VANDA APARECIDA MANFREDO

REINCIDÊNCIA DE GRAVIDEZ EM ADOLESCENTES: retrato de uma realidade

Franca
2008

VANDA APARECIDA MANFREDO

REINCIDÊNCIA DE GRAVIDEZ EM ADOLESCENTES: retrato de uma realidade

Dissertação apresentada à Universidade de Franca, como exigência para a obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.
Orientadora: Profª. Drª. Maria Aparecida Tedeschi Cano.

Franca
2008

Catalogação na fonte – Biblioteca Central da Universidade de Franca

M241r

Manfredo, Vanda Aparecida
Reincidência de gravidez em adolescentes : retrato de uma realidade / Vanda Aparecida Manfredo ; orientador: Maria Aparecida Tedeschi Cano. – 2008
69 f. : 30 cm.

Dissertação de Mestrado – Universidade de Franca
Curso de Pós-Graduação Stricto Sensu – Mestre em Promoção de Saúde

1. Promoção de saúde – Gravidez. 2. Gravidez – Adolescência. 3. Reincidência de gravidez. I. Universidade de Franca. II. Título.

CDU – 614:618.2-053.6

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos pais, Maria e Clemédio, por estarem sempre ao meu lado me apoiando e incentivando na conquista de todos os meus sonhos, e também por todo o carinho e amor que tem me proporcionado. À vocês minha eterna gratidão eterno amor.

Ao meu esposo José Ricardo, pelo amor, paciência, sacrifícios, compreensão, incentivo nessa longa caminhada, transmitindo-me paz e tranqüilidade.

Sou muito grata por sua presença, incentivo constante e seu amor.

Aos meus filhos, Bianca e Ricardo, adoráveis adolescentes, por morarem em meu coração e conviverem pacientemente com meus desafios. Embora questionando minhas ausências pacientemente souberam suportá-las. Sou muito grata pelo amor, carinho e alegria que proporcionaram à minha vida.

Amo muito vocês

Às minhas irmãs: Vera e Maria Ivone, pelo apoio constante, pelo carinho e amor que nos une.

Ao meu irmão Laércio, mesmo pela longa distância, me encorajou e incentivou constantemente para a realização deste estudo.

Minha eterna gratidão

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Prof.Drª Maria Aparecida Tedeschi Cano, por aceitar me orientar, pela disponibilidade e experiência profissional, por me ajudar a enxergar com mais clareza os caminhos a serem percorridos. A minha eterna gratidão não apenas por ter sido a minha orientadora, mas pela humildade, atenção, apoio e carinho constantes, sem os quais não teria realizado este trabalho.

Ao meu cunhado Prof.Dr. Antônio Carlos Simões Pião (UNESP) por sua valiosa colaboração, orientação na elaboração da análise estatística dos resultados, minha eterna gratidão .

Às minhas queridas colegas de trabalho, Esmerinda e Léia, pela colaboração e compreensão nos momentos em que mais precisei, minha eterna gratidão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que é misericordioso, pelos momentos difíceis superados, pela vida, por minha família e por todas as oportunidades que me tem concedido.

À Profª Dra. Dulce Maria Silva Vendruscolo, pelo incentivo, pelas valiosas sugestões, que contribuíram para aprimorar este trabalho a partir da qualificação.

À Profª Jussara Sperandio, pelo incentivo e apoio para realização deste trabalho.

À amiga Maristela Magri Magagnine, pela amizade, apoio e incentivo na participação do processo seletivo do mestrado.

À Márcia Maria Anselmo Corrêa, amiga especial, companheira de todas as horas, boas ou ruins, pelo apoio constante, pelo carinho, que com paciência se dispunha sempre a me ouvir e ajudar.

À amiga Maria Cláudia Parro, pela amizade e pela valiosa ajuda na aula de qualificação.

À amiga Simone, pela amizade e pela valiosa contribuição na elaboração do Pré-Projeto desta pesquisa.

À Profª Drª Luciana Miotto, pelo auxílio na correção bibliográfica.

Às funcionárias da biblioteca das Faculdades Integradas Padre Albino de Catanduva (FIPA) na busca da revisão bibliográfica.

Às funcionárias das UTI (Neonatal e Pediátrica) do Hospital Padre Albino, Catanduva, pelo apoio, incentivo no decorrer destes anos.

À Micheli Mazenine, pelo apoio e incentivo nas entrevistas com as adolescentes; minha eterna gratidão.

À Kátia Martins, funcionária da Epidemiologia da Secretaria de Saúde do Município de Catanduva, pela colaboração e informações necessárias para a realização deste trabalho.

Aos docentes da Pós-Graduação (Unifran), pela valiosa troca de idéias e conhecimentos, no aprimoramento da pesquisa.

Aos funcionários da pós-graduação (Unifran), disponibilizando, colaboração e informações.

À Profª. Drª Branca Maria de Oliveira Santos (Unifran), pela participação e sugestões a partir da qualificação.

À Universidade De Franca, pela oportunidade concedida.

À amiga Maria Cuenquis na atenção especial pela revisão do inglês.

Às mães adolescentes e suas famílias, pelo acolhimento pela disponibilidade, atenção, e colaboração, que possibilitaram adentrar em um novo horizonte de compreensão, minha eterna gratidão.

À todas as pessoas que direta ou indiretamente colaboraram para realização deste estudo, mesmo que não nomeadas nestas linhas.

EPÍGRAFE

"O conhecimento não fornece fronteiras. É portátil. Ultrapassa qualquer barreira. Não pode ser comprado e nem medido. É intransferível e nos acompanha onde formos. Ele tem um custo mas não um preço"

PETER DUCKER

SUMÁRIO

Dedicatória.....

Agradecimentos Especiais .....

Agradecimentos.....

Epígrafe .....

Lista de Figuras .....

Lista de Abreviaturas e Siglas.....

Resumo.....

Summary .....

1. INTRODUÇÃO 1

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA..... 4
2.1 Adolescência, Sexualidade, Gravidez 4
2.2 Risco, Vulnerabilidade, Gravidez..... 10

3. OBJETIVOS..... 12

4. METODOLOGIA 13
4.1 População do Estudo 13
4.2 Coleta de Dados..... 13
4.3 Análise de Dados 14

5. RESULTADOS..... 15

6. DISCUSSÃO..... 28

7. CONCLUSÕES..... 32

8. REFERÊNCIAS 34

9. APÊNDICES E ANEXOS.....42

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Idade das adolescentes no momento do parto na gravidez reincidente 15

Figura 2: Idade das adolescentes com reincidência de gravidez na época da primeira gestação.....16

Figura 3: Idade das adolescentes com reincidência de gravidez na época da segunda gestação 17

Figura 4: Idade dos parceiros das adolescentes com reincidência de gravidez 17

Figura 5: Renda familiar das adolescentes com reincidência de gravidez.....19

Figura 6: Escolaridade das adolescentes com reincidência de gravidez 20

Figura 7: Faixa etária da menarca das adolescentes com reincidência de gravidez na época da menarca.....21

Figura 8: Idade das adolescentes com reincidência de gravidez quando da primeira relação sexual 21

Figura 9: Local em que as adolescentes com reincidência de gravidez receberam orientações sobre métodos anticoncepcionais 22

Figura 10: Freqüência de adolescentes com reincidência de gravidez que receberam orientação sobre sexualidade 23

Figura 11: Local em que as adolescentes com reincidência de gravidez receberam orientações sobre sexualidade 23

Figura 12: Pessoa que mais conversava sobre sexo com as adolescentes com reincidência de gravidez.....24

Figura 13: Vínculo do pai do primeiro filho com a adolescente com reincidência de gravidez.....25

Figura 14: Número de gestação das adolescentes com reincidência de gravidez 26

Figura 15: Número de filhos das adolescentes com reincidência de gravidez.....26

Figura 16: Abortos prévios realizados pelas adolescentes estudadas com reincidência de gravidez 27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

BEMFAM – Bem-Estar Familiar no Brasil

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

DNV – Declaração de Nascido Vivo

DST – Doença Sexualmente Transmissível

FAMECA – Faculdade de Medicina de Catanduva

IBGE – Instituto de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SUS – Sistema Único de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

RESUMO

RESUMO

Manfredo, V.A. **Reincidência de gravidez em adolescentes: retrato de uma realidade. 2008.** 69f. Dissertação (Mestrado em Promoção de saúde) _ Universidade de Franca, Franca.

A gravidez na adolescência tem sérias implicações biológicas, familiares, emocionais e econômicas, além das jurídico-sociais que atingem a adolescente isoladamente e a sociedade como um todo, pois limita ou mesmo adia as possibilidades de desenvolvimento e engajamento das mesmas na sociedade. Estudos têm mostrado que os problemas de ordem social da gravidez na adolescência sobrepõem–se aos problemas de ordem biológica. Este estudo teve como objetivos: identificar o perfil sócio-econômico e educacional de adolescentes com reincidência de gravidez, identificar as variáveis da vida sexual que contribuíram para a reincidência de gravidez das adolescentes. Trata-se de um estudo descritivo, baseado em dados epidemiológicos de reincidência de gravidez na adolescência, obtidos junto à Vigilância Epidemiológica do município de Catanduva-SP através das fichas do SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos) e dados de entrevistas realizadas com 33 adolescentes com reincidência de gravidez, que deram à luz no período de 01/01/2006 a 31/12/2006. Os resultados encontrados foram: 45,5% estavam na faixa etária de 19 anos, 27,3% delas na de 17 anos; a média de idade das adolescentes estudadas foi de 18 anos; 45,4% delas tinham 16 anos na 1ª gestação e 18,2% estavam na faixa etária entre 14 e 15 anos. A média de idade da 1ª gestação foi de 15 anos. A média de idade da 2ª gestação foi de 17 anos. A mediana de idade dos parceiros foi de 24 anos, maior do que das adolescentes. 84,9% viviam com o companheiro. Quanto a renda familiar, 84,9% recebiam de 1 a 3 salários mínimos; 78,8% não estavam trabalhando. Em relação à escolaridade, 39,4% das adolescentes estudadas apresentaram baixa escolaridade, predominando o ensino fundamental incompleto, o fundamental completo 27,3% e 6,1% concluiu o ensino médio; 42,4% tiveram a menarca com 12 anos e 27,2% aos 11 anos. A média de idade da menarca foi de 12 anos e a média de idade da 1ª relação sexual foi de 14 anos. A maioria recebeu orientação sobre métodos contraceptivos sendo que 29,8% com a família, 27,6% no serviço de saúde e 23,4% na escola. Os métodos mais utilizados foram: anticoncepcional oral por 78,7% delas e a camisinha por 51,5%. Das entrevistadas, 63,6% receberam orientação sobre sexualidade; 45,5% na escola, 12,1% no serviço de saúde, 9,1% na família; 36,4% referiram conversar sobre sexo com o parceiro, 18,2% com a mãe e 27,3% referiram não conversar com ninguém; 75,8% das adolescentes estavam na 1ª união conjugal, 24,2% na 2ª ou 3ª união; 84,8% foram muito apoiadas pelos seus parceiros durante a gestação e 78,8% também pela família. Em relação ao número de gestações observou-se que 66,7% estavam na 2ª gravidez, 30,3% na 3ª gravidez e 3,0% na 4ª gravidez; sendo que o número de filhos foi de: 2 para 75,8%, 3 para 15,1% e 1 para 9,1%. A ocorrência de abortos foi de 1 aborto prévio à 1ª gestação em 15,1% dos casos e de 6,1% à 2ª gestação. A faixa etária para a ocorrência do aborto foi entre 13 a 17 anos. O presente estudo mostrou uma baixa escolaridade das adolescentes e precárias condições sócio-econômicas; um número elevado de reincidência de gravidez nas menores de 19 anos, com pequenos intervalos entre as gestações (12 a 24 meses). A menarca ocorreu aos de 12 anos de idade, a primeira relação sexual aos 14 anos e a primeira gestação aos 15 anos.

Palavras-chave: Adolescência, Gravidez, Reincidência de Gravidez, Promoção de Saúde.

SUMMARY

SUMMARY

Manfredo, V.A. **Relapse of pregnancy in adolescents: picture of a reality**. 2008. 69f (Mestrado in Promotion of health) _ University of Franca, Franca.

The pregnancy in the adolescence has serious biological, familiar, emotional and economic implications, beyond the legal-social ones that separately reach the adolescent as individual and the society as a whole, therefore limits or postpones the possibilities of development and enrollment of them in the society. Studies have shown that the problem of social order of the pregnancy in the adolescence overlaps the problems of biological order. This study had as objective: to identify the socio-economic and educational profile of adolescents with pregnancy relapse, to identify the variables of the sexual life that had contributed for the relapse of pregnancy of the adolescents. This is a descriptive study, based in epidemiologistic data of relapse of pregnancy in the adolescence, gotten next to the epidemiologist monitoring of the city of Catanduva-SP through the archives of the SINASC (Information System of Born a Life) and data of interviews carried through with 33 adolescents with pregnancy relapse, who had given birth in the period of 01/01/2006 the 31/12/2006. The found results were: 45,5% 19 years old, 27,3% 17 years old; the average of age of the studied adolescents was 18 years old; 45,5% of the adolescents had 16 years of age in their first gestation and 18,2 % were in the lapse between 14 and 15 years old. The age average for the first gestation was of 15 years. The age average of the second gestation was of 17 years. The partners were in media older than the adolescents, with median of 24 years of age and 84,8% lived with their partners. About the familiar income, 84,8% received from 1 to 3 minimum wages; 78,8% were not working. In relation to the education, 39,4% of the studied adolescents had presented low schooling level, predominating incomplete basic education, basic complete 27,3% and only 6,1% had concluded average education; 42,4% had the menarche with 12 years and 27,3% with 11 years. The age average of the menarche was 12 years and the age average of the 1ª sexual relation was 14 years. The majority received orientation on contraceptive methods; 29,8% with the family, 27,7% in health service and 23,4% at school. The most used method was oral contraceptive 78,7% and 51,5% used condom; whereas 63,6% had received orientation on sexuality; 45,5% at school, 12,1% in health service, 9,1% with the family; 36.4% had related to talk about sex with the partner, 18.2% with mother and 27.3% had related not to talk with anybody; 75,8% of the adolescents were in the 1ª union, 24,2% in the 2ª or 3ª union; 84,8% had been supported by its partners, 78,8% by the family. In relation to the pregnancy number 30,3% were in the 3ª gestation, 66,7% were in the 2ª pregnancy, and 3,03% in the 4ª pregnancy. The number of children was: 2 for 75,8%, 3 for 15,2% and 1 for 9,1%. In this group of adolescents, the occurrences of abortions was: 15,2% previous abortion to 1ª gestation, 6,1% to the 2ª gestation. The age-lapse for the occurrence of the abortion was between 13 and 17 years of age. The present study showed low scholar level of this adolescents and precarious socio-economic conditions; a high number of relapse of pregnancy in the minors of 19 years, with small intervals between the gestations (12 to 24 months). The menarche occurred at the 12 years of age, the first sexual relation at 14 years and the first gestation at 15 years.

Keywords: Adolescence, Pregnancy, Relapse of Pregnancy, Promotion of Health.

1. INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência representa um importante problema social e de saúde pública em muitos países do mundo, inclusive no Brasil, devido às repercussões físicas, psicológicas e sociais que a gravidez acarreta nesta faixa etária (CANNON,1998).

A tecnologia no campo da contracepção e a assistência no âmbito da saúde reprodutiva e sexual têm avançado ultimamente, todavia muitas adolescentes ainda engravidam sem terem planejado sua gestação (MANDU, 2002). A sociedade como um todo mostra-se pseudopermissiva, permitindo e estimulando o exercício da atividade sexual dos jovens, proibindo, porém, a gravidez precoce como se a capacidade reprodutiva pudesse ser analisada de modo isolado e independente da sexualidade (PINTO E SILVA, 1998a).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua adolescência como o período de vida situado entre 10 e 19 anos, subdivididos em dois grupos: um que compreende as idades de 10 a 14 (pré-adolescência). E outro caracterizado como adolescência propriamente dita, que compreende as idades de 15-19 anos (OMS, 1975).

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, estabelece que adolescente é o indivíduo na faixa etária dos 12 aos 18 anos (BRASIL, 1990). É a transição entre a infância e a idade adulta e do ponto de vista biológico é caracterizada por um intenso crescimento e desenvolvimento, com transformações anatômicas, fisiológicas, mentais e sociais desencadeadas por ação hormonal (LEAL, et al., 2003; SAITO, 2001).

As modificações físicas constituem a fase da adolescência denominada puberdade, caracterizada, principalmente, pela aceleração e desaceleração do crescimento físico, mudança corporal, eclosão hormonal, envolvendo hormônios sexuais e evolução da maturidade. Paralelamente a essas mudanças corporais evoluem aquelas de ordem psicoemocionais como: abstração e pensamento crítico, independência emocional, auto-conhecimento e permanente curiosidade (SAITO, 2001).

Pinto e Silva (1998b) referem que nos Estados Unidos a cada ano, mais de um milhão de adolescentes, ou seja, 11% de todas as meninas de 15 a 19 anos de idade ficam grávidas.

No Brasil, dados citados pelos mesmos autores revelam que 15% a 25% dos nascimentos ocorridos em hospitais são de mães adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos;

considerando-se que a população adolescente brasileira está em torno de 25 milhões, verifica-se tratar de problema de grande magnitude.

Um fenômeno não tão recente, mas em progressiva ascensão, é a multiparidade, na adolescência que tem repercussões negativas de fácil constatação na vida das jovens e suas famílias.

A análise desse fenômeno indica que, particularmente, a reincidência de gestações pode ser considerada mais dramática, pois indicam que a primeira gestação indesejada, não trouxe um apelo significativamente forte para prevenir a ocorrência de outras (PERSONA et al., 2004).

A literatura tem abordado que mais da metade das adolescentes engravidam por muitas outras causas que não o desejo pela maternidade em si.

> Engravidar para não perder o namorado, para sair da casa dos pais e evitar o clima familiar desagradável, para afirmar sua feminilidade através da fertilidade, para encontrar nos cuidados com o filho um objetivo para a sua vida, para aplacar a solidão na companhia do filho, etc, por uma vida tortuosa, a tentativa de preencher um vazio interior (MOREIRA, 1997, p.320).

Dadoorian (1996) refere-se à gravidez na adolescência como o fruto de estreita relação entre o corpo e a pulsão sexual e a denomina de "gravidez hormonal", pelo seu caráter essencialmente biológico. A autora considera o desejo de ter um filho na adolescência como um fenômeno universal, visto que, ele poderá ocorrer com qualquer adolescente. Entretanto, o destino dessa gravidez está diretamente relacionado com os aspectos psicológicos e sociais de cada adolescente.

Além desses fatores, a gravidez pode resultar do uso inadequado dos métodos contraceptivos, ignorância sobre a fisiologia da reprodução e das conseqüências das relações sexuais. As adolescentes utilizam muitas vezes métodos contraceptivos de baixa eficiência e em certas ocasiões, tornam-se predispostas à gravidez devido à diminuição da capacidade de julgamento pelo efeito de bebidas alcoólicas e/ou drogas, entre outras (MOREIRA, 1997).

Alguns autores constataram altas porcentagens de repetição da gravidez na adolescência (10 a 45%) acontecendo após pequenos intervalos entre as gestações, entre 12 – 24 meses. Embora esse fenômeno refira-se à adolescentes das camadas mais pobres da sociedade, ele reflete um problema de Saúde Pública que é geral, envolvendo outros segmentos sociais (PINTO E SILVA; NOGUEIRA, 1998; PERSONA et al., 2004).

Em pesquisa realizada em São Paulo, em um Hospital-Escola, por Carvalho e Barros (2000), com 100 puérperas adolescentes, menores de 18 anos, verificaram que 81% delas estavam dando a luz pela primeira vez, 14% pela segunda vez e 5% pela terceira vez, o que mostra uma tendência das adolescentes em repetir a gravidez.

Embora o desejo consciente ou inconsciente de engravidar seja um dos fatores que levam à gravidez na adolescência, ele pode ser influenciado por fatores internos e externos. Um deles é o tipo de relacionamento familiar, especialmente entre pais e filhos, que propicia determinados comportamentos. Algumas pesquisas apontam que a maioria das adolescentes que engravidam são filhas de mães que também engravidaram durante a adolescência. Um fenômeno psicológico (inconsciente) de repetição da história materna, pode ser a de uma tentativa de reconciliação entre mãe e filha (CORREA, COATES, 1991; SCHILLER, 1994; ABDALLAH et al., 1998).

A continuação da gravidez entre adolescentes pode levar à desorganização familiar, ao abandono escolar, ao afastamento social e do mercado de trabalho, além das questões emocionais. Mas é importante lembrar que a gestação não programada não implica, necessariamente, uma gravidez indesejada, podendo nascer crianças desejadas, resultando em situações felizes e equilibradas uma vez que muitas são rapidamente aceitas ou se transformam ao longo do processo gestacional em, claramente, desejadas (PINTO E SILVA, 1998a).

Surpreendentemente, há grupos de adolescentes que apresentam uma segunda, terceira ou até quarta gestação durante a adolescência, a maioria sem ter planejado (PINTO E SILVA; NOGUEIRA, 1998.)

Embora muitos estudos sobre adolescência e gravidez precoce venham sendo desenvolvidos e já se disponha de conhecimentos e práticas importantes, ainda carecemos de aprofundamentos, discussões e divulgação ampliada do tema não somente para os profissionais de saúde, mas também para as adolescentes e suas famílias.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Adolescência, Sexualidade, Gravidez

A sexualidade é, sobretudo, um elemento estruturador da identidade do adolescente. "Esta função estruturante é, em grande parte, realizada através da representação mental que o adolescente tem de seu corpo". A adolescência embora seja um fenômeno universal é marcada por características que variam conforme o ambiente sociocultural do adolescente (OSÓRIO, 1998).

No entanto, o que se observa é que a puberdade,vem acontecendo cada vez mais cedo, em todo o mundo.

Carvalho e Barros (2000) apontam que 27,0 % das meninas negras e 6,7 % das brancas nos Estado Unidos já possuíam pêlos pubianos aos 7 anos, quando a idade padrão para essa ocorrência seria aos 9 anos de idade. Os autores apontam que um dos motivos para esse evento ocorrer mais cedo do que o esperado poderia ser a erotização excessiva da sociedade com conseqüente aceleração da maturidade sexual.

No Brasil, a atividade sexual também vem acontecendo cada vez mais precoce entre os adolescentes. Em pesquisa realizada na cidade de Franca-SP, com 100 mães adolescentes, verificou-se que a 1ª relação sexual ocorria em 29% delas, aos 16 anos e apenas 2% aos 12 anos (TAQUETE, 1992).

Guimarães (2001) em pesquisa sobre partos realizados no Brasil verificou que entre mulheres na faixa etária de 10 a 14 anos é da ordem de 0,8 % e requer especial atenção, não apenas pela faixa etária, mas também porque indicam que as relações sexuais estão ocorrendo precocemente sem o uso do preservativo, o que coloca essas adolescentes suscetíveis também aos riscos de DST/AIDS.

Ramos et al. (2001) referem que inúmeros fatores têm estimulado uma iniciação sexual mais precoce; dentre eles destacam-se os meios de comunicação. Há um verdadeiro bombardeio erótico na mídia. Na televisão, explora-se excessivamente a chamada sexualidade brasileira através de figuras de dançarinas, cantoras, apresentadoras de programas, que usam a sensualidade e transformam-se em ídolos infantis.

Lopes et al. (1993) ressaltam que inúmeras mensagens de apelo sexual têm sido veiculadas através dos meios de comunicação de massa. O corpo e a sensualidade têm sido

exaustivamente usados para divulgar e vender produtos industriais, desde sabão em pó, automóveis, até toalhas de banho. O corpo tornou-se um produto que é facilmente consumível.

Pode-se dizer que a sociedade estimula a sensualidade e a atividade sexual dos jovens, mas ao mesmo tempo, não abre espaço para reflexões sobre essa prática e suas conseqüências como uma gravidez precoce ou uma DST/Aids (DIMENSTEIN; LAMBERT, 1998).

A idade mediana da primeira relação sexual em mulheres brasileiras com idades entre 15 a 19 anos é 15 anos, e do primeiro filho é de 16,7 anos (BENFAM, 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).

O risco e a vulnerabilidade estão muito ligados às características próprias do desenvolvimento psicoemocional dessa fase da vida. A busca pelo novo funciona como um grande desafio, vinculada à onipotência do adolescente que se julga sempre vencedor. A tendência grupal induz muitos adolescentes a assumirem comportamentos de riscos, para os quais não estão preparados como, por exemplo: experimentar drogas (SAITO, 2001).

Nesta fase, se misturam ansiedade e desejo de viver tudo rápido e intensamente, não havendo lugar para a espera e julgamento, levando à possibilidade de riscos como: as doenças sexualmente transmissíveis (DST), a Aids, a gravidez e a paternidade precoce e o aborto que podem comprometer o projeto de vida das adolescentes ou até a própria vida. (VITALLE, 2001; SANTOS JUNIOR, 1999; DIAZ, 1994).

Os padrões de atividade sexual feminino variam conforme a tradição e a cultura, e a proporção de partos entre mulheres de 10 a 19 anos variam amplamente, segundo o país considerado (OMS, 1975).

Nos Estados Unidos, aproximadamente 19 % das mulheres com idade entre 15 a 19 anos têm atividade sexual e engravidam, e 78 % dessas gestações não são planejadas, correspondendo a ¼ de todas as gestações “acidentais” que acontecem anualmente. Estima-se que 30 % dessas gestações sejam interrompidas, 14 % terminem em abortamento espontâneo e 56 % terminem em nascimentos (SILVA; CHINAGLIA; SURITA, 2005).

No Brasil, em 1970, a média de filhos por mulher brasileira era de 5,8 e diminuiu para 2,3 filhos, em 2000. Os principais fatores intervenientes foram: mudanças no comportamento reprodutivo das mulheres, crescente participação da mulher no mercado de trabalho e uma maior utilização de métodos contraceptivos, acusando, cada vez mais, a diminuição no

número de filhos. Por outro lado, a população de mulheres adolescentes tem mostrado uma fecundidade, diferente dos outros grupos etários femininos (CAMARANO, 1998).

Com base nos dados censitários, no período entre 1980 e 2000, constatou-se um aumento na porcentagem de filhos de mães com idade menores de 19 anos no Brasil. Em 1980, a fecundidade das mulheres de 15 a 19 anos de idade representava 9,1% da fecundidade total do país. Em 2000, esse percentual aumentou para 19,4%, sendo que desse total, foram identificados 0,9% de nascidos vivos de mães entre 10 e 14 anos e 22,4% nascidos vivos de mães entre 15 e 19 anos de idade (BRASIL, 2004).

A população de adolescentes (10-19 anos) estimada no Brasil no ano 2000 foi de 36 milhões, representando um quinto da população total, formando a maior coorte de adolescentes de toda história (SILVA; CHINAGLIA; SURITA; 2005).

Essa população de adolescentes brasileiras é responsável pela ocorrência de 1 milhão de gravidezes por ano e pela realização de 700.000 partos por ano pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e mais 150.000 a 200.000 partos fora desse sistema. Cerca de 80% das internações pelo SUS, entre mulheres de 10 a 19 anos são por causas de natureza obstétrica (SILVA; CHINAGLIA; SURITA; 2005).

Dentro do território nacional, a gravidez na adolescência tem ocorrido diferenciadamente pelo espaço geográfico e por grupos sociais, afetando mais as regiões mais pobres, áreas rurais e mulheres com menos escolaridade (CAMARANO, 1998).

Quando são analisados os possíveis fatores etiológicos ligado ao incremento da gravidez na adolescência, percebe-se a complexidade desses fatores, pois os mesmo apontam para a existência de uma rede multicausal, que torna as adolescentes especialmente vulneráveis. Esses fatores podem ser agrupados em fatores biológicos, familiares, sociais e psicológicos (VITALLE E AMÂNCIO, 2001).

Quanto aos fatores biológicos, a idade em que ocorre a menarca tem se adiantado em torno de 04 meses por década, encontrando-se atualmente na faixa de 12,5 a 13 anos, em segmentos populacionais economicamente desenvolvidos (VITALLE E AMÂNCIO, 2001, SANTOS JUNIOR, 1999).

Ao lado da ocorrência da menarca cada vez mais cedo e a conseqüente iniciação sexual mais precoce, o tempo de exposição à concepção aumenta e como principal conseqüência ocorre a gravidez nesta fase da vida (VITALLE E AMÂNCIO, 2001).

Em relação aos fatores de ordem familiar, este contexto apresenta uma relação direta com a época em que se inicia a atividade sexual. Assim sendo, adolescentes que iniciam vida

sexual precocemente ou engravidam neste período geralmente vêm de famílias cujas mães também iniciaram sua vida sexual precocemente ou engravidaram durante a adolescência (VITALLE E AMÂNCIO, 2001).

Os fatores sociais envolvem as atividades individuais condicionadas tanto pela família quanto pela sociedade. A sociedade tem passado por profundas mudanças em sua estrutura, inclusive aceitando melhor a sexualidade na adolescência, sexo antes do casamento e também a gravidez. Tabus, inibições e o estigma estão diminuindo e a atividade sexual aumentando (VITALLE E AMÂNCIO, 2001).

A imaturidade psicológica inerente ao período da adolescência está vinculada à não utilização de métodos contraceptivos, ou quando este ocorre não é de modo eficaz. A adolescente nega a possibilidade de engravidar, e essa negação é tanto maior quanto menor a faixa etária (VITALLE E AMÂNCIO, 2001).

O encontro sexual é mantido de forma eventual, não justificando, conforme acreditam as adolescentes, o uso rotineiro da contracepção; não assumem perante a família sua sexualidade e a posse do contraceptivo que seria a prova formal de vida sexual ativa. (VITALLE E AMÂNCIO, 2001).

A maternidade no início da vida reprodutiva antecipa a maturidade biológica, podendo ocasionar uma série de resultados indesejados ao futuro do casal adolescente e dos seus filhos. Os jovens pais têm menos chance de completar sua vida escolar, o que pode levar à redução de oportunidades de trabalho, instabilidade nas relações afetivas familiares e conjugais, entre outras (CANNON, 1998).

Segundo a autora citada as conseqüências a curto prazo estão relacionadas ao período gestacional, parto e pós-parto imediato.

A Organização Mundial de Saúde considera de alto-risco a gravidez entre mulheres de 10 a 19 anos, tanto pelo fator limitante e de impedimento ao desenvolvimento social e educacional, como pela associação à maior morbidade nesta faixa etária. Por outro lado, com relação ao recém-nascido, a prematuridade, o baixo peso ao nascer e as más-formações congênitas são as intercorrências mais freqüentes neste grupo etário (OMS, 1989).

No Brasil, o Ministério da Saúde (2004) reitera essa visão e destaca a gravidez das adolescentes menores de 15 anos como especialmente preocupante. Segundo o órgão, esse grupo tem de cinco a sete vezes mais probabilidade de morrer durante a gravidez e o parto do que as jovens de 20 a 24 anos, por apresentarem freqüentemente a pélvis muito estreita para a passagem do bebê.

Entretanto, atualmente não há consenso a respeito do risco biológico em gestantes adolescentes. Alguns acreditam que os riscos são semelhantes aos encontrados nas gestações de mulheres adultas, quando assistidas adequadamente. Segundo Pinto e Silva (1998b), 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) concluiu que as patologias clínicas encontradas em gestantes e parturientes adolescentes não diferem significativamente das encontradas em 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 um motivo para afastar a adolescente da assistência pré-natal, e a falta dessa assistência seria a causa da maior freqüência de complicações clínicas e obstétricas apresentadas (VITIELLO, 1981; NEVES FILHO, 1995).

Pinto e Silva; Mota (1994) ressaltam que os riscos não médicos, 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, mas apenas por razões biológicas, como também por antecipar os movimentos sociais, trazendo uma série de resultados indesejados para as mulheres e seus filhos.

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 desse grupo etário, especialmente o problema das conseqüências fisiológicas, psicológicas, sociais e jurídicas na gravidez e do aborto na adolescência (PINTO e SILVA, 1998b).

O fenômeno gravidez na adolescência é verificado especialmente na população de baixo nível sócio-econômico por causa das condições de vida desfavoráveis, de abandono, de promiscuidade, de desinformação e falta de acesso a métodos anticoncepcionais (PINTO e SILVA, 1998b).

A magnitude das diferenças sócio-econômicas 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).

Rodrigues et al. (1993) verificaram que a gravidez precoce ocorre também entre adolescentes socialmente mais favorecidas, segmento social que nem sempre assume a gravidez e termina, quase sempre com sua interrupção. Estes autores concluíram que 80 % das adolescentes de classe alta que engravidaram interromperam voluntariamente a gravidez.

As estimativas do Ministério da Saúde são de que de 1 milhão de gestações ocorridas entre adolescente por ano no Brasil, 1/3 termine em abortos. Na literatura são enfocados os danos físicos e psicológicos do aborto, principalmente nos países onde ele é clandestino, como no Brasil. Quando realizado em condições precárias, o aborto pode causar esterilidade ou até 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 causas tubárias. Das internações por aborto, aproximadamente 20 % correspondem às jovens de 10 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.

O aborto é um relevante problema de saúde pública no Brasil, na medida em que é praticado amplamente pelas mulheres em contexto clandestino, com meios inseguros e por leigos ou profissionais despreparados (MONTEIRO, 1998; COSTA, 1999; OSIS, 1996).

O aborto, como uma das principais causas de morte materna no país, é mais contundente quando se verifica que esse tipo de interrupção da gravidez espelha as desigualdades sociais brasileiras (MONTEIRO, 1998; CRESPIN, 1998; AVILA, 2003).

O aborto é uma prática comum em todas as classes sociais, idades e estado civil; porém dependendo da situação financeira, os riscos são maiores ou menores, assinalando a diferença entre a adolescente de maior e de menor poder aquisitivo (TAKIUTI, 1997).

As adolescentes de maior poder aquisitivo utilizam as clínicas especializadas e tem acesso à assistência qualificada; enquanto, na maioria das vezes, as adolescentes pobres não recorrem ao aborto por não terem condições financeiras e, como alternativas, buscam pessoas não habilitadas e métodos abortivos rudimentares, que levam a graves complicações e morte. A clandestinidade transforma o aborto em um negócio lucrativo, garantindo a impunidade para aqueles que o realizam (TAKIUTI, 1997).

Esta decisão, muitas vezes é vivida de forma solitária e clandestina, ou sobre pressão dos parceiros ou familiares. O sentimento de abandono não significa necessariamente que sejam deixadas sozinhas, mas sim porque o parceiro e familiares são os primeiros a propor o aborto, sem maiores indagações (SOUZA et al., 2001). Por ser proibido, o aborto leva a pressões psicológicas e sociais muito grande, sendo carregado de medo, culpa, censura, vergonha, e estas adolescentes ainda enfrentam o desprezo, a humilhação e o julgamento dos profissionais de saúde.

Dados recentes apontam que entre 1993 e 1998 houve um aumento de 31% no percentual de partos entre meninas de 10 a 14 anos, atendidas pela rede SUS e que em 1998, 50 mil adolescentes foram submetidas à curetagem pós-aborto em hospitais públicos brasileiro (BRASILIA:MS;1999).

2.2 Risco, Vulnerabilidade, Gravidez

O adolescente está vivendo um momento peculiar de seu desenvolvimento como ser humano, o que o torna um ser vulnerável, necessitando de apoio, compreensão e orientação. O uso e abuso de drogas, as DST, a Aids, a iniciação sexual precoce, a gravidez indesejada e a exposição à violência são algumas dessas situações (RAMOS et al., 2001).

Por natureza, o adolescente é um ser idealista, curioso, contestador e esses sentimentos despertam nele o desafio, que aliado à falta de experiência, vivência anterior, o levam, frequentemente, a uma conduta de risco.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE -, os adolescentes brasileiros representam 18,3% do total da população, ou seja, 35 milhões de adolescentes e jovens na faixa etária de 10 a 24 anos, o que sem dúvida marca importantes características nos perfis-sócio-demográficos e epidemiológicos do país (RAMOS et al., 2001).

Esses dados apontam para a importância desta população, não apenas numérica, mas também pela responsabilidade das instituições sociais e das políticas públicas de proteção e atenção integral aos adolescentes.

Para Ayres (1996), os adolescentes não tiveram ainda com os serviços e programas de saúde, senão um contato bastante superficial, o que os impede do diálogo e a criação de espaços de discussão, para torná-los mais aptos a implementarem sua proteção e a contenção de problemas relacionados à sexualidade, como no caso da gravidez precoce e a reincidência de gravidez.

Muitas das jovens que engravidam acabam abandonando os estudos e perdendo a possibilidade de ascender socialmente pela educação. O abandono escolar impede a formação profissional, criando problemas sociais. Outro agravante da gravidez precoce é a depressão emocional e baixo conhecimento sobre saúde, o que dificulta o cuidado e a educação dos filhos (CANO, 2006).

De acordo com Ayres (1996) a noção de vulnerabilidade dos adolescentes passa por três planos analíticos básicos: o individual, o social e o programático individual.

No plano individual, a vulnerabilidade está relacionada basicamente à comportamentos geradores de oportunidades que o adolescente tem de correr riscos como, por exemplo, a aquisição do vírus da Aids, de uma gravidez indesejada ou não planejada. Estes comportamentos não são decorrentes de uma ação voluntária, mas estão relacionados às condições do meio onde eles podem se dar, ao grau de consciência que estes adolescentes tem em relação a estes comportamentos e suas possibilidades de transformá-los a partir desta conscientização.

O segundo plano é o da vulnerabilidade social, ou seja, aquele no qual se considera o acesso que o adolescente tem à informação e aos serviços de saúde, as verbas destinadas pelo governo para o investimento na área da saúde e educação, o grau de liberdade de expressão, entre outros.

O terceiro plano refere-se ao desenvolvimento de ações institucionais demonstrando o compromisso das esferas estaduais e municipais no planejamento e execuções com qualidade, continuidade e avaliação e retro alimentação dessas ações.

Concluindo, vemos que a vulnerabilidade não se restringe ao indivíduo e seu estilo de vida devendo-se considerar as condições que lhe são oferecidas, sociais, culturais, familiares, educativas entre outras.

SAITO (2001) considera que existem fatores de risco e proteção para os adolescentes. Entre eles estão: a família, ponto focal capaz de ajudar o adolescente a diminuir o impacto de condições adversas; a sociedade, com os mais diversos grupos de referência como a escola, igreja, trabalho, serviços de saúde, entidades culturais, entre outros; os próprios adolescentes através de mecanismos ainda não totalmente esclarecidos e vinculados à singularidade de cada um.

Diante da realidade colocada através dos diversos autores, é preocupação desta pesquisa conhecer a realidade das adolescentes com reincidência de gestação, reforçando que é preciso vencer preconceitos, entender que a adolescente vive uma fase de experimentações e que é papel do profissional compreender não apenas o fato da gestação na adolescência e sim o processo como um todo.

Conhecer a dimensão do problema social, possibilita a adoção de estratégias de Promoção de Saúde que minimizem as repercussões desfavoráveis da reincidência da gravidez na adolescência e, sobretudo, que direcionem as ações preventivas relacionadas ao grupo mais vulnerável para engravidar.

3. OBJETIVOS

3.1. Identificar o perfil sócio-econômico e educacional de adolescentes com reincidência de gravidez;

3.2. Identificar as variáveis da vida sexual que contribuíram para a reincidência de gravidez;

O alcance desses objetivos poderá oferecer subsídios à família e profissional de saúde, e da educação com vistas à formulação de estratégias de Programa de Saúde.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, baseado em dados epidemiológicos de reincidência de gravidez na adolescência obtidos junto à Vigilância Epidemiológica do município de Catanduva-SP, através das fichas do Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC) do período de Janeiro a Dezembro-2006 e de dados das entrevistas com as adolescentes selecionadas.

A pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então, o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este titulo e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática (GIL, 2002).

As pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente preocupam-se com a atuação prática, tendo como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou constituir hipóteses (GIL, 2002).

4.1 População do Estudo

Para a definição dos participantes do estudo, utilizou-se a definição de adolescência proposta pela OMS (1975), isto é, idades entre 10 a 19 anos. A população do estudo constituiu-se de 44 adolescentes, com reincidência de gravidez. Considerando a impossibilidade de contato com 11 adolescentes, por mudança de endereço, de cidade e até de estado, o estudo foi desenvolvido, efetivamente com 33 adolescentes.

4.2 Coleta de Dados

Em um primeiro momento, os dados foram coletados na Vigilância Epidemiológica do Município de Catanduva-SP., através das fichas do Sistema de Informações sobre nascidos vivos (SINASC) do período de janeiro a dezembro de 2006.

O SINASC é um sistema de informação de âmbito nacional, sob responsabilidade das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, concebido para diminuir a sub-notificação e melhorar a qualidade de informação sobre nascidos vivos. Este sistema é alimentado pelas declarações de nascidos vivos (DNV), documento oficial preenchido pelo hospital onde ocorre o nascimento (ORSI E CARVALHO, 1998).

No segundo momento, para obtenção dos dados junto às adolescentes, foi elaborado um formulário contendo questões abertas e fechadas, que foi aplicado no domicílio das adolescentes (Apêndice 1).

As visitas foram realizadas no período de maio a julho de 2007 pela pesquisadora, em dia e horário combinados com as adolescentes por telefone obtido na ficha do sistema de informação. As que não continham essa informação foram visitadas sem agendamento prévio, o que implicou em retornos à residência por duas ou três vezes, até encontrar a adolescente.

Os critérios de inclusão foram os seguintes:

- estar entre a faixa etária de 10 a 19 anos completos;

- ter concordado em participar da pesquisa e ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2).

As participantes foram esclarecidas quanto ao caráter espontâneo da participação e ao sigilo das informações. O Termo de Consentimento, no caso das menores de 18 anos de idade foi assinado pelos seus responsáveis.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Catanduva (FAMECA) sob nº 03/07, observando-se os aspectos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos (Anexo 1).

4.3 Análise de Dados

Para análise estatística, as variáveis quali-quantitativas foram codificadas em categorias e os resultados foram expressos em média e porcentagem.

5. RESULTADOS

No período avaliado das 44 adolescentes que tiveram reincidência de gravidez, 33 (75%) participaram do estudo, considerando que 11 não puderam ser contactadas por mudança de endereços, de cidade e até mesmo de estado.

Os dados apresentados pelas figuras demonstram o perfil sócio-econômico e educacional das adolescentes com reincidência de gravidez.

Na figura 1 são apresentadas as variações de idade das adolescentes no momento do parto na gravidez reincidente, segundo a Declaração de Nascidos Vivos.

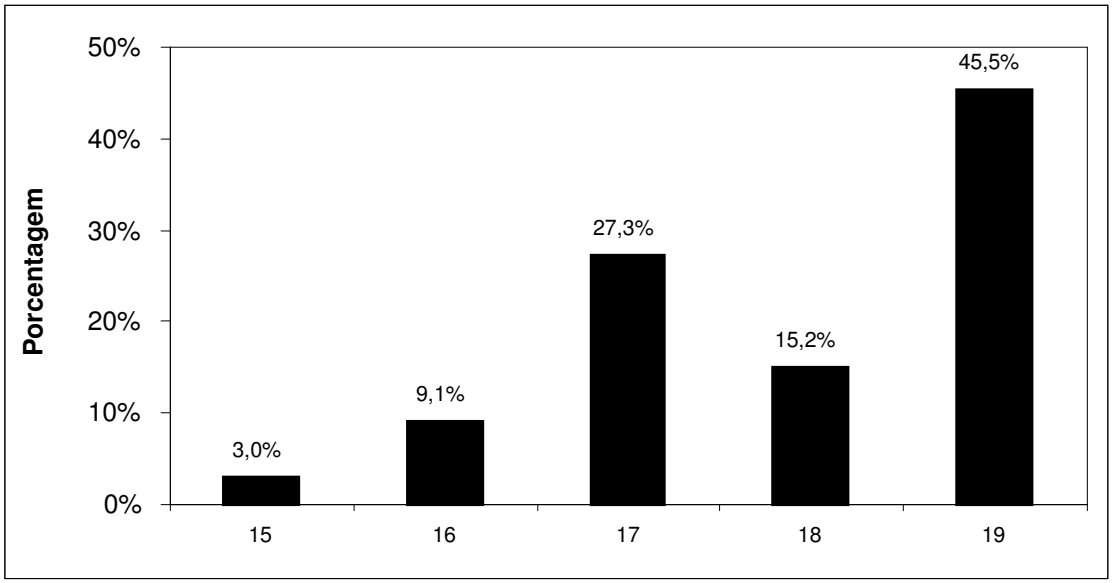

Figura 1: Idade das adolescentes no momento do parto na gravidez reincidente

Catanduva-SP, 2008

Os dados acima mostram que a idade das adolescentes com reincidência de gravidez no momento do parto foi de 45,5% na faixa etária de 19 anos e 27,3% na faixa de 17 anos. A mediana de idade das adolescentes estudadas foi de 18 anos (com idade mínima de 15 e máxima de 19 anos). Quatro adolescentes tinham menos de 17 anos e a mais jovem tinha 15 anos quando deu à luz ao seu 2º filho.

Os dados a seguir estão entre as questões formuladas às adolescentes na entrevista no domicílio.

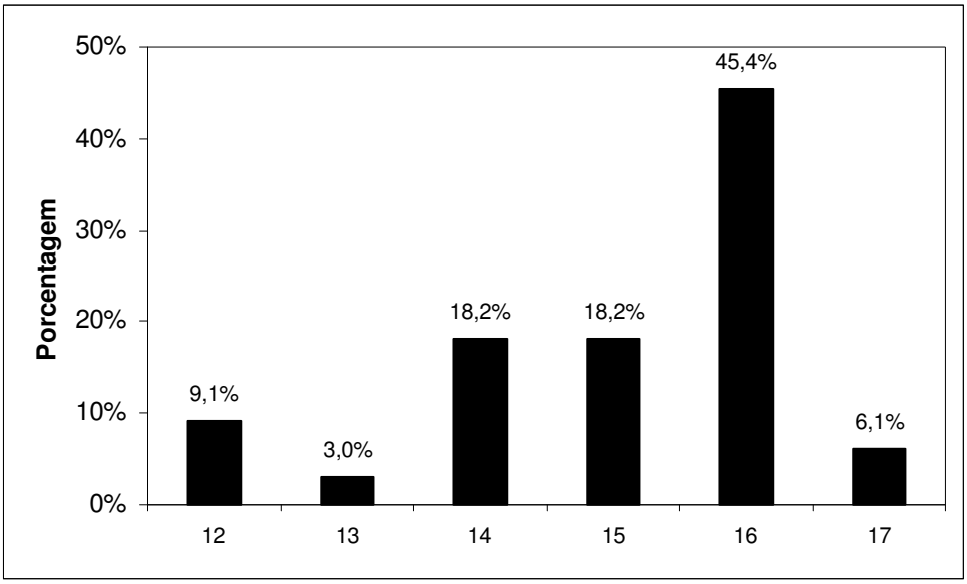

Figura 2: Idade das adolescentes com reincidência de gravidez na época da primeira gestação

Catanduva-SP, 2008

Observa-se que a idade de maior porcentagem das adolescentes quando da 1ª gravidez foi de 16 anos (45,4%) e entre 14 e 15 anos (18,2%). A mediana de idade da 1ª gestação das adolescentes foi de 15 anos (com idade mínima de 12 e máxima de 17 anos). Dez adolescentes tinham menos de 15 anos e a mais jovem tinha 12 anos quando deu à luz ao seu primeiro filho.

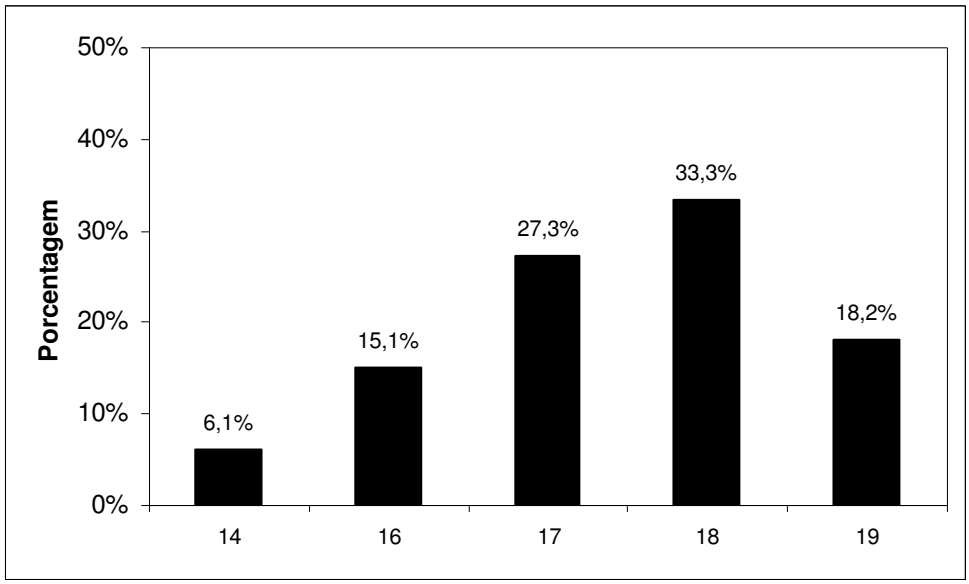

Figura 3: Idade das adolescentes com reincidência de gravidez na época da segunda gestação

Catanduva-SP, 2008

Os dados revelam que a idade de maior peso na 2ª gestação das adolescentes estava na faixa etária de 18 anos, (33,3%) seguida da de 17 anos (27,3%). A mediana de idade da 2ª gestação das adolescentes foi de 17 anos (com idade mínima de 14 e máxima de 19 anos). Sete tinham menos de 17 anos e a mais jovem tinha 14 anos.

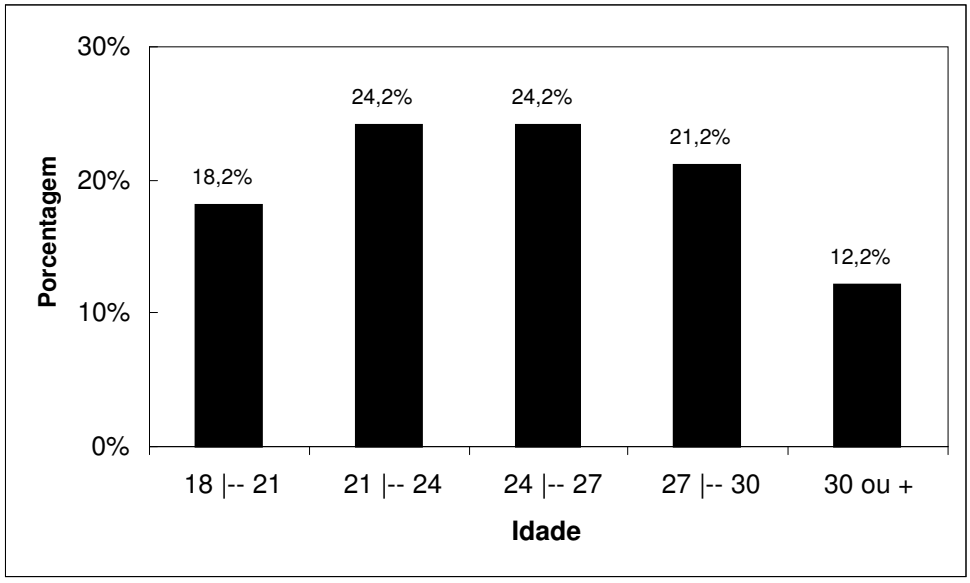

Figura 4: Idade dos parceiros das adolescentes com reincidência de gravidez

Catanduva-SP, 2008

Os dados apresentados indicam que a idade dos parceiros das adolescentes foi 24,2% com idades na faixa etária entre 21 a 27 anos e 21,2% na faixa etária entre 27 a 30 anos. Os parceiros tinham mediana de idade maior do que as adolescentes, ou seja 24 anos; o mais novo tinha 18 anos e o mais velho 34 anos. A maioria delas, (84,9%) tinha companheiro e morava com ele, sendo que esse companheiro é o pai de seus outros filhos.

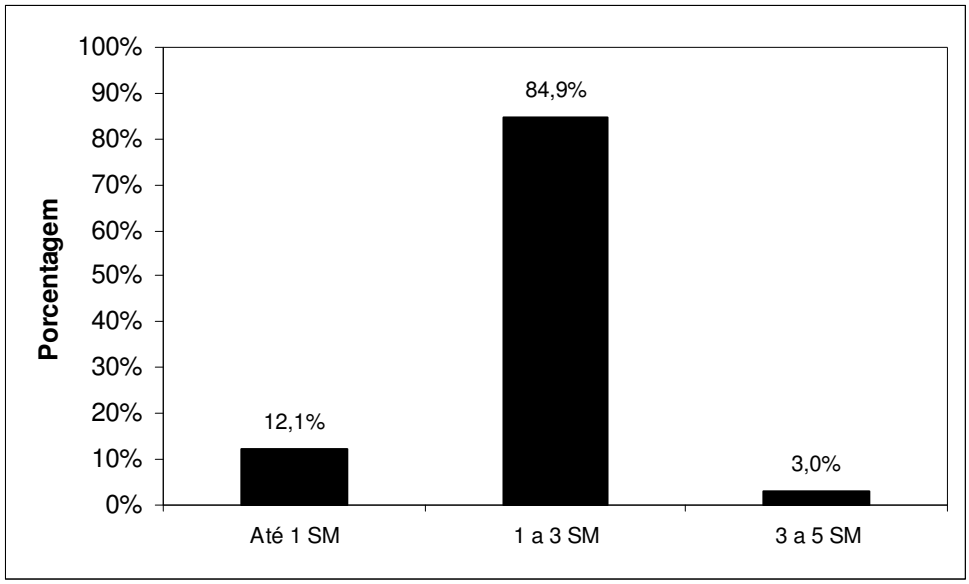

Figura 5: Renda familiar das adolescentes com reincidência de gravidez Catanduva-SP, 2008

Os dados acima mostram que das 33 adolescentes entrevistadas, 84,9% possuíam renda familiar de 1 a 3 salários mínimos, 12,1% de um salário mínimo, e 3,0% vivem com uma renda de 3 a 5 salários mínimos. Foi observado também que 69,6% dos parceiros estavam trabalhando e que apenas 18,2% das adolescentes trabalhavam no momento da entrevista. A maioria delas (81,8%) relatou não trabalhar, sendo sua ocupação "do lar". Dentre as quais referiram trabalhar as ocupações mais freqüentes foram: empregada doméstica (15,2%) e operadora de marketing (3,0%). As gestações foram o motivo alegado para parar de trabalhar e para 78,0% delas a intenção é a de voltar a trabalhar. Observou-se que as adolescentes são dependentes da ajuda financeira dos parceiros e dos familiares de um ou do casal.

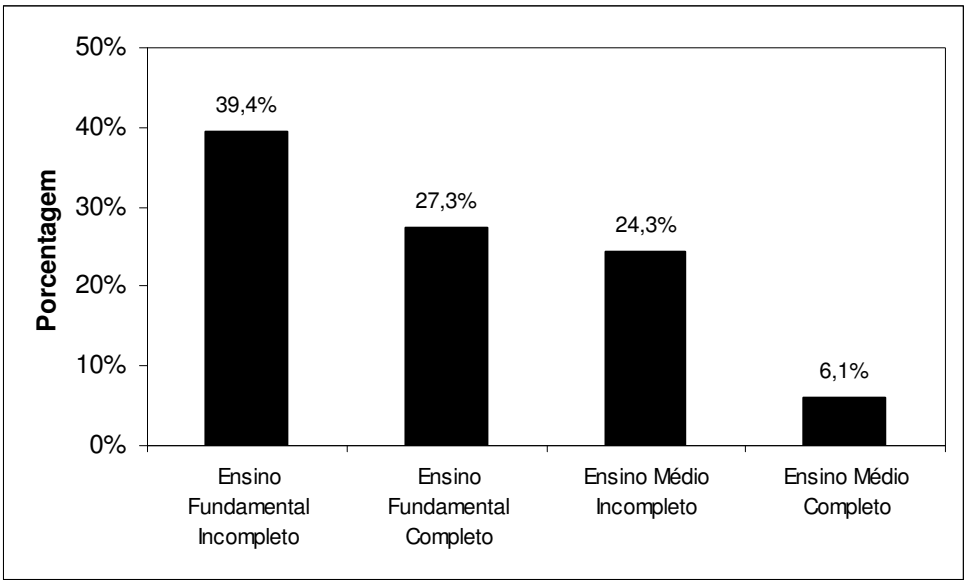

Figura 6: Escolaridade das adolescentes com reincidência de gravidez Catanduva-SP, 2008

A figura acima mostrou que as adolescentes apresentavam baixa escolaridade, com predomínio do Ensino Fundamental incompleto (39,4%) e completo (27,3%), com apenas 6,1% que concluíram o Ensino Médio. A gravidez foi a causa indicada para o abandono dos estudos para 81,8% das adolescentes. Não foi encontrada nenhuma adolescente analfabeta.

Quanto à religião, 66,7% disseram ser católicas, 18,2% evangélicas, 3,0% referiram não possuir nenhuma religião e (04) 12,1% não responderam à pergunta.

Os dados apresentados a seguir através das figuras referem-se às variáveis da vida sexual das adolescentes e que contribuíram para a reincidência de gravidez.

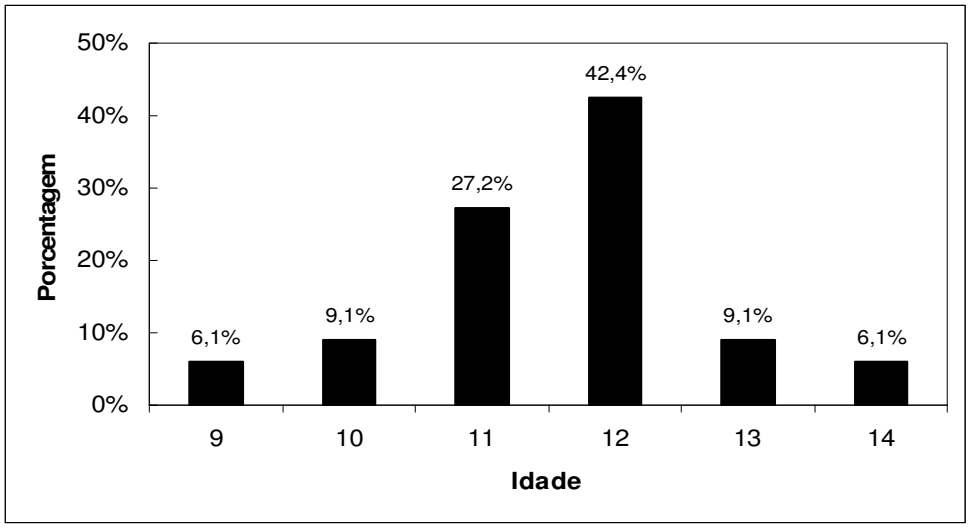

Figura 7: Idade das adolescentes com reincidência de gravidez na época da menarca

Catanduva-SP, 2008

Os dados indicam que a maioria das adolescentes, ou seja, 42,4% teve a menarca aos 12 anos e 27,2% aos 11 anos. A média de idade da menarca das adolescentes foi de 12 anos (com idade mínima de 09 anos e máxima de 14 anos).

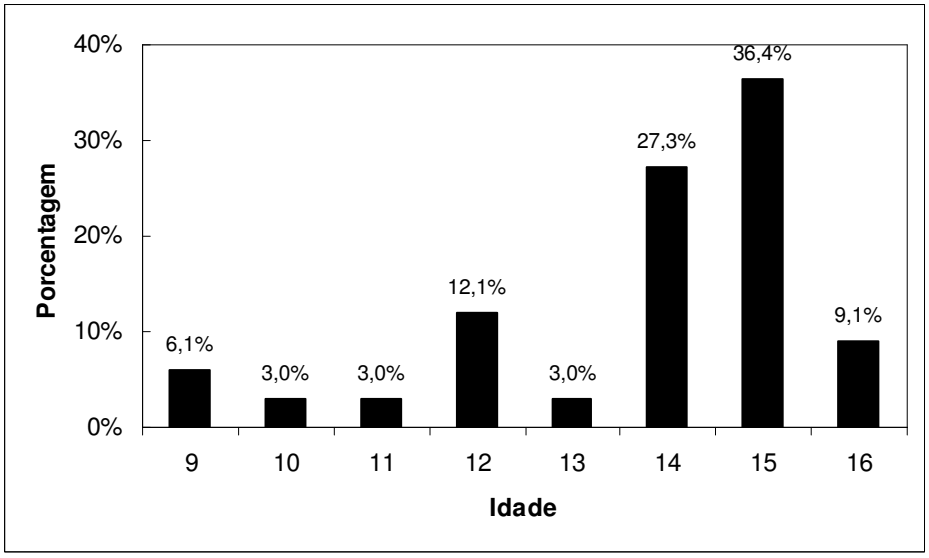

Figura 8: Idade das adolescentes com reincidência de gravidez quando da primeira relação sexual

Catanduva-SP, 2008

Observa-se que 36,4% das adolescentes tiveram sua primeira relação sexual com 15 anos de idade e 27,3% aos 14 anos. A média de idade da primeira relação sexual das adolescentes entrevistadas foi de 14 anos (com idade mínima de 09 anos e máxima de 16 anos).

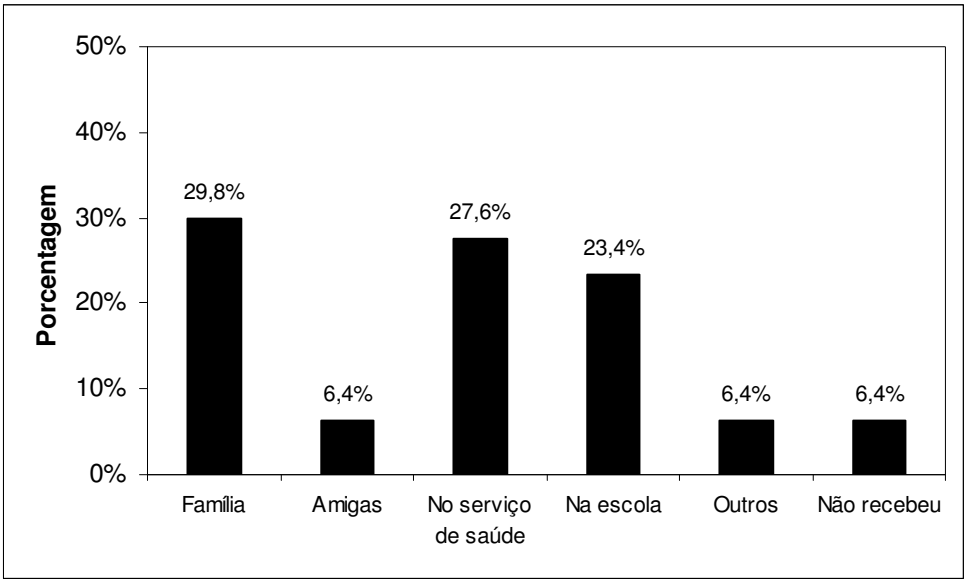

Figura 9: Local em que as adolescentes com reincidência de gravidez receberam orientações sobre métodos anticoncepcionais

Catanduva-SP, 2008

A figura mostra que das adolescentes entrevistadas, 29,8% referiram ter recebido orientações sobre métodos anticoncepcionais na família, 27,6% no serviço de saúde, 23,4% na escola e somente 6,4% delas disseram não ter recebido nenhuma orientação sobre métodos contraceptivos.

Dentre os métodos contraceptivos mais utilizados pelas adolescentes estão o anticoncepcional oral (78,7%) e a camisinha (51,5%). No entanto, 15,0% das adolescentes referiram não utilizar nenhum método contraceptivo.

Com relação aos métodos mais conhecidos pelas adolescentes para a prevenção da gravidez foram citados apenas os que elas já utilizam, ou seja, os anticoncepcionais orais e a camisinha. Sete das adolescentes entrevistadas referiram que não conheciam nenhum método contraceptivo.

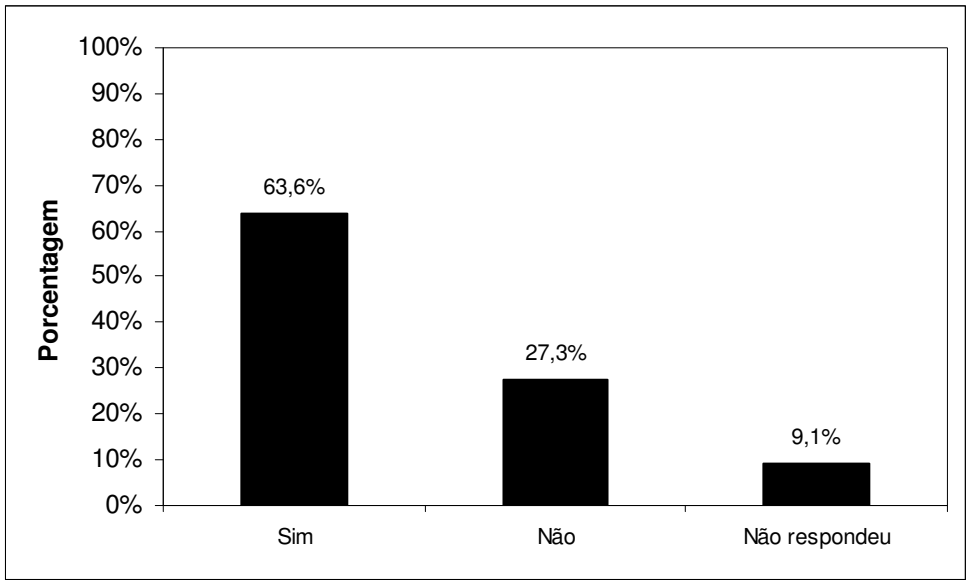

Figura 10: Freqüência de adolescentes com reincidência de gravidez que receberam orientações sobre sexualidade

Catanduva-SP, 2008

Os dados mostram que das adolescentes entrevistadas 63,6% disseram ter recebido orientação sobre sexualidade e 27,3% não receberam estas orientações, sendo que 9,1% delas não responderam à pergunta.

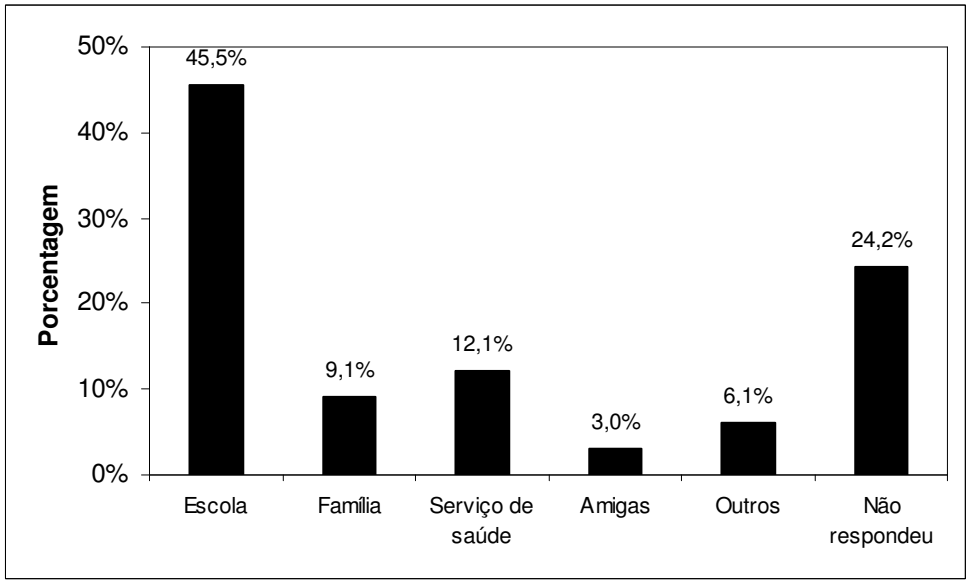

Figura 11: Local em que as adolescentes com reincidência de gravidez receberam orientações sobre sexualidade

Catanduva-SP, 2008

Das 33 adolescentes estudadas, 45,5% referiram que as orientações sobre questões de sexualidade foram recebidas na escola, 12,1% no serviço de saúde; 9,1% na família e 24,2% das adolescentes não responderam à pergunta. Portanto, a escola foi apontada pelas adolescentes como o maior veículo de orientação sexual, seguido pelo serviço de saúde e pela família.

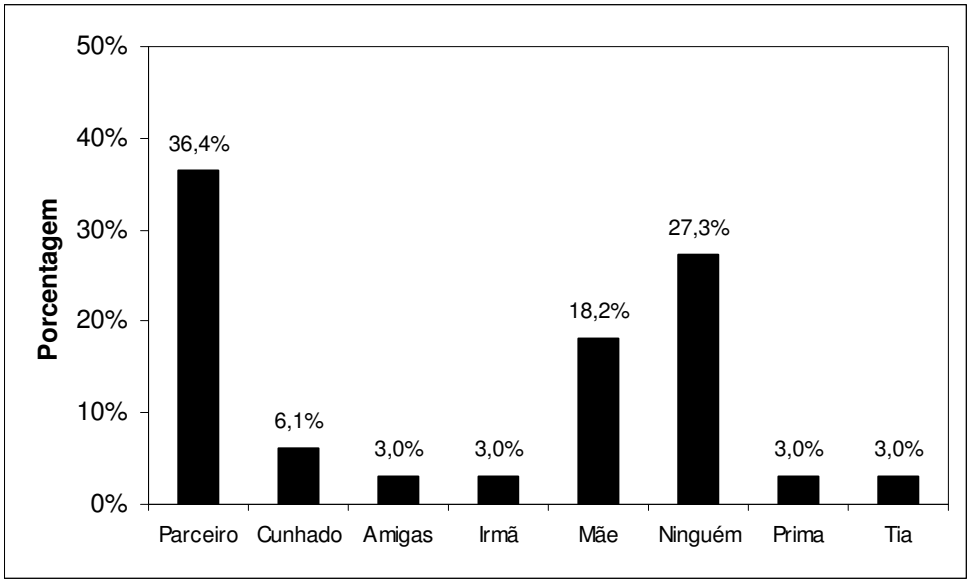

Figura 12: Pessoa que mais conversava sobre sexo com as adolescentes com reincidência de gravidez

Catanduva-SP, 2008

Pode-se verificar pelos dados dessa figura que os parceiros das adolescentes foram referidos como sendo os que mais conversavam sobre sexo com elas (36,4%). Para 18,2% foi a mãe, sendo que 27,3% das adolescentes referiram que não conversavam sobre este assunto com ninguém.

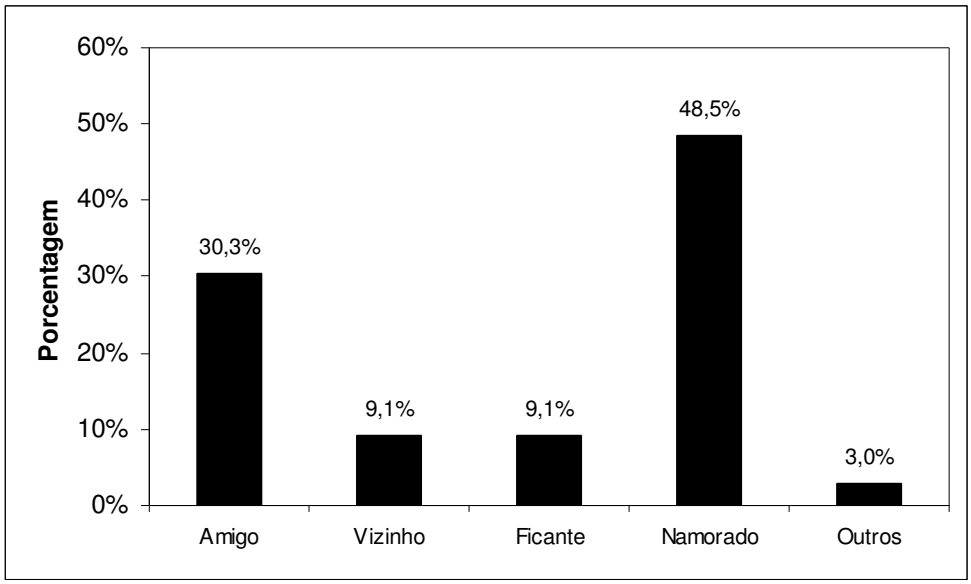

Figura 13: Vínculo do pai do primeiro filho com a adolescente com reincidência de gravidez

Catanduva-SP, 2008

Pelos dados apresentados verifica-se que o pai do primeiro filho das adolescentes foi o namorado para 48,5%; um amigo para 30,3% e o "ficante" para 9,1%. Sendo que 66,7% referiram estar ainda vivendo com ele, que também é o pai dos seus outros filhos.

Portanto, o número de parceiros sexuais foi de apenas um para 75,75% das adolescentes, e mais que um parceiro para 24,2%, ou seja, 8 adolescentes referiram já estar na segunda ou terceira união.

A maioria das adolescentes 84,8% referiu ter recebido muito apoio de seus parceiros nas gestações. Somente 6% referiram não ter recebido esse apoio. Das que receberam 26 adolescentes, ou seja, 78,8% referiram ter recebido também o apoio da família, somente 21,2% referiram não ter recebido apoio familiar nas suas gestações. Portanto, a reação da família em relação às gestações foi predominantemente de amparo.

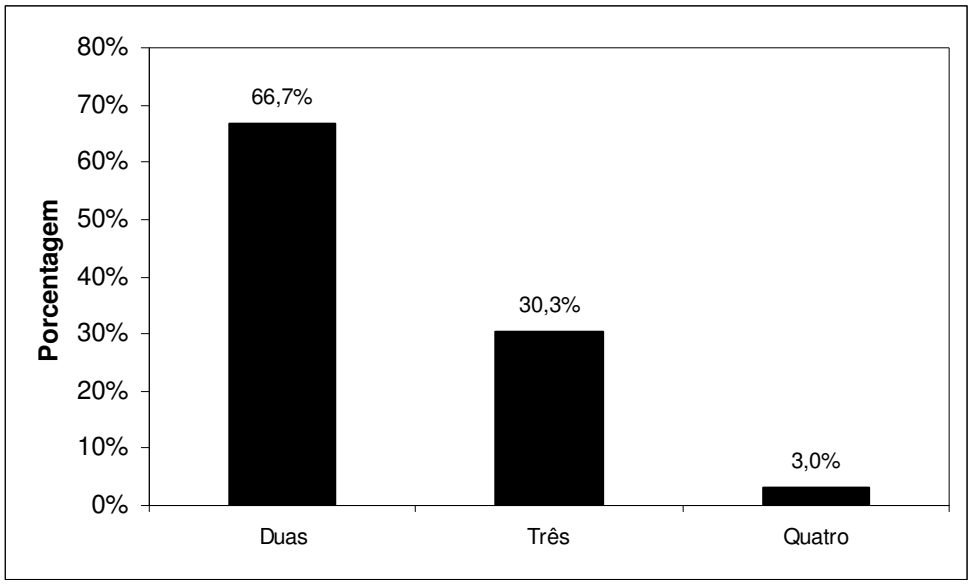

Figura 14: Número de gestações das adolescentes com reincidência de gravidez Catanduva-SP, 2008

Em relação ao número de gestação, 22 adolescentes (66,7%) esta era a segunda gravidez; para 10 adolescentes (30,3%) era a terceira gravidez e para uma delas ou 3,0% esta era a quarta gravidez. Verificou-se no período estudado um número elevado de reincidência de gravidez em adolescentes menores de 19 anos, com pequenos intervalos entre as gestações (12 a 24 meses).

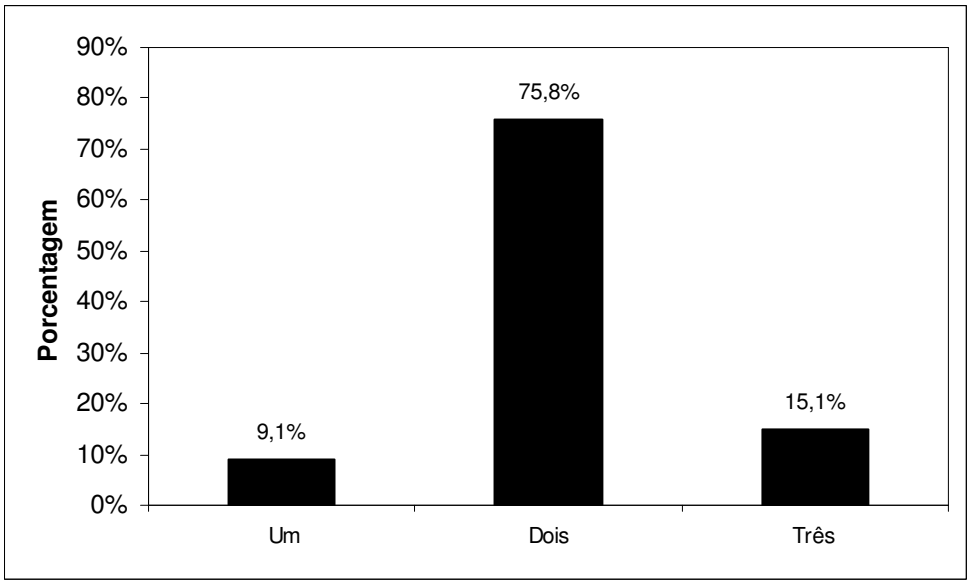

Figura 15: Número de filhos das adolescentes com reincidência de gravidez Catanduva-SP, 2008

De acordo com os dados da figura, o número de filhos das adolescentes com reincidência de gravidez no período do estudo foi de 2 para (75,8%), 3 filhos para (15,1%) e 1 para (9,1%).

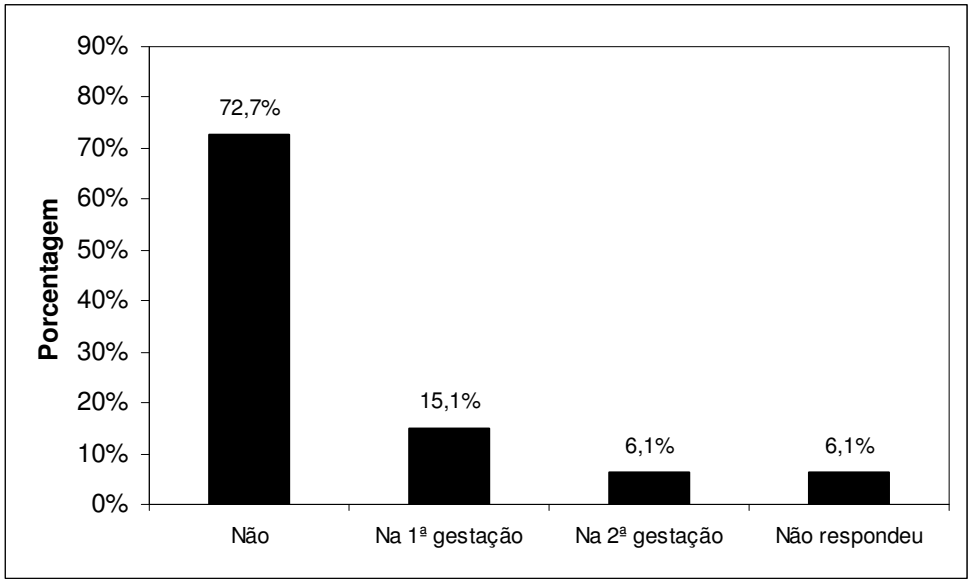

Figura 16: Abortos realizados pelas adolescentes com reincidência de gravidez Catanduva-SP, 2008

Quanto à ocorrência de aborto, 15,1% das adolescentes apresentaram pelo menos um aborto anterior à primeira gestação, (6,1%) na segunda gestação. Estes aconteceram na faixa etária entre 13 a 17 anos. Entretanto, não se investigou outras fontes além do relato das adolescentes, para esclarecer se esses abortos foram espontâneos ou provocados.

Quanto ao tipo de parto realizado, para 48,5% foi vaginal, e para 51,5% foi cesariana.

6. DISCUSSÃO

As peculiaridades da gestação na adolescência e as possíveis conseqüências muito mais de caráter social e psicológica do que obstétricas continuam mantendo o interesse de estudos de pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento, assim como uma preocupação das autoridades de saúde do país (FREITAS et al., 2006).

Estudo realizado por Bocardi (1997), destaca que não somente as gestações na adolescência, mas a multiparidade ou reincidência de gestações, vem se tornando uma condição cada vez mais habitual nas maternidades brasileiras, sem que haja inclusive o intervalo interpartal que se julga conveniente para a manutenção e recuperação da saúde da mãe.

Neste estudo, foi observado um número elevado de reincidência de gravidez, (66,7%) nas adolescentes, já que a segunda gestação já havia ocorrido, para 30,3%, a terceira e para 3,0% delas a quarta gravidez, sendo que estas gestações ocorreram após intervalos curtos de tempo, em média entre 12 e 24 meses entre uma gestação e outra.

Takiuti (2004) em estudo realizado na *Casa do Adolescente de Pinheiros-SP*, relatou ter encontrado 16% de adolescentes ali assistidas na segunda gestação e 15% no *Centro de Atendimento ao Adolescente de Jacareí-SP* e que ainda 7% estavam na terceira gestação. Estes dados apresentam percentuais menores do que os encontrados em nosso estudo.

A média de idade das adolescentes estudadas na segunda gestação foi de 17 anos, e de 15 anos na primeira gestação. Estes dados mostram-se similares aos resultados obtidos por Persona et al. (2004), em estudo realizado sobre o perfil das adolescentes em repetição da gravidez, no qual observaram que 44% das adolescentes atendidas no CAISM (Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher)/UNICAMP, em Campinas-SP., tinham mediana de idade em torno de 17 anos na segunda gestação e 15 anos na primeira gestação. Esses resultados são corroborados por outros autores, destacando-se inclusive que há correlação entre a reincidência de gravidez, maior número de filhos e a idade da primeira gravidez, que por sua vez está relacionada com o início precoce das atividades sexuais. Quanto mais cedo ocorrer uma gravidez, maior a chance de uma segunda (TAKIUTI, 2004; RISGSBY, 1998).

Carvalho e Barros (2000) ao realizarem pesquisa com 100 puérperas adolescentes, menores de 18 anos internadas em uma maternidade ligada ao SUS na cidade de São Paulo,

verificaram que 14% delas estavam dando à luz pela segunda vez e 5% pela terceira vez, o que mostra uma tendência de repetição da gravidez quando a primeira ocorre precocemente.

A análise comparativa da idade das adolescentes estudadas nesta pesquisa e a de seus companheiros revelou que os homens eram mais velhos, uma vez que 90,0% deles estavam na faixa etária da idade adulta (entre 21 e 30 anos). Resultado semelhante foi observado por Chemello et al. (2001) que encontraram 84,2% dos companheiros das adolescentes também na fase adulta.

Estudo de Blackson et al. (1993) demonstrou que as adolescentes multigestas unem-se geralmente a companheiros mais velhos e com diferenças maiores de idade do que elas, supondo que essa diferença de idade pode representar um fator de segurança. Os autores, no entanto, consideram esta diferença pode ser mais um risco para a reincidência de gravidez em idades mais precoces.

Estudos mostram que entre as adolescentes com reincidência de gestações há maior freqüência de casos de união estável. Uma das razões seria a estabilidade do novo núcleo familiar e do desejo de ter uma família (PFTZNER et al., 2003)

No presente estudo, a freqüência de adolescentes que viviam com o companheiro fpo de 75,8%, porcentagem maior do que a do estudo de Magalhães (2005) que encontrou 64,5% das adolescentes vivendo com o companheiro e próxima à encontrada por Persona et al (2004), que foi de 77,7%. Outro dado que se considerou importante é o que se refere ao número de parceiros. Verificou em nossa pesquisa que 75,5% das adolescentes viviam com um único parceiro.

A maioria das adolescentes (84,8%) pôde contar com o apoio da família e do companheiro nas gestações, corroborando com os achados de outros estudos (RIBEIRO et al., 2000; PERSONA et al., 2004).

A maioria das adolescentes (84,9%) tinha baixa renda familiar, entre um e três salários mínimos e baixa escolaridade, uma vez que (66,7%) delas tinham ensino fundamental. No que se refere à situação ocupacional, 81,8% não trabalhavam. Vale ressaltar ainda que a as gestações foi o motivo primordial para que as mesmas parassem de trabalhar e estudar. O mesmo foi observado nos estudos de Costa et al. (1999) e Godinho et al. (2000).

Ainda no que se refere à escolaridade a revisão de Waissman (2006), sugere que as mulheres que engravidam na adolescência tendem a ter menos anos de estudo que as outras e assinala que para a maioria dos pesquisadores a baixa escolaridade é um indicador de

repetição rápida da gravidez. Possivelmente, a maternidade é imaginada como uma alternativa para o sucesso pessoal e familiar dessas adolescentes. Para o autor, a maternidade criaria por si mesma, dificuldades para o retorno à escola, uma vez que mais da metade das multigestas estudadas tinham escolaridade significativamente baixa.

Evidenciou-se no presente estudo a freqüente relação entre gravidez e abandono escolar, o que pode levar a um agravamento das condições sócio-econômicas dessas adolescentes, limitando suas possibilidades na qualificação e inserção no mercado de trabalho, cada vez mais exigente, gerando uma total dependência do companheiro ou da família.

Outro aspecto de nossa pesquisa refere-se à idade da menarca. De acordo com a revisão de literatura, a idade em que ela ocorre tem se adiantado quatro meses por década (Vitalle e Amancio, 2001). Os dados do estudo demonstraram que a média de idade da menarca foi entre 11 e 12 anos e da primeira relação sexual foi entre 14 e 15 anos. Dados semelhantes foram relatados por adolescentes grávidas em estudo realizado por (BELO; PINTO E SILVA; LIMA, 2004); e menor que os obtidos em estudos com adolescentes em geral, que variaram de 15,5 e 16,4 anos (ABROMOVAY et al., 2004). Estes resultados sugerem uma associação entre o início precoce da vida sexual e a gravidez precoce.

Em relação ao uso de métodos contraceptivos, os citados do estudo, assim como na pesquisa de Persona et al. (2004), demonstraram que nem todas as adolescentes que reincidiram a gravidez utilizaram algum tipo de contraceptivo.

A porcentagem encontrada não foi tão baixa como a encontrada em alguns casos da literatura, como (SCHOR; LOPES, 1990), provavelmente devido ao fato de todas serem multigestas e já terem recebido orientações anteriores pela família, escola ou por um serviço de saúde. Os métodos contraceptivos mais utilizados pelas adolescentes foram, o anticoncepcional oral e o preservativo masculino. Resultado semelhante foi observado por BELO (2004).

Apesar de estudos recentes concluírem que muitos adolescentes conhecem os métodos contraceptivos, esses conhecimentos não resultam em comportamentos, pois se evidencia pouca conscientização e a utilização inadequada dos mesmos.

Em relação à sexualidade, este estudo mostrou que a maioria das adolescentes recebeu orientação sobre sexualidade, sendo a escola apontada por elas como o maior veículo dessa orientação. Esse dado não é coincidente aos encontrados por Belo; Pinto e Silva (2004) que

encontraram que as principais fontes de informações referidas pelas adolescentes foram as revistas e a televisão e não seus professores.

Para Santoro (1998); Felizare (1990) há falta de informação 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, o que os torna vulneráveis e sujeitos a riscos para o início de atividades sexuais precoces sem proteção, podendo adquirir uma DST/Aids, ou uma gravidez não desejada.

Considerando que de maneira geral o que se tem observado é que os pais têm um papel pouco significativo nas discussões sobre questões de sexualidade com os adolescentes, seja pela grande dificuldade que muitos têm em falar de sexo com seus filhos, ou pela insegurança, timidez ou desconhecimento do assunto, eles acabam delegando para a escola tal discussão.

Quanto à religião, o catolicismo predominou entre as adolescentes de nossa pesquisa assim como nas pesquisas efetuadas por Schor e Lopes (1990). Pesquisa realizada por Guimarães (2001) em Goiânia sobre gravidez na adolescência apontou a falta de influência da religião sobre a prática sexual.

No que se refere à ocorrência de aborto prévios à reincidência de gestação o estudo de Persona et al. (2004) constatou que 55,52% de abortos prévios às gestações, valor acima do encontrado neste estudo, (21,2%).

Quanto à resolução obstétrica da gravidez, foi verificado que a freqüência de cesarianas foi maior, (51,5%) quando comparada aos partos vaginais (48,4%). No entanto, vale ressaltar que não houve diferença estatística significante entre as taxas de partos. De acordo com a literatura, os números de parto cesariana e de parto vaginal são equilibrados entre as adolescentes (PINTO E SILVA; NOGUEIRA, 1998).

7. CONCLUSÕES

Através desta pesquisa pudemos alcançar os objetivos propostos e traçar o perfil das adolescentes com reincidência de gestações.

Com relação às variáveis da vida sexual e reprodutiva das adolescentes, os dados apontam para:

- mais da metade das adolescentes, ou seja, 66,7% estavam na segunda gestação, 30,3% na terceira e 3,0% na quarta gestação;

- o intervalo entre os partos foi de 12 a 24 meses, considerado muito pequeno para a recuperação da saúde da mãe;

- a mediana de idade para a segunda gestação foi de 17 anos, sendo que a mais jovem das adolescentes tinha 15 anos quando deu à luz ao seu segundo filho;

Verifica-se um alto índice de reincidência de gestações quando comparados com os da literatura estudada.

As variáveis que contribuíram para a primeira gravidez das adolescentes foram:

- a média de idade da menarca entre 11 e 12 anos para 69,7% das adolescentes;

- a primeira relação sexual entre 14 e 15 anos para 63,7% das entrevistadas, embora esteja concordemente com a literatura, foi considerada precoce;

- 63,6% das adolescentes do estudo disseram que receberam orientações sobre questões de sexualidade na escola; 9,1% das entrevistadas disseram ter recebido orientação na família e 12,1% no serviço de saúde;

- 75,8% das adolescentes com reincidência de gravidez, tinham um único parceiro sexual e que era também o pai dos outros filhos.

Estes dados apontam para a questão da vulnerabilidade vivida por estas adolescentes o que as colocou em risco para a gravidez precoce e a reincidência.

Quanto ao perfil sócio-econômico das adolescentes com reincidência de gravidez foi constatado que:

- no que se refere ao nível de escolaridade, não foram encontradas adolescentes analfabetas, porém 39,4% delas não concluíram o ensino fundamental e apenas 6,1% chegaram ao ensino médio. O motivo alegado por 81,8% delas para a interrupção dos estudos foram as gestações;

- as adolescentes viviam com seus companheiros em 84,5% dos casos e tinham uma renda mensal de 1 a 3 salários mínimos. As demais viviam com seus familiares;

- mais da metade das adolescentes não estavam trabalhando, o que as colocava na posição de dependentes de seus companheiros. Em alguns casos, também havia ajuda financeira dos familiares;

- as ocupações das que referiram estar trabalhando foram: empregada doméstica e operadora de marketing;

De maneira geral, esses dados nos apontam para a baixa escolaridade das adolescentes e as precárias condições sócio-econômicas.

Este estudo nos aponta que é necessário repensar a questão da gravidez na adolescência como um sério problema social. Há necessidade de se valorizar o trabalho educativo junto às adolescentes, nas escolas, nos serviços públicos de saúde e inserir os pais/família neste processo educativo com enfoque nas questões de sexualidade.

Por outro lado, há necessidade de uma melhor preparação/formação dos profissionais de saúde e da educação, em particular os enfermeiros, na área da sexualidade, livre de preconceitos e mitos, para que estes profissionais desenvolvam programas de saúde para adolescentes, que propiciem a abertura de espaços para discussão da temática, troca de experiência entre pares com supervisão de profissionais no encaminhamento das discussões, com o objetivo de apoiar os adolescentes em suas dúvidas, medos e em especial as adolescentes como uma das maneiras de se prevenir uma gravidez precoce e mesmo sua reincidência.

REFERÊNCIAS

ABDALLAH, V.O.S.; MAYRINK, L.; GONSALVES, R.M.P.; NISHIOKA, S.A. Gravidez na Adolescência: experiência em um hospital Universitário. **Pediatria Moderna.** V.34, n.9, p.561-570, 1998.

ABRAMOVAY, M.A.; CASTRO, M. S.; SILVA, L. B. A iniciação sexual dos jovens. In: Juventude e Sexualidade. Brasília (DF): UNESCO, 2004, p.67-126.

ÁVILA, M.B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública.** v.19, p.465-469, 2003.

AYRES, J.R. **Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas.** São Paulo: Casa da Edição, 1996.

BELO, M.A.V.; PINTO E SILVA, J. L. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Rev. Saúde Pública.** v.38, n.4, p.479-87, 2004.

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

BLACKSON, M.L.; CLIVER, S.P.; GOLDGNBERG, R.; HICKEY, C.; JIN, J.; DUBARD, M.B. Health behavior and outcomes in seqüencial pregnancies of black and white adolesct. JAMA, v.269, n.11, p.1401-1403, 1993.

BOCARDI, M.I.B. Gravidez na Adolescência: O parto enquanto espaço de medo. Ribeirão Preto, 1997 (Dissertação de Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

BRASIL, Lei nº8069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da criança e do adolescente. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas e Saúde. Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agenda nacional, Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde reprodutiva: gravidez, assistência pré-natal, parto e baixo peso ao nascer. In: Saúde Brasil, 2004: uma análise da situação de Saúde. Brasília (DF), 2004. Ministério da Saúde, p.71-83, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Informações de Saúde. **Sistema de informações hospitalares. (SIH/SUS).** Brasília, 2000. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 10 Ago.2007.

CAMARANO, A.A. Fecundidade e Anticoncepção da população de 15 a 19 anos. In: VEIRA, E.M.; FERNANDES, E.L.; BAILEY, P.; MCKAY, A. **Seminário gravidez na adolescência.** Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, Family Health International. Associação da Saúde da Família, p.35-46, 1998.

CANNON, L.R.C. Prefácio. In: VIEIRA, E.M.; FERNANDES, M.E.L.; BAILEY, P.; MICKARA, A. **Seminário Gravidez na Adolescência.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. Family Healthy Internacional. Associação Saúde da Família, p.11-12, 1998.

CANO, MAT. **Brincando de casinha:** o trabalho doméstico ou não, de crianças, e adolescentes do sexo feminino na cidade de Franca-SP. Investigação (Franca), v.6, p.71-78, 2006.

CARVALHO, G.M.; BARROS, S.M.O. Fatores psicossociais relacionados à gravidez na adolescência. *Acta Paul Enf.*n. 1, v.13, jan/abr., 2000.

CHEMELLO, C.S.; TANAKA, A.C.D.; BOZETTI, M.C.; LORENZI, D.R.S. Estudo da Incidência de gravidez entre adolescentes no município de São Marcos-RS. **Rev Científica:** AMECS, v.10, n.1, p.33-38, 2001.

CORREA, M.M.; COATES, V. **Implicações sociais e o papel do pai:** tratado de adolescência. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1991.

COSTA, C.O.M.; QUEIROZ, S.S.; SANTOS, C.A.T.; BARBONI, A.R.; OLIVEIRA, A.F.; ROCHA, G.R. Condições de gestação, parto e nascimento em adolescentes e adultas jovens: Santa Casa. Adolesc Latinoam. v.1, n.4, p.242-251, 1999.

COSTA, S.H. Aborto provocado: a dimensão do problema e a transformação da prática. In: GIFFIN, K.; COSTA, S.H. (org.). **Questões de saúde reprodutiva.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, p.163-184.

CRESPIN, J. Gravidez e abortamento na adolescência: novos dados, velhos desafios. **Rev Paul Pediatr.,** n.16, p.19.7-200, 1998.

DADOORIAN, D. Adolescentes: por que elas querem engravidar? **Femina.** V.24, n.1, p.47-51, jan/fev., 1996.

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].

DIMENSTEIN, G.; LAMBERT, P. Sexo, aborto e Aids explodem entre jovens. **Folha de São Paulo.** São Paulo, 3 de Maio de 1998.

DUARTE, G. Contracepção e aborto: perspectiva masculina [Dissertação de Mestrado] São Paulo: Departamento Materno-Infantil, Universidade de São Paulo, 2000.

FELIZARE, G.M.C. Enfermagem escolar e educação sexual para adolescentes. **Rev. Gaúcha de Enf.**, n.11, p.12-19, 1990

FITTIPALDI, S.O. **Aborto induzido na adolescência:** influência de fatores psicossociais, demográficos e reprodutivos. Pernambuco, 1988. [Dissertação – Mestrado – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Pernambuco].

FREITAS, M.; SEGRE, C.A.M.; SIQUEIRA, A.A.F. Obstetrícia care in BRASIL; **Analysis of the situation.** Einstein, n.4, p.8-15, 2006

GIL. **Como elaborar projeto de pesquisa.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GODINHO, A.R.; SCHELP, JR.B; PARADA, C.M.G.; BERTONCELLO, N.M.F. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? **Rev Latino Am. Enf.** v.8, n.2, p.25-32, 2000

GUIMARÃES, C.D. **Aids no feminino:** porque a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil: Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2001.

GUIMARÃES, E.B. Gravidez na adolescência: fatores de risco. In: SAITO, M.I. & SILVA, E.v. **Adolescência e Risco.** São Paulo: Atheneu, 2001

LEAL, M.M.; SILVA, L.E.V.; SAITO, M.I.; COLLI, A.S.; Semiologia do Adolescente. In: MARCONDES, A. (org.). **Pediatria Básica.** 9 ed. São Paulo: Savier, 2003, p.157-170.

LIMA, C.T.B. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. **Ver. Bras. Saúde Materno Infantil.** v.4, n.1, p.71-83, 2004

LOPES, G.; MAIA, M.. Desinformação sexual entre gestantes adolescentes de baixa renda. **Rev. Sexologia.** v.1, p.30-33, jan./julho, 1993.

MAGALHÃES, M.L.C. Aspectos da gravidez na adolescência em maternidade escola de Fortaleza. **Rev Bras Ginecol Obstetr.** v.207, n.6, p.366, 2005.

MANDU. Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual: Brasil, século XX. **Rev Latino-Am Enfermagem.** v.10, n.3, p.358-371, 2002.

MONTEIRO, M. Gravidez na adolescência no Estado do Rio de Janeiro. **Investigación em Salud.** v.1, p.57-63, 1998.

MOREIRA, C.C. Fique Alerta quando: o adolescente engravida. **Pediatria Mod.** v.33, n.5, p.320, 1997.

NEVES FILHO, A.C. Adolescência e...gravidez. **Rev. Maternidade Assis Chateaubriand.** v.2, p.43-46, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE LA SALUD. El embarazo y el aborto en la adolescência. Genebra: OMS, 1975.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDADES (FNUAD), FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). SAÚDE Reprodutiva de adolescentes: uma estratégia para ação. Genebra Organização Mundial de Saúde, 1989.

ORSI, E.; CARVALHO, M. Perfil de nascimentos no município do Rio de Janeiro: uma análise espacial. **Caderno de Saúde Pública.** v.14, n.2, p.367-379, 1998.

OSIS, M.J.D. Dificuldades para obter informações da população de mulheres sobre o aborto ilegal. **Rev Saúde Pública,** n.30, p.444-451, 1996.

OSÓRIO, L.C. **Adolescente hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

PERSONA, L; SHIMO, A. K.K; TARALLO, M.C. Perfil de Adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório pré-natal. **Rev. Latino_Am Enfermagem.** v**.** 12, n.5, p.559-565, 2004.

PFITZNER, M.A. Predictors of repeat pregrancy in a program for pregnant teens. J Pediatr Adolesc Gynecol. v.16, p.77-81, 2003.

PINTO E SILVA, J.L. Gravidez na adolescência desejada x não desejada. **Femina.** v.26, n.10, p.825-830, 1998a.

_____. Pregnancy during adolescence: wanted vs.unwanted. **Inter J Gynec & Obstetr,** 63, p.151-156, 1998b.

_____. Gravidez na adolescência desejada x não desejada. **Femina.** v.26, n.10, p.825-830, 1998a.

PINTO E SILVA, J.L.; MOTTA, M.L. Gravidez na adolescência. In: NEME, B. **Obstetrícia básica.** São Paulo: Sarvier, 1994.

PINTO E SILVA, J.L.; NOGUEIRA, C.W.M. A Multigravidez na Adolescência. In: Organização Panamericana da Saúde e OMS. Coletânea sobre saúde reprodutiva do adolescente brasileiro. Brasília (DF): Organização Panamericana da Saúde, OMS, 1998.

RAMOS, F.R.S.; PEREIRA, S.M.; ROCHA, C.R.M. Viver e adolescer com qualidade. In: Adolescer: compreender, atuar, acolher. **Projeto Acolher/Associação Brasileira da Enfermagem.** Brasília: ABEN, 2001.

RIBEIRO, E; BARBIERI, M.A; BETTIOL, H; SILVA, A.A.M. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do sudeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v.34 , n.2, p136-142, 2000.

RIGSBY, D.C. Risk factors for rapid pregnancy among adolescent mothers: a review of the literature. **J. Pediatr Adolesc Gynecol** v.11, n.3, p.115-126, 1998.

RODRIGUES, A.S.; SOUZA, M.; CAVALCANTI, R.; CARAKUUSHANSKY, G. Gravidez na Adolescência. **Femina**. V.3, p.199-223, 1993.

SAITO, M.I. Adolescência, sexualidade e educação sexual. **Pediatria Moderna.** v.37, p.3-6, 2001.

SANTORO, R.C. Serviço de Salude Reproductiva para adolescentes em el sistema Público de la Salud em Chile. Ministério de Salud, Chile, 1998.

SANTOS JUNIOR, J.D. **Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência:** vulnerabilidade à maternidade. Brasília-(DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, p. 223-229, 1999.

SCHILLER, R. Gravidez na Adolescência: uma questão de hereditariedade. **Ped. Mod.** v.33, n.6, p.984-986, 1994.

SCHOR, N.; LOPES, A.F. Adolescência e anticoncepção: estudo de conhecimento em puérperas internadas por parto ou aborto. **Rev Saúde Pública,** .v.24, n.10, p.506-511, 1990.

SILVA, J.L.P.; CHINAGLIA, M.L.M.; SURITA, F.G.C. Gravidez na Adolescência. In: NEME, B. **Obstetrícia básica.** 3 ed. São Paulo: Savier, p.1177-1183, 2005.

SOUZA, V.L.C.; CORRÊA, M.S.M.; SOUZA, S.L.; BESERRA, M.A. O aborto entre adolescentes. **Revista Latino_Am Enfermagem.** v.9, n.2, p.42-47, 2001.

TAQUETE, S.R.; Sexo e gravidez na adolescência. **J.Pediatria.** Rio de Janeiro, v.68, p.135-139, 1992.

TAKIUTI, A.D. A saúde da mulher adolescente, 1993. In: MADEIRA, F.F. **Quem mandou nascer mulher?** Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, p.213-290, 1997

TAKIUTI, A.D. Projeto de intervenção da segunda gestação na adolescência no estado de São Paulo. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo- Programa de Saúde do Adolescente, 2004.

UNICEF. **A voz dos adolescentes.** Brasília, 2002. Disponível em <http://www.unicef.org.>. Acesso em 25 Ago.2007.

VITALLE, M.S.S.; AMÂNCIO, O.M.S. **Gravidez na Adolescência.** 2001. Disponível em <http://www.brasilbrazilpednews.org.br/set2001/bnpar101.htm>. Acesso em 25 Ago.2007

VITIELLO, N. Gestação na adolescência. **Femina,** v.9, n.7, p.527-532, 1981.

WAISSMAN, A. LIPPI. Análise dos fatores associados à recorrência de gravidez na adolescência. São Paulo, 2006 (Dissertação de Mestrado-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).

APÊNDICES E ANEXO

APÊNDICE 1

Formulário de Entrevista

Data da entrevista: ____/____/____ nº_____

Local da entrevista:

Bairro_____

I - Dados de Identificação

1-Qual sua idade:_____ anos

2-Você tem companheiro atualmente? (1) sim (2) não

3- Qual a sua religião? _____

4-Atualmente com quem você está morando

(1) parceiro (2) pais (3) pai
(4)mãe (5) outros parentes (6) amigos
(7) sozinha (8) outro qual? _____

5- Quem trabalha na sua casa? _____

6- Renda familiar em salário mínimo mensal.

(1) até 1 SM (2) 1 a 3 SM (3) 3 a 5 SM
(4) 5 a 10 SM (5) maiores que 10 SM

7- Atualmente você está estudando?

(1) sim (2) não

8- 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? _____

9- Por que você parou de estudar? _____

II- Dados Sociais

10- Pretende voltar a estudar?

(1) sim (2) não

Caso sim, quando pretende fazê-lo? _____

11- Qual a sua profissão ou ocupação?

(1) nunca trabalhei (2) minha profissão é? _____

(3) minha ocupação é? _____

12- Você está trabalhando?

(1) sim (2) não

13- Parou de trabalhar durante as gravidezes?

(1) sim (2) não

Qual? (1ª) gravidez

(2ª) gravidez

14- Caso tenha parado, pretende voltar a trabalhar?

(1) sim (2) não

15- Qual a idade do pai deste seu filho? _____ anos.

16- O pai deste seu filho a apoiou durante a gravidez?

(1) muito (2) mais ou menos

(3) um pouco (4) não

Caso não tenha apoiado, por quê? _____

III- Dados sobre a sexualidade

17- Quantos anos você tinha quando teve a 1ª relação sexual? _____ anos

18- Você tem recebido apoio de sua família para suas gestações?

(1) sim (2) não

19- Você recebeu orientação sobre métodos anticoncepcionais? Onde?

(1) família (2) amigas (3) no serviço de saúde

(4) na escola (5) outros _____

20- Quais os que você conhece? _____

21- Quais os que você já usou? _____

22- Você recebeu orientações sobre sexualidade?

(1) sim (2) não

Caso sim, onde?

(1) escola (2) família (3) serviço de saúde

(4) amigas (5) revistas (6) outros _____

23- Qual a pessoa que mais conversa com você sobre sexo? _____

24- O pai do seu primeiro filho era:

(1) amigo (2) vizinho (3) ficante

(4) namorado (5) outros _____

25- Você ainda vive com ele?

(1) sim (2) não

26- Ele é o pai dos seus outros filhos?

(1) sim (2) não

IV- Dados obstétricos

27- Quantos anos você tinha quando menstruou pela 1ª vez? _____ anos

28- Quantas vezes você já engravidou? _____

29- Qual era a sua idade quando engravidou pela 1ª vez? _____ anos

30- Qual era a sua idade quando engravidou pela 2ª vez? _____ anos

31- Quantos filhos você tem? _____ e a idade deles? _____

32- Você já teve algum aborto?

(1) sim, quantos _____ (2) não

Caso sim em qual gestação? (1ª) ou (2ª) gestação

33- Quantos anos você tinha quando abortou? _____

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

No termo de Consentimento Livre e Esclarecido do projeto **Perfil de adolescentes com reincidência da gravidez e que deram a luz em uma cidade do Interior Paulista** constará:

1- Dados de identificação do sujeito da pesquisa

Nome:_____idade:_____
RG:_____ Sexo: F( ) M( )
Endereço: _____nº_____
Cidade:_____CEP: _____ fone:_____

Dados de identificação do responsável quando o sujeito da pesquisa for menor que 18 anos.

Nome:_____idade:_____
RG:_____ Sexo: F( ) M( )
Endereço: _____nº_____
Cidade:_____CEP: _____ fone:_____

2- Dados sobre a pesquisa científica/pesquisador:

Título do projeto: Perfil de adolescentes com reincidência da gravidez e que deram a luz em uma cidade do Interior Paulista.

Pesquisador responsável: Vanda Aparecida Manfredo COREN: 39 459 SP
Endereço: Rua Novo Horizonte, 284 Cidade: Catanduva CEP: 15801 070

3- Avaliação do risco da pesquisa:

(x) risco mínimo ( ) risco médio ( ) risco maior

4- Texto do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estou realizando uma pesquisa intitulada "Perfil de adolescentes com reincidência da gravidez". Esta pesquisa tem a finalidade de identificar o perfil social de adolescentes com reincidência da gravidez, investigando conhecimentos que determinam a ocorrência do problema. Sendo assim, solicito a permissão para realizar a entrevista através de um questionário, informando-lhe que a pesquisa não lhe trará custos ou riscos, serão mantidos o sigilo e anonimato da identidade e as participantes poderão se retirar a qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo para as mesmas.

Desde já conto com a sua colaboração e agradeço a sua atenção

Li e entendi este formulário de consentimento. Todas as perguntas foram respondidas.
Aceita participar voluntariamente desta pesquisa?
( ) sim ( ) não

Assinatura do sujeito da pesquisa: (se maior / igual a 18 anos ou emancipado)

_____

Assinatura do responsável (pai ou mãe) quando o sujeito da pesquisa for menor que 18 anos:

_____

ANEXO 1

APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FACULDADE DE MEDICINA DE CATANDUVA
Av. São Vicente de Paulo, 1455, Cep: 15.809-145
Fone: (17) 3531-3229 – Site: www.fundacaopadrealbino.org.br - e-mail: coreme.fameca@terra.com.br

Catanduva, 04 de junho de 2007.

Ofício nº09 /07
CEP/trbm

Ref.: *Registro de Projeto de Trabalho Aprovado no CEP-FAMECA.*

Prezado(a) Senhor(a):

Vimos informar Vossa Senhoria que o Projeto do Trabalho de Pesquisa intitulado **"Perfil de Adolescentes com reincidência da Gravidez atendidas na Maternidade de um Hospital-Escola do interior paulista"**, foi avaliado por este Comitê de Ética e Pesquisa e considerado **aprovado**, de acordo com as exigências das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96 e 251/97 da CONEP.

O registro de aprovação do referido Projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Catanduva é **sob nº03/07**.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP/FAMECA, o relatório final sobre a pesquisa (*Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX.2, letra "c"*).

Sendo o que temos a informar, subscrevemo-nos.

Atenciosamente.

= **PROF. DR. IZÍDIO PIMENTA DE MORAIS** =
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FAMECA

Ilmo(a) Sr(a)
Vanda Aparecida Manfredo (*)
Dra. Maria Aparecida Tedeschi Cano (**)
(*)Pesquisadora Responsável: Mestranda em Promoção de Saúde - UNIFRAN
(**) Orientadora