o perfil de adolescentes gestantes, considerando a influência de variáveis biológicas, sociais e psicológicas, no município de Palotina, estado do Paraná, para subsidiar ações de prevenção da gravidez precoce.

## MÉTODO

Trata-se de uma investigação exploratória, descritiva, com aplicação da técnica de entrevista, em abordagem quantitativa. Realizou-se a pesquisa no Centro de Saúde Municipal (CMS) em que são feitas as consultas de pré-natal. A população constituía-se pelas adolescentes agendadas (entre 13 e 17 anos de idade), sendo que no período da coleta de dados, agosto e setembro de 2006, 15 adolescentes gestantes estavam em acompanhamento pelo serviço.

O critério de seleção para a entrevista foi o comparecimento na consulta de pré-natal agendada no CMS

e o devido aceite em participar da pesquisa após a explicação do propósito da mesma e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelas adolescentes e seus responsáveis. Assim, 12 foram entrevistadas e constituíram a amostra do estudo, pois três não compareceram para acompanhamento no período.

Os dados foram obtidos por meio de entrevista com formulário estruturado, num consultório do ambulatório, destinado para a coleta de dados. Como o instrumento foi validado anteriormente em outro estudo<sup>(1)</sup>, dispensamos a realização de teste piloto, optando por sua replicação.

Assim, as perguntas contidas no instrumento de coleta de dados abrangeram:

- **variáveis sociais:** idade, grau de escolaridade, abandono escolar, repetência na escola, renda familiar, aspectos relativos à moradia, estado civil, religião, ocupação principal, números de parceiros até o momento, meio de acesso à educação sexual.
- **variáveis psicológicas:** relacionamento com pai, mãe, irmãos e companheiro, êxodo da escola (se presente), aceitação da família à gravidez, planejamento da gravidez, idade da mãe da adolescente quando (a mãe) engravidou pela primeira vez, provável cuidador do recém-nascido.
- **variáveis biológicas:** idade em que ocorreu a menarca, idade ginecológica (considerada como o intervalo de tempo entre a menarca e o primeiro parto), idade ao engravidar, história de aborto(s) anterior(es), utilização, indicação e tipo de método(s) contraceptivo(s) anterior a gestação.

Analisaram-se os achados com emprego da estatística descritiva, organizando os dados numéricos em distribuição de frequências absolutas e percentuais, a partir dos fundamentos teóricos da epidemiologia<sup>(5)</sup>. Os resultados foram comparados com outros estudos publicados de mesma natureza.

O trabalho foi realizado com base na resolução nº196/1996 que dispõe sobre as questões éticas em pesquisa realizadas com seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIOESTE, sob parecer número 46/2006 — CEP.

## RESULTADOS

Os resultados estão apresentados de acordo com as variáveis em que foram obtidos e classificados, embora nem todos estejam relatados e discutidos no artigo, em função da limitação de espaço para divulgação de resultados de pesquisa no momento da publicação. Assim, considerou-se de maior relevância, os descritos a seguir.

### Variáveis Biológicas

Quanto à idade da menarca, a faixa etária se apresentou da seguinte forma: 25% (3) tiveram a menarca aos 11 anos, 50% (6) aos 12 anos, 17% (2) aos 13 anos e 8% (1) aos 15 anos.

Sobre a idade ginecológica, a maior idade encontrada no estudo foi de cinco anos em 17% (2) dos casos e a menor idade ginecológica foi de um ano, com 8% (1). O conjunto de maior idade ginecológica encontrado foi de quatro a cinco anos, com um índice de 50% (6), o que representa em termos de idade biológica, 15 a 16 anos, ou seja, mesmo com a idade ginecológica maior, constata-se a precocidade para o desenvolvimento da gestação.

Em relação à idade, a incidência de gravidez na adolescência foi de 33% (4) na faixa etária dos 17 anos, 17% (2) aos 16 anos, 25% (3) aos 15 anos, 8% (1) aos 14 e 17% (2) aos 13 anos de idade.

A idade ao engravidar pela primeira vez teve como faixa predominante os 15 anos, com 33% (4), seguida dos dois extremos encontrados, 13 e 17 anos com 25% (3) cada e na faixa dos 14 anos e 16 anos 8% (1) cada.

Quanto a abortos anteriores, uma adolescente referiu aborto prévio à gravidez atual. Sobre o número de gestações anteriores a termo ou interrompidas, 17% (2) tiveram gestação a termo anterior à gestação atual, uma com filhos vivos e uma com óbito neonatal precoce.

Para utilização, indicação e tipo de método anticoncepcional anterior à gestação, 58% (7) das adolescentes não utilizavam método anticoncepcional após a sexarca, e mesmo para as 42% (5) que usavam, essa prática não foi eficiente na prevenção da gravidez. O método contraceptivo mais utilizado foi o preservativo masculino com 33% (4), seguido do anticoncepcional oral com 25% (3).

### Variáveis psicológicas

Quanto ao aspecto relacionamento familiar, 75% (9) das gestantes definiram o relacionamento com o

companheiro como ótimo, 17% (2) como bom e uma como regular. Nas relações com a mãe, 42% (5) a classificaram como ótima, 50% (6) como boa e uma como regular. As relações com os pais e irmãos foram ótimas para 33% (4), boas para 50% (6) e regular para uma. Algumas das adolescentes entrevistadas possuíam particularidades nas relações familiares, como morar com a avó ou possuir padrasto, levando a uma situação diferenciada de convívio familiar.

Sobre o êxodo escolar 50% (6) das entrevistadas abandonaram a escola na gravidez atual ou em gestações anteriores. Em relação à aceitação da gravidez atual, 100% (12) das adolescentes tiveram a gestação aceita pela família. Contudo, para o planejamento da gravidez atual, apenas 25% (3) das adolescentes disseram ter planejado a gravidez, enquanto para 75% (9) ela surgiu de forma inesperada.

### Variáveis sociais

Quanto ao grau de escolaridade, uma das gestantes entrevistadas completou o ensino médio, 25% (3) abandonaram o ensino médio em curso e 33% (4) tinham o ensino fundamental incompleto.

Sobre o número de parceiros até o momento, 100% (12) das adolescentes relataram terem tido somente um parceiro sexual. Em relação ao meio de acesso à educação sexual, a escola foi a primeira a ser citada por 67% (8), seguido da figura materna com 25% (3) e em terceiro lugar os amigos com uma citação. As principais fontes de educação sexual citadas foram livros, revistas e jornais com 25% (3), seguidos dos amigos com 17% (2) e televisão e rádio com 17% (2).

Em consideração à renda familiar, para 33% (4) esta era igual a um salário mínimo (350,00 reais vigentes à época da coleta de dados), para 42% (5) igual a dois salários mínimos, para 17% (2) três salários e uma com renda de quatro salários mínimos.

Sobre o estado civil, nenhuma adolescente relatou ser legalmente casada, sendo que as 58% (7) que moravam com o companheiro, o fizeram por ocasião da gravidez e as outras 42% (5) que disseram estar solteiras, namoravam o pai do bebê e relataram ter um bom relacionamento com o mesmo.

A respeito da ocupação principal, 50% (6) das adolescentes disseram ser do lar e 42% (5) estudantes. Ambas as ocupações não pertencem ao grupo economi-

camente ativo. Apenas uma disse ter um emprego remunerado de empregada doméstica.

### DISCUSSÃO

A menarca, primeira menstruação, é um indicador de maturação no desenvolvimento da mulher e tem ocorrido, em média, aos doze anos<sup>(6)</sup>, o que foi também identificado em nosso estudo, pois 50% das adolescentes tiveram a menarca com essa idade. Tal fato tem ocorrido mais cedo do que para as gerações anteriores, fenômeno que pode ser explicado por vários fatores, tais como: melhoria da condição alimentar e nutricional de nossa sociedade, utilização de hormônios na carne animal, agrotóxicos em verduras, legumes e frutas, aditivos químicos em alimentos industrializados, hipóteses que promovam o desenvolvimento orgânico acelerado do adolescente, bem como o diálogo na escola, com a família em casa, com os variados grupos, que podem acelerar a menarca e também a própria sexarca, ou seja, a primeira relação sexual<sup>(7)</sup>.

Outro aspecto estudado foi a respeito da idade ginecológica, que em sua definição, é o tempo compreendido entre a idade em que a adolescente engravidou e a idade em que teve sua menarca, a qual variou de um a cinco anos em nosso estudo. Não existe idade determinada para a primeira relação sexual — sexarca, fato este que vem se tornando cada vez mais precoce em nossa sociedade<sup>(7)</sup>. Na literatura, há ampla discussão quanto aos fatores que interferem na evolução e resultado gestacional, destacando-se a idade ginecológica, peso pré-gravídico e ganho de peso gestacional, hábito de fumar, paridade, assistência pré-natal, presença do companheiro e suporte familiar<sup>(8)</sup>.

A idade foi uma das variáveis estudadas, em função de que se estima cerca de 21,7% da população brasileira ter entre 10 e 19 anos de idade: 11,1% entre 10 a 14 anos e 10,6% entre 15 e 19 anos e que também, nos últimos anos, o número absoluto e relativo de gestações em adolescentes vem aumentando, especialmente no grupo dentre 10 a 14 anos<sup>(6)</sup>. A idade das adolescentes concentrou-se nos 17 anos de idade, sendo que a maior incidência de primeira gestação foi na faixa dos 15 anos<sup>(1)</sup>, o que também foi encontrado em nosso estudo.

Os estudos demográficos têm demonstrado que no Brasil, nos últimos vinte anos, houve um aumento da taxa específica de fecundidade e uma elevação rela-

tiva de nascimentos em mulheres dentre 15 a 19 anos, em contraste com a tendência revelada em outros grupos etários<sup>(9)</sup>. Em consonância com a diminuição abrupta da taxa de fecundidade experimentada nas últimas décadas, excetua-se a faixa etária dentre 15 a 19 anos, a qual ainda é crescente<sup>(10)</sup>.

Em relação à problemática da gravidez precoce nos países em desenvolvimento, há quatro décadas tem se observado a participação dessa faixa etária no aumento da fecundidade, fato esse que se deve também a já abordada iniciação sexual precoce e não utilização dos métodos contraceptivos, principalmente nos menores de 16 anos<sup>(11)</sup>.

Questiona-se a importância de se considerar a idade para a ocorrência da gravidez, ressaltando que as complicações relativas ao desfecho da gravidez se associam às condições sociais de existência, relacionadas com o nível de escolaridade, estado civil, apoio familiar e, sobretudo, com um adequado acompanhamento de pré-natal<sup>(10)</sup>.

No plano reprodutivo, a maioria dos jovens atualmente chega à maturidade sexual antes da maturidade social, emocional ou a independência econômica. Situações essas que podem ser determinadas pela erotização promovida pela mídia, que desencadeia um estímulo para a iniciação sexual precoce, que sem o domínio de conhecimentos sobre práticas contraceptivas, pode resultar em gravidez não planejada<sup>(10)</sup>. Esse fato está diretamente relacionado aos índices de abortamento induzido, o que, considerando-se a dificuldade de fidelidade dos dados por se tratar de um tema um tanto quanto velado — pois a história e a literatura apontam que a prática do aborto no Brasil está associada à clandestinidade — pode levar à omissão de dados na entrevista. Na maioria dos países latino-americanos o aborto é ilegal, e as mulheres que não pretendem levar uma gestação adiante, muitas vezes recorrem a um procedimento perigoso para sua saúde, utilizando-se de diversos instrumentos inapropriados, além de métodos cirúrgicos em clínicas clandestinas e uma prostaglandina disponível no mercado, muitas vezes utilizada para interromper a gestação indesejada<sup>(12)</sup>.

Pesquisa realizada em toda a América Latina pelo Instituto Alan Guttmacher aponta no Brasil uma taxa anual de 3,7 abortos para cada 100 mulheres, com idade de 15 a 49 anos, e, no total de 4.693.300 gestações ocorridas no país durante o ano de 1991, um total de 1.433.350 terminaram em aborto, ou seja, 31% das gestações foram in-

terrompidas<sup>(13)</sup>. Estudo mais recente sobre a magnitude do aborto no Brasil estimou que 1.054.242 abortos foram induzidos em 2005. A fonte de dados utilizada é o número de internações por abortamento registradas no Serviço de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. A grande maioria dos casos ocorreu no Nordeste e Sudeste do país, com uma estimativa de taxa anual de aborto induzido de 2,07 por 100 mulheres entre 15 e 49 anos<sup>(14)</sup>.

A adolescência, pelo fato de estar marcada por especificidades emocionais e comportamentais, refletindo na sua saúde sexual e reprodutiva, torna os adolescentes mais vulneráveis aos mesmos riscos aos quais muitos adultos estão expostos. Além de iniciar as atividades sexuais, muitos o fazem sem proteger-se, expondo-se à gravidez indesejada e não planejada, pois menos de 20% dos homens e 15% das mulheres usam algum método anticoncepcional na primeira relação sexual<sup>(6)</sup>.

O uso dos métodos contraceptivos varia segundo a etapa da adolescência e o grau de instrução. É mais usado depois de decorrido muito tempo da iniciação sexual e entre adolescentes com maior escolaridade. As com baixo grau de instrução fazem menos uso e estão mais propensas a abandonar o uso dos anticoncepcionais<sup>(12)</sup>, conforme se constatou em nosso estudo, em que mais da metade das adolescentes não utilizaram métodos anticoncepcionais.

Outra variável estudada foi o relacionamento familiar, pois independente da organização familiar, família pressupõe a existência de um lar, um local em que o adolescente se sente pertencer<sup>(7)</sup>. No entanto, dependendo das relações familiares prévias à gravidez, os conflitos pré-existentes podem se exacerbar. Nota-se que muitas adolescentes intensificam suas relações com a mãe, enquanto outras não conseguem manter um convívio harmonioso. O mesmo pode acontecer nas relações com o pai e os irmãos. Quanto às relações da adolescente gestante com seu companheiro ou pai do bebê, em estudo realizado, na grande maioria das vezes, estas foram denominadas como ótimas, impulsionando-as a morar com o parceiro, formando uma nova família, frequentemente construída em bases não muito sólidas<sup>(1)</sup>.

Fato que se pode observar nas entrevistas é o de que, apesar de as adolescentes tardarem a procurar a família para anunciar a notícia da gravidez, esta, por mais contrária que tivesse se mostrado anteriormente e, até mesmo na hora do recebimento da notícia, acaba por aceitar e colaborar com a adolescente gestante.

Nas adolescentes que não tem apoio nem vínculo fortalecido com sua família ou com o parceiro, pode se perceber uma interrupção do processo normal de desenvolvimento psico-afetivo-social. Geralmente, na situação de gravidez indesejada, a adolescente sofre críticas de familiares pelas pressões sociais envolvidas e também pelos problemas financeiros. Na maioria das vezes não podem contar com o apoio nem da família nem dos amigos ou vizinhos, então se sentem envergonhadas, culpadas e com dúvidas quanto ao seu futuro e do seu filho. Quando as adolescentes percebem que estão grávidas, geralmente recorrem primeiramente ao parceiro e em seguida aos amigos, só depois procuram alguém na família onde o diálogo pode ser mais bem estabelecido, geralmente com a mãe<sup>(15)</sup>.

Resultados encontrados mostram que 27,6% das adolescentes planejaram a gravidez, tendo como principais justificativas: querer ser mãe (51,2%), gostar de crianças (18,6%), desejo do casal (9,3%), não querer perder o parceiro (4,7%), vontade de ficar grávida (2,3%), o fato de que o outro filho já estava crescendo (2,3%), crença de que estava na hora (2,3%), desejo de ir se acostumando com o filho (2,3%) e idade do parceiro (2,3%)<sup>(16)</sup>.

A gravidez na adolescência não é um episódio isolado, faz parte do processo de busca de identidade, busca em que toda adolescente pode ter dificuldades em relação ao tempo e espaço, de assumir atitudes de rebeldia, buscar grupos minoritários ou até marginalizados que a entenda, procurar soluções mágicas para os seus problemas, criar juízos de valor e desprezar aqueles que os adultos lhe impuseram e, por isso, desenvolver reações agressivas com aqueles que a cercam<sup>(17)</sup>.

Outro problema importante a destacar em função da gravidez precoce é a aceitação pela adolescente de uma realidade distinta daquela de estudante, ou seja, mulher, futura mãe — cuidadora de um bebê, cuidados com a casa — o que faz com que, muitas vezes, a adolescente sinta-se inadequada no espaço da escola, levando ao abandono da mesma. Estudo destaca a interferência da gravidez precoce no percurso acadêmico, verificando altos índices de baixa escolaridade entre mães adolescentes, em decorrência da evasão, abandono e dificuldade de retorno à escola. Coloca ainda que são múltiplos os fatores a poder influenciar na baixa escolaridade de adolescentes, entretanto, a maternidade precoce pode comprometer o processo de escolarização, principalmente em condições socioeconômicas desfavoráveis<sup>(8)</sup>.

Evidencia-se que os cuidados exigidos pelo recém-nascido acabam por obstaculizar as atividades escolares das adolescentes, que não conseguem assistir as aulas e abandonam a escola precocemente, atrapalhando seu desenvolvimento escolar<sup>(12)</sup>.

A gravidez na adolescência é um fato comum em muitas escolas atualmente, tendo em vista o grande número de adolescentes que engravidam durante o período escolar, envolvendo uma série de questões como a reação da adolescente a sua gravidez, a reação da escola e da família e a interrupção ou não dos estudos. Além do aspecto socioeconômico, o abandono dos estudos pode ocorrer por fatores psicológicos. A adolescente pode sentir vergonha da sua barriga, que aparece como prova de sua atividade sexual, gerando sentimentos de angústia e conflitos que se expressam por sentimentos ambivalentes de vergonha que revela a negação de sua sexualidade, e na satisfação da gravidez, o que expressa o seu desejo de ter o filho<sup>(17)</sup>.

Adolescentes entrevistadas afirmaram ter conhecimento de que exercer a atividade sexual sem o uso de contraceptivos poderia provocar uma gravidez. Entretanto, não fizeram uso desses métodos quando iniciaram a vida sexual<sup>(17)</sup>. Assim, deixar de usar métodos contraceptivos não se refere exclusivamente à desinformação sexual, mas ao desejo de ter um filho na adolescência, seja para testar sua feminilidade mediante a constatação de sua capacidade procriativa, seja pelo próprio desejo em si. Situação que varia de acordo com os aspectos psicossociais de cada família, em que a maternidade assume significados variados de acordo com as vivências, desejos e fantasias.

Não é suficiente que a adolescente conheça os métodos anticoncepcionais para garantir o seu uso, evitando a gravidez indesejada, pois a família e a sociedade não aceitam abertamente jovens com práticas sexuais e isto as leva a não utilizar os métodos que conhecem, uma vez que o psiquismo da adolescente produz bloqueios que geram o esquecimento na utilização de métodos contraceptivos<sup>(16)</sup>.

Em relação à quantidade de parceiros que as adolescentes tiveram antes da gravidez, em dados de pesquisa<sup>(1)</sup> o número de parceiros total foi um para 55,56% das adolescentes e quatro para 5,56%. A maior parte das adolescentes era solteira na primeira gestação (66,67%), entretanto, no período pós-gestacional apenas 27,78% encontravam-se solteiras e as restantes estavam amasia-

das ou casadas, ou seja, um relacionamento considerado socialmente estável. Em nosso estudo 100% haviam tido somente um parceiro e durante a gestação 58,3% moravam com o pai do bebê.

As gestações ocorreram no contexto de relacionamentos afetivos estabelecidos em sua grande maioria, sendo que somente um pequeno percentual ocorre em parcerias eventuais (14,2% em homens e 2,5% em mulheres). A maioria das adolescentes (56,2%) tinha como parceiro da primeira gestação antes dos vinte anos aquelas com quem se iniciaram sexualmente<sup>(9)</sup>.

Adolescentes no município de Botucatu, acerca da situação marital, disseram que: 20% eram legalmente casadas; outras 50%, embora solteiras, moravam com o companheiro, 25% estavam sozinhas e sem companheiro e 5% disseram estar solteiras, mas namorando o pai do bebê<sup>(15)</sup>. Dados que também foram semelhantes neste estudo.

Dados encontrados quanto à situação conjugal mostram que no período pré-gestacional, 66% das adolescentes eram solteiras, 26% viviam em comunhão livre e apenas 8% estavam casadas. No período pós-gestacional, o perfil mudou significativamente, em que o número de adolescentes solteiras passou para 18,8%, de comunhão livre para 60,6% e de casadas para 18,5%<sup>(8)</sup>.

Freqüentemente, a gestação precoce está ligada à ocorrência da iniciação sexual precoce, desconhecimento ou não uso dos métodos contraceptivos, aliados à falta de participação da escola e serviços de saúde no processo de educação sexual dos adolescentes<sup>(16)</sup>.

Os serviços de saúde e a escola são poucas vezes apontados como orientadores da sexualidade na adolescência, sugerindo que há uma lacuna no trabalho dessas instituições frente a essas questões, merecendo uma revisão e construção de políticas norteadoras, repercutindo na melhoria da assistência à saúde e formação escolar<sup>(15)</sup>.

Estudo feito com enfermeiros para avaliar sua prática sobre planejamento familiar com adolescentes mostrou que o planejamento familiar para adolescentes ocorre, porém, pouco direcionado para as especificidades desse público, caracterizando-se também por disponibilidade limitada dos métodos contraceptivos e fragilidade na organização do serviço, com demora no atendimento, horário compatível com o da escola, falta de tempo e de espaço para profissionais realizarem atividades grupais<sup>(18)</sup>, evidenciando que o serviço de saúde tem feito

pouco ou nenhum investimento nessa prática voltada para o público adolescente.

Outro fator diretamente relacionado à questão da gravidez precoce é a situação social da jovem, cujo fator renda familiar se sobressai como influente nessa problemática, em diversos aspectos. Em uma pesquisa, ao questionar as adolescentes gestantes sobre a renda familiar, constatou-se que elas hesitaram em responder, sendo que uma grande parte disse não saber. Dentre as que responderam, a maioria relatou renda inferior a três salários mínimos, mostrando baixo poder aquisitivo. O fato de as adolescentes desconhecerem a renda familiar reflete o pouco envolvimento com a realidade concreta de seu sustento e de seu filho, mostrando mais uma vez que a gravidez não foi de forma idealizada<sup>(15)</sup>. No presente estudo a renda familiar encontrada estava entre um e quatro salários mínimos.

Muitas pesquisas demográficas têm demonstrado a importância das condições sócioeconômicas das mães em análise de fecundidade. A escolaridade da mãe é considerada uma importante variável, pois expressa a situação socioeconômica, e tem sido relatada a relação desta variável com a gestação<sup>(12)</sup>.

Socialmente, atribui-se à adolescência valores de uma etapa da vida em que se deve dar atenção exclusiva aos estudos e a preparação profissional. A constituição da família só deve acontecer após a formação profissional e a conquista da estabilidade financeira. A gravidez precoce e não planejada pode acarretar, com muita frequência, consequências no processo de escolarização e por sua vez, na inserção no mercado de trabalho, altamente competitivo.

A gravidez na adolescência e não planejada pode acarretar sobrecarga psíquica, emocional e social para o desenvolvimento da adolescente. Desta forma, contar com uma rede de apoio é fundamental para reestabelecer os parâmetros de vida modificados após a constatação da gravidez, com o apoio de escola, família e unidade de saúde<sup>(19)</sup>. A ausência de uma rede de apoio pode contribuir para modificar significativamente seu projeto de vida futura, seu desenvolvimento, a responsabilidade para com o filho, a possibilidade de perpetuação do ciclo de pobreza, educação precária, falta de perspectiva de vida, lazer e emprego<sup>(20)</sup>. A instabilidade econômica ainda contribui para a evasão escolar, baixa escolaridade e dificuldade de inserção no mercado de trabalho, comprometendo a estabilidade conjugal e estado de saúde

da gestante e seu filho, principalmente das que não têm apoio familiar<sup>(8)</sup>.

Outro aspecto que ainda deve ser considerado é a reincidência de gestações em adolescentes, caso esta não tenha um acompanhamento após o parto direcionado ao planejamento familiar e promoção de sua saúde. Essa reincidência ocorre em torno de 30% no primeiro ano e até 50% no segundo ano após a primeira gestação<sup>(21)</sup> que mostrou uma alta incidência de nova gestação após cinco anos da primeira gravidez (61%), sendo que grande parte das adolescentes participantes da pesquisa havia engravidado mais de uma vez neste período (40%).

## CONCLUSÃO

O perfil obtido das adolescentes gestantes mostra que os dados encontrados corroboram os da literatura: menarca precoce, repetência escolar, abandono escolar, ausência de ocupação remunerada, baixa renda familiar, um parceiro sexual somente, geralmente com união consensual, baixo uso de contraceptivos, baixo grau de conhecimento e orientação sobre contraceptivos, história de gravidez na adolescência na família, reação positiva da família em relação à gravidez atual.

Esse perfil demonstra que — apesar dos avanços e da divulgação de estudos realizados com adolescentes sobre essa temática, da divulgação das práticas sexuais como normais entre os jovens nos principais programas da televisão aberta, das festas as quais participam cada vez mais cedo com liberalidade dos costumes entre si — a gravidez e o sexo inseguro continuam como práticas recorrentes. A liberdade dos costumes não está associada à maturidade para o cuidado do corpo em relação à prevenção de doenças e da gravidez precoce. O que nos motiva a divulgar esses resultados e suscitar a reflexão dos enfermeiros que atuam na atenção básica sobre o que tem sido feito para mudar essa realidade.

Reforça-se a importância de se repensar ações para a assistência à saúde do adolescente na atenção básica, com programas alicerçados na literatura, dirigidos a eles, dispondo de novas formas — que não a maternidade — de saciar as necessidades emocionais e de desenvolvimento, mediante alternativas de vida para esse período. Também é importante que o enfermeiro da atenção básica envolva-se no desenvolvimento de programas educativos sobre desenvolvimento sexual, treinamento de habilidades interpessoais, de negociação e comunicação nas

escolas, além de desenvolver instrumentos para identificar adolescentes com alto risco para a gravidez precoce.

Sugerimos algumas estratégias para a atuação da enfermagem com adolescentes, tais como a consulta de enfermagem, o uso da internet para divulgar orientações e a educação em saúde, contemplando também a família do adolescente. A estratégia de adolescentes multiplicadores da promoção de saúde deve ser utilizada, sendo o próprio jovem o elo entre os profissionais de saúde e a população adolescente. A atenção primária à saúde deve ser trabalhada de forma articulada com os demais setores da comunidade, em uma relação de intersectorialidade na busca da promoção da saúde desse grupo, que possibilite a construção de projetos de vida saudáveis, que incluam o lazer, atividades esportivas e culturais, a educação e o trabalho.

A organização dos cuidados à saúde, e especificamente a atuação da enfermagem, continua exigindo novas pautas, propostas e metodologias de intervenção. Além disso, não prescinde de novas formas de compreender os processos sociais, biológicos, subjetivos e institucionais que conformam a qualidade de vida dos adolescentes brasileiros, as diferentes vulnerabilidades aos agravos à saúde e as insuficiências de modalidades de ações e serviços a que tem direito.

É preciso tornar os serviços de saúde mais atraentes e direcionados aos adolescentes, ultrapassando o enfoque de atendimento a demanda e transmissão de informações acerca da sexualidade e disponibilização de métodos contraceptivos, criando estratégias de atendimento que promovam a participação e presença do adolescente nos serviços de saúde.

Além de pensar novas formas de trabalho com a saúde do adolescente, necessita-se uma constante renovação de valores, construídos coletivamente, entre adolescentes, família e sociedade. A partir da divulgação do perfil das adolescentes gestantes nessa pesquisa, esperamos contribuir com o setor saúde para que tenha mais subsídios, apesar de não tão novos, pois os fatores permanecem praticamente inalterados, para planejar e implementar ações com vistas a minimizar o problema da gestação precoce e que possam repensar as ações desenvolvidas e programar ações de mudança na atenção primária que contemple a integralidade para a saúde do adolescente.

## REFERÊNCIAS

1. Persona L, Shimo AKK, Tarallo MC. Perfil de adolescentes com repetição de gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. *Rev Latino-am Enferm.* 2004; 12(5):745-50.
2. Cabral CS. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19(2):283-92.
3. Ministério da Saúde. Datasus [Internet]. Proporção de nascimentos de acordo com a idade materna [citado em 2009 fev 12]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/LivroIDB/2edrev/g15.pdf>.
4. Jeolás LS, Ferrari RAP. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2003; 8(2):611-20.
5. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. Introdução à epidemiologia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006.
6. Spindola T, Silva LFF. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009; 13(1):99-107.
7. Heideman M. Adolescência e saúde: uma visão preventiva. Rio de Janeiro: Vozes; 2006.
8. Costa COM, Santos CAST, Nascimento Sobrinho C, Moura MSQ, Souza KEP, Assis DR. Gravidez na adolescência: associação de variáveis sociodemográficas e biomédicas materna com resultado neonatal, Feira de Santana — Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2005; 29(2):300-12.
9. Dias AB, Aquino EML. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22(7):1447-58.
10. Goldenberg P, Figueiredo MC, Silva RS. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21(4):1077-86.
11. Costa MCO, Formigli VLA. Avaliação da qualidade de serviço de saúde para adolescentes. *Rev Saúde Pública.* 2001; 35(2):177-84.
12. Velasco VIP. Estudo epidemiológico das gestantes adolescentes de Niterói [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1998.
13. Souza VLC, Correa MSM, Souza SL, Beserra M. O aborto entre adolescentes. *Rev Latino-am Enferm.* 2001; 9(2):42-7.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
15. Godinho RA, Schelp JRB, Parada CMGL, Bertoncello NMF. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio. *Rev Latino-am Enferm.* 2000; 8(2):25-32.
16. Belo MAV, Silva JLP. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Rev Saúde Pública.* 2004; 38(4):479-87.
17. Dadoorian D. Um novo olhar sobre a gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Rocco; 2000.
18. Queiroz INB, Santos MCFC, Machado MFAS, Lopes MSV, Costa CCC. Planejamento familiar na adolescência na percepção de enfermeiras da estratégia saúde da família. *Rev Rene.* 2010; 11(3):103-13.
19. Carvalho AYC, Ximenes LB, Fontenele FC, Dodt RCM. Perfil sociodemográfico e reprodutivo de adolescentes grávidas acompanhadas na unidade básica de saúde do município de Canindé. *Rev Rene.* 2009; 10(1):53-61.
20. Moura ERF, Souza CBJ, Evangelista DR. Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes de escolas públicas e privadas de Fortaleza-CE, Brasil. *Rev Min Enferm.* 2009; 13(2):266-73.
21. Bruno ZV, Feitosa FEL, Silveira KP, Moraes IQ, Bezerra MF. Reincidência de gravidez em adolescentes. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009; 31(10):480-4.

Recebido: 31/05/2010

Aceito: 22/02/2011