

INGRID DE LOURDES ESPEJO CARVACHO

**GESTANTES ADOLESCENTES:
CONHECIMENTO SOBRE REPRODUÇÃO E
PERCEPÇÃO DE ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE**

Tese de Doutorado

ORIENTADOR: Prof. Dr. JOÃO LUIZ CARVALHO PINTO E SILVA

**UNICAMP
2005**

INGRID DE LOURDES ESPEJO CARVACHO

**GESTANTES ADOLESCENTES:
CONHECIMENTO SOBRE REPRODUÇÃO E
PERCEPÇÃO DE ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE**

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Doutor em Tocoginecologia, área de Ciências Biomédicas.

ORIENTADOR: Prof. Dr. JOÃO LUIZ CARVALHO PINTO E SILVA

**UNICAMP
2005**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Es64g Espejo Carvacho, Ingrid de Lourdes
Gestantes adolescentes: conhecimento sobre reprodução
e percepção de acesso a serviços de saúde. / Ingrid de
Lourdes Espejo Carvacho. Campinas, SP : [s.n.], 2005.

Orientador : João Luiz de Carvalho Pinto e Silva
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Educação sexual. 2. Acesso aos Serviços de Saúde.
3. Saúde reprodutiva. 4. Gravidez na adolescência. I. Pinto
e Silva, João Luiz de Carvalho. II. Universidade Estadual de
Campinas.Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

(slp/fcm)

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

Aluna: INGRID DE LOURDES ESPEJO CARVACHO

Orientador: Prof. Dr. JOÃO LUIZ CARVALHO PINTO E SILVA

Membros:

1.

2.

3.

4.

5.

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: 28/06/2005

Dedico este trabalho...

*Às minhas filhas, **Vanessa e Verônica**,
por morarem no meu coração e
conviverem pacientemente com meus desafios,*

e

*Ao **Dirceu** (in memorian),
que nos deixou a nostalgia e
seu exemplo de luta e superação.*

Agradecimentos

À Unicamp e ao Departamento de Tocoginecologia, pela oportunidade de alcançar esta meta na minha formação profissional.

Ao Prof. Dr. João Luiz, que acompanhou o desenvolvimento do trabalho, transmitindo seu saber e experiência.

À Maeve, pela dedicação e apoio constante, ajudando-me a superar as dificuldades.

À Sirlei, pela importante colaboração e paciência conservada nesta longa caminhada em que convivemos.

À Dra. Ellen, pelo incentivo e apoio profissional.

Às colegas Lucilene, Lucila e Maria Paula, pela mão amiga sempre presente nos momentos difíceis.

À mãe Sara, à irmã Ximena e aos sobrinhos, Francisco Javier e Ximena Carolina, pela grandiosa fraternidade.

Às autoridades da Secretaria de Saúde de Indaiatuba, nas pessoas do Dr. Luiz Chiaparine e Dr. Túlio José T. de Couto.

Às secretárias Margarete e Verônica, sempre disponíveis.

Aos profissionais e funcionários do CEMICAMP, atenciosos e colaboradores.

Aos funcionários da Biblioteca Central da Unicamp, que me auxiliaram sempre que precisei.

Às jovens gestantes do Ambulatório, pela participação incondicional.

A todos os que direta ou indiretamente contribuíram na elaboração deste trabalho, facilitando, sugerindo, criticando, revisando, estando perto ou apenas acreditando em sua possibilidade, meu reconhecimento e amizade.

E a Deus, que iluminou o meu caminho até VOCÊS

Para a realização deste trabalho foi obtido um financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) - processo número 2003/02170-9.

*Esa niña de largos silencios volaba tan alto
que mi mirada quería alcanzarla e no la podía ver;
La paraba en el tiempo pensando
que no debería crecer,
Pero el tiempo me estaba engañando
“mi niña se hacía mujer”.
La quería ya tanto
que al partir de mi lado
ya sabía que la iba a perder,
Es que el alma le estaba cambiando
“de niña a mujer”.*

(Julio Iglesias)

Sumário

Símbolos, Siglas e Abreviaturas	xv
Lista de Figuras e Tabelas	xvii
Resumo	xix
Summary	xxi
1. Introdução.....	23
2. Objetivos.....	37
2.1. Objetivo geral	37
2.2. Objetivos específicos	37
3. Sujeitos e Métodos	39
3.1. Desenho do estudo	39
3.2. Tamanho amostral	39
3.3. Seleção dos sujeitos	39
3.3.1. Critérios de inclusão	40
3.3.2. Critérios de exclusão.....	41
3.4. Variáveis.....	41
3.4.1. Características sociodemográficas	41
3.4.2. Características reprodutivas.....	43
3.4.3. Conhecimento sobre o aparelho genital feminino e aspectos fisiológicos da reprodução.....	44
3.4.4. Acesso ao serviço de saúde.....	49
3.5. Instrumentos para coleta de dados	54
3.6. Coleta de dados	55
3.7. Processamento e Análise dos dados.....	56
4. Resultados.....	59
4.1. Características sociodemográficas	59
4.2. Características reprodutivas.....	62
4.2.1. Perfil das adolescentes que usaram e não usaram MAC na primeira relação sexual ..	65
4.2.2. Perfil das adolescentes que usaram e não usaram MAC antes de engravidar	66
4.2.3. Perfil das adolescentes que tinham e não tinham intenção de engravidar	68

4.3. Conhecimento das adolescentes sobre reprodução	69
4.4. Acesso ao serviço de saúde.....	77
4.4.1. Acesso à informação	78
4.4.2. Acesso administrativo	80
4.4.3. Acesso psicossocial.....	83
4.4.4. Acesso geográfico.....	86
4.4.5. Acesso econômico.....	88
5. Discussão	91
6. Conclusões	109
7. Referências Bibliográficas	111
8. Bibliografia de Normatizações.....	119
9. Anexos	121
9.1. Anexo 1 – Questionário.....	121
9.2. Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	129
9.3. Anexo 3 – Variáveis utilizadas no modelo de regressão logística	131

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
BEMFAM	Bem-Estar Familiar no Brasil
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
DATASUS	Departamento de Informação e Informática do SUS
EF	Ensino fundamental
EM	Ensino médio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAC	Método Anticoncepcional
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPS	Organização Pan-Americana da Saúde
p	Significância estatística
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
SAS	<i>Statistical Analysis System</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

Lista de Figuras e Tabelas

	Pág.
Figura 1. <u>Órgãos genitais femininos</u>	55
Figura 2. <u>Modelo feminino tridimensional.</u>	55
Figura 3. <u>Localização incorreta dos órgãos genitais externos</u>	70
Figura 4. <u>Localização incorreta dos órgãos genitais internos (trompas e ovários)</u>	70
Figura 5. <u>Localização invertida do útero e incorreta das trompas e ovários</u>	70
Figura 6. <u>Localização incorreta dos ovários e trompas</u>	70
Tabela 1. <u>Distribuição das características sociodemográficas das adolescentes (n=200)</u>	61
Tabela 2. <u>Motivos alegados pelas adolescentes para interromper a escola (n=125)</u>	62
Tabela 3. <u>Distribuição percentual dos métodos anticoncepcionais utilizados pelas adolescentes na primeira relação sexual (n=137) e antes de engravidar (n=43)</u>	63
Tabela 4. <u>Distribuição percentual dos motivos referidos para justificar o desejo de engravidar pelas jovens estudadas (n=56)</u>	63
Tabela 5. <u>Distribuição percentual dos motivos relatados pelas adolescentes para justificar o não uso de método anticoncepcional quando engravidaram (n=101)</u>	64
Tabela 6. <u>Distribuição percentual dos fatores relatados pelas adolescentes que poderiam ter contribuído para a não ocorrência da gravidez não programada (n=144)</u>	64
Tabela 7. <u>Distribuição percentual de algumas características sociodemográficas das adolescentes quanto ao uso ou não de método anticoncepcional na primeira relação sexual (n=200)</u>	65
Tabela 8. <u>Variáveis associadas ao uso de método anticoncepcional na primeira relação sexual (n=200)</u>	66
Tabela 9. <u>Distribuição percentual das adolescentes que usaram e não usaram método anticoncepcional antes de engravidar segundo características sociodemográficas (n=144)</u>	67
Tabela 10. <u>Variáveis associadas ao uso de método anticoncepcional para evitar esta gravidez (n=200)</u>	68

Tabela 11. Distribuição percentual das adolescentes que queriam e não queriam engravidar naquele momento segundo características sociodemográficas (n=200)	69
Tabela 12. Distribuição percentual das respostas das adolescentes sobre o conhecimento da anatomia dos órgãos genitais femininos (n=200)	71
Tabela 13. Distribuição percentual do indicador de conhecimento da anatomia dos órgãos genitais femininos segundo características sociodemográficas (n=200)	72
Tabela 14. Distribuição percentual das respostas das adolescentes sobre o conhecimento da fisiologia dos órgãos genitais femininos (n=200)	73
Tabela 15. Variáveis associadas ao indicador do conhecimento da fisiologia dos órgãos genitais femininos (n=200)	74
Tabela 16. Distribuição percentual das respostas das adolescentes sobre o conhecimento da fisiologia da reprodução (n=200)	74
Tabela 17. Distribuição percentual do indicador de conhecimento da fisiologia da reprodução segundo características sócio-demográficas (n=200)	75
Tabela 18. Variáveis associadas ao indicador de conhecimento da fisiologia da reprodução (n=200)	76
Tabela 19. Distribuição percentual dos indicadores de conhecimento das adolescentes (n=200)	76
Tabela 20. Distribuição percentual dos motivos apresentados pelas adolescentes para não realização de consulta ginecológica anterior à gravidez (n=73)	77
Tabela 21. Distribuição percentual dos indicadores de acesso ao serviço de saúde (n=200)	78
Tabela 22. Distribuição percentual do indicador de acesso à informação segundo características sociodemográficas (n=200)	79
Tabela 23. Variáveis associadas ao indicador de acesso à informação (n=200)	80
Tabela 24. Distribuição percentual do indicador de acesso administrativo segundo características sociodemográficas (n=200)	82
Tabela 25. Variáveis associadas ao indicador de acesso administrativo (n=200)	83
Tabela 26. Motivos referidos pelas adolescentes que justificaram a preferência pelo ginecologista mulher (n=136)	84
Tabela 27. Distribuição percentual do indicador de acesso psicossocial segundo características sociodemográficas (n=200)	85
Tabela 28. Variáveis associadas ao indicador de acesso psicossocial (n=200)	86
Tabela 29. Distribuição percentual do indicador de acesso geográfico segundo características sociodemográficas (n=200)	87
Tabela 30. Variáveis associadas ao indicador de acesso geográfico (n=200)	88
Tabela 31. Distribuição percentual do indicador de acesso econômico segundo características sociodemográficas (n=200)	89

Resumo

Para o Brasil, assim como para outros países, o índice crescente de gravidez na adolescência representa um problema social e de saúde pública devido às repercussões orgânicas, psicológicas e sociais que a gravidez acarreta nesta faixa etária. São vários e complexos os fatores etiológicos envolvidos no fenômeno. Entre eles, a literatura aponta a desinformação das adolescentes sobre o funcionamento do corpo e a falta de acesso aos serviços de saúde, onde as adolescentes são alvo de ações educativas e preventivas apropriadas. Este estudo de corte transversal teve como objetivos verificar o uso de métodos anticoncepcionais e a intenção reprodutiva, avaliar o conhecimento sobre o aparelho genital feminino e alguns aspectos da fisiologia da reprodução, bem como o acesso aos serviços de saúde entre adolescentes gestantes atendidas em uma unidade básica de saúde do Município de Indaiatuba, através de metodologia quantitativa. Foram entrevistadas individualmente 200 adolescentes primigestas no momento de sua primeira consulta de pré-natal, aplicando-se um questionário (pré-testado) com perguntas abertas e fechadas relativas às características sociodemográficas das adolescentes, intenção reprodutiva, uso de métodos anticoncepcionais na primeira relação sexual e antes de engravidar, identificação, localização e função dos órgãos genitais femininos, barreiras de acessos geográfico, econômico, administrativo, psicossocial e à

informação, ao serviço de saúde. Na análise descritiva univariada dos dados foram utilizados a distribuição de frequência absoluta e índices percentuais; na análise bivariada foi aplicado teste qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher, e, na multivariada, regressão logística para analisar a associação entre as características sociodemográficas e reprodutivas e o conhecimento e acesso a serviços de saúde. O conhecimento das adolescentes foi avaliado através da elaboração de três indicadores: anatomia, fisiologia dos órgãos genitais e fisiologia da reprodução, e o acesso ao serviço de saúde através de cinco indicadores de acessos: geográfico, econômico, administrativo, psicossocial e à informação. Concluiu-se que o uso de métodos anticoncepcionais é descontínuo e que a gravidez não foi programada na maioria dos casos. O conhecimento sobre os órgãos genitais femininos foi insatisfatório, principalmente os conceitos fisiológicos da reprodução. A idade e escolaridade das adolescentes, a religião, idade dos parceiros, a diferença de idade do casal e o vínculo com o parceiro após a gravidez associaram-se aos indicadores de conhecimento. Entre as barreiras de acesso ao serviço de saúde foram consideradas significativas apenas as barreiras de natureza psicossocial. A escolaridade, o trabalho, a idade dos parceiros e o vínculo com o parceiro associaram-se com o acesso ao serviço de saúde em suas diversas dimensões. Há a necessidade de novas estratégias para facilitar o acesso ao serviço de saúde pelas adolescentes e que minimizem as barreiras de gênero, respeitem a autonomia das adolescentes e considerem as características e o vínculo com seus parceiros.

Unitermos: gravidez na adolescência; saúde reprodutiva; educação sexual; acesso a serviços de saúde.

Summary

In Brazil, as in other countries, high adolescent pregnancy rates represent a significant social and public health problem due to the organic, psychological and social repercussions of pregnancy in this age group. Several complex etiological factors are involved in this phenomenon. Of these, previous studies have reported misinformation regarding the functioning of the adolescent's own body and difficult access to health services where appropriate educational information is provided and preventive actions are implemented. The objective of this cross-sectional study was to assess the prior use of contraceptive methods, reproductive intentions, and the knowledge among pregnant adolescents seeking healthcare at a basic health center in the municipality of Indaiatuba with respect to the female genital organs, some aspects of reproductive physiology and the adolescents' perception of healthcare access. Quantitative methodology was used in the data analysis. Two hundred primigravidae were interviewed individually at the time of their first prenatal consultation. A pre-tested questionnaire was applied, containing both open and closed questions regarding the sociodemographic characteristics of the adolescents, their reproductive intentions, use of contraceptive methods during first sexual intercourse and prior to becoming pregnant, identification, localization and function of the female genital organs, geographical, economical, administrative and psychosocial

barriers, as well as information barriers to health services. Absolute frequency distribution and percent index were used in the univariate descriptive data analysis. Pearson's chi-squared test or Fisher's exact test were used in the bivariate descriptive analysis, and logistic regression was used in the multivariate analysis to analyze the association between sociodemographic and reproductive characteristics and knowledge and access to health services. The adolescents' knowledge was evaluated by elaborating three indicators: anatomy, physiology of the genital organs and reproductive physiology. Access to health services was evaluated in 5 categories: geographic, economic, administrative, information and psychosocial. Our results show that use of contraceptive methods is sporadic and in most cases the pregnancy was not planned. Knowledge regarding the female genital organs is insufficient, principally with respect to concepts of reproductive physiology. The age and education level of the adolescents, religion, age of partners, age difference within the couple, and the bond with partner after the pregnancy were associated with indicators of knowledge. The only barriers to access to health services that were considered significant were those of a psychosocial nature. Education level, age of partner, bond with partner and employment were, in their individual dimensions, associated with access to health services. There is a need for new strategies to make access to health services easier for adolescents, minimizing gender barriers, respecting the autonomy of the adolescents and taking the characteristics of their partners and the relationship between the adolescents and their partners into consideration.

Key words: adolescent pregnancy; reproductive health; sexual education; access to healthcare services.

1. Introdução

Nas últimas décadas, a saúde reprodutiva das adolescentes tem sido motivo de estudo entre os pesquisadores pela sua problemática biológica e psicossocial. Em particular, o grande interesse na pesquisa científica tem sido o comportamento reprodutivo deste grupo etário, especialmente o problema das conseqüências fisiológicas, psicológicas, sociais e jurídicas da gravidez e do aborto na adolescência (Pinto e Silva, 1998).

A cada ano, cerca de 15 milhões de adolescentes no mundo experimentam a maternidade. As pesquisas de países em desenvolvimento revelam que entre 20% e 60% das gestações e nascimentos, que ocorrem em mulheres com idade menor que 20 anos, são inoportunas e involuntárias (Who, 1997).

No Brasil, a fecundidade tem apresentado, nas últimas décadas, uma curva decrescente sistemática e significativa. No entanto, entre mulheres adolescentes, essa taxa segue em sentido inverso, principalmente entre aquelas de dez a 14 anos. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que a taxa de fecundidade do grupo de mulheres entre 15 e 19 anos apresentou

aumento de 26% entre os anos 1970 e 1991. Ainda, os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) mostram que 18% das adolescentes brasileiras com idade entre 15 e 19 anos já ficaram grávidas pelo menos uma vez, e 11,4% delas já tinham um filho. Esta mesma pesquisa revela que, entre os anos 1970 e 1991, a taxa de fecundidade entre adolescentes de dez a 14 anos foi duplicada. Em 2002, estudo do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) mostrou, em três capitais estaduais brasileiras, que a gravidez é mais incidente entre adolescentes de 15 a 17 anos.

O aumento da fecundidade na adolescência não é um fenômeno apenas brasileiro ou dos países em desenvolvimento. O mesmo vem ocorrendo em alguns países europeus e da América do Norte. Nos Estados Unidos aconteceu um declínio dessa taxa, da ordem de 25% entre os anos 1970 e 1985, seguido de um aumento de 7% entre 1985 e 1995. Na Rússia houve também um aumento considerável, de 29,7%, em 1970, para 45,6%, em 1995. Por outro lado, em outros países desenvolvidos como Austrália, Canadá, Dinamarca, França, Itália e Inglaterra, as taxas de fecundidade em adolescentes diminuíram no mesmo período (Singh, 2000).

No Brasil, dados do Ministério da Saúde mostraram a ocorrência de quase 700.000 partos de adolescentes por ano nos hospitais públicos, o que corresponde a 27% de todos os nascimentos do país. Embora o número de partos venha diminuindo, acompanhando o declínio da fecundidade das mulheres brasileiras, o número de nascimentos ocorridos entre mulheres de 15 e 19 anos segue aumentando. Entre 1993 e 1999, os partos ocorridos nesta faixa etária aumentaram

10% e, entre jovens de dez a 14 anos, o percentual de aumento no mesmo período foi de 17%. O parto constitui-se na primeira causa de internação de jovens nesta faixa etária (Brasil, 2000).

Na Maternidade do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), em Campinas, verificou-se nos últimos dez anos um declínio do número de partos entre adolescentes, cujo índice de 22% a 23%, em 1986, diminuiu para 19% a 20% em 1996, com um leve aumento da incidência em adolescentes entre dez e 14 anos (Pinto e Silva, 1998).

Para o Brasil, assim como para outros países do mundo, o índice crescente de gravidez na adolescência representa um problema social e de saúde pública devido às repercussões orgânicas, psicológicas e sociais que a gravidez acarreta nesta faixa etária (Cannon, 1998). O fenômeno é verificado especialmente na população de baixo nível socioeconômico por causa das condições de vida desfavoráveis, de abandono e promiscuidade, da desinformação e falta de acesso a métodos anticoncepcionais (Pinto e Silva, 1998). Para Souza (1998), a magnitude das diferenças socioeconômicas é tão grande que o fenômeno passa a ser fundamentalmente relacionado à perpetuação da pobreza. Além da diferenciação dos grupos sociais, o fenômeno da fecundidade precoce afeta mais as áreas rurais e as mulheres menos educadas (Camarano, 1998).

Por outro lado, Rodrigues et al., (1993) verificaram que o acontecimento não ocorre somente em adolescentes das camadas sociais mais baixas, mas também entre adolescentes socialmente mais favorecidas, segmento social em que nem

sempre se assume a gravidez, que termina, quase sempre, em aborto. Estes autores concluíram que 80% das adolescentes de classe alta que engravidaram interromperam voluntariamente a gravidez.

As estimativas do Ministério da Saúde são que de 1 milhão de gestações ocorridas entre adolescentes por ano no Brasil, um terço terminaria em abortos. Na literatura são enfocados os efeitos físicos e psicológicos do aborto, principalmente, nos países onde é clandestino, como o Brasil. Quando realizado em condições precárias, o aborto pode causar esterilidade ou até a morte (Cannon, 1998). O aborto constitui a quinta causa de internação na rede SUS e responde por 9% das mortes maternas e 25% dos casos de esterilidade por causa tubária. Das internações por aborto, aproximadamente 20% correspondem às jovens de dez a 19 anos (Brasil, 2000).

Em relação aos motivos que levam as adolescentes a interromper a gravidez, Fittipaldi (1998) encontrou associação do aborto induzido com a falta de apoio da família ou do parceiro para manter a gravidez, e também entre aquelas que já haviam tido uma gestação anterior e a repetiram ainda na condição de adolescente.

Atualmente, a maioria dos adolescentes, de países desenvolvidos ou em desenvolvimento, inicia atividade sexual precocemente. A idade mediana da primeira relação sexual em mulheres brasileiras de 15 a 19 anos é 15 anos, e do primeiro filho é de 16,7 anos (Bemfam, 1997). Dados mais recentes confirmam esse comportamento: em 2001/2002, 32,8% dos(as) adolescentes brasileiros(as), entre 12 e 17 anos, já haviam tido sua primeira relação sexual, e, destes, 39%

eram do sexo feminino (Unicef, 2002). As adolescentes com vida sexual ativa enfrentam uma série de riscos; entre eles a gravidez não planejada, ou indesejada, e o aborto. Também é considerável o risco de adquirir doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a AIDS (Diaz, 1994).

Em relação à idade de início da atividade sexual no Brasil, a PNDS (1996) verificou-se que cerca de 33% das mulheres entrevistadas de 15 a 19 anos de idade, já haviam tido a primeira relação sexual, sendo que somente 3% estavam casadas. A mesma pesquisa revelou que o aumento nas últimas décadas do contingente de jovens cuja primeira relação sexual ocorreu antes de uma união formal, é um fato que ocorre tanto nas áreas urbanas como rurais em todas as regiões do Brasil. Em relação ao nível de instrução, verificou-se o aumento da porcentagem de mulheres com experiência sexual em todas as categorias de escolaridade investigadas, sendo que os maiores aumentos ocorreram entre jovens de nível educacional mais alto. Assim, a porcentagem que era de 10% em 1986 aumentou para 30% em 1996 (Bemfam, 1997).

Segundo dados da PNDS, metade das gravidezes é indesejada entre mulheres menores de 20 anos, porcentagem semelhante às das mulheres em idades superiores (Bemfam, 1997). Há 22 anos, Pinto e Silva (1983) encontrou uma porcentagem de gravidez indesejada semelhante, de 45,9%, entre as adolescentes de seu estudo e, recentemente, Belo e Pinto e Silva (2004), relataram um número ainda maior. Entre as razões que justificam a alta proporção de gestações não desejadas entre adolescentes estão o início precoce da atividade sexual, juntamente com o pouco uso de métodos anticoncepcionais (Bemfam, 1997).

Para Duarte (1996) é causa agravante da gravidez precoce a falta de informações sobre os métodos anticoncepcionais e seu uso descontínuo por parte das adolescentes, motivado, às vezes, pelas dificuldades de acesso a esses recursos, outras pelo “pensamento mágico”, inerente ao desenvolvimento psicológico do adolescente, que o leva a acreditar que pode expor-se ao risco partindo do pressuposto que não engravidará, principalmente por ser muito jovem. Alguns trabalhos referem que o conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes brasileiras é suficiente, porém a prática de seu uso não ocorre de maneira adequada (Diaz, 1994; Duarte, 1996; Belo e Pinto e Silva, 2004). Segundo dados do estudo sobre demografia e saúde, o percentual de adolescentes de 15 a 19 anos que utilizavam um método anticoncepcional sistematicamente era apenas de 14% (Bemfam,1997). Entretanto, no estudo de Belo e Pinto e Silva (2004) 32,7% das adolescentes estavam usando um método anticoncepcional antes de engravidar. A respeito deste aparente paradoxo, Duarte (1996) afirma: “o conhecimento dos métodos anticoncepcionais não garante seu uso”.

Uma vez acontecida a gravidez não programada, o processo de tomada de decisão das adolescentes em relação ao futuro da gravidez é difícil, sofrido e permeado por sentimentos ambivalentes e contraditórios, levando a jovem, muitas vezes, a um desajuste psicossocial (Garcia,1985). A gravidez na adolescência representa uma superposição de crises vitais: uma evolutiva, caracterizada por mudanças próprias da idade, outra situacional, a gravidez é um tipo de crise que independe da idade, devido às mudanças do papel social, necessidade de adaptações, ajustamentos interpessoais e intrapsíquicos e mudanças de identidade (Maldonado,1997).

Não parece claro que os fatores biológicos tornem a gestação em adolescentes mais arriscada; no entanto há conseqüências psicossociais que devem ser consideradas, como o abandono da escola, a dificuldade de emprego, a instabilidade nas relações afetivas familiares e conjugais, entre outras (Oliveira, 1998; Leite et al., 2004). Pinto e Silva e Motta (1994) ressaltam que os riscos não médicos, sejam nos planos cultural, social, educacional e familiar, podem ser tão grandes ou até maiores que os riscos médicos.

Para Camarano (1998) a gravidez na adolescência é considerada precoce, não apenas por razões biológicas como também por antecipar os movimentos sociais, trazendo uma série de resultados indesejados para as mulheres e seus filhos. Algumas conseqüências são imediatas e outras mais tardias, tanto para a mãe como para o filho. As conseqüências a curto prazo da gravidez na adolescência estão relacionadas ao período gestacional, parto e pós-parto imediato (Cannon, 1998). Através dos anos, várias situações mórbidas durante a gravidez foram associadas à condição de ocorrer na adolescência. Pelo lado materno, maior incidência de aborto, anemia, pré-eclâmpsia, infecções, distócias funcionais e de trajeto (desproporção feto-pélvica), partos operatórios. Pelo lado fetal, prematuridade, baixo peso do recém-nascido, malformações congênitas. Também há indicativos de maior mortalidade materna, perinatal e infantil (Bemfam,1997; Camarano,1998; Cannon,1998).

As conseqüências a longo prazo dizem respeito ao futuro das adolescentes e de seus filhos. Os pais adolescentes têm menor chance de completar seus estudos, o que leva à diminuição das oportunidades de trabalho. Existiria uma tendência a constituir famílias mais numerosas e a ter índices maiores de divórcio. Os filhos de

adolescentes possuem maior risco de adoecer, de sofrer acidentes e de apresentar pior desempenho escolar (Cannon, 1998). Camarano (1998) ressalta que os filhos de mulheres cujas idades estão nos extremos da vida reprodutiva têm maior risco de morrer, independentemente do nível econômico, e esta situação é especialmente crítica para os filhos de mulheres menores de 15 anos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera de alto risco a gravidez entre mulheres de dez e 19 anos, tanto por ser um fator limitante e de impedimento ao desenvolvimento social e educacional, como pela associação à maior morbidade e mortalidade nesta faixa etária. Entretanto, atualmente não há consenso a respeito do risco biológico em gestantes adolescentes. Alguns acreditam que os riscos das gestantes adolescentes são semelhantes aos encontrados nas gestações normais, quando assistidas adequadamente. Segundo Pinto e Silva (1983), do ponto de vista médico há diferenças mínimas entre o desempenho obstétrico de adolescentes e mulheres de 20 a 29 anos de idade, faixa etária considerada ideal para a gravidez e o parto. Da mesma maneira, Vitiello (1981) conclui que as patologias clínicas encontradas em gestantes e parturientes adolescentes não diferem significativamente das mulheres adultas. O mesmo autor acredita que o problema obstétrico estaria vinculado à primeira gestação, acrescida dos problemas emocionais, sociais e econômicos. O temor em assumir a gravidez seria o motivo para afastar a adolescente da assistência pré-natal, e a falta dessa assistência seria a causa da maior frequência de complicações clínicas e obstétricas apresentadas (Vitiello, 1981; Neves Filho, 1995).

Quando analisados os possíveis fatores etiológicos ligados ao incremento das gestações nesta faixa etária pode-se perceber a sua complexidade, que aponta para uma rede multicausal, que torna as adolescentes especialmente vulneráveis (Santos Júnior, 1999). Na raiz do problema está o relacionamento sexual precoce, mal orientado, freqüentemente desprotegido do uso oportuno e consistente de métodos anticoncepcionais eficientes. O desconhecimento do funcionamento do próprio corpo, a falta de suporte afetivo da família, a busca da identidade, a deficiência de programas adequados de educação sexual e o tratamento dado pela mídia à questão são fatores associados aos alarmantes índices de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis entre adolescentes (Vitiello, 1981; Bemfam, 1997; Duarte, 1996; Fittipaldi, 1998; Belo e Pinto e Silva, 2004).

A influência da mídia no fenômeno é relevante e poderosa. Segundo Duarte (1996) há uma invasão do tema sexualidade em publicações, cinema e televisão, e os meios de comunicação estimulam comportamentos e condutas que aceleram o início precoce da sexualidade ativa. Felizare (1990) e Belo e Pinto e Silva (2004) confirmam que as principais fontes de informação sobre sexualidade, referidas pelos jovens, são as revistas e a televisão, e não seus pais ou professores.

Para Santoro (1998) o comportamento sexual é construído gradualmente com base na informação, e em exemplos e valores transmitidos pela família. Porém, há falta de informações para as adolescentes sobre reprodução e de orientação sexual por parte das famílias, escolas, serviços de saúde, igrejas e comunidade, que carecem, muitas vezes, de estrutura para fornecer apoio adequado aos adolescentes. Felizare (1990) considera que, de maneira geral, os pais e as

escolas têm um papel pouco significativo na educação sexual dos jovens, seja pela grande dificuldade que muitos têm em falar de sexo com seus filhos, ou pela insegurança, timidez ou desconhecimento do assunto por parte dos professores.

Estudos realizados em escolas do Brasil e do Chile, seja para levantamento dos assuntos de interesse entre os adolescentes ou para pesquisar o conhecimento sobre o funcionamento do corpo, a puberdade, a reprodução e a sexualidade, confirmam a desinformação e o baixo nível de conhecimento sobre os temas, como também alertam para a falta de orientação sexual que os adolescentes demonstram nestes estudos (Felizare,1990; Pelaez et al., 1995; Bretas e Vieira, 2002; Gomes et al., 2002).

Para Saito (1998), a educação sexual faz-se necessária no sentido de ajudar os adolescentes a aceitarem a responsabilidade de sua vida emocional e sexual, bem como de alertá-los sobre os riscos de uma gravidez neste período da vida.

Por outro lado, sabe-se que quase não há no país serviços de saúde disponíveis para atender especificamente às necessidades próprias dos adolescentes, o que se configura em potencial obstáculo ao acesso às informações e às ações que protejam a saúde dos jovens (Unicef,2002).

A oferta e uso de serviços de saúde não dependem da simples existência dos mesmos, mas das facilidades ou dificuldades de acesso que os usuários vivenciam. A existência ou não de barreiras ao uso do serviço de saúde diz respeito à acessibilidade, definida por Vuori (1991) como *“a possibilidade do consumidor obter os serviços de que necessita no tempo oportuno e local*

apropriado, em quantidade suficiente e um custo razoável". Segundo este autor "a remoção de obstáculos físicos, financeiros e outros para a utilização dos serviços disponíveis" corresponde ao acesso propriamente dito.

(Neste texto foram utilizados os termos acesso e acessibilidade como sinônimos).

O acesso da população aos serviços de saúde é um pré-requisito de fundamental importância para uma eficiente assistência à saúde. Segundo Unglert et al. (1990), o sistema institucional de saúde, na prática diária, apresenta dificuldades que impedem a satisfação das necessidades de assistência à saúde da totalidade da população. Um dos fatores que contribui para essa situação é a inacessibilidade de alguns grupos populacionais aos serviços de saúde.

O padrão de utilização dos serviços de saúde de um determinado grupo populacional é explicado principalmente por seu perfil de necessidades em saúde e pelo comportamento dos indivíduos diante de seus problemas de saúde, assim como dos serviços e recursos disponíveis para a população (Travassos et al., 2000). Ayres (1990) observou que, excetuando a condição específica de gravidez, as adolescentes utilizam pouco os serviços de saúde, e, quando o utilizam, é em relação à busca de serviços curativos e não de prevenção.

A importância do acesso aos serviços de saúde tem sido demonstrada em estudos como o de Silva et al. (1995), em que as barreiras de acesso foram citadas pela população como motivos para a não utilização de alguns serviços, e as facilidades de acesso condicionaram sua escolha por determinados serviços.

A acessibilidade depende, por um lado, das características do serviço como localização geográfica, modo de funcionamento, acolhimento, custos, horário de atendimento, disponibilidade de profissionais; por outro, das características do usuário como poder aquisitivo, local de moradia, disponibilidade de tempo, mas também da relação entre ambos (Formigli et al., 2000).

Para Foreit (1999), o acesso à utilização por parte da população é entendido desse modo mais amplo, sendo dividido em cinco dimensões: geográfica, econômica, administrativa, acesso à informação e acesso psicossocial. Este autor define estas dimensões, adotadas neste estudo, como segue:

- O *acesso geográfico* refere-se à quantidade, tipo e localização dos serviços;
- O *acesso econômico* refere-se aos custos para os usuários obterem os serviços, seja no transporte, em farmácia ou em laboratórios;
- O *acesso administrativo* refere-se às normas e procedimentos programáticos que podem facilitar ou restringir a capacidade do usuário para obter os serviços. Entre as restrições administrativas citam-se a demanda por uma documentação excessiva, horário de atendimento pouco conveniente, tempo de espera prolongado, serviço muito concorrido e barreiras médicas;
- O *acesso à informação* refere-se à quantidade de informação disponível aos usuários potenciais a respeito dos serviços oferecidos e à necessidade de utilizá-los. A oferta do serviço pode chegar ao público através dos “meios massivos”, proporcionando informação rápida e repetida a grandes audiências e/ou através da “comunicação interpessoal” que permite melhor compreensão, abordando inquietações individuais e um retorno imediato às necessidades do usuário. A respeito desta dimensão de acesso, Foreit (1999) confirma um índice elevado de desconhecimento

dos serviços por parte dos usuários potenciais, o que pode estar revelando a insuficiência de oferta e divulgação dos serviços;

- O *acesso psicossocial* corresponde às barreiras psicológicas e/ou culturais que levam os usuários potenciais a não procurarem o serviço de saúde. Entre estas, o medo da medicina moderna, crenças religiosas, questões de gênero e problemas determinados pela “distância social”, como a diferença de idade, classe social e etnia entre prestadores e usuários.

É preocupante que o acesso aos serviços de saúde e a desinformação das adolescentes sejam fatores relevantes na problemática da gravidez nesta faixa etária, com os riscos e conseqüências já analisados. Idealizou-se, portanto, um estudo para verificar, em adolescentes gestantes atendidas em um serviço de atenção primária, dois aspectos potencialmente relacionados à gravidez não programada: as informações que possuem sobre seu corpo e a reprodução, e a percepção dos fatores determinantes do acesso ao serviço para o atendimento de suas necessidades de saúde.

Procurou-se com estes dados contribuir para a elaboração de programas de saúde e educação que atendam às necessidades dos jovens, preparando-os para lidar com sua própria sexualidade. Os objetivos deste estudo buscam formas de minimizar os problemas da gravidez não planejada e das doenças sexualmente transmissíveis entre adolescentes, como também evitar que essas jovens, que já enfrentaram a maternidade nesta faixa etária, reincidam com uma segunda ou terceira gravidez.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Descrever o conhecimento sobre alguns aspectos do aparelho genital feminino e da fisiologia da reprodução, bem como a percepção de acesso ao serviço de saúde por adolescentes gestantes atendidas em uma unidade básica de saúde.

2.2. Objetivos específicos

- Analisar as características reprodutivas das adolescentes gestantes.
- Avaliar o conhecimento que adolescentes gestantes possuem sobre anatomia e fisiologia dos órgãos genitais femininos (identificação, localização e função).
- Avaliar o conhecimento que adolescentes gestantes possuem sobre alguns aspectos da fisiologia da reprodução: menstruação, período fértil, ovulação, ejaculação, fecundação.

- Avaliar a associação entre variáveis sociodemográficas e reprodutivas (intenção reprodutiva, uso de MAC) com o conhecimento sobre o aparelho genital feminino e a fisiologia da reprodução.
- Analisar a percepção de acesso ao serviço de saúde por adolescentes gestantes.
- Avaliar a associação entre variáveis sociodemográficas e reprodutivas (intenção reprodutiva, uso de MAC) com a percepção do acesso ao serviço de saúde.

3. Sujeitos e Métodos

3.1. Desenho do estudo

Foi realizado um estudo de corte transversal

3.2. Tamanho amostral

O cálculo de $n=156$, como amostra deste estudo, foi baseado na proporção populacional estimada de 11,5% de gestantes adolescentes que conheciam o período fértil (Belo e Pinto e Silva, 2004), considerando uma diferença absoluta entre a proporção amostral e populacional de 5% e um nível de significância de 0,05 (erro tipo I) (Kish,1965). Foram realizadas 200 entrevistas no período programado para a coleta de dados do estudo.

3.3. Seleção dos sujeitos

As participantes do estudo foram selecionadas entre as gestantes adolescentes que agendaram sua primeira consulta de pré-natal no Ambulatório

da Mulher do Município de Indaiatuba, Estado de São Paulo. Este Ambulatório é uma Unidade Básica de Saúde (UBS), referência para o pré-natal de alto risco e de adolescentes no Município. A unidade funcionava de segunda a sexta-feira, das 7 às 19h e aos sábados, das 7 às 13h. Em 2001 foram atendidas neste serviço 1.056 gestantes (adultas e adolescentes), verificando-se uma porcentagem em torno de 20% de adolescentes.

O agendamento para assistência pré-natal era por demanda espontânea na área de cobertura do ambulatório. Gestantes de alto risco e/ou gestantes adolescentes eram encaminhadas das unidades básicas de saúde de toda a rede municipal. Uma recepcionista era responsável por marcar a data da primeira consulta de todas as gestantes. Três gestantes de dez a 19 anos de idade eram agendadas, em horários consecutivos, nas terças, quintas e sextas-feiras em que atendia a enfermeira responsável deste estudo. Antes de realizar a consulta, as adolescentes eram convidadas a participar da pesquisa, desde que atendessem aos critérios de inclusão.

3.3.1. Critérios de inclusão

- Idade entre dez e 19 anos completos.
- Primeira gravidez.
- Primeira consulta de pré-natal no Ambulatório da Mulher da cidade de Indaiatuba.

3.3.2. Critérios de exclusão

- Presença de deficiência auditiva ou fônica, segundo a pessoa que acompanhava.
- Presença de deficiência mental, referida pelo acompanhante e constatada ao observar o distúrbio de comportamento do sujeito.

3.4. Variáveis

Todas as variáveis foram coletadas a partir da informação das adolescentes.

3.4.1. Características sociodemográficas

- **Idade:** tempo, em anos completos, transcorridos entre a data de nascimento e o dia da entrevista – de dez a 19 anos.
- **Escolaridade:** última série completada na escola – categorizada em nenhuma; Ensino Fundamental (EF) incompleto; EF completo; Ensino Médio (EM) incompleto; EM completo; estudo superior.
- **Motivo de interrupção dos estudos:** razão pela qual a adolescente deixou de freqüentar a escola – categorias construídas conforme as respostas textuais.
- **Pessoas com quem morava quando engravidou:** indivíduos com quem a adolescente compartilhava a moradia quando engravidou – categorias: parceiro; pais; só mãe; só pai; outros parentes; amigos; sozinha.
- **Pessoas com quem morava no momento da entrevista:** indivíduos com quem a adolescente compartilhava a moradia por ocasião da

entrevista – categorias: parceiro; pais; só mãe; só pai; outros parentes; amigos; sozinha.

- **Idade do indivíduo que a engravidou:** tempo, em anos completos, entre a data de nascimento do indivíduo que a engravidou e o dia da entrevista.
- **Diferença de idade com o parceiro:** tempo, em anos completos, entre a idade da adolescente e a do homem que a engravidou – até quatro anos; cinco anos ou mais.
- **Vínculo com o indivíduo que a engravidou:** tipo de relacionamento que mantinha com o indivíduo de quem engravidou, no momento da ocorrência da gravidez – categorizada em companheiro ou marido; noivo ou namorado; alguém com quem ficou; outra pessoa.
- **Vínculo com a pessoa que a engravidou após a ocorrência da gravidez:** tipo de relacionamento que mantinha com o indivíduo de quem engravidou no momento da entrevista – categorizada em companheiro ou marido; noivo ou namorado; pessoa com quem ficou; outra pessoa.
- **Trabalho:** tipo de atividade laboral remunerada que desenvolvia por ocasião da entrevista – categorias construídas com base nas respostas textuais.
- **Religião:** crença ou culto praticado pela adolescente – categorizada em católica, protestante, evangélica, sem religião, outras.
- **Pessoa que a criou:** tipo de relação ou parentesco da adolescente com a pessoa responsável pela sua criação – categorizada em pais; só mãe; só pai; avós; outros.
- **Escolaridade da pessoa que a criou:** última série completada na escola pela pessoa responsável pela sua criação – categorizada em nenhuma; EF incompleto; EF completo; EM incompleto; EM completo, estudo superior.

3.4.2. Características reprodutivas

- **Idade na menarca:** tempo, em anos completos, transcorrido desde a data de nascimento até a ocorrência da primeira menstruação.
- **Idade no início da atividade sexual:** tempo, em anos completos, desde a data de nascimento até a ocorrência da primeira relação sexual com penetração vaginal.
- **Método anticoncepcional (MAC) utilizado na primeira relação sexual:** uso ou não uso de alguma forma de evitar a gravidez por ocasião do primeiro coito - preservativo masculino; pílula; injeção; dupla proteção; tabelinha; coito interrompido; outro.
- **MAC utilizado quando engravidou:** uso ou não uso de alguma forma de evitar a gravidez, antes dela acontecer – preservativo masculino; pílula; injeção; dupla proteção; tabelinha; coito interrompido; outro.
- **Motivo pelo qual não usou método MAC quando engravidou:** razões pelas quais não usou qualquer forma de evitar a gravidez – categorias construídas conforme as respostas textuais.
- **Intenção reprodutiva:** se a gestação ocorreu no momento que a adolescente desejava engravidar – categorizada em queria engravidar agora; queria engravidar mais tarde; não queria ter filho.
- **Motivo do desejo da gravidez:** razão pela qual queria engravidar – categorias construídas conforme as respostas textuais.
- **Adiamento da gravidez:** tempo, em anos completos, que teria gostado de esperar antes de engravidar.
- **Percepção sobre formas de evitar a gravidez:** referência de MAC que poderia ter usado ou condutas que poderia ter tomado para evitar

a gravidez não programada – categorias construídas conforme as respostas textuais.

3.4.3. Conhecimento sobre o aparelho genital feminino e aspectos fisiológicos da reprodução

- **Conhecimento da anatomia dos órgãos genitais femininos**
 - **Indicador sobre conhecimento da anatomia dos órgãos genitais femininos:** foi construído a partir da combinação das variáveis “conhecimento sobre o aparelho genital feminino”, denominação dos três órgãos internos, denominação dos quatro órgãos externos, percepção da localização dos três órgãos genitais internos e externos (vulva), localização dos três órgãos genitais internos e externos (vulva), através da criação de um escore variando entre 0 e 17, onde 0 significou “mínimo” conhecimento e 17, “máximo” conhecimento sobre a anatomia dos órgãos genitais femininos.
 - **Identificação dos órgãos genitais femininos:** conhecimento de cada um dos órgãos internos e externos que constituem o aparelho genital feminino: útero, trompas, ovários, pequenos lábios, grandes lábios, clitóris e orifício ou canal vaginal (vagina). Foi atribuído valor 2 se a entrevistada identificou todos os órgãos, valor 1 se identificou alguns órgãos ou valor 0 se não identificou qualquer órgão.
 - **Denominação dos órgãos externos:** Nomear os órgãos que constituem a vulva, grandes lábios, pequenos lábios, vagina e clitóris, quando apontados pela entrevistadora. A resposta dada a cada órgão foi categorizada como certa (valor 1), errada ou ignorada (valor 0). Foi atribuído valor máximo de 4 se soube o nome de todos os órgãos.

- **Denominação dos órgãos internos:** Nomear útero, trompas e ovários quando as figuras representativas destes órgãos eram apontados pela entrevistadora. A resposta dada ao nome de cada órgão foi categorizada como certa (valor 1), errada ou ignorada (valor 0). Foi atribuído valor máximo de 3 se soube o nome de todos os órgãos.

- **Percepção da localização dos órgãos genitais internos e externos:** Referir se a vulva, útero, trompas e ovários encontram-se dentro ou fora do corpo. A resposta dada a cada órgão foi categorizada como certa (valor 1), errada ou ignorada (valor 0). Foi atribuído valor máximo de 4 se soube a localização de todos os órgãos.

- **Localização dos órgãos genitais externos e internos:** A entrevistada colocava cada uma das peças que representam os órgãos, no corpo do modelo feminino (boneca em tamanho real). A colocação de cada órgão foi categorizada como certa (valor 1), errada ou ignorada (valor 0). Foi atribuído valor máximo de 4 se localizou corretamente todos os órgãos.
 - a) Localização da vulva (genitais externos): foi considerada localização correta se a vulva foi colocada na região vulvoperineal, em posição antero-posterior e com o clitóris direcionado para o púbis; foi considerada incorreta, quando colocada em outra região do corpo ou em posição invertida.

 - b) Localização do útero: foi considerada localização correta se o útero foi colocado na região abdominal baixa pelo menos quatro dedos abaixo do umbigo, centralizado e com o colo uterino direcionado para o púbis; foi considerada incorreta quando colocado em outra região do corpo, próximo do umbigo (menos de quatro dedos) ou em posição invertida.

c) Localização das trompas: foi considerada localização correta se as trompas foram colocadas na região abdominal baixa, nos extremos superiores do útero, ligadas a ele e com as extremidades distais orientadas para baixo; foi considerada incorreta quando colocadas em outra região do corpo ou em posição invertida.

d) Localização dos ovários: foi considerada localização correta se os ovários foram colocados na região abdominal baixa, entre o corpo do útero e as extremidades distais das trompas; foi considerada incorreta quando colocados em outra região do corpo.

- ***Conhecimento da fisiologia dos órgãos genitais femininos***

- **Indicador sobre o conhecimento da fisiologia dos órgãos genitais femininos**: foi construído a partir da combinação das variáveis “função da vagina”, “função do clitóris”, “função do útero”, “função dos ovários”, “função das trompas”, através da criação de um escore variando entre 0 e 5, em que 0 significa “mínimo” conhecimento e 5 “máximo” conhecimento sobre a fisiologia dos órgãos genitais femininos. Cada uma das perguntas foi codificada em 1 para acerto e 0 para errado ou ignorado.
- **Função da vagina**: referir o papel da vagina no funcionamento do aparelho genital feminino – categorizada em correta, se a resposta foi “para ter relações sexuais”, como também “para o neném nascer” ou uma resposta equivalente (valor 1); incorreta, se deu outras respostas (valor 0) e ignorada, se não soube (valor 0).
- **Função do clitóris**: referir o papel deste órgão - categorizada em correta, se a resposta foi “para sentir prazer e/ou orgasmo” ou uma resposta equivalente (valor 1); incorreta, se deu outras respostas (valor 0) e ignorada, se não soube (valor 0).

- **Função do útero:** referir o papel do útero no funcionamento do aparelho genital feminino - categorizada em correta, se a resposta foi “para aninhar o ovo”; “para desenvolver o bebê” principalmente, como também “para menstruar” ou uma resposta equivalente (valor 1); incorreta, se deu outras respostas (valor 0) e ignorada, se não soube (valor 0).

 - **Função dos ovários:** referir o papel dos ovários no funcionamento do aparelho genital feminino - categorizada em correta, se a resposta foi “para produzir óvulos e/ou hormônios” ou uma resposta equivalente (valor 1); incorreta, se deu outras respostas (valor 0) e ignorada, se não soube (valor 0).

 - **Função das trompas:** referir o papel das trompas no funcionamento do aparelho genital feminino – categorizada em correta, se a resposta foi “para conduzir o óvulo do ovário até o útero” ou “para conduzir o ovo até o útero”; “para conduzir os espermatozóides até o óvulo” ou uma resposta equivalente (valor 1); incorreta, se deu outras respostas (valor 0) e ignorada, se não soube (valor 0).
- **Conhecimento sobre a fisiologia da reprodução**
 - **Indicador do conhecimento sobre a fisiologia da reprodução:** este indicador foi construído a partir da combinação das perguntas 4.11, 4.12, 4.13, 4.14, 4.15 e 4.16 (Anexo 1) através da criação de um escore variando entre 0 e 10, onde 0 significa “mínimo” conhecimento e 10, “máximo” conhecimento sobre fisiologia da reprodução. Às perguntas 4.11, 4.12, 4.13 e 4.14 sobre o conhecimento da menstruação, ovulação, ejaculação e fecundação, foi atribuído valor 1 e às perguntas 4.15 e 4.16 sobre o período fértil, foi atribuído valor 3 para resposta certa. Cada uma das perguntas foi codificada em 0 para resposta errada ou ignorada.

- **Conhecimento sobre ovulação:** Explicação do significado da ovulação - categorizada em correta, se a resposta foi “é a saída do óvulo do ovário para a trompa” ou “é a formação do óvulo” ou uma resposta equivalente (valor 1); incorreta, se deu outras respostas (valor 0) e ignorada, se não soube (valor 0).

- **Conhecimento sobre ejaculação:** Explicação do significado da ejaculação - categorizada em correta, se a resposta foi “é a saída dos espermatozóides” ou uma resposta equivalente (valor 1); incorreta, se deu outras respostas (valor 0) e ignorada, se não soube (valor 0).

- **Conhecimento sobre fecundação:** Explicação do significado da fecundação – categorizada em correta, se a resposta foi “é a formação do ovo”, “é o encontro do óvulo com o espermatozóide” ou uma resposta equivalente (valor 1); incorreta, se deu outras respostas (valor 0) e ignorada, se não soube (valor 0).

- **Conhecimento sobre menstruação:** Explicação do que entende por menstruação – categorizada em correta, se a resposta foi “perda de sangue mensal pela vagina quando não há fecundação”, “sangramento que sai para limpar o útero” ou resposta equivalente; incorreta, se deu outras respostas (valor 0) e ignorada, se não soube (valor 0).

- **Conhecimento sobre o período fértil:** Reconhecer o período de maior risco para gravidez durante o ciclo menstrual - considerada correta (valor 3), se a resposta foi “no meio do ciclo”, “no período da ovulação” ou uma resposta equivalente; incorreta se a resposta foi “durante a menstruação”, “perto da menstruação”, “o tempo todo” (valor 0) e ignorada, se não soube (valor 0).

- **Localização do período fértil:** Identificar o período de maior risco para gravidez durante o ciclo menstrual assinalado em uma folha de

calendário. Foi considerado correto (valor 3) se a entrevistada apontou qualquer período entre os dias 12 e 18 do ciclo.

3.4.4. Acesso ao serviço de saúde

- **Uso de serviço de saúde reprodutiva:** referir se realizou alguma consulta ginecológica antes da entrevista – categorizada como sim ou não.
- **Motivo para uso do serviço de saúde reprodutiva:** razão pela qual utilizou o serviço – categorizada em ginecologia geral, planejamento familiar, DST, citologia oncológica.
- **Motivo para não uso do serviço de saúde reprodutiva:** razão pela qual nunca utilizou este serviço – categorizada em nunca precisou; não sabia que podia; não sabia onde tinha; tinha vergonha; tinha que ir acompanhada; não tinha iniciado vida sexual; outra. Com valor 1 quando a entrevistada deu uma resposta espontânea referente a uma barreira de tipo geográfico, econômico, administrativo, psicossocial ou de informação, ao acesso ao serviço.
- **Fonte de informação sobre o serviço de saúde:** pessoa que informou sobre o último serviço de saúde utilizado – categorizada em leigas (parente, amiga, vizinha) ou profissional de saúde.
- **Acesso geral**
 - **Indicador de acesso geral:** construído através da soma de todos os indicadores e dicotomizado pela mediana em acesso “mais fácil” e acesso “mais difícil” ao serviço de saúde.
- **Acesso geográfico**
 - **Indicador do acesso geográfico:** Definido através da criação de um escore variando entre 0 e 3, onde 0 representa acesso “mais fácil” e 3,

“mais difícil”. A construção deste escore foi feita combinando-se as variáveis abaixo definidas “percepção da distância da moradia ao posto” e “percepção da dificuldade de chegar ao posto” dicotomizadas. Incluindo também a variável “motivo para não uso de um serviço de saúde reprodutiva”, categorizada com valor 1, quando a entrevistada deu uma resposta espontânea referente a uma barreira do tipo geográfico ao acesso.

a) Percepção da distância da moradia ao posto: Se o serviço de saúde utilizado pela última vez encontrava-se longe (valor 1) ou perto (valor 0) do local de residência da entrevistada.

b) Percepção da dificuldade de chegar ao posto: Declaração da facilidade (valor 0) ou dificuldade (valor 1) para chegar ao serviço de saúde.

- **Acesso econômico**

– **Indicador do acesso econômico:** Definido através da criação de um escore variando entre 0 e 6, onde 0 representa acesso “mais fácil” e 6, “mais difícil”. A construção deste escore foi feita combinando-se as variáveis “custo para dirigir-se até o posto”, “percepção do custo para dirigir-se até o posto”, “fonte do recurso financeiro para dirigir-se ao posto”, “existência de outros gastos”, “percepção do custo com outros gastos necessários”, dicotomizadas. Incluindo também a variável “motivo para não uso do serviço de saúde reprodutiva” categorizada com valor 1, quando a respondente deu uma resposta espontânea referente a uma barreira do tipo econômico ao acesso.

a) Custo para dirigir-se ao serviço de saúde: valor gasto para dirigir-se ao serviço de saúde na última vez – sim (valor 1) ou não (valor 0).

b) Percepção do custo para dirigir-se ao serviço de saúde:

Percepção do valor gasto para dirigir-se ao serviço de saúde pela última vez – muito, razoável (valor 1) ou pouco (valor 0).

c) Fonte do recurso para dirigir se ao posto:

Uso de recursos financeiros próprios (valor 0) ou de outras pessoas (valor 1) para ir até o posto.

d) Existência de outros gastos:

Existência de gastos em remédios e/ou exames na última vez que utilizou o serviço – sim (valor 1) ou não (valor 0).

e) Percepção do custo com outros gastos necessários:

Percepção do valor gasto em remédios e/ou exames pedidos na última vez que utilizou o serviço – muito e razoável (valor 1); pouco (valor 0).

- **Acesso administrativo**

– **Indicador do acesso administrativo:** Definido através da criação de um escore variando entre 0 e 9, em que 0 representa acesso “mais fácil” e 9 “mais difícil”. A construção deste escore foi feita combinando-se as variáveis “dificuldade para marcação de consulta”, “percepção das dificuldades para marcar consulta”, “tempo para ocorrência da consulta”, “percepção do tempo para ocorrência da consulta”, “percepção do horário de atendimento”, “percepção do tempo de espera no dia da consulta”, “percepção do atendimento prestado pelo serviço”, “satisfação com a consulta médica”. Incluindo também a variável “motivo para não uso do serviço de saúde reprodutiva”, categorizada com valor 1 quando a entrevistada espontaneamente mencionou uma barreira do tipo administrativo ao acesso.

a) Dificuldade para marcação de consulta:

Número de vezes que precisou ir até o serviço para marcar consulta - uma vez (valor 0), 2 vezes ou mais (valor 1).

- b) Percepção das dificuldades para marcar consulta:** Declaração da facilidade (valor 0) ou dificuldade (valor 1) em marcar a última consulta.
- c) Tempo para a ocorrência da consulta:** Tempo, em dias, transcorridos entre a marcação da consulta e a ocorrência da mesma - até uma semana (valor 0), mais que uma semana (valor 1).
- d) Percepção do tempo para ocorrência da consulta:** Opinião sobre o tempo transcorrido entre a marcação da consulta e a ocorrência da mesma - bom (valor 0), regular ou ruim (valor 1).
- e) Percepção do horário de atendimento:** Opinião se o horário do serviço era compatível com sua disponibilidade - bom (valor 0), regular ou ruim (valor 1).
- f) Percepção do tempo de espera no dia da consulta:** Opinião sobre o tempo que esperou para ser atendido no dia da consulta - curto (valor 0), razoável ou longo (valor 1).
- g) Percepção do atendimento prestado pelo serviço:** Opinião sobre como foi atendida - bem atendida (valor 0), regular ou mal atendida (valor 1).
- h) Satisfação com a consulta médica:** Sentiu-se satisfeita (valor 0) ou insatisfeita (valor 1) com a consulta.
- **Razões que sustentam sua a percepção sobre o atendimento prestado:** Motivos para justificar que o atendimento foi regular ou ruim – categorias construídas em base às respostas textuais. Esta variável foi utilizada com fins descritivos, portanto não foi incluída no escore correspondente.

- **Razões que sustentam a sua percepção sobre a insatisfação com a consulta médica:** Motivos para justificar sua insatisfação com a consulta – categorias construídas em base às respostas textuais. Esta variável foi utilizada com fins descritivos, portanto não foi incluída no escore correspondente.

- ***Acesso psicossocial***

- **Indicador do acesso psicossocial:** Definido através da criação de um escore variando entre 4 e 9, em que 4 representa acesso “mais fácil” e 9 “mais difícil”. A construção deste escore foi feita combinando-se as variáveis “percepção de barreiras etárias”, “percepção de barreira hierárquica”, “percepção de barreira de gênero”. Incluiu-se também a variável “motivo para não uso do serviço de saúde reprodutiva” categorizada com valor 1, quando a entrevistada deu uma resposta espontânea referente a alguma barreira do tipo psicossocial ao acesso.

a) Percepção de barreiras etárias: Captação de diferenças entre o atendimento recebido e o dado às mulheres adultas – melhor ou igual (valor 0); pior (valor 1) e não comparecimento à consulta marcada porque para ser atendida tinha que ir acompanhada pelo responsável – sim (valor 1) ou não (valor 0).

b) Percepção de barreira de gênero: Preferência pelo sexo do profissional que presta o atendimento – não tinha preferência (valor 0) ou tinha preferência (valor 1) e motivos para a preferência – prefere mulher porque sente vergonha de homem; prefere mulher porque é mais cuidadosa; prefere mulher porque é fisicamente igual; prefere homem porque acha mais atencioso (os motivos alegados para preferência foram utilizados com fins descritivos).

c) Percepção de barreira hierárquica: Preferência pela categoria profissional (médica ou enfermeira) daquele que presta atendimento

- não tinha preferência (valor 0) e tinha preferência (valor 1) e motivos para a preferência – preferia médica porque sabe mais; preferia enfermeira porque é mais legal, conversa mais; preferia médica porque se sente mais segura; outros (Os motivos alegados para preferência foram utilizados com fins descritivos).

- **Acesso à informação**

- **Indicador de acesso à informação:** Construído com a variável “motivo para não uso do serviço de saúde reprodutiva”, categorizada como acesso “mais difícil” (valor 1) quando a entrevistada deu uma resposta espontânea referente à barreira de acesso à informação, e “mais fácil” (valor 0) se não foi mencionada barreira deste tipo.
- **Fonte de informação sobre o serviço de saúde:** Pessoa da qual recebeu a informação sobre o último serviço de saúde utilizado – profissional de saúde; leiga (parente, vizinha, amiga).

3.5. Instrumentos para coleta de dados

Para coleta dos dados foi elaborado um questionário semi-estruturado com perguntas abertas e fechadas. Constou de quatro partes: características sociodemográficas; características reprodutivas; percepção de acesso aos serviços de saúde e conhecimento sobre anatomia e fisiologia dos órgãos genitais femininos e fisiologia da reprodução (Anexo 1). O questionário foi pré-testado em um grupo de adolescentes com características semelhantes às do estudo.

Para verificar o conhecimento sobre os órgãos genitais femininos foram utilizadas peças de tecido de tamanho igual ao real, que correspondem a cada

um dos órgãos em questão: vulva (grandes lábios, pequenos lábios, orifício vaginal, clitóris), útero, trompas e ovários (Figura 1). Os mesmos tinham um pedaço de velcro na parte posterior para serem colocados em um modelo feminino tridimensional seminu (Figura 2), de tecido, com enchimento de algodão acrílico, que mede 1,50m de altura, de confecção artesanal. Estes instrumentos também foram pré-testados no mesmo grupo que o questionário. Após o pré-teste, não foi necessário fazer qualquer modificação neste material.



Figura 1. Órgãos genitais femininos



Figura 2. Modelo feminino tridimensional.

3.6. Coleta de dados

Os dados foram obtidos por meio de uma entrevista individual estruturada, realizada pela pesquisadora no dia agendado para a primeira consulta de pré-natal, durante a qual foi aplicado o questionário.

Para avaliar o conhecimento das adolescentes sobre o aparelho reprodutor, os órgãos genitais foram disponibilizados em uma mesa e a boneca deitada no divã do consultório. As entrevistadas identificaram com um nome cada um dos órgãos genitais. Depois os colocaram no corpo da boneca, no local em que achavam que deveriam estar localizados.

Para avaliar o conhecimento sobre o período fértil, foi mostrada à adolescente uma folha de calendário, em que estava marcado com um X (em vermelho) o primeiro dia de duas menstruações consecutivas de um ciclo menstrual de 28 dias. Foi solicitado a cada adolescente que registrasse com “x” os dias que considerava como férteis no calendário.

3.7. Processamento e Análise dos dados

- **Processamento dos dados**

Os questionários foram revisados para verificação do preenchimento, legibilidade das informações e codificação das respostas às perguntas abertas. Os dados obtidos foram duplamente digitados, por pessoas diferentes, em um banco elaborado no *software* EPI-INFO 6.04b (Dean et al., 1994). Foram realizadas consistências simples e lógica das variáveis.

- **Análise dos dados**

As características reprodutivas foram descritas e analisadas agrupando as adolescentes que declararam que queriam ter programado a gravidez em um momento futuro com aquelas que não queriam ter filho.

O conhecimento das adolescentes foi avaliado através da construção de três indicadores: anatomia dos órgãos genitais femininos, fisiologia dos órgãos genitais femininos e fisiologia da reprodução.

Todos os valores dos indicadores foram convertidos em porcentagens e dicotomizados pela mediana. Na escala de valores obtida, foram considerados os valores inferiores a 5, como menor conhecimento, e valores iguais ou superiores a 5, como maior conhecimento.

Às respostas sobre o período fértil foi designado um peso (3) maior que os demais, pois o indicador de conhecimento da fisiologia da reprodução variava de 0 a 10, sendo considerado como “bom”, escores iguais ou superiores a 6 e “ruim”, abaixo de 6.

Para medir o acesso ao serviço de maneira geral, como também especificamente, os acessos geográfico, econômico, administrativo, psicossocial e de informação, foram construídos indicadores a partir das respostas relativas a cada tipo de acesso. Uma vez tabulados, realizou-se um corte no 3º quartil da escala de valores obtida, para dicotomizar os diferentes acessos em “mais fácil” e “mais difícil” acesso ao serviço de saúde.

A análise descritiva univariada foi feita através de tabelas com distribuição de frequência absoluta e relativa.

As análises bivariadas foram realizadas através do teste qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher (Autman, 1991).

Realizou-se também análise múltipla por regressão logística para avaliar a significância das associações entre as características sociodemográficas e reprodutivas, e o conhecimento e o acesso a serviços de saúde, controlando-se por potenciais variáveis confundidoras (Hosmer e Lemeshow, 1989), (Anexo 3).

O programa computacional utilizado para análise estatística foi o SAS versão 8.2.

4. Resultados

4.1. Características sociodemográficas

A amostra foi constituída por 200 adolescentes grávidas, com média de idade e mediana de 17 anos. Vinte entrevistadas tinham menos de 15 anos e a mais jovem tinha 12 anos. A média da idade dos parceiros foi de 22 anos, a mediana 21, o mais novo tinha 14 anos e o mais velho 51 anos. Sessenta e seis e meio por cento das gestantes tinham até cinco anos de diferença de idade com o parceiro (Tabela 1).

Quanto às pessoas com quem moravam no momento de engravidar, 42% das jovens viviam com o parceiro, independentemente do tipo de união, 29% moravam com os pais, 21% somente com a mãe e as demais com o pai ou outros familiares. Após a gravidez, o número de jovens que passou a ter situação conjugal “estável” aumentou de 42% para 56,5%, sendo que 20,5% continuaram morando com os pais, 17,5% com a mãe e as outras com o pai ou outros parentes. Entre as jovens que não moravam com o parceiro, 34% mantiveram o vínculo

com o noivo ou namorado após o evento da gravidez, 5 continuaram “amigos” e 7% perderam definitivamente o vínculo formado anteriormente à gravidez (Tabela 1).

As participantes do estudo apresentaram baixa escolaridade, com predomínio do EF completo ou incompleto. Entre as jovens estudadas, 67% iniciaram o EF e, destas, 39% não o terminaram. Com exceção de uma jovem que nunca estudou, as demais (32,5%) iniciaram EM e 9% o haviam concluído. Relacionando a escolaridade com a idade, constatou-se uma defasagem do nível de escolaridade; das 126 entrevistadas que estavam cursando entre 5^a a 8^a série do ensino fundamental, 52,3% (66) tinham entre 15 e 17 anos e 32,5% (41) entre 18 e 19 anos, idade esperada para estar cursando o ensino médio. Além de 21,4% (27), com idade entre 18 e 19 anos, não concluírem o ensino médio.

No momento da entrevista, 37,5% das jovens estudavam e 62,5% haviam interrompido sua formação escolar. Das 125 jovens que não estavam estudando no momento da entrevista, 115 (92%) já haviam abandonado a escola antes de engravidar. Os motivos para justificar esta interrupção distribuíram-se de acordo com a Tabela 2.

Quanto ao tipo de vínculo e a escolaridade das pessoas atribuídas por elas como responsáveis por sua criação, a maioria declarou ter sido criada por ambos os pais ou apenas pela mãe. Verificou-se que dos criadores (no caso do casal verificou-se a escolaridade da mãe) 56,5% estudaram até a 4^a série do EF. Não houve um único caso de formação superior entre as pessoas responsáveis (Tabela 1).

TABELA 1**Distribuição das características sociodemográficas das adolescentes (n=200)**

	Variáveis	n	%
Idade das adolescentes (anos)	12 a 14	20	10,0
	15 a 17	80	40,0
	18 a 19	100	50,0
Idade dos parceiros (anos)	14 a 19	60	30,0
	20 a 25	111	55,5
	26 ou mais	29	14,5
Diferença de idade com o parceiro	Até 4 anos	127	66,5
	Mais de 5 anos	63	33,5
Pessoa com quem morava antes da gravidez	Parceiro	84	42,0
	Pais	58	29,0
	Mãe	42	21,0
	Pai	8	4,0
	Outros	8	4,0
Pessoa com quem morava após a gravidez	Parceiro	113	56,5
	Pais	41	20,5
	Mãe	35	17,5
	Pai	4	2,0
	Outros	7	3,5
Vínculo com a pessoa de quem engravidou	Companheiro/marido	84	42,0
	Noivo/namorado	101	55,5
	Pessoa com quem ficou	4	2,0
	Outro	1	0,5
Vínculo atual com a pessoa de quem engravidou	Companheiro/ Marido	113	56,5
	Noivo/ Namorado	68	34,0
	Amigo	5	2,5
	Sem vínculo	14	7,0
Estuda atualmente	Sim	75	37,5
	Não	125	62,5
Escolaridade	Nunca estudou	1	0,5
	Ensino fundamental incompleto	78	39,0
	Ensino fundamental completo	56	28,0
	Ensino médio incompleto	47	23,5
	Ensino médio completo	18	9,0
Atividade remunerada	Sim	42	21,0
	Não	158	79,0
Religião	Católica	120	60,0
	Evangélica/protestante	47	23,5
	Sem religião	33	16,5
Pessoa responsável pela criação	Pais	138	69,0
	Mãe	44	22,0
	Pai e outros parentes	18	9,0
Escolaridade da pessoa que a criou	Nunca	36	18,0
	1ª a 4ª série do EF	113	56,5
	4ª a 8ª série do EF	38	19,0
	Ensino médio completo ou incompleto	13	6,5

TABELA 2**Motivos alegados pelas adolescentes para interromper a escola (n=125)**

Motivo	n	%
Desinteresse	26	20,8
Trabalho	24	19,2
Barreiras da escola/ Acesso à escola	24	19,2
Problemas familiares	18	14,4
Casamento	15	12,0
Gravidez	10	8,0
Problemas financeiros	7	5,6
Outros	1	0,8

4.2. Características reprodutivas

A média da idade da menarca das adolescentes foi 12,3 anos (a mediana foi de 12 anos), sendo que a menor idade em que ocorreu a menarca foi 9 e a maior 16 anos. A média da idade da primeira relação sexual com penetração foi 15,2 anos (a mediana foi de 15 anos), sendo que a jovem que teve a primeira relação mais precocemente referiu que esta ocorreu aos dez anos.

Quanto ao uso de MAC, 68,5% referiram ter utilizado na primeira relação sexual. Quando engravidaram, 21,5% das adolescentes relataram estar usando algum MAC, atribuindo a ocorrência da gravidez à falha do MAC ou ao mau uso do método. O método mais utilizado pelas adolescentes nas duas situações foi o preservativo masculino. Vale destacar que apenas duas jovens faziam uso de dupla proteção: preservativos e pílulas (Tabela 3). No momento da gravidez, das jovens que estavam usando algum MAC, o percentual que declarou usar o preservativo masculino foi muito menor que na primeira relação sexual, igualando-se ao uso de anticoncepção oral (Tabela 3).

TABELA 3

Distribuição percentual dos métodos anticoncepcionais utilizados pelas adolescentes na primeira relação sexual (n=137) e antes desta gravidez (n=43)

Método Anticoncepcional	Uso de MAC	
	a primeira relação sexual (n=137)	antes desta gravidez (n=43)
Preservativo	91,2	37,3
Anticoncepcional oral	5,1	37,3
Anticoncepcional injetável	0,7	0
Dupla proteção	1,5	0
Anticoncepção de emergência	0	2,2
Ritmo	0	11,6
Coito interrompido	1,5	11,6

Quando questionadas sobre a “intenção de engravidar”, 28% das jovens não usaram MAC porque queriam engravidar naquele momento e 72% declararam não ter programado a gravidez atual, sendo que 32,5% não queriam ter filho e 39,5% tinham projeto de ter filhos posteriormente. Destas, a maioria queria esperar entre um e quatro anos para engravidar. Diversos foram os motivos dados pelas adolescentes para justificar o desejo da gravidez, conforme descrito na Tabela 4.

TABELA 4

Distribuição percentual dos motivos referidos para justificar o desejo de engravidar pelas jovens estudadas (n=56)

Motivo	n	%
Vontade de ser mãe/ de cuidar do filho	33	58,9
Era o melhor momento	14	25,0
Ter companhia	5	8,9
Para casar/ para ficar com ele	3	5,4
Outros	1	1,8

Das 144 jovens que não queriam engravidar no momento, 70% (101) não usaram MAC. Quando relataram os motivos para justificar o não uso de um MAC, nenhuma alegou desconhecimento dos métodos (Tabela 5).

TABELA 5

Distribuição percentual dos motivos relatados pelas adolescentes para justificar o não uso de método anticoncepcional quando engravidaram (n=101)

Motivo	n*	%
Pensou que não ia engravidar	6	25,7
Ela/ele/eles não gostavam de usar camisinha	25	24,7
Não lembraram/ esqueceram/ descuido	16	15,8
Opção/ se arriscou	38	37,6
Falta de acesso	22	21,8
Não sabia que ia ter relações	2	2,0

*28 entrevistadas deram 2 referências

Sobre a percepção das jovens quanto aos fatores que poderiam ter ajudado a evitar a gravidez não programada, 91% referiram o uso de algum MAC e somente três alegaram que houve falha no uso do MAC adotado (Tabela 6).

TABELA 6

Distribuição percentual dos fatores relatados pelas adolescentes que teriam contribuído para a não ocorrência da gravidez não programada (n=144)

Fator	n*	%
Ter usado um MAC	131	91,0
Ter buscado orientação	7	5,6
Abstinência	5	3,5
Ter tido calma/ Ter pensado melhor	4	2,8
Ter tido acesso a um MAC	2	1,4
O método não ter falhado	3	2,1

* 8 entrevistadas deram 2 referências

4.2.1. Perfil das adolescentes que usaram e não usaram MAC na primeira relação sexual

Quando se compararam as características sociodemográficas das adolescentes quanto ao uso de MAC na primeira relação sexual, observou-se não haver diferenças em relação à idade, trabalho remunerado, ter vínculo com o parceiro, idade do parceiro, diferença de idade com o parceiro e escolaridade da pessoa que a criou. As únicas diferenças observadas foram em relação à escolaridade, que foi menor nas que referiram não ter usado MAC, e a religião, com maior porcentagem de evangélicas neste grupo (Tabela 7).

TABELA 7

Distribuição percentual de algumas características das adolescentes quanto ao uso de método anticoncepcional na primeira relação sexual (n=200)

Características sociodemográficas	Uso de MAC				p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
<i>Idade</i>					0,8790
10 a 14 anos	14	10,2	6	9,5	
15 a 19 anos	123	89,8	57	90,5	
<i>Escolaridade</i>					0,0059
EF incompleto ou completo	84	61,3	51	81,0	
EM incompleto ou completo	53	38,7	12	19,0	
<i>Religião</i>					0,0355
Católica	88	64,3	32	50,8	
Evangélica/protestante	25	18,2	22	34,9	
Sem religião	24	17,5	9	14,3	
<i>Trabalho remunerado</i>					0,4046
Sim	31	22,6	11	17,5	
Não	106	77,4	52	82,5	
<i>Vínculo com o parceiro após a gravidez</i>					0,9938
Com vínculo	124	90,5	57	90,5	
Pouco ou nenhum vínculo	13	9,5	6	9,5	
<i>Idade do parceiro</i>					0,6588
14 a 19 anos	43	31,4	17	27,0	
20 a 25 anos	76	55,5	35	55,5	
26 anos ou mais	18	13,1	11	17,5	
<i>Diferença de idade com o parceiro</i>					0,2054
até 4 anos	91	66,5	36	57,2	
5 anos ou mais	46	33,5	27	42,8	
<i>Escolaridade da pessoa que a criou</i>					0,4708
Até 4ª série do EF	100	73,0	49	77,8	
5ª série do EF ou mais	37	27,0	14	22,2	

Na regressão logística confirmou-se a associação entre o uso de MAC na primeira relação sexual e as variáveis escolaridade, religião e uso de MAC quando engravidou. Um número menor de jovens usou MAC na primeira relação, quando declaradas evangélicas ou protestantes. As adolescentes que cursaram EM tiveram 2,6 vezes mais chances de usar MAC na primeira relação sexual do que as que cursaram EF. Aquelas que usaram MAC no momento de engravidar tiveram mais chance de tê-lo usado na primeira relação sexual (Tabela 8).

TABELA 8
Variáveis associadas ao uso de método anticoncepcional
na primeira relação sexual (n=200)

Variável	OR	IC 95%	p
Religião (evangélica, protestante)	0,392	0,193 – 0,794	0,009
Escolaridade (EM)	2,615	1,249 – 5,475	0,011
Uso de MAC antes de engravidar	2,746	1,116 – 6,757	0,028

4.2.2. Perfil das adolescentes que usaram e não usaram MAC antes de engravidar

Quanto ao perfil das adolescentes em relação ao uso de MAC antes de engravidar, não foram observadas diferenças significativas nas características

sociodemográficas entre as que usaram ou não MAC antes de engravidar (Tabela 9).

TABELA 9

Distribuição percentual das adolescentes que usaram e não usaram MAC antes de engravidar segundo características sociodemográficas (n=144)

Características sociodemográficas	Uso de MAC				p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
<i>Idade</i>					0,3709
10 a 14 anos	7	16,3	11	11,0	
15 a 19 anos	36	83,7	90	89,0	
<i>Escolaridade</i>					0,2404
EF incompleto ou completo	25	58,1	69	68,3	
EM incompleto ou completo	18	41,9	32	31,7	
<i>Religião</i>					0,9245
Católica	27	62,8	64	63,8	
Evangélica/protestante	10	23,3	21	20,9	
Sem religião	6	14,0	16	15,8	
<i>Trabalho remunerado</i>					0,2404
Sim	12	27,9	19	18,8	
Não	31	72,1	82	81,2	
<i>Vínculo com o parceiro</i>					0,3935
Com vínculo	40	93,0	88	87,1	
Pouco ou nenhum vínculo	3	7,0	13	13,9	
<i>Idade do parceiro</i>					0,8479
14 a 19 anos	14	32,6	32	31,6	
20 a 25 anos	23	53,5	58	57,4	
26 anos ou mais	6	14,0	11	11,0	
<i>Diferença de idade com o parceiro</i>					0,2789
até 4 anos	31	72,0	62	61,3	
5 anos ou mais	12	28,0	39	38,7	
<i>Escolaridade da pessoa que a criou</i>					0,5368
Até 4ª série do EF	32	73,0	70	69,3	
5ª série do EF ou mais	11	27,0	31	30,7	

Na regressão logística encontrou-se associação entre o uso de MAC para evitar essa gravidez e o uso de MAC na primeira relação sexual. As jovens que usaram MAC na primeira relação sexual tiveram 2,85 vezes mais chance de usá-lo nesta gravidez (Tabela 10).

TABELA 10
Variáveis associadas ao uso de MAC para evitar esta gravidez (n=200)

Variável	OR	IC 95%	p
Uso de MAC na 1ª relação sexual	2,851	1,191 a 5,826	0,019

4.2.3. Perfil das adolescentes que tinham e não tinham intenção de engravidar

Não foram observadas diferenças significativas entre as adolescentes que queriam e as que não queriam engravidar, quando analisadas as características sociodemográficas (Tabela 11).

No modelo de regressão logística, nenhuma variável estudada associou-se à intenção de engravidar ou não, no momento que ocorreu a gravidez.

TABELA 11

Distribuição percentual das adolescentes que queriam e não queriam engravidar naquele momento segundo características sociodemográficas (n=200)

Características sociodemográficas	Sim		Não		p
	n	%	n	%	
<i>Idade</i>					0,0680
10 a 14 anos	18	12,5	2	3,6	
15 a 19 anos	126	87,5	54	96,4	
<i>Escolaridade</i>					0,2819
EF incompleto ou completo	94	65,3	41	73,2	
EM incompleto ou completo	50	34,7	15	26,8	
<i>Religião</i>					0,3343
Católica	91	63,2	29	51,8	
Evangélica/protestante	31	21,5	16	28,6	
Sem religião	22	15,3	11	19,6	
<i>Trabalho remunerado</i>					0,7689
Sim	31	21,5	11	19,6	
Não	113	78,5	45	80,4	
<i>Vínculo com o parceiro</i>					0,2869
Com vínculo	128	88,9	53	94,6	
Pouco ou nenhum vínculo	16	11,1	3	5,4	
<i>Idade do parceiro</i>					0,1944
14 a 19 anos	46	31,9	14	25,0	
20 a 25 anos	81	56,3	30	53,6	
26 anos ou mais	17	11,8	12	21,4	
<i>Diferença de idade com o parceiro</i>					0,6098
até 4 anos	93	70,8	34	60,7	
5 anos ou mais	51	29,2	22	39,3	
<i>Escolaridade da pessoa que a criou</i>					0,0564
Até 4ª série do EF	102	70,8	47	83,9	
5ª série do EF ou mais	42	29,2	9	16,1	

4.3. Conhecimento das adolescentes sobre reprodução

Ao visualizar as peças que representavam os órgãos genitais femininos, 28,5% das entrevistadas referiram conhecer todos os órgãos apresentados, 70% conheciam alguns deles e 1,5% não conhecia qualquer um deles, porém nem sempre demonstraram saber o nome correto do órgão apontado. Mostraram percepção correta dos órgãos localizados externamente e internamente ao corpo,

mas tinham dificuldades tanto em posicioná-los corretamente como em relacioná-los entre si, de forma a dar-lhes algum sentido anatômico (Figuras 4, 5 e 6). Apesar de ser a vulva o órgão mais referido como “conhecido” e “corretamente localizado”, as jovens nem sempre identificaram os grandes e pequenos lábios, o canal vaginal e o clitóris, e, algumas vezes, foram colocados em posição invertida (Figura 3). O útero, juntamente com o canal vaginal, eram os órgãos genitais mais conhecidos quanto à sua identificação (atribuição de nome), localização e função no processo reprodutivo.



Figura 3. Localização incorreta dos órgãos genitais externos



Figura 4. Localização incorreta dos órgãos genitais internos (trompas e ovários)



Figura 5. Localização invertida do útero e incorreta das trompas e ovários



Figura 6. Localização incorreta dos ovários e trompas

O conhecimento que as adolescentes mostraram sobre a anatomia dos órgãos genitais femininos, de maneira geral, foi em percentuais maiores para as que deram respostas erradas ou declararam não saber a resposta, do que para as que “acertaram”, com exceção da identificação do útero e localização anatômica dos genitais externos (67% e 79,5% respectivamente) (Tabela 12).

TABELA 12

Distribuição percentual das respostas das adolescentes sobre o conhecimento da anatomia dos órgãos genitais femininos (n=200)

Conhecimento		n	%
<i>Conhece os órgãos genitais</i>	Todos	57	28,5
	Alguns	140	70,0
	Nenhum	3	1,5
<i>Nome da vagina</i>	Certo	85	43,1
	errado/não sabe	112	56,8
<i>Nome do clitóris</i>	Certo	60	30,5
	errado/não sabe	137	69,5
<i>Nome dos lábios maiores</i>	Certo	59	29,9
	errado/não sabe	138	70,1
<i>Nome dos lábios menores</i>	Certo	73	37,1
	errado/não sabe	124	62,9
<i>Nome do útero</i>	Certo	132	67,0
	errado/não sabe	65	33,0
<i>Nome das trompas</i>	Certo	81	41,1
	errado/não sabe	116	58,8
<i>Nome dos ovários</i>	Certo	66	33,5
	errado/não sabe	131	66,5
<i>Localização da vulva</i>	Certo	159	79,5
	errado/não sabe	41	20,5
<i>Localização do útero</i>	Certo	86	43,0
	errado/não sabe	114	57,0
<i>Localização das trompas</i>	Certo	24	12,0
	errado/não sabe	176	88,0
<i>Localização dos ovários</i>	Certo	32	16,0
	errado/não sabe	168	84,0

Em relação ao indicador de conhecimento sobre a anatomia dos órgãos, a diferença foi significativa entre as adolescentes mais ou menos instruídas. Também quando os parceiros eram mais velhos e quando a diferença de idade era de cinco anos ou mais, o indicador de conhecimento sobre anatomia foi pior que quando os parceiros eram mais novos e a diferença de idade de até quatro anos (Tabela 13). Nenhuma dessas associações foi encontrada na análise de regressão logística.

TABELA 13

Distribuição percentual do indicador de conhecimento da anatomia dos órgãos genitais femininos segundo as características sociodemográficas (n=200)

Características sociodemográficas	Indicador de Conhecimento da Anatomia dos Órgãos Genitais Femininos				p
	Ruim		Bom		
	n	%	n	%	
<i>Idade da adolescente</i>					0,3675
10 a 14 anos	13	11,7	7	7,9	
15 a 19 anos	98	88,3	82	92,1	
<i>Idade do parceiro</i>					0,0073
14 a 19 anos	35	31,5	25	28,1	
20 a 25 anos	53	47,7	58	65,2	
26 anos ou mais	23	20,7	6	6,7	
<i>Diferença de idade com o parceiro</i>					0,0122
até 4 anos	62	55,9	65	73,0	
5 anos ou mais	49	44,1	24	27,0	
<i>Escolaridade da adolescente</i>					0,0058
EF incompleto ou completo	84	75,7	51	57,3	
EM incompleto ou completo	27	24,3	38	42,7	
<i>Religião</i>					0,5851
Católica	69	62,2	51	57,3	
Evangélica/protestante	23	20,7	24	27,0	
Sem religião	19	17,1	14	15,7	
<i>Trabalho</i>					0,8095
Sim	24	21,6	18	20,2	
Não	87	78,4	71	79,8	
<i>Vínculo com o parceiro</i>					0,4802
Com vínculo	99	89,2	82	92,1	
Pouco ou nenhum vínculo	12	10,8	7	7,9	
<i>Escolaridade da pessoa que a criou</i>					0,2806
Até 4ª série do EF	86	77,5	63	70,8	
5ª série do EF ou mais	25	22,5	26	29,2	

Em relação ao conhecimento da fisiologia dos órgãos genitais, destacou-se o bom conhecimento demonstrado por 94% das jovens em relação à função da vagina e 80% em relação à função do útero. Sobre os outros órgãos, o percentual que não sabia suas funções foi sempre maior (Tabela 14). O indicador de conhecimento da fisiologia dos órgãos revelou que 39% tiveram um bom conhecimento (Tabela 19).

TABELA 14

Distribuição percentual das respostas das adolescentes sobre o conhecimento da fisiologia dos órgãos genitais femininos (n=200)

Conhecimento		n	%
<i>Função da vagina</i>	Certo	188	94,0
	errado/não sabe	12	6,0
<i>Função do clitóris</i>	Certo	48	24,0
	errado/não sabe	152	76,0
<i>Função do útero</i>	Certo	160	80,0
	errado/não sabe	40	20,0
<i>Função das trompas</i>	Certo	45	22,5
	errado/não sabe	155	77,5
<i>Função dos ovários</i>	Certo	40	20,0
	errado/não sabe	160	80,0

Quando analisado o indicador sobre a fisiologia dos órgãos genitais, não foi constatada associação com qualquer característica sociodemográfica. Entretanto, as adolescentes que se declararam evangélicas e protestantes tiveram melhor conhecimento da fisiologia dos órgãos genitais que as demais, quando as variáveis foram controladas no modelo de regressão logística (Tabela 15).

TABELA 15

Variáveis associadas ao indicador de conhecimento da fisiologia dos órgãos genitais femininos (n=200)

Variável	OR	IC 95%	p
Indicador de conhecimento de anatomia dos órgãos genitais	7,640	3,983 – 14,654	<0001
Religião (evangélica/protestante)	2,150	1,015 – 4,552	0,0455

O percentual de conhecimento ruim foi maior se analisado o indicador de fisiologia da reprodução, em que 76,5% das jovens tiveram um conhecimento ruim (Tabela 19). A conceituação de menstruação foi o único percentual maior de respostas certas (79%) do que desconhecidas ou erradas. Houve mais jovens que descreveram corretamente a ejaculação (49,5%) do que a ovulação (28,5%). Além disso, 24% das entrevistadas localizaram corretamente o período fértil (Tabela 16).

TABELA 16

Distribuição percentual das respostas das adolescentes sobre o conhecimento da fisiologia da reprodução (n=200)

Conhecimento	n	%	
<i>Menstruação</i>	Certo	158	79,0
	errado/não sabe	42	23,0
<i>Ovulação</i>	Certo	57	28,5
	errado/não sabe	143	71,5
<i>Ejaculação</i>	Certo	99	49,5
	errado/não sabe	101	50,5
<i>Fecundação</i>	Certo	75	37,5
	errado/não sabe	125	62,5
<i>Período fértil</i>	Certo	48	24,0
	errado/não sabe	152	76,0

O indicador sobre o conhecimento da fisiologia da reprodução mostrou-se associado à idade, à escolaridade e ao vínculo com o parceiro. Assim, as adolescentes

que tinham entre 10 e 14 anos e baixa escolaridade possuíam menos conhecimento sobre a reprodução que as mais velhas e mais instruídas. As que mantiveram o vínculo com o parceiro tinham melhor indicador deste conhecimento (Tabela 17).

TABELA 17

Distribuição percentual do indicador de conhecimento da fisiologia da reprodução segundo as características sociodemográficas (n=200)

Características sociodemográficas	Indicador de Conhecimento da Fisiologia da Reprodução				p
	Ruim		Bom		
	n	%	n	%	
<i>Idade da adolescente</i>					0,0492
10 a 14 anos	19	12,4	1	2,1	
15 a 19 anos	134	87,6	46	97,9	
<i>Idade do parceiro</i>					0,0759
14 a 19 anos	50	32,7	10	21,3	
20 a 25 anos	78	51,0	33	70,2	
26 anos ou mais	25	16,3	4	8,5	
<i>Diferença de idade com o parceiro</i>					0,4554
Até 4 anos	95	62,1	32	68,1	
5 anos ou mais	58	37,9	15	31,9	
<i>Escolaridade da adolescente</i>					0,0059
EF incompleto ou completo	111	72,5	24	51,1	
EM incompleto ou completo	42	27,5	23	48,9	
<i>Religião</i>					0,9022
Católica	92	60,1	28	59,6	
Evangélica/protestante	35	22,9	12	25,5	
Sem religião	26	17,0	7	14,9	
<i>Trabalho remunerado</i>					0,6436
Sim	31	20,3	11	23,4	
Não	122	79,7	36	76,6	
<i>Vínculo com o parceiro após a gravidez</i>					0,0499
Com vínculo	135	88,2	46	97,9	
Pouco ou nenhum vínculo	18	11,8	1	2,1	
<i>Escolaridade da pessoa que a criou</i>					0,4407
Até 4ª série do EF	116	75,8	33	70,2	
5ª série do EF ou mais	37	24,2	14	29,8	

No modelo de regressão logística o indicador de conhecimento da fisiologia da reprodução associou-se ao indicador de conhecimento de anatomia dos órgãos e à escolaridade da jovem (Tabela 18).

TABELA 18
Variáveis associadas ao indicador de conhecimento da fisiologia da reprodução (n=200)

Variável	OR	IC 95%	p
Indicador de conhecimento da anatomia dos órgãos genitais	4,188	4,188 – 2,017	0,0001
Escolaridade (EM)	2,031	1,000 – 4,124	0,0499

Quando foram associadas todas essas informações em um único indicador de conhecimento da anatomia dos órgãos genitais e dicotomizadas as respostas pela média ponderada, 44,5% mostraram ter bom conhecimento (Tabela 19).

TABELA 19
Distribuição percentual dos indicadores de conhecimento das adolescentes (n=200)

Indicador		n	%
<i>Indicador de conhecimento da anatomia dos órgãos genitais femininos</i>	Ruim	111	55,5
	Bom	89	44,5
<i>Indicador de conhecimento da fisiologia dos órgãos genitais femininos</i>	Ruim	122	61
	Bom	78	39
<i>Indicador de conhecimento da fisiologia da reprodução</i>	Ruim	153	76,5
	Bom	47	23,5

Os indicadores de conhecimento não mostraram associação com as características reprodutivas das adolescentes. A diferença nos indicadores de conhecimento entre as adolescentes que usaram ou não MAC, tanto na primeira relação sexual como antes de engravidar, e entre as que tinham e as que não tinham intenção de engravidar, não foi significativa.

4.4. Acesso ao serviço de saúde

Das 200 entrevistadas 63,5% (127) consultaram um ginecologista antes da ocorrência da gravidez atual. Questionadas sobre os motivos que as levaram a realizar a última consulta ginecológica, 53,5% mencionaram ginecologia geral, 26,8% coleta de citologia oncológica, 15% planejamento familiar e 4,7% por DST.

As 73 jovens que não realizaram consulta ginecológica anterior à gestação justificaram-se por motivos vários, que foram agrupados conforme a classificação de acesso adotada, predominando a falta de informação e as barreiras psicossociais (Tabela 20). Destacam-se entre as respostas que foram identificadas como barreiras psicossociais, a manifestação de medo, vergonha ou falta de coragem de 27 jovens, como também a falta de informação de 32 jovens sobre a necessidade de cuidados preventivos para evitar agravos à saúde reprodutiva.

TABELA 20

Distribuição percentual dos motivos apresentados pelas adolescentes para não realização de consulta ginecológica anterior à gravidez (n=73)

Motivo	n	%
Falta de informação	32	43,8
Problemas psicossociais	27	37,0
Barreiras administrativas	4	5,5
Outras (falta de interesse)	10	13,7

O indicador que reúne todos os tipos de acesso ao serviço de saúde mostrou que 75% das adolescentes tiveram acesso mais fácil e 25% dificuldades de acesso ao serviço de saúde (Tabela 13). Na regressão logística nenhuma variável associou-se a este indicador.

As dificuldades de acesso identificadas foram proporcionalmente maiores quando se investigou o acesso psicossocial. As barreiras administrativas e a falta de informação foram identificadas por 37% das adolescentes (Tabela 21).

TABELA 21

Distribuição percentual dos indicadores de acesso ao serviço de saúde (n=200)

Indicador		n	%
<i>Indicador de acesso geral</i>	Mais fácil	150	75,0
	Mais difícil	50	25,0
<i>Indicador de acesso administrativo</i>	Mais fácil	126	63,0
	Mais difícil	74	37,0
<i>Indicador de acesso geográfico</i>	Mais fácil	141	70,5
	Mais difícil	59	29,5
<i>Indicador de acesso econômico</i>	Mais fácil	161	80,5
	Mais difícil	39	19,5
<i>Indicador de acesso psicossocial</i>	Mais fácil	46	23,0
	Mais difícil	154	77,0
<i>Indicador de acesso à informação</i>	Mais fácil	126	63,0
	Mais difícil	74	37,0

4.4.1. Acesso à informação

Entre as adolescentes que nunca consultaram um ginecologista por falta de informação, 27 não sabiam que era necessário consultar este especialista sem haver um problema ginecológico e duas jovens relataram que a mãe não as levava ao ginecologista por acreditar que elas deveriam ter mais idade para isto.

Verificou-se ainda que as fontes de informação sobre o atendimento ginecológico foram, na maioria das vezes, leigas, pois 69,5% delas foram informadas a respeito pela mãe ou outro parente, 17% por uma vizinha e apenas 12,5% por um profissional de saúde.

Foi constatada associação entre o acesso à informação e a idade do parceiro, trabalho remunerado e vínculo com o parceiro. Houve melhor acesso à informação entre as que tinham parceiros com 20 a 25 anos e apresentaram mais dificuldades deste tipo as que não realizavam atividade remunerada e as que mantiveram pouco ou nenhum vínculo com o parceiro após a gravidez (Tabela 22).

TABELA 22
Distribuição percentual do indicador de acesso à informação
segundo características sociodemográficas (n=200)

Características sociodemográficas	Indicador de Acesso à Informação				p
	Mais fácil		Mais difícil		
	n	%	n	%	
<i>Idade da adolescente</i>					0,2043
10 a 14 anos	10	7,9	10	13,5	
15 a 19 anos	116	92,1	64	86,5	
<i>Idade do parceiro</i>					0,0013
14 a 19 anos	28	22,2	32	43,2	
20 a 25 anos	82	65,1	29	39,2	
26 anos ou mais	16	12,7	13	17,6	
<i>Diferença de idade com o parceiro</i>					0,5409
até 4 anos	78	61,9	49	66,2	
5 anos ou mais	48	38,1	24	32,4	
<i>Escolaridade da adolescente</i>					0,0585
EF incompleto ou completo	79	62,7	56	75,7	
EM incompleto ou completo	47	37,3	18	24,3	
<i>Religião</i>					0,1564
Católica	78	61,9	42	56,8	
Evangélica/protestante	32	25,4	15	20,3	
Sem religião	16	12,7	17	23,0	
<i>Trabalho</i>					0,0464
Sim	32	25,4	10	13,5	
Não	94	74,6	64	86,5	
<i>Vínculo com o parceiro após a gravidez</i>					0,0474
Com vínculo	118	93,7	63	85,1	
Pouco ou nenhum vínculo	8	6,3	11	14,9	
<i>Escolaridade da pessoa que a criou</i>					0,7700
Até 4ª série do EF	93	73,8	56	75,7	
5ª série do EF ou mais	33	26,2	18	24,3	

Entretanto, quando as demais variáveis foram controladas através da análise por regressão logística, confirmou-se associação com a idade do parceiro, o trabalho e com os indicadores de acesso administrativo e psicossocial (Tabela 23). As jovens com parceiros entre 20 a 25 anos tinham mais chances de ser informadas, e as que não trabalhavam tinham menos chances de ser informadas. Quando não houve barreiras administrativas e quando houve barreiras psicossociais o acesso à informação foi difícil.

TABELA 23

Variáveis associadas ao indicador de acesso à informação (n=200)

Variável	OR	IC 95%	p
Idade do parceiro (20-25 anos)	0,400	0,204 – 0,785	0,008
Trabalho (não)	2,939	1,192 – 7,244	0,019
Indicador de acesso administrativo	0,196	0,090 – 0,426	<0001
Indicador de acesso psicossocial	5,875	2,166 – 15,933	0,001

4.4.2. Acesso administrativo

A maioria, 95%, não mencionou dificuldades para agendar a última consulta. Verificou-se que a média de vezes que as adolescentes foram até a unidade de saúde para agendar consulta foi 1,1 (mediana 1). A maioria das jovens (92%) conseguiu marcar consulta indo uma única vez ao serviço de saúde. O número máximo de vezes declarado foi quatro

O tempo que a consulta demorou a ocorrer variou entre 0 e 25 dias, sendo a mediana sete dias e a média 9,8 dias. Doze jovens foram atendidas no mesmo dia. A percepção das adolescentes em relação a esse tempo foi avaliado como bom por 58%, regular por 26% e ruim por 16%.

Quanto ao horário em que foi agendada a consulta, 87,5% classificaram esse horário como bom, 6,5% como regular e 6% como ruim. E quanto ao tempo que aguardaram na sala de espera para serem atendidas, 62% das jovens referiram que o tempo foi curto, 27,5% foi razoável e 10,5% longo.

De modo geral, 90,5% sentiram-se “bem atendidas” no serviço de saúde e somente 9,5% (19) avaliaram o atendimento como “regular”. A maioria das jovens relatou que foi tratada da mesma forma (81%) que as mulheres adultas, 17,5% sentiram que foram tratadas melhor, e três (1,5%) sentiram-se mal atendidas comparando-se com as adultas. As jovens que não se sentiram bem atendidas alegaram deficiência dos profissionais técnicos ou administrativos e demora no atendimento ou na marcação da consulta.

Em relação à consulta propriamente dita, 90,6% declararam ter ficado satisfeitas com a consulta e elogiaram o profissional que as atendeu. Por outro lado, 9,4% sentiram-se insatisfeitas, sendo que três não gostaram do profissional que realizou o atendimento, cinco referiram que o problema que tinham não havia sido resolvido e quatro justificaram sua insatisfação dizendo que o atendimento não correspondeu às suas expectativas.

Outra dificuldade investigada referiu-se à exigência, por parte de alguns serviços de saúde, de que a jovem menor de idade fosse acompanhada por um responsável; 91% das jovens declararam não ter sido este um motivo para não comparecer a uma consulta agendada e 9,1% (18) referiram essa dificuldade. Além disso, somente duas jovens referiram espontaneamente esta dificuldade para não ter marcado consulta com um ginecologista.

Confirmou-se associação entre o acesso administrativo e a escolaridade das adolescentes, como também o vínculo com o parceiro. As jovens com menor instrução tiveram proporcionalmente menos dificuldades do tipo administrativo de acesso ao serviço de saúde que as que tinham maior instrução. As barreiras administrativas foram proporcionalmente maiores para as adolescentes que mantiveram o vínculo com o parceiro após a gravidez do que para as que mantiveram pouco ou nenhum vínculo (Tabela 24).

TABELA 24
Distribuição percentual do indicador de acesso administrativo
segundo características sociodemográficas (n=200)

Características sociodemográficas	Indicador de Acesso Administrativo				p
	Mais fácil		Mais difícil		
	n	%	n	%	
<i>Idade da adolescente</i>					0,2413
10 a 14 anos	15	11,9	5	6,8	
15 a 19 anos	111	88,1	69	93,2	
<i>Idade do parceiro</i>					0,3928
14 a 19 anos	42	33,3	18	24,3	
20 a 25 anos	66	52,4	45	60,8	
26 anos ou mais	18	14,3	11	14,9	
<i>Diferença de idade com o parceiro</i>					0,9776
até 4 anos	80	63,5	47	36,5	
5 anos ou mais	46	63,5	27	36,5	
<i>Escolaridade da adolescente</i>					0,0129
EF incompleto ou completo	93	73,8	42	56,8	
EM incompleto ou completo	33	26,2	32	43,2	
<i>Religião</i>					0,4344
Católica	74	58,7	46	62,2	
Evangélica/protestante	28	22,2	19	25,7	
Sem religião	24	19,0	9	12,2	
<i>Trabalho remunerado</i>					0,5996
Sim	25	19,8	17	23,0	
Não	101	80,2	57	77,0	
<i>Vínculo com o parceiro</i>					0,0482
Com vínculo	110	87,3	71	95,9	
Pouco ou nenhum vínculo	16	12,7	3	4,1	
<i>Escolaridade da pessoa que a criou</i>					0,5298
Até 4ª série do EF	92	73,0	57	77,0	
5ª série do EF ou mais	34	27,0	17	23,0	

Na regressão logística o indicador de acesso administrativo mostrou-se negativamente associado ao indicador de acesso à informação, ou seja, quanto mais informação há mais chances de as barreiras administrativas também aumentarem (Tabela 25).

TABELA 25
Variáveis associadas ao indicador de acesso administrativo (n=200)

Variável	OR	IC 95%	p
Indicador de acesso à informação	0,200	0,098 – 0.406	<0,001

4.4.3. Acesso psicossocial

Foram constadas barreiras de gênero quando 68% das entrevistadas declararam ter preferência em ser atendidas por ginecologista do sexo feminino. Por outro lado, seis jovens declararam preferir ser atendidas por homens e 29% não tinham preferência. Os motivos referidos pelas adolescentes para justificar a escolha de ginecologista do sexo feminino encontram-se descritos na Tabela 26.

TABELA 26**Motivos referidos pelas adolescentes que justificaram a preferência pelo ginecologista mulher (n=136)**

Motivo	n	%
Tenho vergonha	83	58,5
Mais fácil/mais confortável/menos constrangedor	46	32,4
Ela é igual a nós/ homem é diferente	6	4,2
Mulher tem mais cuidado	1	0,7

Avaliando as potenciais barreiras de ordem hierárquica, foi perguntado às adolescentes sobre sua preferência quanto à consulta ginecológica ser realizada por uma profissional médica ou enfermeira: 92% delas não tinham preferência pela categoria profissional, 6,5% preferiam médica e 1,5% declararam preferir enfermeira.

Verificou-se associação entre o acesso psicossocial e a escolaridade das adolescentes. As menos instruídas tiveram proporcionalmente mais dificuldades do tipo psicossocial de acesso ao serviço de saúde que as mais instruídas (Tabela 27). Essa associação não foi encontrada quando se analisou através da regressão logística; nesta análise houve associação negativa com o uso de MAC quando engravidou, e positiva com o indicador de acesso à informação. Portanto, quando as jovens têm mais barreiras deste tipo há menos chances de usarem MAC, e quando não têm barreiras psicossociais, elas são melhor informadas (Tabela 28).

TABELA 27

Distribuição percentual do indicador de acesso psicossocial segundo características sociodemográficas (n=200)

Características sociodemográficas	Indicador de Acesso Psicossocial				p
	Mais fácil		Mais difícil		
	n	%	n	%	
<i>Idade da adolescente</i>					0,5754
10 a 14 anos	3	6,5	17	11,0	
15 a 19 anos	43	93,5	137	89,0	
<i>Idade do parceiro</i>					0,2916
14 a 19 anos	12	26,1	48	31,2	
20 a 25 anos	30	65,2	81	52,6	
26 anos ou mais	4	8,7	25	16,2	
<i>Diferença de idade com o parceiro</i>					0,3302
até 4 anos	32	69,6	95	61,7	
5 anos ou mais	14	30,4	59	38,3	
<i>Escolaridade da adolescente</i>					0,0114
EF incompleto ou completo	24	52,2	111	72,1	
EM incompleto ou completo	22	47,8	43	27,9	
<i>Religião</i>					0,7370
Católica	28	60,9	92	59,7	
Evangélica/protestante	12	26,1	35	22,7	
Sem religião	6	13,0	27	17,5	
<i>Trabalho remunerado</i>					0,2725
Sim	7	15,2	35	22,7	
Não	39	84,8	119	77,3	
<i>Vínculo com o parceiro após a gravidez</i>					1,0000
Com vínculo	42	84,8	139	90,3	
Pouco ou nenhum vínculo	4	15,2	15	9,7	
<i>Escolaridade da pessoa que a criou</i>					0,3815
Até 4ª série do EF	32	69,6	117	76,0	
5ª série do EF ou mais	14	30,4	37	24,0	

TABELA 28**Variáveis associadas ao indicador de acesso psicossocial (n=200)**

Variável	OR	IC 95%	p
Uso de MAC quando engravidou	0,424	0,194 – 0,928	0,032
Indicador de acesso à informação	5,485	2,173 – 13,845	<0,001

4.4.4. Acesso geográfico

Sobre a percepção da distância da residência até o serviço de saúde, 70,5% das jovens entrevistadas referiram que este estava localizado perto e que não houve dificuldades de acesso. Para 29,5%, o serviço de saúde estava longe da residência, mas somente 5% declararam dificuldades no trajeto para chegar até o serviço de saúde.

Verificou-se diferença significativa entre as que tinham parceiros adolescentes e as com parceiros mais velhos, sendo que estas tiveram mais dificuldades geográficas de acesso ao serviço que as com parceiros adolescentes. As que não trabalhavam tiveram menos dificuldades do tipo geográfico do que as que trabalhavam (Tabela 29).

TABELA 29

Distribuição percentual do indicador de acesso geográfico segundo características sociodemográficas (n=200)

Características sociodemográficas	Indicador de Acesso Geográfico				p
	Mais fácil		Mais difícil		
	n	%	n	%	
<i>Idade da adolescente</i>					0,9588
10 a 14 anos	14	9,9	6	10,2	
15 a 19 anos	127	90,1	53	89,8	
<i>Idade do parceiro</i>					0,0311
14 a 19 anos	50	35,5	10	16,9	
20 a 25 anos	73	51,8	38	64,4	
26 anos ou mais	18	12,8	11	18,6	
<i>Diferença de idade com o parceiro</i>					0,4273
até 4 anos	92	65,2	35	59,3	
5 anos ou mais	49	34,8	24	40,7	
<i>Escolaridade da adolescente</i>					0,9538
EF incompleto ou completo	95	65,2	35	59,3	
EM incompleto ou completo	46	34,8	24	40,7	
<i>Religião</i>					0,6750
Católica	82	58,2	38	64,4	
Evangélica/protestante	34	24,1	13	22,0	
Sem religião	25	17,7	8	13,6	
<i>Trabalho remunerado</i>					0,0327
Sim	24	17,0	18	30,5	
Não	117	83,0	41	69,5	
<i>Vínculo com o parceiro após a gravidez</i>					0,7490
Com vínculo	127	90,1	54	91,5	
Pouco ou nenhum vínculo	14	9,9	5	8,5	
<i>Escolaridade da pessoa que a criou</i>					0,2932
Até 4ª série do EF	108	76,6	41	69,5	
5ª série do EF ou mais	33	23,4	18	30,5	

Quando foi controlado por variáveis confundidoras, o acesso geográfico continuou associado à idade do parceiro, mas não se encontrou associação com o trabalho remunerado. Além disso, houve associação positiva com o indicador de acesso econômico (Tabela 30).

TABELA 30**Variáveis associadas ao indicador de acesso geográfico (n=200)**

Variável	OR	IC 95%	p
Idade do parceiro (14 a 19 anos)	0,408	0,188 – 0,885	0,023
Indicador de acesso econômico	2,611	1,253 – 5,442	0,010

4.4.5. Acesso econômico

Em relação aos gastos, a maioria das jovens (92%) declarou não ter qualquer despesa para ir ao serviço de saúde. Apenas 8% referiram gastar algum dinheiro para se dirigir até o serviço. Destas, seis tinham a percepção que esse gasto era pouco e 10 que era razoável.

Questionadas sobre quem forneceu o dinheiro para irem até o serviço de saúde, sete disseram que foi o companheiro, seis um dos pais ou parentes e três que usaram recursos próprios.

Verificando outros gastos como compra de remédios ou realização de exames, a maioria das jovens que compareceu à consulta ginecológica declarou não ter tido esse tipo de despesa. Das 127 adolescentes que consultaram um ginecologista previamente à gestação, 23,6% relataram gastos, sendo 26 referentes à compra de remédios - como pílulas, creme vaginal ou outros medicamentos - e três em exames laboratoriais e ultra-sonografia.

Tanto na análise bivariada como na regressão logística, nenhuma das variáveis sociodemográficas estudadas mostrou-se associada ao indicador de

acesso econômico (Tabela 31). Entretanto, confirmou-se associação positiva com o indicador de acesso geográfico.

TABELA 31
Distribuição percentual do indicador de acesso econômico
segundo características sociodemográficas (n=200)

Características sociodemográficas	Indicador de Acesso Econômico				p
	Mais fácil		Mais difícil		
	n	%	n	%	
<i>Idade da adolescente</i>					0,7702
10 a 14 anos	17	10,6	3	7,7	
15 a 19 anos	144	89,4	36	92,3	
<i>Idade do parceiro</i>					0,1773
14 a 19 anos	53	32,9	7	17,9	
20 a 25 anos	85	52,8	26	66,7	
26 anos ou mais	23	14,3	6	15,4	
<i>Diferença de idade com o parceiro</i>					0,6471
até 4 anos	101	62,7	26	66,7	
5 anos ou mais	60	37,3	13	33,3	
<i>Escolaridade da adolescente</i>					0,0993
EF incompleto ou completo	113	62,7	22	56,4	
EM incompleto ou completo	48	37,3	17	43,6	
<i>Religião</i>					0,7419
Católica	98	60,9	22	56,4	
Evangélica/protestante	36	22,4	11	28,2	
Sem religião	27	16,8	6	15,4	
<i>Trabalho remunerado</i>					0,8266
Sim	33	20,5	9	23,1	
Não	128	79,5	30	76,9	
<i>Vínculo com o parceiro após a gravidez</i>					1,0000
Com vínculo	145	90,1	36	92,3	
Pouco ou nenhum vínculo	16	9,9	3	7,7	
<i>Escolaridade da pessoa que a criou</i>					0,4001
Até 4ª série do EF	122	75,8	3	7,7	
5ª série do EF ou mais	39	24,2	36	92,3	

Nenhuma diferença significativa foi verificada entre as jovens que queriam e as que não queriam engravidar, quando analisadas em relação aos indicadores de acesso em todas as dimensões.

5. Discussão

Os resultados deste estudo mostraram que um alto percentual de adolescentes gestantes, atendidas em uma Unidade Básica de Saúde de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, não programou a gravidez atual, fenômeno que vem sendo observado há algumas décadas no Brasil e em muitos outros países, e que tem escapado ao controle das políticas dirigidas a esta população. Vale destacar, porém, que muitas dessas gravidezes ocorreram no contexto de um relacionamento afetivo, e poucas resultaram de uma parceria eventual. Observações como estas mostram a complexidade do problema e a dificuldade de interpretar com exatidão o fenômeno em todas as suas dimensões.

Embora o fenômeno da gravidez não programada ocorra em todos os níveis de escolaridade, estudos confirmam que será maior a proporção de adolescentes que engravidam e têm um filho, quanto menor for seu grau de escolaridade (Takiuti, 2001). Entre as adolescentes estudadas verificou-se baixa escolaridade e nítida defasagem do grau de escolaridade em relação à idade cronológica. A instrução, formal ou informal, além de indiretamente retardar a idade de contrair

casamento e proporcionar à mulher mais acesso ao mercado de trabalho, amplia as possibilidades de informação sobre práticas sexuais, anticoncepção e seu uso para um adequado e oportuno planejamento da gravidez (Takiuti, 2001). Constatamos que a gravidez não foi um fator determinante para o abandono escolar, uma vez que a grande maioria das jovens entrevistadas declarou ter abandonado os estudos antes de engravidar, e poucas (dez) interromperam a educação formal por esta razão. Entre os motivos mais citados pelas adolescentes para justificar a interrupção dos estudos estão o desinteresse, a necessidade de trabalhar e as dificuldades em relação à escola. Aquino et al., (2003) constataram percentual maior de abandono escolar frente à ocorrência da gravidez, pois uma - em cada quatro adolescentes que engravidaram - interrompeu sua formação escolar por este motivo e menos da metade (42,1%) das jovens já não estudavam antes de engravidar.

Esses resultados insinuam que a falta de objetivos pessoais, suportados por um baixo nível instrucional, poderia contribuir para o aumento da ocorrência de uma gravidez inadvertida e não programada entre os jovens.

O comportamento sexual e reprodutivo dos adolescentes tem-se modificado consideravelmente nos últimos tempos, sendo grande a probabilidade de adolescentes começarem a ter vida sexual ativa muito cedo, e, na maioria das vezes, sem conhecimento para seu exercício e sem as orientações pertinentes e necessárias para assumir as responsabilidades e conseqüências dela derivadas. Entre os adolescentes brasileiros, o risco de ter a primeira relação sexual é sensivelmente maior entre as idades de 13 e 17 anos, declinando em idades mais avançadas,

como também entre as jovens menos instruídas (Leite et al., 2004). Na amostra deste estudo confirmou-se o início da atividade sexual na média de 15,2 anos.

Evidenciamos que aproximadamente dois terços das adolescentes do estudo usaram MAC na primeira relação sexual, embora seu uso com o tempo tenha sido descontínuo. Majoritariamente, o método de escolha foi o preservativo masculino, que com o passar do tempo foi perdendo espaço para o uso de pílulas hormonais, igualando-se posteriormente a frequência de uso de ambos os métodos. De modo geral, o percentual de uso de MAC diminuiu três vezes no momento de ocorrer esta gravidez, em relação ao uso de MAC no início do relacionamento sexual, tendência atribuída à estabilidade do relacionamento, como também associada ao gênero e à escolaridade dos jovens, uma vez que freqüentemente as mulheres - mais do que os homens e quando menos instruídas - são as que menos persistem no seu uso (Rede Feminista de Saúde, 2001; Unesco, 2004).

Quanto aos motivos alegados pelas adolescentes para justificar a não utilização de MAC, evidenciamos que muitas deixaram de usar o preservativo porque se incomodavam com o seu uso, mas a maioria acreditou que não engravidaria até pela confiabilidade atribuída ao parceiro. Demonstraram, assim, que em seus pensamentos e atitudes há indícios da magia infantil, do chamado pensamento mágico, que caracteriza os indivíduos nesta fase da vida (Oliveira, 1998).

Para muitos adolescentes não existe um espaço adequadamente acolhedor para tratar de assuntos relativos à sua sexualidade e à saúde reprodutiva, que ainda, na atualidade, despertam sentimentos de medo e vergonha. Somam-se a

estas carências, crenças variadas e infundadas – típicas de adolescentes - como as de que a fertilidade não começa com a primeira menstruação, que o risco de engravidar não existe desde a primeira relação sexual por serem muito jovens e que é necessário ser mais velho para que a gestação ocorra - entendimento que geralmente favorece que o início da atividade sexual aconteça sem proteção para os riscos de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis (Black e Deblassie, 1985, Boruchovitch, 1992). Outros autores relatam que muitos adolescentes acreditam que a maioria dos MAC é incompatível com a baixa freqüência e naturalidade de suas relações sexuais, e o uso do preservativo é citado freqüentemente como um fator de interferência no prazer sexual (Black e Deblassie, 1985; Morrison, 1985; Almeida et al., 2003).

Os problemas enfrentados por adolescentes no exercício de sua sexualidade (gravidez, aborto, DST, uso inadequado dos MAC) constituem, universalmente, um quadro preocupante que apresenta, entre suas causas mais importantes, a falta de informação. Para Tiba (1994), como em tudo na vida, as pessoas lidam melhor com sua sexualidade quando têm maiores conhecimentos. Segundo a OMS (1986), quando os adolescentes têm compreensão das mudanças biopsicossociais pelas quais estão passando, valorizam melhor suas atitudes e tendem a adotar comportamentos mais saudáveis ou menos prejudiciais aos seus interesses.

O interesse científico sobre os comportamentos sexual e reprodutivo dos adolescentes vem crescendo, especialmente pela relevância social atribuída à gravidez nesta faixa etária. A maioria das pesquisas na área reprodutiva de adolescentes concentra-se, entretanto, na falta ou no uso inadequado de MAC e,

conseqüentemente, na gravidez não programada. Poucos estudos investigam outros fatores associados, como o conhecimento dos adolescentes sobre seu corpo, a anatomia e fisiologia dos órgãos genitais, em particular, e seus conhecimentos sobre a fisiologia reprodutiva (Felizare,1990; Brandão et al.,1995; Peláez et al.,1995; Maia, 1998; Gomes et al.,2002).

Nesta direção, os resultados deste estudo mostraram que as adolescentes têm um conhecimento insatisfatório ou inadequado sobre anatomia e fisiologia dos órgãos genitais femininos, apesar de um número considerável delas ter cursado a sétima série do ensino fundamental, série da educação formal em que o estudo do aparelho reprodutor já faz parte do conteúdo programático, e, portanto, deveriam estar incorporados ao seu conhecimento.

Sobre o conhecimento anatômico, verificamos mais acertos para os órgãos genitais externos do que para os internos, evidentemente por tratar-se de órgãos visíveis e invisíveis, respectivamente. Cabe comentar que quase todas as adolescentes classificaram a vagina como o grupo dos genitais externos e, muitas vezes, não souberam identificar as diferentes estruturas que compõem a vulva, como também o canal vaginal. Sabe-se que esta forma de identificação possui um forte componente cultural, uma vez que a transmissão desses conceitos acontece quase que exclusivamente das mulheres adultas às mais jovens, perpetuando-se, dessa maneira, informações equivocadas. O maior percentual de respostas certas quanto aos órgãos internos foi relativo à identificação e à localização do útero, o que provavelmente deveu-se à condição de gestantes das participantes do estudo, quando o órgão está obviamente notabilizado. O

desconhecimento detectado foi mais evidente ainda quanto a conceitos da fisiologia reprodutiva, que deveriam incluir a compreensão do processo de ovulação, ejaculação, fecundação e reconhecimento do período fértil, indispensáveis para uma adequada e oportuna prevenção de gravidezes não programadas. Resultados semelhantes foram encontrados por Felizare (1990) e Carvalho et al., (2001).

Mais de dois terços das jovens não souberam definir a ovulação, porém metade sabia descrever corretamente a ejaculação. Nesta perspectiva, Tiba (1994) afirma que as meninas freqüentemente conhecem mais a anatomia e fisiologia dos órgãos sexuais masculinos do que as suas próprias, o que poderia ser atribuído às características dos genitais dos rapazes.

Comparando os resultados deste estudo com os de Brandão et al., (1995), em relação ao conhecimento sobre os órgãos genitais, verificamos que o percentual de jovens que identificaram a vagina foi semelhante em ambos os estudos (43,1% e 40,8%, respectivamente), enquanto para outros órgãos houve uma diferença entre as que reconheceram o útero (67% e 19,7%, respectivamente), as trompas (41,1% e 21%, respectivamente) e os ovários (33,5% e 9,2%), sendo maior o percentual de respostas corretas nesta amostra. Pode ser que a utilização do modelo feminino e dos órgãos genitais na verificação do conhecimento anatômico das participantes tenham sido elementos facilitadores e justifiquem a diferença nos percentuais dos dois estudos. Cabe destacar que quando buscamos aprofundar sobre a natureza do conhecimento demonstrado, os percentuais de acertos se reduzem, principalmente, quando procuramos estabelecer nexos entre a localização topográfica do órgão

e a função que ele exerce, revelando-se a compreensão, desta última, bem menos satisfatória e consistente.

Em relação à menstruação, as respostas foram avaliadas de maneira diferente: para Brandão et al., (1995) nenhuma resposta foi satisfatória, já que lhes foi solicitado explicar o mecanismo pela qual ela acontece. Entretanto, em estudo de Pelaez et al., (1995), sem ter a mesma exigência, mais da metade dos adolescentes chilenos não souberam responder à questão sobre a menstruação. No presente estudo a maioria das respostas foi considerada correta, desde que fossem descritos o fluxo e sua regularidade cíclica. Algumas jovens descreveram a menstruação como um “sangue sujo”, que tinha que sair do corpo para que o mesmo ficasse limpo, ou lhe atribuíam algum significado, como o de que a menstruação as transforma em mulher, capazes de engravidar. Geralmente a menstruação envolve interpretações simbólicas que, em nossa cultura, são transmitidas de mães para filhas, dando a um processo fisiológico o sentido de anormalidade ou de doença, de impurezas excretadas através do fluxo sanguíneo. A outra expressão das jovens simboliza a passagem do *status* de menina para mulher, e encontra respaldo na literatura (Parker, 1991; Dadoorian, 2000). Para Aquino et al. (2003), a comunicação verbal entre mãe e filha a respeito da menarca seria uma oportunidade de transmissão de valores e conhecimentos sobre comportamentos preventivos, demonstrando, em seu estudo, associação com a menor ocorrência de gravidez.

Em relação ao período fértil houve um percentual importante de desacertos, semelhante ao encontrado por outros estudos, como os trabalhos de Bruno et al., (1997) e Belo e Pinto e Silva (2004). Chama a atenção o fato de que as jovens que

souberam localizá-lo nem sempre relacionaram este período com a ovulação, demonstrando que a correta localização não envolve necessariamente a compreensão da fisiologia reprodutiva e, dificilmente, redundará em uma aplicação prática desse conhecimento.

A associação entre o nível de conhecimento sobre os genitais e a fisiologia da reprodução com a escolaridade e idade das adolescentes está de acordo com outras pesquisas que verificaram o aumento do conhecimento, conforme o avanço da idade cronológica e a escolaridade (Morales et al.,1998; Gomes et al., 2002; Belo e Pinto e Silva, 2004). Também se observou a associação com o maior conhecimento entre as evangélicas e protestantes, que demonstraram saber mais sobre a fisiologia dos órgãos genitais. Outras variáveis associaram-se com a idade dos parceiros, o vínculo mantido após a gravidez e a diferença de idade do casal. Os parceiros de idade maior e próxima à das adolescentes, com diferença menor que cinco anos, e os que mantiveram seu vínculo após a gravidez, contribuíram de forma positiva para o conhecimento sobre os órgãos reprodutivos. Esta associação sugere que novos estudos sejam realizados considerando-se a perspectiva dos homens quanto a seu comportamento sexual e reprodutivo, e outras questões como a paternidade precoce, ainda pouco exploradas.

O alto nível de desinformação que se detecta neste estudo, e em outros correlatos encontrados na literatura, pode ser reflexo da falta de educação sexual, seja pela dificuldade de abordagem dos assuntos relativos ao corpo e à sexualidade no núcleo familiar, como pela ausência de programas educativos específicos nas escolas e serviços de saúde (Gomes et al., 2002). Acreditamos que muitos pais

não estejam suficientemente preparados para dialogar com os filhos assuntos desta natureza, da mesma forma que também os professores não demonstram conhecimento e treinamento adequado para orientar seus alunos, agravados, freqüentemente, pela existência de uma barreira na linguagem entre os adolescentes e os adultos (Tiba,1994). Como conseqüência, os informantes e conselheiros mais costumeiros, e nem sempre os mais recomendados, acabam sendo outros adolescentes com alguma experiência sexual anterior (Pilon, 1984; Maia, 1998; Muza e Costa, 2002). Aquino et al., (2003) demonstraram que a prevalência de gravidez na adolescência é menor entre as jovens que receberam, da escola ou dos pais, as primeiras informações sobre gravidez e anticoncepção.

Darabi et al. (1982), Maia (1998), Cardoso e Freitas (2001), Almeida et al., (2003), em estudos realizados através de duas décadas, mostraram a falta de compreensão deste grupo populacional a respeito do funcionamento do corpo, especificamente sobre os aspectos reprodutivos da mulher, a compreensão do significado do ciclo menstrual e a caracterização física e temporal do período fértil.

Maia (1998) em seu estudo concluiu que geralmente não há falta de acesso às informações sobre sexualidade e reprodução, mas que elas são precárias, insuficientes e mal compreendidas pelos adolescentes, comprometendo os aspectos preventivos de sua saúde sexual.

A falta de conhecimento acerca das questões sexuais e reprodutivas é um fator associado ao não uso de métodos anticoncepcionais e, conseqüentemente, à gravidez não programada (Dembo e Lundell, 1979; Milan et al., 1995; Pinto e Silva,

1998; Almeida et al., 2003). A esse respeito, Vitiello e Conceição (1988) afirmavam: “adolescentes que desconhecem até mesmo os mais rudimentares fatos sobre anatomia e fisiologia genital, evidentemente não conseguem praticar anticoncepção”.

Apesar de estudos recentes concluírem que muitos adolescentes conseguem identificar os MAC, o *déficit* deste conhecimento evidencia-se na pouca conscientização sobre a importância de seu uso e na utilização inadequada dos mesmos (Diaz, 1994; Millan et al., 1995; Belo e Pinto e Silva, 2004; Almeida et al., 2003). Os resultados do presente estudo evidenciaram também que todas as jovens conhecem algum MAC e muitas os usaram na iniciação sexual, como também foram capazes de reconhecer que, para ter evitado esta gravidez, deveriam ter procurado orientação ou ter usado um MAC adequadamente. Frente a estes achados, inferimos que a articulação esperada entre o conhecimento dos MAC e as atitudes quanto à prevenção da gravidez não programada, neste grupo de jovens, esteve nitidamente prejudicada.

O acesso à informação e aos serviços de saúde são fatores condicionantes da promoção à saúde e prevenção dos agravos entre adolescentes, e envolve compromisso e responsabilidade, particularmente, dos profissionais de saúde que os assistem. O acesso aos cuidados de saúde tem sido associado à redução de comportamentos de risco, aumento de hábitos saudáveis e melhora da saúde dos adolescentes (Klein et al., 1999).

Em países em vias de desenvolvimento como o Brasil, chegar vivo e com saúde a esta etapa da vida é resultado típico de um sobrevivente. Nesta

perspectiva, quanto à assistência à saúde, os adolescentes geram uma baixa demanda aos serviços de saúde, pois ainda figuram como o grupo etário mais sadio, comparado com os outros grupos populacionais, particularmente vulneráveis, como os das crianças e idosos (Travassos et al., 2000; Oberg et al., 2002). Muza e Costa (2002), entretanto, justificam de outro modo esta baixa demanda, para quem os jovens mostrariam uma elevada resistência a aproximar-se dos serviços de saúde, e, por sua vez, os serviços teriam dificuldades em acolher seus interesses quando procurados para a assistência. Segundo Ayres (1990), os adolescentes utilizam pouco os serviços de saúde exceto quando na condição de gravidez. Já de acordo com as normatizações do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), do Ministério da Saúde, os adolescentes deveriam realizar no mínimo duas consultas médicas por ano.

Em países com outras realidades e contextos socioculturais, como os Estados Unidos, estudo de Oberg et al., (2002) revelou que 30% das adolescentes entrevistadas não visitaram um profissional de saúde nos 12 meses anteriores à pesquisa. Por outro lado, no Reino Unido, em estudo de Churchill et al., (2000) com adolescentes grávidas, 93% haviam consultado um médico pelo menos uma vez antes da gravidez e 71% tinham dialogado sobre anticoncepção com seu provedor de saúde. Desse modo, pode-se depreender que a gravidez configura-se em um momento precioso para que o ente público aproveite a oportunidade e suas motivações para aproximar-se de forma apropriada da jovem, e evite a chamada *lost opportunities*, para oferecer apoio às suas dificuldades e incrementar práticas educativas oportunas.

Em relação ao acesso aos serviços de saúde, há alguns trabalhos de pesquisadores brasileiros que descreveram e avaliaram o acesso, a maioria na perspectiva do serviço (Unglert, 1990; Vuori, 1991; Silva et al., 1995; Travessos, 2000; Costa e Formigli, 2001; Cosenza, 2003), enquanto estudos americanos ou de outros países mediram o acesso em suas diferentes dimensões, na perspectiva dos adolescentes (Scally e Hadley, 1995; Klein et al., 1999; Richter e Cur, 2000; French, 2002; Oberg et al., 2002; Brindis, 2003; Hock-Long et al., 2003).

O acesso é um fator fundamental que condiciona a utilização do serviço de saúde por parte dos adolescentes e foi objetivo primário desta investigação. Segundo pesquisa do Unicef, em 2001/2002, 17% dos adolescentes brasileiros de ambos os sexos tinham dificuldades de acesso aos serviços de saúde, avaliando apenas a proximidade física dos estabelecimentos de saúde, hospitais e centros de saúde. Entretanto, sabemos que não são suficientes a existência do serviço e a proximidade dele para que a utilização se efetive. Outros fatores que influenciam o acesso devem ser considerados: de um lado, as características do serviço, no que diz respeito à oferta de atendimento em horários compatíveis, disponibilidade de profissionais preparados, acolhimento, e do outro, as condições do usuário em relação ao local que reside, sua disponibilidade de tempo, poder aquisitivo, hábitos e costumes, e a relação entre ambos (Formigli et al., 2000).

Neste estudo o acesso aos serviços de saúde foi analisado sob as diversas óticas e dimensões: geográfica, administrativa, econômica, psicossocial e à informação. Os achados deste estudo demonstraram que, na percepção da maioria das adolescentes, não há barreiras relevantes para sua comunicação com as

estruturas física e organizacional disponíveis, já que o indicador que reuniu todos os tipos de acesso revelou que apenas um quarto das participantes teria o acesso geral prejudicado, de algum modo. Quando analisadas separadamente as várias dimensões de acesso, os valores indicam que há menos barreiras econômicas e mais dificuldades administrativas, geográficas e à informação (percentuais entre 19,5% e 37%). Somente as barreiras do tipo psicossocial, destacando-se a preferência de gênero, e o sentimento de vergonha para o ginecologista do sexo masculino, poderiam ser responsáveis pela dificuldade para a procura dos cuidados preventivos à saúde reprodutiva do grupo analisado. Richter, (2000) confirma estas barreiras entre adolescentes, homens e mulheres, que manifestaram sua preferência quanto ao provedor de saúde ser do mesmo gênero.

Neste estudo pudemos qualificar esta dificuldade como potencial, já que 71% das adolescentes consultaram um ginecologista antes de engravidar e, em sua maioria, foram atendidas por profissional do sexo masculino, tendo se declarado satisfeitas com o atendimento.

Como em Formigli et al., (2000), um número muito pequeno das consultas agendadas foi motivado pelo planejamento familiar, o que consideramos um dado preocupante, tendo em vista a alta frequência de iniciação sexual precoce no grupo, e o seu baixo e descontínuo uso de MAC. Entretanto, como o questionamento foi relativo à última vez que a jovem utilizou o serviço ginecológico, podemos supor que algumas tivessem conversado sobre anticoncepção em consultas anteriores, principalmente as que declararam que o motivo da última consulta foi realizar a

citologia oncótica, pois sua coleta ocorre por indicação médica e será realizada pela enfermeira em um atendimento posterior.

Estes achados induzem um raciocínio quanto à possibilidade de estas jovens, que tiveram um contato prévio com o serviço de saúde, terem recebido ensinamentos a respeito do funcionamento do corpo quanto aos aspectos reprodutivos, o que teria contribuído para melhorar a defasagem desse conhecimento. Porém, devido à dificuldade de interação entre adolescente e médico, estas jovens nem sempre concretizaram a necessidade de proteger-se da gravidez não programada junto ao profissional que prestou o atendimento,

No atendimento ao adolescente considerado menor de idade, existem outras barreiras como as de natureza médica, uma vez que alguns médicos resistem à prescrição de MAC pela ausência do responsável no momento da consulta, injustificada do ponto de vista legal. Outra dificuldade é o acesso real ao MAC, uma vez que sua prescrição pura e simples não é garantia de uso, seja porque não está sempre disponível no serviço e/ou porque há probabilidade de a jovem não ter recursos para adquiri-lo.

Verificou-se também que as jovens mais instruídas e as mais novas tiveram acesso facilitado ao serviço de saúde, porém as que trabalhavam e mantinham um vínculo conjugal - talvez por ser as mais velhas as que trabalham mais freqüentemente – ainda que com parceiros em idades extremas, tinham mais dificuldades e seu acesso prejudicado. Parece que certas condições sociais, como os compromissos laboral e conjugal, influenciam negativamente os cuidados à

saúde destas jovens; entretanto o melhor nível de instrução associa-se a melhor compreensão das necessidades desses cuidados.

É importante ressaltar que investigamos 200 adolescentes grávidas de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Indaiatuba, no Estado de São Paulo, região onde as condições de saúde são privilegiadas em relação a outras do país. Quanto ao acesso aos serviços de saúde, outras realidades são vivenciadas por adolescentes americanos; por exemplo: para eles, o acesso encontra-se prejudicado em primeiro lugar pelas barreiras financeiras, já que é considerável o número de adolescentes sem seguro de saúde, e também por barreiras de outras dimensões, como a falta de confidencialidade, a exigência legal dos serviços do consentimento e notificação dos pais para os menores receberem atendimento, e o desconhecimento de serviços apropriados para se obter os cuidados à saúde reprodutiva (Klein et al., 1999; Oberg et al., 2002; Brindis et al., 2003; Hock-Long et al., 2003).

Para os profissionais brasileiros, a confidencialidade e o atendimento do adolescente sem a presença do responsável são dúvidas freqüentes no seu desempenho, cabendo lembrar que existem suportes legais que esclarecem essas questões, como o artigo 103 do Código de Ética Médica: "é vedado ao médico revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a revelação possa acarretar danos ao paciente". A avaliação dessa capacidade, como também do risco, são de responsabilidade médica (Saito et al., 1999).

Outro suporte legal para os profissionais são as recomendações do Departamento de Bioética e Adolescência da Sociedade de Pediatria (1999); entre elas:

- A ausência dos pais ou responsáveis não deve impedir o atendimento médico do jovem.
- O adolescente, desde que identificado como capaz de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, tem o direito de ser atendido sem a presença dos pais ou responsáveis no ambiente da consulta, garantido-se a confidencialidade.
- Os pais ou responsáveis somente serão informados sobre o conteúdo das consultas com o expresse consentimento do adolescente.

Em serviços que oferecem assistência à saúde reprodutiva, verificou-se que os adolescentes enfrentam dificuldades ou insatisfação no atendimento. Burack (2000) e French (2002) descreveram que muitos adolescentes sentiram que o atendimento foi muito rápido e não houve tempo suficiente para tomar decisões, bem como a oportunidade de fazer perguntas para resolver dúvidas. Em Stone e Ingham (2003), um quarto das jovens que utilizaram o serviço de saúde sexual sentiram-se constrangidas ou assustadas, ou ainda preocupadas em relação à confiabilidade dos seus interlocutores e à confidencialidade dos assuntos discutidos. As participantes do estudo de Burack (2000) demonstraram sua percepção que os profissionais não tinham preparo e habilidade para tratar seus problemas. Segundo Oberg et al. (2002), profissionais não preparados criam uma barreira frente aos adolescentes, que temem que o provedor desaprove

seu comportamento, sentem-se desconfortáveis de responder questões pessoais e mostram medo e ansiedade pelo exame físico que imaginam ter de se submeter. Consideramos que são estas barreiras de acesso, que classificamos ser do tipo psicossocial, as que se revelam com maior freqüência nos estudos e impedem, muitas vezes, que as adolescentes concretizem sua adesão ao serviço de saúde e a conseqüente prevenção dos riscos à saúde.

Não foram demonstradas associações entre os indicadores de acesso ao serviço de saúde e o uso de MAC, ou a intenção reprodutiva das adolescentes, possivelmente pelo pouco poder amostral para este estudo específico. Entretanto, houve confirmação que as barreiras do tipo psicossocial, que como já citamos foram as mais referidas pelas adolescentes, influenciarem o uso de MAC no momento que ocorreu a gravidez.

Através da literatura referida neste estudo, incluindo publicações de mais de duas décadas (1979 a 2003), verificamos que houve poucas mudanças em relação à complexa problemática da gravidez na adolescência, que continua a demandar uma atenção especial por parte dos governos e da sociedade civil de vários países do mundo. A situação exige uma atitude conjunta por parte dos pais, das escolas, dos profissionais da saúde e da sociedade como um todo. Faz-se necessário um trabalho educativo e preventivo para melhorar as opções disponíveis aos adolescentes e, conseqüentemente, permitir que construam projetos de vida com menos dificuldades. O trabalho educativo deve começar antes da puberdade, no seio familiar, e ter continuidade em cumplicidade permanente nas escolas e

serviços de saúde, onde a educação sexual seja efetivada através de programas multidisciplinares e específicos para a população adolescente de ambos os sexos.

O serviço de saúde tem que procurar novas estratégias para facilitar o acesso em todas suas dimensões e proporcionar um atendimento participativo, onde os próprios adolescentes sejam replicadores de informação e veículos para o serviço atingir maior número de adolescentes em suas ações preventivas e de promoção à saúde.

Atreladas aos resultados expostos, consideramos conveniente recomendar a necessidade de novas estratégias para facilitar às adolescentes o acesso ao serviço de saúde, que minimizem as barreiras relacionadas às questões de gênero, respeitem a sua autonomia e considerem as características e o vínculo dessas jovens com seus parceiros.

O incremento da educação no Brasil e o incentivo para que os adolescentes prossigam na educação formal além do ensino fundamental são, certamente, a política mais adequada para a reconstrução das perspectivas e sonhos de crescimento pessoal que se vislumbram no horizonte de nossa sofrida juventude.

6. Conclusões

1. As adolescentes que usaram MAC na primeira relação sexual tiveram maior chance de usar MAC para evitar a gravidez que as demais. A escolaridade e a religião foram fatores associados ao uso de MAC na primeira relação sexual. Nenhuma característica sociodemográfica associou-se ao uso de MAC para evitar a gravidez atual. As escolhas reprodutivas não se associaram com os indicadores de conhecimento e de acesso.
2. A maioria das adolescentes demonstrou conhecimentos insatisfatórios sobre anatomia e fisiologia dos órgãos genitais femininos. Os órgãos externos foram mais facilmente identificados e melhor localizados que os internos.
3. O conhecimento mais inadequado foi sobre a fisiologia da reprodução, principalmente a respeito do período fértil e sua relação com a ovulação.
4. As adolescentes mais instruídas, com parceiros de 20 a 25 anos de idade e com diferença de idade menor que cinco anos, tinham maior conhecimento sobre a anatomia dos órgãos genitais femininos. As adolescentes que se

declararam evangélicas ou protestantes tinham melhor conhecimento sobre a fisiologia dos órgãos genitais femininos. A idade e escolaridade mais avançada das adolescentes, e o vínculo com o parceiro mantido após a gravidez, associaram-se com o maior conhecimento sobre a fisiologia da reprodução.

5. A percepção deste grupo de adolescentes foi que a utilização do serviço de saúde concretizou-se com poucas barreiras de acesso nas dimensões geográfica, econômica, administrativa e de informação. O indicador de acesso psicossocial revelou barreiras de acesso ao serviço de saúde, relativas ao gênero do profissional que realiza o atendimento, a ter que ir acompanhada pelo responsável para consultar e, ainda, a ter sentimento de vergonha ou medo de consultar o ginecologista.

6. O acesso ao serviço de saúde, nas diferentes dimensões, foi associado positivamente ao nível de escolaridade das adolescentes, e inversamente associado à sua idade, ao vínculo com o parceiro mantido após a gravidez e às idades extremas dos parceiros. O acesso à informação foi mais fácil para as adolescentes que trabalhavam, porém as mesmas tinham mais dificuldades de acesso geográfico ao serviço de saúde.

7. Referências Bibliográficas

Almeida CC, Aquino EML, Gaffikin L, Magnani R. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. **Rev Saúde Pública** 2003; 37:566-75.

Aquino EML, Heiborn ML, Knauth D, Bozom M, Almeida MC, Araujo J. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cad Saúde Pública** 2003; 19:(suppl 2).

Autman DG. **Practical statistics for medical research**. London: 1991. 661p.

Ayres JRCM. Adolescência e saúde coletiva: Aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: **Programação em saúde hoje**. São Paulo, Hucitec, 1990.

Belo MAV, Pinto e Silva JL. Conhecimento, atitude e prática em relação aos métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Rev Saúde Publica** 2004; 38(4):479-87.

Bemfam. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde**. Brasil, 1996. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil-BEMFAM/Macro Internacional, 1997.

Black C, Deblasse RR. Adolescent pregnancy Contributing factors, consequences treatment and plausible solutions. **Adolescence** 1985; 20:281-90.

Boruchovitch E. Fatores associados a não utilização de anticoncepcionais na adolescência. **Rev Saúde Pública** 1992; 26:6.

Brandão LG, Gordan NA, Salla MFS, Pires MA, Oliveira MP, De Sá MS. et al. Avaliação do nível de conhecimento dos adolescentes do Parque Ouro Branco sobre sexualidade. **Semina**, Londrina, 1995.

Brasil Ministério de Saúde. Secretaria executiva. Informações de Saúde. **Sistema de Informações hospitalares** (SIH/SUS). Brasília, 2000. Disponível na internet: www.datasus.gov.br.

Bretas JRS, Vieira SC. Interesse de escolares e adolescentes sobre corpo e sexualidade. **Rev Brasileira Enf** 2002; 55(5):528-34.

Brindis CD, Llevelyn L, Kate M, Maya B, Biggs A, Maternowska C. Meeting the reproductive health care needs of adolescents: California' Family planning access, care and treatment program. **J Adolesc Health** 2003; 32:79-90.

Bruno ZV, Souza MA, Teixeira LGMT, Silva RB, Guanabara EM, Oliveira FC. Sexualidade e anticoncepção na adolescência; conhecimento e atitude. **Reprod Clim**, 12(3):137-140, 1997.

Burack R. Young teenagers' attitudes general practitioners and their provision of sexual health care. **Br J Gen Pract**, 2000; 50:550-4.

Camarano AA. Fecundidade e Anticoncepção da população de 15 a 19 anos. In: Vieira EM, Fernandes EL, Bailey P, McKay A. **Seminário gravidez na Adolescência**. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, Family Health International/ Associação Saúde da Família. 1998. p.35-46.

Cannon LRC. Prefácio In: Vieira EM, Fernandes EL, Bailey P, McKay A. **Seminário Gravidez na Adolescência**, Rio de Janeiro, Ministério de Saúde/ Family Health International/ Associação Saúde da Família, p.11-12, 1998.

Cardoso DM, Freitas JCF. Avaliação da sexualidade no adolescente. **Resumo** do VIII Congresso Internacional de Adolescência, Salvador, Bahia, Brasil, 2001, p.165-73.

Carvalho VMB, Reis JTL, Friche RMS, Cadete MMM, Madeira AMF, Fontes J. O contexto da gravidez em adolescentes no processo de escolarização em Belo Horizonte. Resumo do VIII Congresso Internacional Brasileiro de Adolescência, Salvador, Bahia, Brasil; 2001. p.13-7.

Cavalcanti RC. Adolescência. In: **Adolescência hoje**. São Paulo: Roca; 1988.

Churchill D, Allen J, Pringle M, Hippisley-Cox J, Ebdom D, Macpherso M. et al. Consultation patterns and provision of contraception in general practice before teenage pregnancy: case-control study. **BMJ** 2000; 321:486-9.

Cosenza GW. Distribuição espacial e acesso da população aos serviços de saúde. In: Pierantoni CR, Vianna CMM. **Gestão de sistemas de saúde**, Rio de Janeiro; 2003. p.133-68.

Costa COM, Formigli VLA. Avaliação da qualidade de serviço de saúde para adolescentes. **Rev Saúde Pública** 2001; 35:177-84.

Dadoorian D. **Um novo olhar sobre a gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Editora Rocco Ltda; 2000.

Darabi KF, Jones J, Varga P, House M. Evaluation of sex education outreach. **Adolescence** 1982; 16:499-512.

Dean KM, Dean JA; Coulombier D, Burton AH, Brebdel KA, Smith DC. **Epi-info, version 6: a word processing database and statistics program for epidemiology on microcomputers**. Center for Disease Control and Prevention, Atlanta, 1994.

Dembo MH, Lundell B. Factors affecting adolescent contraception practices; Implications for sex education. **Adolescence** 1979; 16:657-64.

Diaz M. **Condutas sexuais e atitudes que constituem fatores de risco para gravidez não desejada e AIDS em estudantes universitários: um desafio para a educação sexual.** Campinas, 1994. [Dissertação – Mestrado - Faculdade de Educação, UNICAMP.

Duarte A. **Gravidez na adolescência: ai, como eu sofri por te amar.** Rio de Janeiro: Ed. Artes & Contos, 1996.

Felizare GMC. Enfermagem escolar e educação sexual para adolescentes. **Rev Gaúcha de Enf** 1990; 11:12-9.

Fittipaldi SO. **Aborto induzido na adolescência: Influência de fatores psicossociais, demográficos e reprodutivos.** Pernambuco, 1998. [Dissertação - Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Pernambuco].

Foreit JR. **Investigación operativa en planificación familiar.** Foreit JR, Frejka T. (eds). Nueva York: Population Council. 1999.

Formigli VLA, Costa MCO, Porto LA. Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente. **Cad Saúde Pública** 2000; 16:831-41.

French RS. The experience of young people with contraceptive consultation and health care workers. **J Adolescent Med Health** 2002; 14:131-8.

Garcia TR. Representações de gestantes adolescentes solteiras sobre os aspectos de sua problemática psicossocial. **Rev Bras Enf** 1985; 38:281-8.

Gomes WA, Costa, COM, Sobrinho CLN, Santos CA ST, Bacelar EB. Nível de informação sobre adolescência, puberdade e sexualidade entre adolescentes. **J Pediatr** 2002; 78:301-8.

Hock-Long L, Herceg-Barn R, Cassidk AM. Access to adolescent reproductive health services: financial and structural barriers to care. **Perspect Sex Reprod Health** 2003; 35:144-7.

Hosmer DW, Lemeshow S. **Applied logistic regression**. New York: John Wiley and Sons; 1989. 307p.

Kish, L. Survey Sampling. **New York, John Wiley & Sons, 1965**.

Klein JD, Wilson KM, McNulty M, Kappahn C, Collins KS. "Access to medical care for adolescents: results from 1997 Commonwealth Fund Survey of the Health of Adolescent girls". **J Adolesc Health** 1999; 25:120-30.

Leite IC, Rodríguez RN, Fonseca MC. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. **Cad Saúde Pública** 2004; 20:474-81.

Maia ACB. "Informações sobre temas relativos à sexualidade em um grupo de adolescentes de uma escola pública de Bauru, SP". **Mimesis** 1998; 19:45-58.

Maldonado MTP. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Petrópolis: Vozes; 1997.

Millan T, Valenzuela S, Vargas NA. Salud reproductiva en adolescentes escolares: conocimientos, actitudes e conductas en ambos sexos en una comuna de Santiago de Chile. **Rev Med Chilena** 1995; 123:368-75.

Morales Jr, Mariscal ML, Carballo IG. Adolescentes: diagnostico y orientaciones teórico metodológicas de la educación sexual. Sucre, Bolivia, **Talleres graficas**, 1998. 205p.

Morrison DM. Adolescent contraceptive behavior. **Review Psychol Bull** 1985; 98:538-68.

Muza GM, Costa MP. "Elementos para elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes – o olhar dos adolescentes". **Cad Saúde Pública** 2002; 18:321-8.

Neves Filho AC. Adolescência e... gravidez. **Rev Maternidade Assis Chateaubriand** 1995; 2:43-6.

Oberg C, Hogan M, Bertrand J, Juve C. "Health care access, sexually transmitted diseases and adolescents: identifying barriers and creating solutions". **Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care** 2002; 320-39.

Oliveira MW. Gravidez na adolescência: dimensões do problema. **Cad Cedes** 1998; 45:49-71.

OMS. Organización Panamericana de la Salud-Ops/Organización Mundial de la Salud- **Fecundidad en la adolescencia: causas, riesgos y Opciones**. Washington, 1988 (Cuaderno Técnico N°12).

Parker, R. "**Corpos, prazeres e paixões**". 3ªed. São Paulo, Ed. Best Seller, 1991.

Pelaez GP, Avila RL, Luer MP, Riquelme DR. "Desarrollo del adolescente: encuesta de conocimientos y actitudes entre escolares de enseñanza básica". **Rev Chil Pediatr** 1995; 54:105-12.

Pilon AF. **Desenvolvimento na adolescência: sexualidade, interação com os pais, companheiros e sexo oposto**. São Paulo, 1984. [Tese Doutorado -, Faculdade Saúde Publica/USP].

Pinto e Silva JL. Contribuição ao estudo da gravidez na adolescência. **Ginecol Obstet Bras** 1983; 6:373-91.

Pinto e Silva JL, Motta ML. Gravidez na adolescência. In: NEME, B. **Obstetrícia básica**. São Paulo: Sarvier, 1994. p.886-9.

Pinto e Silva JL. Pregnancy during adolescence: wanted vs. unwanted. **Inter J Gynec & Obstetr** 1998; 63(Suppl.1):151-6.

Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. **Dossiê adolescentes saúde sexual e saúde reprodutiva**. Rede Nacional Feminista de Saúde: Belo Horizonte, 2004.

Richter S, Cur M. Accessibility of adolescent health services. **Curotionis** 2000; 23:76-82.

Rodrigues AS, Souza M, Cavalcanti R, Carakushansky G. Gravidez na adolescência. **Femina** 1993; 3:199-223.

Saito MI. Sex education in school: preventing unwanted pregnancy in adolescents. **Inter J Gynec & Obstetrics** 1998; 63(Supl.1):157-60.

Saito MI, Leal MM, Silva LEV. A confidencialidade no atendimento à saúde de adolescentes: princípios éticos. **Pediatria** 1999; 21:112-26.

Santoro RC. Servicio de Salud Reproductiva para adolescentes en el Sistema Público de Salud en Chile. Ministerio de Salud, Chile, 1998.

Santos Junior JD. Fatores relacionados a gravidez na adolescência: vulnerabilidade a maternidade. In: Cadernos Juventude Saúde e Desenvolvimento. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de saúde, 1999. p.223-9.

Scally G, Hadley A. Accessibility of sexual health services for young people: survey of clinics in a region. **J Manag Med** 1995; 9:51-2.

Silva LMV, Formigli VLA, Cerqueira MP, Kruchevsky LA, Teixeira MMA, Barbosa, ASM. et al. O Processo de Distritalização e a Utilização de Serviços de Saúde – Avaliação do Caso de Pau da Lima, Salvador, Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública** 1995; 11:72-84.

Singh S. Adolescent Pregnancy and Childbearing: Levels and Trends. **Developed Countries Fam Plan Perspect** 2000; 32:14-23.

Souza, M.M.C.de - A maternidade nas mulheres de 15 a 19 anos como desvantagem social. In: VIEIRA, E.M.; FERNANDES, E.L.; BAILEY, P.; McKAY, A. **Seminário Gravidez na Adolescência**. Rio de Janeiro, Ministério de Saúde/ Family Health International/ Associação Saúde da Família, 1998 p.74-8.

Stone N, Ingham R. When and why do young people in the United Kingdom first use sexual health services? *Perspect Sex Reprod Health* 2003; 35:114-20.

Takiuti AD. **Utopia?** Rio de Janeiro: Ed. Artes e Contos; 2001. 154p.

Tiba I. **Adolescência: o despertar dos sexos**. São Paulo: Editora Gente; 1994.

Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000; 5:133-49.

UNESCO – **Juventudes e sexualidade**. Unesco. Brasília, 2004.

Unglert CVS. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. *Rev Saude Publica* 1990; 24:445-52.

UNICEF. A voz dos adolescentes. Brasília, 2002. Disponível em www.unicef.org/.

Vitiello N, Conceição IS. Aconselhamento em planejamento familiar para adolescentes. In: Vitiello N. et al. **Adolescência hoje**. São Paulo, Roca, 1988

Vitiello N. Gestação na adolescência. *Femina* 1981; 9:527-32.

Vuori, H. A qualidade da saúde. **Divulgação em saúde para debate**. 1991. p.17-25.

WHO. World Health Organization **Meeting on pregnancy and abortion in adolescence**. Geneva,1996. Report. Geneva, 1997.

8. Bibliografia de Normatizações

FRANÇA, J.L.; BORGES, S.M.; VASCONCELLOS, A.C.; MAGALHÃES, M.H.A.
– **Manual para normatização de publicações técnico-científicas**. 4^a ed.,
Editora UFMG, Belo Horizonte, 1998. 213p.

Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade
de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD – Deliberação CCPG-001/98
(alterada 2005).

9. Anexos

9.1. Anexo 1 – Questionário

GESTANTES ADOLESCENTES: CONHECIMENTO SOBRE REPRODUÇÃO E PERCEPÇÃO DE ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

Nº|_|_|_|

Data |_|_|_|_|

SEÇÃO I – Características sócio-demográficas

1.1 Qual a sua idade hoje? (anos completos) |_|_| ANOS

1.2 Qual é sua religião?

[1] católica

[2] protestante

[3] evangélica

[4] outra. Qual? _____

[5] sem religião

1.3 Atualmente você está estudando?

[1] sim (PASSE 1.6)

[2] não

1.4 Qual foi a última série que você completou na escola?

[1] nunca estudou

[2] 1ª a 4ª série do EF incompleto

[3] 1ª a 4ª série do EF completo

[4] 5ª a 8ª série do EF incompleto

[5] 5ª a 8ª série do EF completo

[6] ensino médio incompleto

[7] ensino médio completo

[8] outro. Qual? _____

1.5 Por que você parou de estudar?

Textual _____

1.6 Você faz alguma atividade para ganhar dinheiro?

[1] sim

[2] não (passe 1.9)

1.7 Que atividade é esta?

Textual _____

1.8. Quem fica com o dinheiro que você ganha?

[1] parceiro/marido

[2] pai

[3] mãe

[4] outro parente. Qual? _____

[5] ela mesma

1.9 Com quem você estava morava quando ficou grávida?

[1] parceiro

[5] outros parentes

[2] pais

[6] amigos

[3] pai

[7] sozinha

[4] mãe

[8] outro. Qual? _____

1.10 Atualmente com quem você está morando?

[1] parceiro (passe 1.13)

[5] outros parentes

[2] pais

[6] amigos

[3] pai

[7] sozinha

[4] mãe

[8] outro. Qual? _____

1.11 Quem é a pessoa de quem você engravidou?

[1] companheiro / marido

[2] noivo / namorado

[3] pessoa com quem ficou

[4] outro. Qual? _____

1.12 Atualmente qual o relacionamento com a pessoa de quem você ficou grávida?

[1] companheiro / marido

[2] noivo / namorado

[3] pessoa com quem ficou

[4] outro. Qual? _____

1.13 Qual a idade desta pessoa hoje? (anos completos)

____ Anos

1.14 Por quem você foi criada?

[1] mãe

[3] pais

[2] pai

[4] outra. Qual? _____

1.15 Qual foi a última série que ela/ele completou na escola?

(Priorizar: MÃE>outras mulheres>PAI>outros homens)

[1] nunca estudou

[2] 1ª a 4ª série do EF incompleto

[3] 1ª a 4ª série do EF completo

[4] 5ª a 8ª série do EF incompleto

[5] 5ª a 8ª série do EF completo

[6] ensino médio incompleto

[7] ensino médio completo

[] Outro. Qual? _____

[] Não sabe

SEÇÃO II. Percepção de acesso ao serviço de saúde

- 2.1. Esta é a primeira vez que você é atendida em um posto de saúde?
[1] sim [passe 2.3] [2] não
- 2.2. Você já foi em algum posto para ser atendida por um ginecologista?
[1] sim [passe 2.4] [2] não
- 2.3. Por que você nunca procurou um ginecologista?
[1] nunca precisou
[2] não sabia que podia
[3] não sabia onde tinha
[4] tem vergonha
[5] tinha que ir acompanhada
[6] não tinha iniciado vida sexual
[7] outra Qual? _____ (PASSE 2.5)

[Agora gostaria que você pensasse na última vez que foi nesse posto de saúde]

- 2.4. Para que você procurou o ginecologista?
[1] ginecologia geral
[2] DST
[3] planejamento familiar
[4] citologia oncótica
- 2.5. Como você ficou sabendo que nesse posto tinha esse atendimento?
[1] vizinha/ amiga
[2] parente/ mãe
[3] tv/ rádio
[4] profissional do serviço saúde
[5] educador da escola
[6] outros _____
- 2.6. O posto [onde você consultou] fica perto ou longe de sua casa?
[1] perto [2] longe
- 2.7. Para você foi fácil ou difícil chegar ao posto?
[1] fácil [2] difícil
- 2.8. Você gastou algum dinheiro para ir até o posto?
[1] sim [2] não (passe 2.11)
- 2.9. Para você, esse dinheiro foi muito, razoável ou pouco?
[1] muito
[2] razoável
[3] pouco
- 2.10. Como você conseguiu dinheiro para ir até o posto?
[1] companheiro deu [5] trabalha
[2] pai deu [6] emprestou
[3] Mãe deu [7] economizou
[4] Outro parente deu [8] outra. Qual? _____
- 2.11. Você teve outros gastos com exames ou remédios, por exemplo?
[1] sim. Qual? _____ [2] não (passe 2.13)

- 2.12. Para você, esse dinheiro foi muito, razoável ou pouco?
[1] muito
[2] razoável
[3] pouco
- 2.13. Foi fácil ou difícil marcar a consulta nesse posto?
[1] fácil [2] difícil
- 2.14. Quantas vezes precisou ir até esse posto para marcar essa consulta? |_| vezes
- 2.15. Quanto tempo levou para a consulta acontecer? |_|_| dias
- 2.16. Para você o tempo que levou para acontecer a consulta foi bom, regular ou ruim?
[1] bom
[2] regular
[3] ruim
- 2.17. Para você o horário de atendimento desse posto é bom, regular ou ruim?
[1] bom
[2] regular
[3] ruim
- 2.18. O tempo que esperou para ser atendido foi curto, razoável ou longo?
[1] curto
[2] razoável
[3] longo
- 2.19. No geral, você foi bem atendida, regular, ou mal atendida nesse posto onde você consultou?
[1] bem atendida
[2] regular
[3] mal atendida. Por que? _____
- F. (Se é primeira vez que consulta em posto de saúde passe para 2.22)
- 2.20. Você ficou satisfeita ou insatisfeita com a consulta?
[1] satisfeita
[2] insatisfeita. Por que ? _____
- 2.21. No posto que você foi, você sentiu que as adolescentes são tratadas melhor, igual, ou pior que as mulheres adultas?
[1] melhor
[2] igual
[3] pior
- 2.22. Você já deixou de ir a um posto de saúde porque tinha que ir acompanhada?
[1] sim [2] não
- 2.23. Para você faz diferença ser atendida por um ginecologista homem ou mulher?
[1] sim [2] não
por que? _____
- 2.24. Você sente-se mais à vontade quando conversa seus problemas íntimos com uma enfermeira ou com uma médica?
[1] sim [2] não
por que? _____

SEÇÃO IV – Conhecimento sobre os órgãos genitais femininos e aspectos fisiológicos da reprodução

Entrevistadora diga: “Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre o corpo da mulher e a menstruação. Para isso eu vou lhe mostrar algumas peças feitas de pano que representam as partes do corpo da mulher e eu gostaria que você me dissesse quais você conhece e qual o nome delas”.

4.1. Mostre-me quais destas partes você conhece?

- [1] conhece todas/ quase todas
- [2] conhece algumas
- [3] não conhece nenhuma (passe 4.4)

4.2. (Caso aponte útero, trompas e ovários, perguntar) Qual o nome deste? (repetir a pergunta para cada parte indicada pela entrevistada)

	CERTO	ERRADO	NÃO SABE
[1] útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[2] trompas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[3] ovários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.3. [Caso aponte a vulva, perguntar] Qual o nome desta parte? (repetir a pergunta para cada parte)

	CERTO	ERRADO	NÃO SABE
[1] grandes lábios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[2] pequenos lábios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[3] orifício vaginal/vagina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[4] clitóris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.4. Destas partes que estou mostrando, qual fica fora do corpo e qual fica dentro?

	DENTRO	FORA	NÃO SABE
[1] útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[2] trompas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[3] ovários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[4] genitais externos (vulva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Entrevistadora diga: “Agora eu gostaria que você colocasse cada um destas partes no lugar onde se encontram no corpo da mulher que está representado por esta boneca”.

4.5. Onde estão localizados cada um dos órgãos que estou mostrando no corpo da boneca?

	CERTO	ERRADO	NÃO SABE
[1] genitais externos (vulva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[2] útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[3] trompas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[4] ovários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 4.6. Para que serve isto [apontar a vagina]?
[1] textual _____
[2] não sabe
- 4.7. Para que serve isto [apontar o clitóris]?
[1] textual _____
[2] não sabe
- 4.8. Você sabe para que serve este [apontar o útero]?
[1] textual _____
[2] não sabe
- 4.9. Você sabe para que servem estes [apontar os ovários]?
[1] textual _____
[2] não sabe
- 4.10. Você sabe para que servem estes [apontar as trompas]?
[1] textual _____
[2] não sabe
- 4.11. Na sua opinião o que é a menstruação?
[1] textual _____
[2] não sabe
- 4.12. Você sabe o que é a ovulação?
[1] textual _____
[2] não sabe
- 4.13. Você sabe o que é ejaculação?
[1] textual _____
[2] não sabe
- 4.14. Poderia me explicar o que você entende por fecundação?
[1] textual _____
[2] não sabe
- 4.15. Qual é o período entre uma menstruação e outra que a mulher tem mais chance de engravidar?
[1] na ovulação
[2] no meio do ciclo
[3] perto da menstruação
[4] durante a menstruação
[5] o tempo todo
[6] outro. Qual? _____
[7] não sabe
- 4.16. Neste calendário onde estão marcadas as duas últimas menstruações de uma mulher que menstrua regularmente, eu gostaria que você marcasse um "X" no dia em que ela tem mais chance de engravidar. (o calendário marca o dia 1 e dia 29)
[1] localizou certo (marcou o "x" entre os dias 12 e 18)
[2] localizou errado
[3] não tentou / não quis localizar

9.2. Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estudo: GESTANTES ADOLESCENTES: CONHECIMENTO SOBRE REPRODUÇÃO E PERCEPÇÃO DE ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa que será realizada neste Ambulatório, coordenada pela enfermeira Ingrid, para saber do conhecimento que as adolescentes têm sobre o aparelho reprodutor e das dificuldades de acesso aos serviços de saúde que freqüentam. Os resultados desta pesquisa serão aproveitados para melhorar o atendimento às adolescentes.

Se você concordar em participar do estudo faremos uma entrevista que deverá durar aproximadamente 30 minutos. Todas as informações colhidas serão completamente confidenciais, seu nome não constará e não se tornará público em nenhuma circunstância. Caso você não aceite participar do estudo, seu atendimento no Ambulatório não sofrerá nenhum tipo de modificação.

Você poderá perguntar sobre qualquer dúvida do estudo à enfermeira Ingrid Espejo Carvacho, no Ambulatório da Mulher, de 2ª a 6ª feira, das 7 às 16hs ou no telefone (19) 38354838.

Caso tenha alguma reclamação ou pergunta, a mesma poderá ser feita ao Comitê de Ética em Pesquisa no telefone (19) 37888936.

Após ler e compreender as informações contidas neste documento, concordo em participar voluntariamente do estudo.

Assinatura_____

Idade_____ RG_____

Nº Matrícula_____ Nºdo estudo_____

Ass. do responsável_____

Idade_____ RG._____

Parentesco_____

Endereço._____

Ass. do pesquisador_____ Indaiatuba _____ / _____ / _____

9.3. Anexo 3 – Variáveis utilizadas no modelo de regressão logística

Quadro 1. Variáveis dependentes utilizadas na regressão logística para análise dos indicadores

VARIÁVEIS DEPENDENTES	Categoria 1	Categoria 0
Indicador de conhecimento sobre a anatomia dos órgãos genitais femininos	Adequado	Inadequado
Indicador de conhecimento sobre a fisiologia dos órgãos genitais femininos	Adequado	Inadequado
Indicador de conhecimento sobre a fisiologia da reprodução	Adequado	Inadequado
indicador de acesso geográfico	Mais difícil	Mais fácil
indicador de acesso econômico	Mais difícil	Mais fácil
indicador de acesso administrativo	Mais difícil	Mais fácil
indicador de acesso psicossocial	Mais difícil	Mais fácil
indicador de acesso à informação	Mais difícil	Mais fácil

Quadro 2. Variáveis independentes utilizadas na regressão logística para análise de uso de MAC na primeira relação sexual

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	Categoria 1	Categoria 0
Idade da adolescente	15 a 19 anos	12 a 14 anos
Idade do parceiro (1)	14 a 19 anos	Outras
Idade do parceiro (2)	20 a 25 anos	Outras
Diferença de idade com o parceiro	5 anos ou mais	Até 4 anos
Religião (1)	Católica	Sem religião
Religião (2)	Evangélica/protestante	Outras
Trabalho remunerado	Sim	Não
Vínculo atual com o parceiro	Com vínculo	Pouco ou sem
Escolaridade da pessoa que a criou	EM	EF
Uso de MAC quando engravidou	Sim	Não
Queria engravidar agora	Sim	Não
Indicador de conhecimento da anatomia dos órgãos genitais	Adequado	Inadequado
Indicador de conhecimento da fisiologia dos órgãos genitais	Adequado	Inadequado
Indicador de conhecimento da fisiologia da reprodução	Adequado	Inadequado
Indicador de acesso geral	Mais difícil	Mais fácil
Indicador de acesso administrativo	Mais difícil	Mais fácil
Indicador de acesso psicossocial	Mais difícil	Mais fácil
Indicador de acesso geográfico	Mais difícil	Mais fácil
Indicador de acesso econômico	Mais difícil	Mais fácil
Indicador de acesso à informação	Mais difícil	Mais fácil

Quadro 3. Variáveis independentes utilizadas na regressão logística para análise de uso de MAC antes de engravidar

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	Categoria 1	Categoria 0
Idade da adolescente	15 a 19 anos	12 a 14 anos
Idade do parceiro (1)	14 a 19 anos	Outras
Idade do parceiro (2)	20 a 25 anos	Outras
Diferença de idade com o parceiro	5 anos ou mais	Até 4 anos
Religião (1)	Católica	Outras
Religião (2)	Evangélica/protestante	Outras
Trabalho remunerado	Sim	Não
Vínculo atual com o parceiro	Com vínculo	Pouco ou sem
Escolaridade da pessoa que a criou	EM	EF
Uso de MAC na primeira relação sexual	Sim	Não
Queria engravidar agora	Sim	Não
Indicador de conhecimento da anatomia dos órgãos genitais	Adequado	Inadequado
Indicador de conhecimento da fisiologia dos órgãos genitais	Adequado	Inadequado
Indicador de conhecimento da fisiologia da reprodução	Adequado	Inadequado
Indicador de acesso geral	Mais difícil	Mais fácil
Indicador de acesso administrativo	Mais difícil	Mais fácil
Indicador de acesso psicossocial	Mais difícil	Mais fácil
Indicador de acesso geográfico	Mais difícil	Mais fácil
Indicador de acesso econômico	Mais difícil	Mais fácil
Indicador de acesso à informação	Mais difícil	Mais fácil

Quadro 4. Variáveis independentes utilizadas na regressão logística par análise de queria ou não queria engravidar agora

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	Categoria 1	Categoria 0
Idade da adolescente	15 a 19 anos	12 a 14 anos
Idade do parceiro (1)	14 a 19 anos	Outras
Idade do parceiro (2)	20 a 25 anos	Outras
Diferença de idade com o parceiro	5 anos ou mais	Até 4 anos
Religião (1)	Católica	Outras
Religião (2)	Evangélica/protestante	Outras
Trabalho remunerado	Sim	Não
Vínculo atual com o parceiro	Com vínculo	Pouco ou sem
Escolaridade da pessoa que a criou	EM	EF
Uso de MAC na primeira relação sexual	Sim	Não
Queria engravidar agora	Sim	Não
Indicador de conhecimento da anatomia dos órgãos genitais	Adequado	Inadequado
Indicador de conhecimento da fisiologia dos órgãos genitais	Adequado	Inadequado
Indicador de conhecimento da fisiologia da reprodução	Adequado	Inadequado
Indicador de acesso geral	Mais difícil	Mais fácil
Indicador de acesso administrativo	Mais difícil	Mais fácil
Indicador de acesso psicossocial	Mais difícil	Mais fácil
Indicador de acesso geográfico	Mais difícil	Mais fácil
Indicador de acesso econômico	Mais difícil	Mais fácil
Indicador de acesso à informação	Mais difícil	Mais fácil

Quadro 5. Variáveis independentes utilizadas na regressão logística para análise do indicador de acesso geral

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	Categoria 1	Categoria 0
Idade da adolescente	15 a 19 anos	12 a 14 anos
Idade do parceiro (1)	14 a 19 anos	Outras
Idade do parceiro (2)	20 a 25 anos	Outras
Diferença de idade com o parceiro	5 anos ou mais	Até 4 anos
Religião (1)	Católica	Outras
Religião (2)	Evangélica/protestante	Outras
Trabalho	Sim	Não
Vínculo atual com o parceiro	Com vínculo	Pouco ou sem
Escolaridade de quem a criou	EF	EM
Uso de MAC na primeira relação sexual	Sim	Não
Queria engravidar agora	Sim	Não
Indicador de conhecimento da anatomia dos órgãos genitais	Adequado	Inadequado
Indicador de conhecimento da fisiologia dos órgãos genitais	Adequado	Inadequado
Indicador de conhecimento da fisiologia da reprodução	Adequado	Inadequado

Quadro 6. Variáveis independentes utilizadas na regressão logística para análise do indicador de acesso administrativo

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	Categoria 1	Categoria 0
Idade da adolescente	12 a 14 anos	15 a 19 anos
Idade do parceiro (1)	14 a 19 anos	Outras
Idade do parceiro (2)	20 a 25 anos	Outras
Diferença de idade com o parceiro	5 anos ou mais	Até 4 anos
Religião (1)	Católica	Outras
Religião (2)	Evangélica/protestante	Outras
Trabalho remunerado	Sim	Não
Vínculo atual com o parceiro	Com vínculo	Pouco ou sem
Escolaridade de quem a criou	EF	EM
Uso de MAC na 1ª relação sexual	Sim	Não
Queria engravidar agora	Sim	Não
Indicador de acesso psicossocial	Mais difícil	Mais fácil
Indicador de acesso geográfico	Mais difícil	Mais fácil
Indicador de acesso econômico	Mais difícil	Mais fácil
Indicador de acesso à informação	Mais difícil	Mais fácil

Quadro 7. Variáveis independentes utilizadas na regressão logística para análise do indicador de acesso psicossocial

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	Categoria 1	Categoria 0
Idade da adolescente	12 a 14 anos	15 a19 anos
Idade do parceiro (1)	14 a 19 anos	Outras
Idade do parceiro (2)	20 a 25 anos	Outras
Diferença de idade com o parceiro	5 anos ou mais	Até 4 anos
Religião (1)	Católica	Outras
Religião (2)	Evangélica/protestante	Outras
Trabalho remunerado	Sim	Não
Vínculo atual com o parceiro	Com vínculo	Pouco ou sem
Escolaridade de quem a criou	EF	EM
Uso de MAC na primeira relação sexual	Sim	Não
Queria engravidar agora	Sim	Não
Indicador de acesso administrativo	Mais difícil	Mais fácil
Indicador de acesso geográfico	Mais difícil	Mais fácil
Indicador de acesso econômico	Mais difícil	Mais fácil
Indicador de acesso à informação	Mais difícil	Mais fácil

Quadro 8. Variáveis independentes utilizadas na regressão logística para análise do indicador de acesso geográfico

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	Categoria 1	Categoria 0
Idade da adolescente	12 a 14 anos	15 a19 anos
Idade do parceiro (1)	14 a 19 anos	Outras
Idade do parceiro (2)	20 a 25 anos	Outras
Diferença de idade com o parceiro	5 anos ou mais	Até 4 anos
Religião (1)	Católica	Outras
Religião (2)	Evangélica/protestante	Outras
Trabalho remunerado	Sim	Não
Vínculo atual com o parceiro	Com vínculo	Pouco ou sem
Escolaridade de quem a criou	EF	EM
Uso de MAC na primeira relação sexual	Sim	Não
Queria engravidar agora	Sim	Não
Indicador de acesso administrativo	Mais difícil	Mais fácil
Indicador de acesso psicossocial	Mais difícil	Mais fácil
Indicador de acesso econômico	Mais difícil	Mais fácil
Indicador de acesso à informação	Mais difícil	Mais fácil

Quadro 9. Variáveis independentes utilizadas na regressão logística para análise do indicador de acesso econômico

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	Categoria 1	Categoria 0
Idade da adolescente	12 a 14 anos	15 a 19 anos
Idade do parceiro (1)	14 a 19 anos	Outras
Idade do parceiro (2)	20 a 25 anos	Outras
Diferença de idade com o parceiro	5 anos ou mais	Até 4 anos
Religião (1)	Católica	Outras
Religião (2)	Evangélica/protestante	Outras
Trabalho remunerado	Sim	Não
Vínculo atual com o parceiro	Com vínculo	Pouco ou sem
Escolaridade de quem a criou	EF	EM
Uso de MAC na 1ª relação sexual	Sim	Não
Queria engravidar agora	Sim	Não
Indicador de acesso administrativo	Mais difícil	Mais fácil
Indicador de acesso psicossocial	Mais difícil	Mais fácil
Indicador de acesso geográfico	Mais difícil	Mais fácil
Indicador de acesso à informação	Mais difícil	Mais fácil

Quadro 10. Variáveis independentes utilizadas na regressão logística para análise do indicador de acesso à informação

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	Categoria 1	Categoria 0
Idade da adolescente	12 a 14 anos	15 a 19 anos
Idade do parceiro (1)	14 a 19 anos	Outras
Idade do parceiro (2)	20 a 25 anos	Outras
Diferença de idade com o parceiro	5 anos ou mais	Até 4 anos
Religião (1)	Católica	Outras
Religião (2)	Evangélica/protestante	Outras
Trabalho remunerado	Sim	Não
Vínculo atual com o parceiro	Com vínculo	Pouco ou sem
Escolaridade de quem a criou	EF	EM
Uso de MAC na 1ª relação sexual	Sim	Não
Queria engravidar agora	Sim	Não
Indicador de acesso administrativo	Mais difícil	Mais fácil
Indicador de acesso psicossocial	Mais difícil	Mais fácil
Indicador de acesso geográfico	Mais difícil	Mais fácil
Indicador de acesso econômico	Mais difícil	Mais fácil

Quadro 11. Variáveis independentes utilizadas na regressão logística para análise do indicador de conhecimento da anatomia dos órgãos genitais femininos

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	Categoria 1	Categoria 0
Idade da adolescente	12 a 14 anos	15 a 19 anos
Idade do parceiro (1)	14 a 19 anos	Outras
Idade do parceiro (2)	20 a 25 anos	Outras
Diferença de idade com o parceiro	5 anos ou mais	Até 4 anos
Religião (1)	Católica	Outras
Religião (2)	Evangélica/protestante	Outras
Trabalho remunerado	Sim	Não
Vínculo atual com o parceiro	Com vínculo	Pouco ou sem
Escolaridade de quem a criou	EF	EM
Uso de MAC na 1ª relação sexual	Sim	Não
Queria engravidar agora	Sim	Não
Indicador de conhecimento da fisiologia dos órgãos genitais femininos	Adequado	Inadequado
Indicador de conhecimento da fisiologia da reprodução	Adequado	Inadequado

Quadro 12. Variáveis independentes utilizadas na regressão logística para análise do indicador de conhecimento da fisiologia dos órgãos genitais femininos

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	Categoria 1	Categoria 0
Idade da adolescente	12 a 14 anos	15 a 19 anos
Idade do parceiro (1)	14 a 19 anos	Outras
Idade do parceiro (2)	20 a 25 anos	Outras
Diferença de idade com o parceiro	5 anos ou mais	Até 4 anos
Religião (1)	Católica	Outras
Religião (2)	Evangélica/protestante	Outras
Trabalho remunerado	Sim	Não
Vínculo atual com o parceiro	Com vínculo	Pouco ou sem
Escolaridade de quem a criou	EF	EM
Uso de MAC na 1ª relação sexual	Sim	Não
Queria engravidar agora	Sim	Não
Indicador de conhecimento da anatomia dos genitais femininos	Adequado	Inadequado
Indicador de conhecimento da fisiologia da reprodução	Adequado	Inadequado

Quadro 13. Variáveis independentes utilizadas na regressão logística para análise do indicador de conhecimento da fisiologia da reprodução

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	Categoria 1	Categoria 0
Idade da adolescente	12 a 14 anos	15 a 19 anos
Idade do parceiro (1)	14 a 19 anos	Outras
Idade do parceiro (2)	20 a 25 anos	Outras
Diferença de idade com o parceiro	5 anos ou mais	Até 4 anos
Religião (1)	Católica	Outras
Religião (2)	Evangélica/protestante	Outras
Trabalho remunerado	Sim	Não
Vínculo atual com o parceiro	Com vínculo	Pouco ou sem
Escolaridade de quem a criou	EF	EM
Uso de MAC na 1ª relação sexual	Sim	Não
Queria engravidar agora	Sim	Não
Indicador de conhecimento da anatomia dos genitais femininos	Adequado	Inadequado
Indicador de conhecimento da fisiologia dos órgãos genitais	Adequado	Inadequado