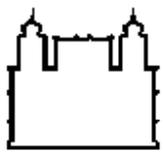


Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira
Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher

**PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS DE MÃES ADOLESCENTES
ANTES E DEPOIS DA GESTAÇÃO: O PAPEL DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE**

Aurea de Fátima Duarte Mendes Leite

Rio de Janeiro
Março / 2010



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira
Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher

**PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS DE MÃES ADOLESCENTES
ANTES E DEPOIS DA GESTAÇÃO: O PAPEL DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE**

Aurea de Fátima Duarte Mendes Leite

Projeto apresentado à Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher como pré-requisito para obtenção do Título de Mestre Acadêmico em Saúde da Criança e da Mulher.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Claudia Bonan Jannotti

Rio de Janeiro
Março / 2010

**FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO
CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE
BIBLIOTECA DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**

L533 Leite, Áurea de Fátima Duarte Mendes
Práticas contraceptivas de mães adolescentes antes e depois da
gestação: o papel dos serviços de saúde / Áurea de Fátima Duarte
Mendes Leite. – 2010.
84 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) -
Instituto Fernandes Figueira , Rio de Janeiro , 2010 .

Orientador : Claudia Bonan Jannotti

Bibliografia: f. 71 - 79 .

1. Contracepção . 2 . Adolescentes . 3. Serviços de saúde . I.
Título.

CDD - 22^a ed. 363.96

Dedicatória

A Deus, que esteve presente em todos os momentos me dando força para prosseguir.

Aos meus pais, marido e filhos pelo apoio em todos os momentos e paciência nos momentos de maior dificuldade.

Agradecimentos

A todos os professores da Pós-graduação em Saúde da Criança e da mulher que me ensinaram o caminho para esta produção.

À Dra Cláudia Bonan Jannotti, minha mestra e orientadora, pela amizade, disponibilidade e paciência, principalmente por me fazer acreditar na importância da superação.

À Dra Kátia Silveira da Silva pelo incentivo nessa jornada.

Aos professores da minha banca Ivis Emília e Marcos Dias pela disponibilidade e sugestões enriquecedoras.

À equipe da Secretaria Acadêmica : Euzeni , Tatiana e todos os outros por estarem sempre prontos a colaborar.

Às minhas amigas eternas que me acompanharam nessa jornada: Luciana Moraes, Aparecida Moraes e Cristina Portela.

Às minhas colegas de turma: Andreza, Ana Cristina, Simoni e todas as outras pelo incentivo e palavras amigas nas horas certas.

À todas as adolescentes que participaram dessa pesquisa.

Aos meus familiares por torcerem por mim.

Muito Obrigada!

RESUMO

A pesquisa se insere na área temática da reprodução na adolescência, com enfoque principal no problema do planejamento reprodutivo e da assistência à contracepção. Teve como objetivo geral conhecer as práticas contraceptivas de mães adolescentes antes e depois da gestação, à luz de seus contextos de suas vida e das dinâmicas de interação vividas por elas (família, parceiros, amigos, colegas, escola) e, especificamente, discutir o papel dos serviços de saúde em fortalecer essas práticas, bem como a autonomia sexual e reprodutiva. O estudo com abordagem qualitativa e método de relato de vida foi realizado em duas unidades da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro com uma amostra de 40 mães adolescentes que realizavam consultas no serviço de acolhimento mãe-bebê ou na puericultura. Foram realizadas entrevistas individuais abertas guiadas por um roteiro temático. Constatamos que as interações com mães, outras figuras femininas familiares e os pares do mesmo sexo são muito importantes para a aquisição de informações, diálogo e tomada de decisões no que diz respeito às vivências da sexualidade e às práticas contraceptivas. No que diz respeito a esses aspectos, as interações com parceiros, escolas e serviços de saúde são menos significativas, ainda que o papel de cada um desses tipos de interações seja bem diferenciado. Constatamos a fragilidade das informações sobre cuidados com a saúde reprodutiva e a baixa utilização de métodos contraceptivos por essas jovens antes e após ingressarem nos serviços de saúde, assim como as dificuldades encontradas para inscrição nos programas de planejamento familiar.

Palavras chaves: adolescentes, contracepção e serviços de saúde

ABSTRACT

The research is about the human reproduction at the adolescence period. The principal goals are the reproduction's planning issues and the contraception's assistance to this specific group. The overall objective was to get to know the adolescents as mothers and their contraceptive's methods before and after pregnancy. Their contextualized lives enlightenment and their dynamics' interaction experienced by them (family, partners, friends, school). Specifically, the health service intention to fortify these methods: The sexual and reproductive autonomy. The studies with quantitative approach and the files' research was performed in two units of the Rio de Janeiro's Health Department with a total of forty adolescent mothers that were interviewed by the mother-and-baby nursery service or by the pediatric staff. The interviews were done individually open and guided by a thematic script. We conclude that the interactions with mothers, others familiar feminine figures and pairs of the same sex are very important acquisition of information, dialogue and to make decisions in other to active sexual experience and contraceptive methods. In respect, to these aspects, the interactions with partners, schools and health services are less significant. Besides, the role of each one of these kinds of interaction be very different, the fragile information about reproductive health care and low usage of the contraceptive methods by these youngsters before and after to enroll to the health system. Sum the difficulties due to the enrollment on the planning family program.

Key words: adolescents, contraceptive and health service.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
-Objeto geral e objetivos específicos	
2. QUADRO TEÓRICO.....	11
2.1- Adolescência, Sexualidade e Reprodução	11
2.2 -Direitos Reprodutivos e Integralidade na assistência à saúde.....	14
2.3 -Desafios à assistência à saúde reprodutiva	21
3. SUJEITOS E MÉTODOS	36
4. RESULTADOS	39
4.1-Características sócio-demográficas do grupo estudado.....	39
4.2-Aspectos da experiência reprodutiva e vida familiar.....	41
4.3-Vivências de sexualidade e práticas contraceptivas	46
5. DISCUSSÃO.....	58
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
7. REFERÊNCIAS	71
8. APÊNDICES E ANEXOS	80

1. INTRODUÇÃO

A temática que reúne adolescência, sexualidade e reprodução tem tido importância crescente na área de saúde pública, nas últimas três décadas, e sido alvo de numerosos estudos no campo da saúde coletiva. A prioridade desse assunto na agenda pública e acadêmica foi fomentada por muitos processos, entre eles, a observação do aumento das taxas de fecundidade específicas de adolescentes de 15 a 19 anos no Brasil, entre os anos de 1990 e 2000 - contrastando com o declínio expressivo da fecundidade geral e específica em outras faixas etárias, observado há algumas décadas no Brasil (Ministério da Saúde, 2004 ; Simões, 2006). Na década de 2000, dados das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD) apontam para um declínio na taxa específica de fecundidade entre 15 e 19 anos (Berquó e Cavenaghi, 2005), mas para Barbosa (2008) essa tendência de declínio deve ser analisada com cuidado, pois os dados encontrados pelas PNAD fazem uma projeção da população estimada e são sobreestimados .

De todos os modos, a percepção do incremento da representação da população adolescente na fecundidade geral insuflou acirradas discussões sobre as repercussões da maternidade/paternidade na saúde e na vida dos adolescentes, assim como para suas famílias, a comunidade e a sociedade. Uma questão que tem inquietado profissionais e gestores de saúde é o aborto inseguro, que está diretamente relacionado aos índices de mortalidade materna na população jovem e adolescente. Em 2005, foram registradas pelo SUS 247.065 internações por aborto retido, sendo que cerca de 19% referiam-se a adolescentes entre 15 e 19 (Monteiro e Adesse, 2006). Em 2004, foram registrados 274 óbitos de mulheres entre 10 e 19 anos por causas relacionadas à gravidez, parto e

puerpério, destes óbitos 43 (15.7%) tinham entre 13 e 15 anos (Ministério da Saúde, 2006).

A gravidez recorrente e de rápida repetição (intervalo menor que dois anos) em adolescentes também tem sido motivo de preocupação no campo da saúde e remete à qualidade da atenção contraceptiva e da educação em saúde reprodutiva para esse grupo etário (Rosa, Reis e Tanaka, 2007).

Uma vasta literatura tem sido produzida sobre aspectos psicossociais da maternidade/paternidade adolescente. Procura investigar fatores associados à gravidez adolescente e as repercussões da parentalidade adolescente em relação a dinâmicas familiares, trajetória escolar, profissionalização e mercado de trabalho, processos de formação de identidade, entre outras (Aquino et al, 2003; Silva e Salomão, 2003 ; Belo e Silva, 2004; Persona et al, 2004; Paraguassú et al, 2005; Falcão e Salomão, 2005 ; Carniel et al, 2006; Almeida e Hardy, 2007; Cavalcanti, 2000; Esteves e Meandro, 2005; Silva e Tonete, 2006). Uma pesquisa multicêntrica demonstrou a heterogeneidade do fenômeno da reprodução adolescente em um país de iniquidades sociais, e explora como as estruturas de desigualdades de gênero e classe social atravessam as suas diversas expressões (Heilborn et al, 2006).

Na esfera nacional e internacional, desde o limiar dos anos de 1990, o incremento dos debates sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos também teve um papel importante em renovar as discussões e as políticas públicas voltadas para a saúde e o bem estar da população adolescente, em nosso país.

O Ministério da Saúde lançou o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), em 1989, com a finalidade de promover, integrar, apoiar e incentivar práticas com adolescentes de modo a promover sua saúde de forma integral e integralizada. Ao longo desse período, não somente esse programa foi atualizado e

expandido, como também outras políticas ministeriais vieram a tratar da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos (2005), o Marco Teórico e Referencial de Saúde Sexual e Reprodutiva (2006) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (2007).

Ainda que muito tenha se acumulado nos planos do debate político e da produção de conhecimentos, o papel do sistema de saúde na abordagem da reprodução adolescente e no fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos nesta parcela da população é assunto que ainda suscita muitas controvérsias e necessita de mais estudos e reflexões teóricas.

Ao fazermos uma busca na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), através da Biblioteca Virtual de Saúde, cruzando as palavras-chave “adolescência” e “adolescente” com as palavras “contracepção” e “anticoncepção”, “planejamento familiar”, encontramos 109 artigos estudos nacionais, produzidos a partir do ano 2000. Revisando essa produção, percebemos que há uma escassez de estudos que se refiram à assistência à adolescente no puerpério e no pós-parto tardio, às práticas contraceptivas de mães adolescentes e à gravidez de rápida repetição na adolescência. Esses poucos trabalhos concluem que programas específicos educativo-assistenciais, em uma perspectiva integral, com as adolescentes no pós-parto poderiam ser bastante efetivos para promover melhores condições de saúde sexual e reprodutiva e apoiar o exercício dos direitos reprodutivos dessas jovens; porém, ao mesmo tempo, eles sinalizam que em nosso meio essa assistência é frágil, as ações são negligenciadas, pouco rotinizadas e valorizadas. (Lopes et al ,2001; Berlofi et al, 2006; Rosa, 2007).

Esta pesquisa se insere na área temática da reprodução na adolescência, com enfoque principal no problema do planejamento reprodutivo e da assistência à contracepção. A questão que norteou o desenvolvimento do estudo foi o papel dos serviços públicos de saúde em fortalecer as capacidades e habilidades das mulheres adolescentes no que diz respeito ao planejamento reprodutivo e aos cuidados com a saúde reprodutiva. Partíramos do pressuposto que com a primeira gestação e o nascimento se intensificam as relações das jovens com serviços de saúde, já que o pré-natal, o parto, o puerpério e os cuidados de puericultura implicam um aumento da frequência e utilização de tais serviços.

O estudo foi realizado em duas unidades da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro com uma amostra de mães adolescentes que realizavam consultas no serviço de acolhimento mãe-bebê ou na puericultura. O objetivo geral da pesquisa foi conhecer as práticas contraceptivas de mães adolescentes antes e depois da gestação, sua interdependência em relação a uma série de condições contextuais e dinâmicas de interação (família, parceiros, amigos, colegas, escola) e, especificamente, discutir o papel dos serviços de saúde em fortalecer essas práticas, bem como a autonomia sexual e reprodutiva. Como procedimentos específicos, procuramos: a) descrever as práticas contraceptivas das mães adolescentes, anteriores à primeira gravidez e suas experiências com serviços de saúde sexual e reprodutiva e de planejamento familiar; b) descrever as informações e orientações sobre contracepção recebidas por essas adolescentes nos serviços de saúde durante o pré-natal e o parto e, posteriormente, nas consultas pós-parto e de puericultura e c) analisar as práticas contraceptivas adotadas após esses contatos mais intensivos com serviços públicos de saúde.

2. QUADRO TEÓRICO

2.1. *Adolescência, Sexualidade e Reprodução*

Mandu (2001) afirma que as transformações físicas da adolescência, ainda que abriguem certa variabilidade (relacionada a fatores genéticos e físico-ambientais), são típicas dessa fase e ocorre de maneira mais ou menos semelhante entre todos os adolescentes. Entretanto, segundo o autor, por possuir um caráter sociocultural, a adolescência é vivenciada de diferentes formas. Assim, a compreensão das várias vivências adolescentes, como a sexualidade, requer consideração aos contextos e cenários socioculturais plurais e dinâmicos em que elas se desenvolvem. Não se pode tratar da adolescência de forma padronizada, desconsiderando onde vivem os adolescentes, o que pensam, o acesso que têm a bens e serviços sociais, sua história de vida e de interação com afetos, violências, redes de sociabilidade, família, padrões morais, religiosos entre outros. As formas de vivenciar a adolescência, então, devem ser vistas como produções imbricadas com os contextos de vida das pessoas e aos modos como se desenvolvem as subjetividades individuais em meio a relações sociais. Não é possível atuar apropriadamente junto aos adolescentes sem levar em conta suas especificidades de vida, considerando condições, processos e padrões de igualdade/desigualdade que interferem em sua configuração.

Mandu(2001) lembra que, na cultura ocidental e, particularmente, no Brasil, os vários processos de socialização na infância, na adolescência e na vida adulta ocorrem em uma sociedade globalizada, patriarcal, racista, cristã, industrializada, tecnológica e de mídias que favorecem uma comunicação maciça. Esses componentes sociais, entre outros, de forma inter-relacionada influenciam o acesso a condições apropriadas de

vida, proteção social e jurídico-legal, atenção e saúde. Influem, também, na formação de idéias, atitudes, valores, sentimentos e comportamentos adolescentes em diferentes áreas, como no campo da sexualidade.

Para Oliveira (2007), embora sejam vistos como os depositários das possibilidades de mudança, de um melhor prognóstico para o mundo, adolescentes são percebidos pelos adultos em geral como seres sem independência face aos seus direitos e aspirações nos campos da sexualidade e reprodução. Os indivíduos que exercem ascendência como pais, líderes religiosos, professores e profissionais de saúde acabam por estabelecer valores dicotômicos e ambíguos em relação a eles: esperam que sejam sujeitos responsáveis por suas vidas – na esfera civil, na escola, quanto ao respeito às regras em geral; entretanto, parecem não reconhecer a legitimidade dos seus direitos e as possibilidades decorrentes do exercício desses direitos, principalmente quando se trata de assuntos como contracepção, exercício da sexualidade, aborto, gravidez, maternidade/paternidade, entre outros.

A pesquisa multicêntrica Gravidez na Adolescência (Gravad) levada a cabo entre 1999 e 2006 por um grupo de pesquisadores nacionais e estrangeiros e desenvolvida em três capitais brasileiras (Rio de Janeiro, Porto Alegre e Salvador) colocou várias questões teóricas e analíticas inovadoras no campo de conhecimentos sobre adolescência, sexualidade e contracepção e revelou novas facetas dessa realidade. A tese principal corroborada por essa pesquisa é que:

“que a sexualidade dos jovens, assim como a dos adultos, constitui um processo de aprendizagem. Como tal, a sexualidade juvenil não é desregrada, ao contrário, está informada pelo processo de socialização e pelo acesso (ou pela falta de acesso) à educação, ao diálogo e aos cuidados que a sociedade oferece aos jovens. Em termos gerais, isso significa admitir que os indivíduos são socializados para a entrada na vida sexual por meio da cultura, que orienta roteiros e comportamentos, considerados aceitáveis para cada grupo social. Conseqüentemente, as práticas sexuais se diferenciam no interior de cada sociedade, variando de acordo com os referenciais dos diversos segmentos sociais que a compõem. Às expressões e manifestações relativas à

sexualidade correspondem distintos significados, segundo os valores vigentes em um dado estrato sócio-cultural. Portanto, os atos sexuais não são necessariamente unívocos. A socialização que o exercício da sexualidade demanda está intimamente relacionada ao modo como as relações de gênero estão organizadas em um determinado contexto (Heilborn, 1999)”.

Para Heilborn (2002), o estudo *Gravada* ao pretender escapar do essencialismo contido na classificação etária, não se deixou, por outro lado, aprisionar em novas determinações, que tomam como estáticas as condições de classe e de gênero, e mais do que isso, os resultados da pesquisa indicaram o caráter indissociável desses dois eixos de estruturação de diferenças sociais na compreensão do fenômeno da gravidez na adolescência. Apurou-se nessa pesquisa que o diferencial de gênero e de classe é um demarcador fundamental na modulação das biografias no que tange à experiência da parentalidade. Observou-se entre as jovens de classes médias alterações na condução dos projetos e trajetórias escolares, que, até então, se processavam de modo linear. O mesmo não ocorreu entre as jovens das classes populares, cuja irregularidade das carreiras escolares independiam da maternidade. Já entre os jovens homens não foram observadas mudanças significativas, uma vez que aqueles dos estratos médios não interrompem seus projetos e percursos educacionais por causa da paternidade, e os dos grupos populares ingressam precocemente no mercado de trabalho, não sendo isto uma consequência direta da paternidade adolescente. Por sua vez, a maternidade adolescente nas classes populares não apressa o ingresso dessas mulheres no mercado de trabalho e, sim, torna-as, ainda que provisoriamente, mais dependentes de outros – parceiros, familiares ou ambos – para garantir sua subsistência e a da criança. A grande contribuição dessa pesquisa foi mostrar a heterogeneidade das consequências da maternidade e paternidade adolescentes nos percursos escolares e trabalhos femininos e

masculinos, a influência relativa de distintos fatores e os diversos modos de manifestação em cada um dos contextos (Heilborn et al, 2006).

Na análise do material produzido em nossa pesquisa procuramos utilizar contribuições teóricas que, como essas do projeto Gravada, formularam a questão da heterogeneidade da experiência da sexualidade e da reprodução da adolescência, a importância central das mediações das relações de classe, de gênero, de raça e etnia, geracionais e das estruturas de normas, idéias e valores que permeiam essas vivências.

2.2. Direitos Reprodutivos e Integralidade na Assistência à Saúde

A pesquisa que foi desenvolvida neste trabalho procurou analisar as práticas contraceptivas e a assistência ao planejamento reprodutivo de adolescentes baseada nos princípios do *direito à saúde*, da *integralidade* e dos *direitos reprodutivos*.

A Constituição Federal de 1988 consagrou o direito universal à saúde e estabeleceu o princípio da integralidade na assistência à saúde, que é um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS). A Carta Magna preceitua o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. Na perspectiva de Campos (2007), o texto constitucional teve como objetivo fazer o resgate da grande dívida do sistema de saúde face à prevenção das doenças da população brasileira. Assim o fez para imprimir um sentido de mudança à forma como, do ponto de vista histórico, se desenvolveu a assistência à saúde no Brasil, ou seja, na perspectiva de superação do modelo médico centrado no biológico, na patologia e no hospital. Assim se faz necessário integrar promoção, proteção, assistência e recuperação da

saúde, tendo como objetivos maiores o bem-estar, a qualidade de vida, o fortalecimento da autonomia e dos direitos do sujeito da saúde. Apesar de 20 anos de debates no campo da saúde e na sociedade e de esforços concretos nesse sentido, os princípios do direito à saúde e da integralidade na assistência ainda não foram plenamente efetivados no cotidiano de muitos brasileiros.

Mattos (2007), em um ensaio sobre integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde, lança a seguinte pergunta: “Por que razões os princípios do SUS e a integralidade, de modo particular, deveriam ser tomados como algo relevante para a formulação das políticas públicas em geral, e em particular?” (pag.50). Com base na perspectiva do direito à saúde e nos princípios que inspiraram o movimento de reforma sanitária em nosso país, o autor desenvolve uma interessante reflexão sobre a importância de se integrar as dimensões assistenciais e preventivas das práticas de saúde. No plano das políticas de saúde, as ações preventivas e as assistenciais têm impactos distintos: as atividades assistenciais respondem a uma percepção das necessidades de saúde por parte dos usuários, enquanto as ações preventivas se enquadram na perspectiva de modificar o quadro social de uma doença, podendo inclusive modificar a demanda futura por serviços assistenciais.

Em um ensaio anterior, Mattos discutiu o caráter polissêmico do termo integralidade e explorou as múltiplas dimensões das práticas de saúde nas quais, historicamente, a noção de integralidade tem sido evocada. Questões como a integração promoção-prevenção-assistência, o reconhecimento do usuário como sujeito de direito e de saber, a compreensão do processo saúde-doença como permeado por dimensões biológicas, psíquicas, sociais e culturais, a perspectiva de um diálogo maior entre várias disciplinas e saberes, bem como da democratização das relações sociais que se dão no campo da saúde e permeiam todos os conjuntos de sentidos da integralidade, analisados

pelo autor. Em primeiro conjunto de sentidos da integralidade está ligado às críticas que surgiram desde a segunda metade do século XX à atitude cada vez mais fragmentária e reducionista das práticas médicas que têm como foco as patologias em determinados órgãos e sistemas e vêem a doença como mera disrupção da homeostase biofisiológico do organismo. Esse tipo de cultura de assistência médica conduz à perda da capacidade de um olhar mais abrangente para os indivíduos que buscam os serviços de saúde e suas necessidades, demandas e sofrimentos, gerados por uma complexidade de fatores biopsicossociais. E ainda, tais práticas são um obstáculo para uma perspectiva mais integrada entre as dimensões assistenciais e preventivas da saúde. Segundo Mattos (2001) nesse primeiro campo de sentidos, portanto, a integralidade diz respeito à atitude dos profissionais nas relações com os usuários e, portanto, à boa prática médica. Um segundo conjunto de sentidos da integralidade remete à organização dos serviços e dos processos de trabalho em saúde. Aqui, o debate sobre a integralidade propõe a superação da dissociação entre as práticas de saúde pública e as atividades de assistência médica, marca do antigo Sistema Nacional de Saúde. Nessa perspectiva, os serviços de saúde e os processos de trabalho devem ser desenhados de modo a dar conta das demandas espontâneas e necessidades apresentadas pelos próprios indivíduos e das demandas programadas a partir de necessidades detectadas epidemiologicamente; das necessidades ligadas a cura das doenças e das necessidades de saúde mais amplas das pessoas e das populações que são alvo das políticas de saúde (aconselhamento, informação e educação, etc.). Nesse segundo campo de sentidos, a questão da integração entre promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, o trabalho multidisciplinar e a perspectiva interdisciplinar e intersetorial devem orientar a estruturação dos serviços de saúde e a organização dos processos de trabalho. Um terceiro conjunto de sentidos da integralidade se relaciona com o modo como o governo

responde às necessidades ou demandas de saúde, desenhando e implementando políticas especiais, voltadas para grupos específicos. Um primeiro desafio é superar a lógica bipartida sujeito-objeto: a integralidade aqui quer dizer uma recusa por parte dos que se engajam na formulação de uma política em reduzir o público ao qual as políticas se destinam em objeto de intervenção. O princípio da participação da comunidade – também um pilar fundador do SUS – pode ser um instrumento poderoso para se evitar a objetificação dos grupos populacionais para os quais se desenham as políticas. O exemplo citado pelo autor é o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, cujo surgimento foi influenciado pelos movimentos feministas nos anos de 1980. A participação dos grupos organizados de mulheres contribuiu para que o debate sobre os problemas e necessidades de saúde dessa população fossem contextualizados e também para que se abrisse uma brecha para o reconhecimento da diversidade das mulheres e da heterogeneidade de suas necessidades. O autor resume que, em qualquer desses significados, e em muitos outros que esse termo pode adquirir, a integralidade representa, acima de tudo, a fuga do reducionismo. E, por trás de todos esses sentidos, deve estar o princípio do direito universal ao atendimento das necessidades de saúde (Mattos, 2008).

A integralidade é a condição primordial da assistência a adolescentes e jovens, tanto do ponto de vista das relações entre os profissionais de saúde e esses sujeitos, da organização dos serviços em diversos níveis de complexidade (promoção, prevenção, atendimento a agravos e doenças e reabilitação) e da compreensão dos aspectos bio-psico-sociais que fazem parte das necessidades de saúde desses grupos populacionais.

Reconhecer os direitos sexuais e os direitos reprodutivos como direitos humanos e reconhecer os adolescentes como sujeitos de direitos é fundamental para assegurar o princípio da integralidade na assistência aos adolescentes. Esse é um pressuposto teórico

desse estudo e a abordagem do exercício da sexualidade e da reprodução proposta nesse estudo nele se apóia.

As noções de saúde e direitos sexuais e reprodutivos são recentes e sua legitimação na sociedade e no campo da saúde pública - através de leis, normas, documentos de políticas públicas, criação de serviços, etc. - representa uma conquista histórica, fruto da luta pela cidadania e pelos direitos humanos de um conjunto de atores e atrizes – movimentos de mulheres, movimentos negros, movimentos de diversidade sexual e, inclusive, movimentos de jovens.

No Brasil existe um arcabouço de leis que regulam os direitos reprodutivos. A Constituição Federal brasileira inclui no Título VII da Ordem Social, em seu Capítulo VII, art. 226, § 7º, a responsabilidade do Estado no que se refere ao planejamento familiar, nos seguintes termos:

“Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.”

Em 12 de janeiro de 1996, foi sancionada a Lei n.º 9.263, que regulamenta o planejamento familiar no Brasil e estabelece o seguinte em seu art. 2º:

“Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.”

Em âmbito internacional, a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada no ano de 1948, a comunidade internacional, por meio da Organização das Nações Unidas (ONU), vem firmando uma série de Convenções Internacionais nas quais são estabelecidos estatutos comuns de cooperação mútua e

mecanismos de controle que garantam um elenco de direitos considerados básicos à vida digna, os chamados direitos humanos.

A Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994, conferiu papel primordial à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos, ultrapassando os objetivos puramente demográficos, focalizando-se no desenvolvimento do ser humano. A CIPD provocou transformação profunda no debate populacional ao dar prioridade às questões dos direitos humanos. Aconteceu após 200 anos de debates sobre questões de demografia e economia, tornando-se um ponto de inflexão nas orientações sobre este tema.

Os direitos sexuais e reprodutivos fazem parte de um conjunto mais amplo de direitos humanos que, desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos, são considerados universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados. Apesar da indivisibilidade e interdependência de todos os direitos, nos anos mais recentes tem havido uma tendência de distinguir analiticamente direitos sexuais e reprodutivos, tanto no campo político quanto acadêmico. Conforme Correa, Alves e Jannuzzi (2003) no mundo das práticas humanas, a atividade sexual não implica, necessariamente, em reprodução, e nos dias atuais embora a reprodução, geralmente, envolva a atividade sexual, as novas técnicas de fertilização *in vitro* possibilitam crescentemente reprodução sem intercurso sexual. Assim sendo, é muito importante compreender que gênero, sexualidade e reprodução são esferas da vida humana que se tangenciam e, eventualmente, confundem-se, mas que ao mesmo tempo correspondem a terrenos distintos em termos de representação, significado e prática sexual.

Os direitos reprodutivos têm seu fundamento na autonomia de decidir sobre a procriação, implicando, no âmbito da esfera pública, a proibição de qualquer tipo de controle coercitivo de natalidade como qualquer tipo de imposição natalista que

implique a proibição de métodos contraceptivos. De acordo com Ávila (2003) para o exercício efetivo desses direitos, torna-se necessário uma transformação da lógica na qual se baseiam leis e normas que dizem respeito ao exercício da reprodução e das relações amorosas e sexuais. Uma transformação que vai no sentido de deslocar o princípio lógico da prescrição e controle, para o princípio da ética e da liberdade. Políticas públicas dirigidas a esses direitos devem estar voltadas para a justiça social, e para isso, elas têm de ser formuladas e executadas levando em conta as desigualdades de gênero, de classe, de raça e de expressão sexual.

Segundo Correa, Alves e Jannuzzi (2003) garantir os direitos reprodutivos a adolescentes e jovens de ambos os sexos, nesse contexto, significa assegurar, em todos os casos, as condições de escolha por ter ou não uma gravidez. Para tanto, as informações, os métodos contraceptivos e preservativos, serviços de contracepção e planejamento familiar, como também a assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério devem ser asseguradas de modo irrestrito, de maneira que a gravidez possa ser desejada, planejada e vivenciada de modo saudável.

Ventura (2006), fez estudo para abordar as construções culturais e jurídicas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes. A autora partiu da idéia de que a partir da ampliação dos direitos humanos, no sentido de incluir as prerrogativas de crianças e adolescentes, uma verdadeira mudança foi produzida a respeito do modo como as famílias, a sociedade e as comunidades devem lidar com essas etapas da vida. Apesar das recentes transformações positivas e progressistas no que se refere à legislação e à assistência em saúde nesse momento da vida, persistem no Brasil e em outros países dificuldades para aplicar e interpretar adequadamente a legislação específica, especialmente ao se tratar da sexualidade e reprodução na adolescência. O estudo apresentou uma discussão em torno das alternativas possíveis, buscando

demonstrar que essas reformas legais não são imprescindíveis, uma vez que é possível ponderar princípios éticos e legais e, a partir de então, construir uma interpretação que garanta o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos pelos adolescentes. O estudo concluiu que os direitos que envolvem a assistência à saúde dos adolescentes devem sempre ser concebidos de forma a excluir qualquer outra norma que se mostre prejudicial ao bem juridicamente tutelado – à vida, à saúde, à dignidade e ao pleno desenvolvimento da pessoa humana, na perspectiva do seu interesse e de sua absoluta prioridade.

2.3. Desafios a Assistência à Saúde Reprodutiva dos Adolescentes: Uma Revisão de Literatura

Há uma vasta literatura nacional e internacional abordando a temática adolescência, sexualidade e reprodução e numa busca na base de dados Lilacs através da Biblioteca Virtual de Saúde encontramos cerca de 100 artigos nacionais produzidos a partir do ano 2000 com as palavras chaves “adolescência”, “adolescente”, “contracepção” e “anticoncepção” e selecionamos cerca de 40 artigos na língua portuguesa enfocando a realidade brasileira e cujos objetos de estudos abordam as práticas contraceptivas e um artigo internacional abordando avaliação de serviços de saúde no planejamento familiar.

A influência das dinâmicas das relações de gênero nas práticas contraceptivas e sexuais dos adolescentes são objeto de discussão de alguns desses artigos, como o de Cabral (2003) que defende que a abordagem do ponto de vista masculino possibilita ter acesso a outros níveis de significados e relações que remete à lógica contraceptiva, à

formação de casal, à assunção da paternidade, entre outros. A autora enfatizou nesse estudo o entrelaçamento entre tipo de relacionamento e de parceria, usos e desusos de métodos contraceptivos e os significados da paternidade para os jovens das camadas populares, salientando que a assunção da paternidade ajuda o jovem na consolidação da imagem de homem “maduro”, “responsável”, “adulto”, ressalta ainda que episódios de gravidez subseqüentes ao início da vida sexualmente ativa da parceira, indicam a permanência de atributos tradicionais no que se refere aos papéis e relações de gênero.

Almeida e Hardy (2007) também fizeram um estudo para analisar as relações de gênero vivenciadas por adolescentes do sexo masculino e como essas contribuem para torná-los vulneráveis à gravidez na adolescência. No que se refere aos papéis de gênero, estes apareceram consolidados na perspectiva do trabalho como marcador de sua condição de homem. Todos nesse estudo se auto-classificavam como sendo trabalhadores. Já na influência de gênero no exercício da sexualidade, os entrevistados, espelhados no exemplo de outros homens, revelaram que poderiam exercitá-la livremente, uma vez que ela é incontrolável e a partir dessa perspectiva, os adolescentes entendiam que a sexualidade devia ser praticada para obter a satisfação de suas necessidades corporais e de prazer. Por outro lado, eles entendiam que se as mulheres agissem assim estariam sendo promíscuas. Neste estudo ao contrário do que pensavam antes, após o nascimento do bebê, a paternidade foi percebida como algo enaltecido, que trouxe satisfação aos entrevistados. Isso pode ser explicado pelo fato de que ser pai insere o homem no mundo dos adultos e reforça sua masculinidade, pois significa assumir responsabilidades. Esse estudo relaciona o significado do ser pai na adolescência com o conceito de homem, aprendido dos adultos.

Já Martins et al (2006) fizeram um estudo com adolescentes do sexo feminino de escolas públicas e privadas e os resultados revelaram que elas, em geral,

independentemente do tipo de escola, continuam sem capacidade de negociar o sexo seguro com os seus parceiros, expondo-se a riscos dos quais têm adequado conhecimento, refletindo, desta maneira, que trabalhar a questão de gênero na adolescência aparece como uma estratégia fundamental para diminuir o desequilíbrio de poder entre os sexos, mudando normas de subordinação e criando habilidades de negociação e mudanças de conduta. O estudo de Alves e Brandão (2009) também conclui que existem situações de vulnerabilidade ao uso dos métodos contraceptivos pelos adolescentes, relacionadas às desigualdades de gênero e a outros obstáculos sociais e culturais que dificultam uma abertura maior da sociedade - serviços de saúde, escolas e no núcleo familiar - para uma abordagem menos preconceituosa do tema do exercício da sexualidade na adolescências, o que leva a que a iniciação sexual seja um processo repleto de silêncios e reprovação moral.

Villella e Doreto (2006) complementam em seus estudos que os jovens não se percebem em risco para o HIV; a prevenção sexual seria em função da gravidez, nem sempre indesejada, nem sempre vista como algo cuja prevenção estaria sob responsabilidade também do rapaz. Segundo esses autores, a gravidez entre os jovens tem múltiplas facetas e nuances, não repercutindo de modo semelhante para todos que têm filhos antes dos 20 anos. No entanto, parte dos jovens que engravidam nessa faixa etária vive em condições sociais, econômicas e culturais semelhantes aos jovens que se infectam pelo HIV. A aproximação entre a prevenção da gravidez e a da infecção pelo HIV continua sendo um desafio a ser enfrentado.

Também encontramos estudos com abordagens e pontos de vista bem diferentes e opostos como os de Chalem et al (2007) que fizeram uma associação de gravidez precoce a outros comportamentos de risco, como o uso e abuso de drogas numa população jovem, inserida num contexto de situações de violência, caracterizando a

população estudada como extremamente vulnerável, que necessita de abordagens específicas e urgentes. O estudo conclui que a gestação na adolescência é um fenômeno com repercussões significativas para o indivíduo e para a sociedade. Para esses autores a gravidez precoce pode marcar e alterar toda a vida da adolescente. Pela perspectiva da comunidade e do governo, esse fenômeno tem uma forte associação com baixos níveis educacionais e um impacto negativo no seu potencial de ascensão econômica.

Com relação aos fatores relacionados ao uso ou não dos métodos contraceptivos pelos adolescentes, os estudos revelam limitado conhecimento acerca dos métodos mais utilizados e sobre o período fértil do ciclo menstrual, apontando falta de informações adequadas sobre planejamento familiar (Paniz et al, 2005). Apesar de alguns métodos como coito interrompido, tabelinha, camisinha e pílula terem sido citados pelos adolescentes entrevistados (Dias e Gomes, 2000; Esteves e Menandro, 2005); alguns autores concluem que em todos os níveis socioeconômicos necessitam de informações adequadas sobre planejamento familiar, visando melhorar esse conhecimento para mudança de comportamento (Martins et al, 2006). Outros autores também discutem algumas dificuldades encontradas pelos jovens no manejo da contracepção, no decorrer de suas trajetórias afetivo-sexuais, identificando situações propensas à não utilização de métodos anticoncepcionais, tais como: contexto do relacionamento, relação com a família no que tange à sexualidade, efeitos colaterais dos métodos hormonais, descuido com a contracepção, dificuldades dos serviços de saúde, “falha” dos métodos, forte concepção da paternidade nos segmentos populares; uso de preservativo com parceiras “desconhecidas”; uso de coito interrompido, sem conhecimento do ciclo menstrual da parceira (Brandão, 2009; Dias e Gomes, 2000; Esteves e Menandro, 2005).

Belo e Silva (2004) também ressaltam que apesar dos avanços na informação disponível sobre conhecimento, atitude e prática relacionados aos métodos anticoncepcionais, a prática de uso eficiente e preventivo pelos jovens e adolescentes não são suficientes para o seu uso consciente. Em outro estudo feito por Almeida et al (2003) correlacionando esses fatores com a sexualidade indicou que a prevalência de uso de contracepção foi maior entre as moças, tanto no exercício da primeira como na última relação sexual, mantendo-se, portanto, mais elevada no uso consistente. Todavia, a menor referência ao uso de métodos entre os rapazes pode estar apenas refletindo seu maior desconhecimento acerca do uso pela parceira, especialmente em relações não estáveis, confirmam também a complexidade da determinação do comportamento contraceptivo entre adolescentes e a necessidade de que os programas educativos incorporem as múltiplas dimensões da questão para que tenham efetividade.

Cabral (2003) resalta ainda que a questão sobre o não-uso de métodos contraceptivos não pode ser interpretada apenas sob a ótica do conhecimento e/ou erro em sua utilização, recorrendo-se às explicações “causais” para o acontecimento dos episódios de gravidez.

Alguns estudos fazem uma avaliação de programas educativos e assistenciais frente à gestação na adolescência e sua reincidência, na comparação de resultados, os autores Berlofi et al (2006) afirmam que mesmo após a inserção em um programa de educação sexual e reprodutiva, os métodos mais utilizados e preferidos pelas jovens, continuam sendo o condom e a pílula. Enfatizam que os dados encontrados nos estudos permitem reconhecer a vulnerabilidade e a exposição das adolescentes à gravidez e sua recorrência. Reforçam a importância do estabelecimento de políticas públicas e programas voltados para a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens que

englobem a educação, os conceitos e o uso correto dos métodos contraceptivos, que ofereçam além do método, o acompanhamento dos serviços de saúde.

Os estudos como o de Berlofi et al (2006), ressaltam ainda, que nas estratégias de educação voltadas para a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, é preciso considerar toda sua rede de relações como professores, profissionais de saúde, outros adolescentes como fontes de informação e diálogo, e também os pais, as mães e os outros membros da família. Uma vez que a relação afetivo-sexual, segundo Brandão (2009) não é uma experiência linear, racional, facilmente administrável e ao contrário envolve emoções, desejos, determinação e relações de poder e de gêneros. Em relação a complexidade do conhecimento sobre anatomia e fisiologia relacionado com a temática da gravidez na adolescência Carvacho, Silva e Mello (2008) evidenciam a necessidade de abordagens mais contextualizadas dos conteúdos de programa de educação sexual. Estudos apontam também a necessidade de reciclar os profissionais de saúde e da educação para que atuem de maneira mais próxima ao adolescente nos diferentes contextos sócio-culturais e além do modelo biológico de maneira a promover a saúde integral (Berfoli et al, 2006).

Guimarães e Palmeira (2003) realizaram estudo de corte transversal, com 816 adolescentes de ambos os sexos de escolas públicas de Aracaju, Sergipe, tendo por objetivo identificar, em escolares do ensino médio, informações relativas aos métodos anticoncepcionais. Concluíram que a escola não vem de fato assumindo seu papel, que é também participar das transformações socioculturais ligadas à questão sexual e a família deve ser incorporada ao processo de formação dos adolescentes, pois, muitas vezes, possui informações distorcidas sobre o tema, além de apresentar dificuldades em lidar com sua própria sexualidade, devendo a escola e serviços de saúde encontrarem estratégias para atraí-las. Ressaltam, como nos estudos citados anteriormente, que os

educadores (professores, família e profissionais de saúde) poderão gerar comportamentos éticos e de respeito mútuo, bem como promover a integridade e a qualidade de vida desse grupo populacional.

Rosa, Reis e Tanaka (2007) afirmam ainda que as gestações sucessivas na adolescência são expressões do exercício da vida sexual dos adolescentes em determinadas condições de vida e, portanto, a abordagem da vida reprodutiva dessas adolescentes transcende em muito a discussão sobre os aspectos obstétricos e deve estar situada no âmbito psicossocial, inspirando políticas públicas de atenção que ofereçam às adolescentes grávidas, outras possibilidades que não apenas a de estar fadada a uma nova gestação.

Villella e Doreto (2006) realizaram estudo onde discutem-se as idéias de juventude e adolescência para abordar a sexualidade dos jovens e adolescentes sob a perspectiva das desigualdades entre os diferentes grupos sociais e afirmam que a abordagem do sexo seguro entre jovens continua sendo necessária, exigindo esforços de produção de estratégias criativas que façam sentido nos diferentes contextos sócio culturais nos quais os jovens experimentam o sexo. Os jovens são distintos entre si e lidam com a sua sexualidade de forma diversa. O uso do preservativo é o oposto da espontaneidade que se costuma atribuir ao sexo e à juventude. Assim, concluem nesse estudo que o estímulo ao uso do preservativo deve incluir a dimensão do erotismo e da praticidade, não apenas o medo.

É importante mencionar um estudo feito por Judith Bruce em 1990 sobre os Elementos fundamentais da qualidade em cuidado: Uma simples estrutura onde chama a atenção para uma dimensão negligenciada da qualidade dos serviços de planejamento familiar e distingue três pontos que devem ser seguidos de uma forma prática pelos serviços e sistematicamente avaliados para melhora da qualidade, são eles: a estrutura

do programa, o serviço oferecido e sua essência e o resultado final, respeitando-se o conhecimento individual, comportamento e a satisfação com os serviços.

A principal dificuldade de acesso ao serviço de saúde, no estudo de Chalem et al (2007), esteve relacionada a fatores psicossociais na maioria das adolescentes entrevistadas, destacando-se o sentimento de vergonha no atendimento por ginecologista do sexo masculino.

Em outro estudo Carvacho et al (2008) entre as adolescentes que nunca consultaram um ginecologista, as justificativas dadas foram falta de informação ou sentimento de medo ou vergonha. A principal dificuldade de acesso ao serviço esteve relacionada a barreiras psicossociais, identificadas pela maiorias das adolescentes entrevistadas. Neste estudo destacou-se também o sentimento de vergonha no atendimento por ginecologista do sexo masculino. O autor salienta que a gravidez configura-se em momento precioso para que os profissionais aproveitem a oportunidade e suas motivações para aproximar-se de forma apropriada da jovem e incrementar práticas educativas oportunas.

No sentido de identificar com quem os adolescentes mais compartilhavam informações e diálogos sobre sexualidade alguns autores como Borges et al (2006) relatam que a maioria tem mais diálogo com os amigos; com outros familiares e com os pais ocupou a segunda e a terceira posição .

No estudo de Dias e Gomes (2000) quanto ao foco do interlocutor preferencial, as barreiras comunicativas parecem existir em ambos os lados que, as mães, contudo, parecem fugir da realidade sexual das filhas e as filhas, por sua vez, podem não se sentir à vontade para expor suas vidas sexuais às mães. Em termos comunicativos, segundo os autores, teria-se uma situação na qual a inibição da expressão (diálogo franco) sedimenta a percepção (da existência de barreiras para o diálogo). No que se refere à

qualidade da informação o estudo observa que as informações familiares ou extrafamiliares são incompletas e redundantes e que as jovens são alfabetizadas e vivem num mundo onde informações sobre sexualidade são disponíveis, se existe curiosidade e disposição para procurá-las. Em outro estudo Villella e Doreto (2006) afirmam que a abordagem do sexo seguro entre jovens continua sendo necessária, exigindo esforços de produção de estratégias criativas que façam sentido nos diferentes contextos sócio culturais nos quais os jovens experimentam o sexo. Os jovens são distintos entre si e lidam com a sua sexualidade de forma diversa .

Em um estudo feito por Esteves e Menandro (2005) , onde foram entrevistadas adolescentes de ambos os grupos (classe média e de baixa renda), mencionaram as dificuldades em abordar temas relacionados à sexualidade no ambiente familiar como tendo papel fundamental no desconhecimento de métodos anticoncepcionais ou no despreparo para sua utilização.

Alguns autores também pesquisaram sobre as repercussões da gestação na adolescência para a sociedade, para a própria adolescente e sua família e encontramos divergências entre os trabalhos, enquanto uns demonstram que a gravidez precoce traz graves consequências para a adolescência, seu filho e sociedade em geral e uma associação entre baixo nível sócioeconômico com pouca opção de inserção social e índices elevados de prematuridade e baixo peso ao nascer (Chalen et al, 2007) e mostram também que traz inúmeras consequências sociais e econômicas reconhecendo que o assunto deve estar permanentemente em pauta com investimentos em pesquisa e em programas preventivos (Dias e Gomes, 2000); outros apontam que o problema fundamental é a desigualdade socioeconômica, e não a eventual gravidez adolescente, que a redução de tal desigualdade resultaria em ampliação generalizada do acesso à informação, aumento do nível de escolarização, abertura e democratização das relações

familiares, melhoria nas condições de saúde, maior diversidade de projetos pessoais com real viabilidade, e crescimento da segurança social e psicológica para todos, o que teria inevitáveis efeitos no sentido de transformar o fenômeno da gravidez adolescente de questão de grande impacto público em ocorrência eventual de natureza privada (Esteves e Menandro, 2005) e que para algumas adolescentes a maternidade ocupa um lugar central em suas vidas, fazendo parte de um projeto de vida, de uma possibilidade de ascensão social (Pantoja, 2003). Santos e Schor (2003) enfatizam também que, ao contrário da visão hegemônica da sociedade e da saúde pública em geral, que considera os adolescentes como um bloco único e em conflito, e a gravidez na adolescência como indesejada, os resultados desses estudos sugerem que existem diferentes vivências da maternidade e que, pelo menos para um grupo de jovens mães, a maternidade é uma experiência de vida plena de significados positivos. Silva e Tonete (2006) observam ainda que as famílias de gestantes adolescentes, realmente, mobilizam-se na formação de uma verdadeira rede de ajuda e que as reações da família diante da jovem grávida tendem a ser contraditórias, sendo comum a sobreposição de sentimentos de revolta, abandono e aceitação do “inevitável”; concluem que a questão da gravidez na adolescência realmente não deve ser marcada apenas como experiência negativa e insalubre para as jovens e suas famílias e que a experiência com a gestação precoce, impregnada por significados e vivências, por vezes contraditórios, pode contribuir não só para o desenvolvimento global da adolescente, como também para o desenvolvimento global de sua família.

Encontramos também estudos multicêntricos ou não que investigaram características de jovens que se tornaram mães e pais na adolescência, assim como o comportamento sexual desses jovens e mostraram que a maioria tinham nível baixo de escolaridade e condições socioeconômicas desfavoráveis e maior proporção de filhos de

baixo peso ao nascer e prematuros (Simões et al , 2003), apontam também predominio de gestantes solteiras e coabitando com a família, ou vivendo em comunhão livre (Paraguassu et al, 2005), relataram menarca e sexarca precoces e falta de conhecimento sobre métodos anticoncepcionais e seu uso adequado (Dias, 2006) ; quanto ao exercício sexual entre adolescentes e jovens permanece encoberto, segundo um estudo de Brandão 2009, não é assumido publicamente no início das trajetórias sexuais em diferentes classes sociais e chama a atenção para o fato de que o gerenciamento de uma sexualidade não plenamente legitimada apresenta aspectos diferenciais, conforme a classe social da jovem. Ao analisar as diferentes classes sociais, o autor afirma que nos segmentos médios, embora não se possa falar de total liberdade dos pais em relação à experiência sexual dos filhos, a sexualidade é, de certo modo, aceita, e bem administrada, desde que subordinada aos projetos de escolarização e profissionalização dos filhos; já nos segmentos populares, o diálogo sobre sexualidade entre as gerações é mais restrito. A autora complementa que a gravidez, embora imprevista, possibilita o exercício sexual nessa fase de vida, com menor constrangimento social e que paradoxalmente, nos segmentos populares, a gravidez denota liberdade sexual, pois legitima o exercício sexual do jovem casal e o uso de métodos contraceptivos (aproximação da moça com os serviços de saúde pelo pré-natal), referendados por contextos de união precipitados pela gravidez e alteração do estado social de ambos os jovens. O estudo de Brandão (2009) conclui que a falta de compromisso nas responsabilidades contraceptivas está presente nos parceiros de ambos os segmentos sociais.

Vários estudos destacam o apoio recebido e o papel das avós maternas dos bebês diante da maternidade adolescente, Falcão e Salomão (2005) verificaram que, morando com os avós do bebê, a mãe adolescente tem mais chance de se tornar competente para

assumir a responsabilidade de adulta. Todavia, segundo os autores com o passar do tempo, o efeito positivo da assistência familiar pode diminuir; o alto nível de envolvimento nos cuidados com o neto (a), por parte das avós, foi relacionado com conseqüências negativas para a criança; os autores concluem que a mediação dos pais é essencial no relacionamento entre avós e netos e que os limites entre ser pais e ser avós devem ser demarcados, sendo função dos pais a responsabilidade pelos filhos; e sobre o apoio dessas adolescentes estudos como os de Goldinho et al (2000) concluem que as adolescentes podem contar com o apoio da família, principalmente dos pais (avós dos bebês) e, com menos freqüência com o do pai do bebê.

Os autores observaram que as famílias de gestantes adolescentes, realmente, mobilizam-se na formação de uma verdadeira rede de ajuda. Na percepção das próprias adolescentes, o suporte familiar recebido durante a gravidez pode ser composto por ajuda financeira, explicações, conselhos, carinho e apoio emocional (Silva e Tonete, 2006).

Alguns autores fizeram estudos de associação entre conhecimento e uso de métodos com conhecimento das doenças sexualmente transmissíveis (DST), como o de Romero et al (2007) no qual descobriram que a Aids é a DST mais conhecida tanto na zona rural como na urbana e que a maioria dos adolescentes buscou informações sobre sexualidade, mas os conhecimentos sobre doenças sexualmente transmissíveis e contracepção são inadequados. Outros estudos como os de Martins et al (2006), também apuraram que o uso consistente de preservativo foi maior nas escolas particulares do que nas públicas e esteve associado ao sexo masculino e maior nível sócio-econômico. Conhecimento sobre métodos contraceptivos e DSTs nesse estudo associaram-se a ser do sexo feminino, ter maior escolaridade, estudar em escola privada, ser de cor branca e estado marital solteiro.

No que se refere a recorrência da gestação na adolescência alguns autores procuram traçar o perfil dessas adolescentes com enfoque nos direitos reprodutivos; Rosa, Reis e Tanaka em 2007, numa revisão bibliográfica afirmam que as gestações sucessivas na adolescência decorrem de vários aspectos que podem fazer parte do contexto de vida de uma adolescente. Entretanto, há populações em que culturalmente a vida reprodutiva se inicia com a adolescência sendo comum a repetição de gestações em um curto período de tempo, sem que isso, aparentemente, acarrete prejuízos à adolescente e ao seu meio social. Ao contrário, a maternidade, nesses casos, parece produzir inúmeras satisfações às jovens, afirmam ainda que as gestações sucessivas na adolescência são expressões do exercício da vida sexual dos adolescentes em determinadas condições de vida e, portanto, a abordagem da vida reprodutiva dessas adolescentes transcende em muito a discussão sobre os aspectos obstétricos e deve estar situada no âmbito psicossocial, deve-se garantir às jovens condições de escolher o início de sua vida reprodutiva, assegurando-lhes, inclusive, o direito e a possibilidade de iniciá-la na adolescência.

Persona et al (2004) fizeram um estudo descritivo para identificar o perfil biopsicossocial das adolescentes com repetição da gravidez e entre os fatores mais fortemente associados foram: menarca precoce, primeira relação sexual após curto intervalo da menarca, repetência escolar, abandono escolar, ausência de ocupação remunerada, baixa renda familiar, envolvimento com parceiros mais velhos, residir com o parceiro, união consensual com o parceiro, um parceiro fixo, baixo uso de condon, história familiar de gravidez na adolescência, ausência do pai por morte ou abandono, reação positiva da família à gravidez anterior. Quanto à situação marital, os achados revelaram grande número de uniões consensuais durante a gravidez atual, embora muitas dessas adolescentes possam ter “regularizada” a sua situação marital durante a

gestação atual e não anterior a essa. Entretanto, segundo esses autores um dos fatores de risco para a repetição da gravidez é estar morando com um parceiro ou casada. Concluem que o envolvimento dos pais, professores e profissionais da saúde (especialmente aqueles ligados ao Programa de Saúde da Família, Programa de Atendimento Integral à Saúde da Mulher e serviços de pré e pós-natal) é essencial para o sucesso de qualquer ação direcionada aos adolescentes.

Em relação a abordagem da equipe multidisciplinar no atendimento à saúde de adolescentes em serviços de referência alguns estudos apontam que o exercício da sexualidade com responsabilidade é um grande desafio para os profissionais, uma vez que a orientação sexual vai muito além de dar informações e conhecimentos sobre saúde reprodutiva (Saito e Leal, 2003) e que no atendimento à saúde dos adolescentes, os profissionais devem conhecer leis e estatutos; documentar cuidadosamente as informações; consultar o Ministério Público e as Sociedades Legais; compartilhar e discutir o caso em equipe para que haja maior proteção dessa população adolescente e mais segurança por parte de quem a atende (Taquete et al, 2005) .

Uma questão que tem inquietado profissionais e gestores de saúde é o aborto inseguro que está diretamente relacionado aos índices de mortalidade materna entre adolescentes e jovens. Em 2005, foram registradas pelo SUS 247.065 internações por aborto retido, sendo que cerca de 19% referiam-se à adolescentes entre 15 e 19 (Monteiro e Adesse, 2006).

Outros estudos como os de Vieira et al (2007) revelaram que, do total das internações do Hospital Maternidade Santa Izabel registrados no período de 2000 a 2003, aproximadamente 7% foram decorrentes de processos de abortamento, com tempo de internação que variou de um a três dias ou mais, dependendo dos procedimentos e complicações advindas de tal processo e que o grupo das adolescentes

apresentou tendência a permanecer por dois dias ou mais internadas, o que acarreta, além dos prejuízos biopsicossociais, custo elevado para o Sistema de Saúde, segundo os autores.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2006) em 2004 foram registrado 274 óbitos de mulheres entre 10 e 19 anos por causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério, destes óbitos 43 (15.7%) tinham entre 13 e 15 anos .

Com base nesses estudos expressa-se a importância científica do tema planejamento reprodutivo e serviços públicos de saúde no estudo de trajetórias contraceptivas de mães adolescentes.

3. SUJEITOS E MÉTODOS

A pesquisa adotou como procedimento metodológico o estudo de relatos de vida (Queiroz, 1991) com foco nas experiências que poderiam afetar a vivência afetiva, sexual e reprodutiva e, portanto, as práticas contraceptivas. Optamos por uma abordagem qualitativa por entender que ela nos permite interpretar as experiências relatadas, desvendando os significados latentes das falas das adolescentes, apreendendo suas vivências, valores, percepções, desejos, necessidades e atitudes, e compreendendo os contextos em que vivenciam as experiências relacionadas à sexualidade e à reprodução (Minayo, 2004).

A pesquisa foi realizada na cidade do Rio de Janeiro, em duas unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ): um hospital maternidade e um posto de saúde¹. Os sujeitos do estudo foram quarenta mães adolescentes com uma ou mais experiências de parto que freqüentaram os serviços de acolhimento mãe-bebê, de puericultura ou de revisão pós-parto. A delimitação da faixa etária foi de 15 a 19 anos, por entender que existam diferenças específicas entre a maternidade precoce na adolescência de 10 a 14 anos (Santos e Schor, 2003).

A técnica de coleta de dados foi a entrevista aberta com roteiro temático. As jovens eram individualmente convidadas a participar da pesquisa ao chegarem aos serviços, liam o Termo de Consentimento Livre e Informado e, se concordassem em participar, pedíamos também a autorização de seus responsáveis.

¹ A SMS-RJ possui 06 maternidades próprias e uma rede de atenção básica com mais de 120 unidades – entre policlínicas, centros municipais de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família e outras – que, diretamente ou através de referências, oferecem serviços de acolhimento mãe-bebê, de puericultura, de planejamento familiar e outros que atendem à mulher e à criança. Entre essas, 24 unidades prestam atendimento especializado aos adolescentes e desenvolvem várias ações visando a uma atenção integral a essa população.

A análise dos relatos teve vários momentos. Em primeiro lugar, fizemos várias leituras livres do conjunto das entrevistas. Em seguida, uma a uma, reconstruímos as histórias daquilo que Heilborn et al (2006) chamaram de “aprendizado da sexualidade”, sistematizando as informações sobre as circunstâncias em que as jovens viveram experiências como a menarca, a primeira relação sexual, a notícia da gravidez, a gestação, o parto e o puerpério e os cuidados com a saúde em geral, procurando compreender as dinâmicas das relações estabelecidas com os familiares, a comunidade, os pares, as instituições (principalmente escola e serviço de saúde). Em um esforço de síntese, finalmente, procuramos analiticamente identificar alguns padrões das experiências afetivo-sexuais, reprodutivas e de cuidados com a saúde (fontes de informação, principais interlocutores, relações de confiança e apoio, práticas, escolhas, atitudes, lógicas, expectativas, valores, emoções).

3.1 Notas sobre o serviço de Acolhimento mãe-bebê

A estratégia acolhimento mãe- bebê foi implantada no município do Rio de Janeiro em setembro de 2003, como uma parceria entre o programa de saúde da mulher e os programas de saúde da criança e do adolescente, em cumprimento com as linhas de cuidado estabelecidas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil do Ministério da Saúde, que estabelece a iniciativa Primeira Semana Saúde Integral. Segundo essa proposta, todas as puérperas e recém-nascidos devem ser acolhidos na unidade básica de saúde durante a primeira semana de vida para avaliação de suas condições de saúde, incentivo ao aleitamento materno, aplicação de vacinas para a puérpera e a criança, agendamento das consultas pós-parto e

planejamento familiar para a mãe e de acompanhamento para a criança e realização da triagem neonatal.

Segundo Silva et al (2006), em meados dos anos 2000, no município do Rio de Janeiro o projeto acolhimento mãe-bebê estava implementado em seis maternidades municipais, três estaduais, duas federais, uma conveniada SUS, uma casa de parto e 92 unidades básicas e de PSF, com cobertura de 82% dos nascidos vivos da rede SUS. Esses serviços tem como objetivos: 1) estabelecer uma referência para uma recepção humanizada para a mãe e o bebê na unidade de atenção básica, após alta da maternidade; 2) realizar as ações referentes aos cuidados de saúde da mulher e da criança na primeira semana após o parto; 3) possibilitar o estabelecimento precoce do vínculo da família com a unidade básica de saúde. As ações preconizadas nesse acolhimento são: coletar mais precocemente o teste do Pezinho; checar ou aplicar as vacinas BCG e anti-hepatite B no recém-nascido; orientar e apoiar a mãe no aleitamento materno, contribuindo para o aumento dessa prática de forma exclusiva; agendamento ou consulta do bebê de acordo com a avaliação de risco no cartão de referência da maternidade e observação de sinais de alerta; agendamento ou consulta da puérpera de acordo com a avaliação de risco, segundo a presença ou não de sinais e sintomas como hemorragia, febre, dor, sinais de infecção, depressão, necessidade de uso de Imunoglobulina Anti-RH, etc; avaliação do método contraceptivo (se está utilizando, orientação recebida, oferta de método de espera e encaminhamento para grupo de planejamento familiar); verificação da situação vacinal da mulher para tétano e rubéola. Para o êxito do serviço de acolhimento mãe-bebê se faz necessário que os profissionais estejam cientes da importância não apenas dos cuidados com a criança, mas também do atendimento à mulher, e com isso contribuir para que a integralidade da assistência possa ser prestada de forma eficaz.

4. RESULTADOS

4.1. *Características sócio-demográficas do grupo estudado*

Todas as adolescentes entrevistadas residem na cidade do Rio de Janeiro. A média de idade do grupo foi de 17,3 anos e a idade mediana foi de 17 anos. Quanto ao grau de escolaridade, doze meninas possuíam o 1º grau incompleto (30%), cinco o 1º grau completo (12,5%), vinte e duas o 2º grau incompleto (55%) e uma delas possuía o 2º grau completo (2,5%). Quando se considera que com 14 anos os jovens já deveriam ter alcançado a 8ª série do ensino fundamental e com 17 ou 18 anos a 3ª série do ensino médio, constatamos que dezoito jovens (45%) tinham um número de anos completos de estudo compatível com aquele esperado para a idade ou no máximo 1 ano de defasagem. Catorze (35%) tinham 3 ou 4 anos de defasagem e oito (20%) com mais de 5 anos.

No momento da entrevista, nove adolescentes (22,5%) declararam que continuavam estudando, ainda que algumas fizessem a ressalva que, devido ao puerpério, temporariamente, não estavam comparecendo às aulas. Trinta e uma entrevistadas disseram que estavam fora da escola (77,5%). Entre essas últimas, a grande maioria havia suspenso os estudos após o nascimento de seu bebê ou durante a gestação, e cinco (12,5%) já estavam fora da escola antes da gestação. Os principais motivos alegados para a interrupção dos estudos foram necessidade de tempo para cuidar dos filhos e mal estar durante a gestação. Entretanto, quase a totalidade dessas jovens expressou o desejo de retornar quando seus filhos estiverem maiores, exceto uma que ainda estava indecisa.

Ao serem perguntadas se eram adeptas de alguma religião, dezessete adolescentes declararam-se católicas (42.5%), oito evangélicas (20%), duas espíritas (5%) e treze disseram não ter qualquer religião (32.5%). Em relação à pergunta sobre a sua cor de pele, vinte e duas se auto-declararam pardas (55%), onze brancas (27.5%) e sete negras (17.5%).

A renda familiar dessas adolescentes é baixa e a grande maioria é economicamente dependente da renda de outros membros da família, sem qualquer tipo de remuneração própria. Dezessete entrevistadas informaram renda familiar de um salário-mínimo (42.5%), onze delas dois salários mínimos (27.5%), três informaram três salários-mínimos (7.5%), duas quatro salários-mínimos (5%). Apenas uma informou renda familiar em torno de sete salários-mínimos (2.5%) e seis não souberam informar (15%). Nenhuma das adolescentes entrevistadas relatou diminuição do poder aquisitivo ou piora de suas condições econômicas com o nascimento do filho.

Em relação à renda pessoal, trinta e cinco (87.5%) declararam que, mesmo antes da gravidez não estavam exercendo qualquer atividade remunerada; três (7.5%) estavam fazendo estágio remunerado e duas (5%) estavam trabalhando. As jovens que faziam estágio exerciam suas funções em loja de conveniência de posto de gasolina (1), cuidando de crianças em creche e distribuindo panfletos (1) e em atividade administrativa na Petrobrás (1), sendo que suas remunerações variavam de um a um e meio salário mínimo. Das duas que trabalhavam, uma recebia meio salário-mínimo exercendo função de manicura e a outra oitocentos reais em firma de empreendimentos de imóveis.

4.2. Aspectos da experiência reprodutiva e vida familiar

O estudo foi desenhado de modo a captar adolescentes nos serviços de acolhimento mãe-bebê ou nos serviços de puericultura da rede municipal de saúde e, desse modo, elas estavam no puerpério ou a poucos meses do último parto. O período transcorrido entre a data do último parto e a data da entrevista não superava os 30 dias para dezoito (45%) participantes da pesquisa; para nove delas (22,5%), o período variava de 30 a 90 dias, e treze adolescentes (37,5%) haviam tido seus bebês há mais de 115 dias.

DIAS	QUANT.	%
0----15	12	30%
15----30	06	15%
30----45	02	5%
45----60	02	5%
60----75	03	7.5%
75----90	02	5%
90---115	-----	-----
mais de 115	13	32.5%

Trinta e cinco adolescentes (87.5%) eram mães pela primeira vez. Cinco delas responderam que já tinham tido dois partos (12.5%), sendo que quatro estavam no seu segundo filho e um havia perdido seu primeiro filho, falecido com dois meses de vida por complicações respiratórias relacionadas à prematuridade.

A grande maioria (38) teve seus bebês nas maternidades públicas do município e apenas duas em hospitais conveniados. Em geral, não houve relatos negativos em relação aos partos; ao contrário, os depoimentos foram mais no sentido de satisfação das adolescentes:

“Foi ótimo, sempre vinham ver o ponto que eu fiz cesárea né. Foi tudo direitinho”. (Lavanda)

“O parto foi cesárea, mas foi rápido, fui sempre bem atendida”. (Camélia)

“Foi parto normal, correu tudo bem”. (Acácia)

“No parto não encontrei nenhuma dificuldade”. (Alecrim)

“Gostei do atendimento no parto normal, lá é ótimo”. (Amarílis)

Em relação ao último parto, para vinte e três (57.5%) a via foi vaginal, sendo que uma delas relatou a necessidade de utilização de fórceps. As dezessete (32.5%) que fizeram cesariana alegaram motivos médico-obstétricos para realizar a cirurgia, do tipo “não tive passagem”, “o neném estava sentado”, “perdi água”, “não tive contração”, “a placenta descolou”, “minha pressão subiu muito”, “o neném estava morrendo”. Nenhuma delas havia optado a priori por cesária.

Do universo de adolescentes entrevistadas, somente sete (17.5%) disseram que estavam querendo engravidar quando souberam da notícia que esperavam um bebê; trinta e três (82.5%) não esperavam engravidar, pelo menos naquele momento. As reações à notícia da gravidez, para a quase totalidade delas, assim como para os parceiros e família, foram impactantes no início, mas de aceitação à medida que a gestação avançava e melhor ainda com o nascimento do bebê, como vemos nesses depoimentos:

“Eu fiquei desesperada com medo da reação da minha mãe. No início foi difícil, mas depois ficou tudo bem.” (Amor-perfeito)

“Quando soube chorei muito, contei logo pra minha mãe. Ela brigou no início, mas agora aceitou, eu também acabei aceitando e ele gostou desde o início.” (Flor de laranjeira)

“Fiquei desesperada, chorei muito. Minha mãe brigou comigo no início, falou que eu era muito nova, que fui burra, mas agora é um amor, me ajuda muito. Meu namorado chorou de emoção e tristeza, mas aceitou logo.” (Samambaia)

“Minha mãe ficou triste no início, falou que eu era muito nova, mas agora ela me apoia, me ajuda. Ele ficou todo bôbo, falou pra todo mundo.” (Dália)

“Quando eu soube foi um baque, nem eu nem ele acreditamos, mas nós aceitamos bem, ele agora tá bôbo. Meu pai ficou chateado no início, mas depois aceitou e minha e gostou logo da notícia”. (Acácia)

Existem dois depoimentos de não aceitação pelos pais das adolescentes, mesmo após os nascimentos dos bebês.

“A notícia foi uma bomba pra nós dois, porque eu não planejei nada, nós estávamos com outros planos, entendeu....Para a família foi muito difícil no início, mas depois foram se acostumando com a idéia .Meu pai até hoje não se conforma. Eu tive mais apoio do lado do namorado”. (Vitória Régia)

“Minha mãe falou muito no início e meu pai parou de falar comigo até hoje, não olha nem pra minha cara”. (Lótus)

Nenhuma das adolescentes participantes da pesquisa relatou experiência de aborto induzido ou espontâneo. Entretanto, onze jovens (27.5%) disseram ter pensado no assunto no momento que descobriram a gravidez, mas a maioria foi desencorajada por familiares ou parceiros.

“Eu pensei em abortar, mas minha mãe não deixou”. (Orquídea)

“Eu pensei em tirar, mas ele gostou da notícia”. (Fúcsia)

“Contei pra minha mãe e pra uma amiga que queria abortar e elas não deram força”. (Hortência)

Duas chegaram a tentar interromper a gestação: uma tomou chá por indicação da irmã e outra tomou um remédio, cujo nome ela não revelou, por orientação de pessoa conhecida, mas em nenhum dos dois casos o aborto se concretizou. Os motivos que as levaram a pensar no aborto foram principalmente medo da reação da família e/ou desejo de não comprometer seus projetos de vida, e os motivos que as levaram a desistir foi apoio da família e medo de complicações para elas e os bebês.

“Eu cheguei a pensar em aborto, porque eu tava com outros planos, entendeu”. (Vitória Régia)

“No início eu pensei sim em abortar, mas não consegui, só tomei chá que minha irmã mandou. Eu tinha mais medo da reação do meu pai”. (Amor-perfeito)

“Primeiro pensei em tirar, mas depois pensei bem e fiquei com medo de dar alguma coisa errada, ficar com algum problema ou o neném e aí resolvi não tirar”. (Dormideira)

Todas as adolescentes da pesquisa disseram que fizeram pré-natal na gestação recente. A maioria foi à consulta pré-natal acompanhada da mãe ou de um familiar, mas poucas relataram terem sido acompanhadas pelos parceiros, pelo motivo de eles estarem trabalhando nos dias das consultas. De modo geral, elas têm uma boa avaliação dos serviços de saúde onde foram cuidadas durante a gestação. Somente uma jovem queixou-se de haverem demorado a encaminhá-la para a maternidade, no momento em que já estava com quarenta e duas semanas de gestação. Ela terminou procurando por conta própria para outra unidade e lá foi prontamente atendida.

Podemos ver nos depoimentos que, esperando ou não a gravidez, as adolescentes passam por processos de acomodação/aceitação/incorporação da nova realidade – processos esses que envolvem não somente elas, mas também famílias, parceiros e sua rede social – e, para a maioria, acaba sendo uma experiência avaliada positivamente. Foram bastante comuns os depoimentos expressando “felicidade”, “mais maturidade” e “mudança para melhor” no estilo de vida, mesmo quando relatavam sentir uma maior responsabilidade e menos liberdade em seu dia a dia.

“Estou gostando da experiência de ser mãe, é bom, tudo muda, fico com mais responsabilidade”.

(Flor de Maio)

“Ser mãe é uma coisa boa, mas eu não posso fazer mais nada na minha vida porque não dá tempo, mas estou feliz”. (Amor-perfeito)

“Tudo mudou, mas estou gostando da experiência de ser mãe”. (Alecrim)

“A gente fica mais responsável pelas coisas, fica sempre preocupada com o filho; antes eu era muito malcriada com a minha mãe, agora eu posso ver porque ela ficava sempre no meu pé, né. Aí é isso muito importante”. (Anis)

“Está sendo muito difícil, pra trabalhar, estudar, fazer as coisas, pra sair”. (Açafrão)

“A gente está aprendendo, tem mais estabilidade, estou gostando da experiência”. (Menta)

“A notícia da gravidez foi uma bomba pra nós dois porque nós estávamos com outros planos, entendeu... mas tá sendo maravilhoso, estou gostando de viver junto com ele”. (Vitória Régia)

A gestação e a maternidade para mais da metade dessas adolescentes acontecem em um processo de formação de um novo núcleo familiar. Vinte delas coabitam com o pai de seus bebês, que registraram seus filhos, e uma jovem, no momento da entrevista, não vivia sob o mesmo teto que o companheiro pelo fato dele estar preso, mas mantinha relacionamento afetivo-sexual e ele havia assumido os dois filhos que teve com ela. Nove adolescentes vivem com pais e mães (22.5%), sete vivem somente com a mãe (17.5%), uma somente com o pai (2.5%), uma somente com a irmã e ainda uma mora com outro parceiro que não é o pai da criança nascida recentemente, pois esse faleceu.

Das quarenta jovens entrevistadas, coabitando ou não com eles, trinta e seis ainda mantinham um relacionamento afetivo-sexual com os pais do bebê. No momento da entrevista, o tempo de relacionamento com eles foi de 1 ano ou pouco mais para dezoito adolescentes, 2 a 3 anos para onze e 4 anos ou mais para sete. Isso denota que o relacionamento entre esses jovens está tendo uma duração mais longa e que a reprodução se dá em um contexto de maior compromisso e de responsabilidade em criar seus filhos com a presença de ambos. Somente duas não tinham relacionamento afetivo-sexual com os pais de suas crianças e eles não as registraram porque não aceitaram a paternidade. Em relação a idade dos parceiros verificamos que trinta e três tinham 20 anos ou mais, cinco tinham entre 18 e 19 anos e dois tinham dezessete anos.

4.3. *Vivência da sexualidade e práticas contraceptivas*

A idade da iniciação sexual das adolescentes variou de 12 a 17 anos de idade, sendo que dezessete começaram a ter relações sexuais com 14 anos ou menos, dezoito com 15 anos ou mais e cinco não deram essa informação.

Os relatos da primeira relação sexual mostram que, em geral, elas aconteceram em circunstâncias inesperadas e/ou impensadas. A maioria não usou método contraceptivo nesse primeiro intercurso sexual, seja pela própria imprevisibilidade da relação seja pelo fato da concepção/contracepção não estar no rol de suas preocupações nesse momento de suas vidas.

“Ele foi o meu primeiro namorado, eu tinha 15 anos quando aconteceu a primeira transa e não pegamos a camisinha, foi de repente”. (Rosa)

“Teve um dia só que eu fiquei com um garoto da festinha, que eu conheci lá, e aí aconteceu de repente e não tinha camisinha na hora”. (Amarílis)

“Com esse não usava camisinha porque eu tinha segurança, porque eu perdi a virgindade com ele”. (Camélia)

“Minha primeira transa foi aos 16 anos com esse rapaz, mas achava que não ia engravidar”. (Flor de Maio)

Ao se questionar sobre o número de parceiros, vinte e seis (65%) responderam que o pai da criança foi o seu único parceiro, seis (15%) responderam que já tiveram dois parceiros e o mesmo número respondeu já ter dito três parceiros sexuais. Duas contaram que tiveram quatro parceiros ou mais.

Para algumas adolescentes, o número de parceiros é o que determina o uso do preservativo masculino.

“Para quem tem mais de um parceiro tem que usar a camisinha, eu como só tenho um, confio”. (Zinia)

Cinco adolescentes (12.5%) nunca haviam usado método contraceptivo quando engravidaram pela primeira vez. Chama a atenção que três delas já eram mães pela segunda vez, ou seja, elas compunham dois terços do total de meninas que tiveram gravidez recorrente. Esses cinco relatos revelam uma grande desinformação das adolescentes sobre contracepção no início de suas vidas sexuais; segundo contaram, esse não era um tema de conversas com familiares ou amigos, e não haviam freqüentado serviços de saúde para cuidados com a saúde reprodutiva até o início do pré-natal. Somente Flor do Campo disse ter recebido alguma informação na escola e procurado posto de saúde para fazer planejamento familiar, mas acabou não conseguiu obter o método anticoncepcional e nem teve condições de comprá-lo.

Dezenove jovens (47.5%) disseram que usavam regularmente método contraceptivo até engravidarem pela primeira gravidez, porém, em muitos casos, ao discorrerem sobre suas práticas contraceptivas percebe-se uma certa inconsistência. Quatro delas interromperam a contracepção porque queriam ter filhos naquele momento. As outras quinze jovens, entretanto, não esperavam engravidar. Muitas atribuíram a gravidez à falha dos métodos, dizendo que “o remédio era fraco” ou “acho que [a camisinha] estourou”. “Descuido” e “esquecimento” também apareceram muitas vezes como justificativa para a gravidez inesperada. Algumas inclusive não se lembravam exatamente o motivo que levou à gravidez durante o uso de método, “não sei se foi na vez que eu não usei ou se foi na vez que estourou, entendeu?”. (Violeta)

Outras dezesseis adolescentes (40%) admitiram uso bastante irregular de camisinha e/ou pílula antes da primeira gravidez. O uso irregular do preservativo masculino foi grande parte das vezes associado à certa representação dos parceiros como confiáveis ou não confiáveis, importantes ou não importantes, de acordo com o

tempo de relacionamento, o caráter duradouro ou passageiro e a expectativa amorosa em torno da relação, como se vê nos seguintes depoimentos:

“Sim, os outros três namorados eu usava camisinha , com o primeiro namorei um ano e seis meses e usava camisinha só às vezes”. (Acácia)

“Com esse eu usava camisinha só no início, mas com os outros três que não tiveram importância eu usava sempre]”. (Girassol)

“Antes desse, eu tive dois e usava camisinha pra não engravidar e evitar doença”. (Lírio)

“Já tive mais dois, mas só transava de camisinha. Com esse não usava porque tinha segurança, porque eu perdi a virgindade com ele e aí nós terminamos, eu namorei mais dois e depois voltamos”. (Camélia)

Outro motivo importante para a irregularidade do uso da camisinha foi o fato da jovem, seu parceiro ou ambos não gostarem de usar a camisinha.

“Quando comecei a transar usava camisinha, mas meu namorado não gostava de usar, aí eu quis tomar a pílula e engravidei porque esquecia de tomar o remédio”. (Orquídea)

“Ele dizia que incomodava, sei lá eu achava esquisito, usava, mas nem sempre”. (Rosa)

“Não usei a camisinha porque acho que incomoda muito, e ele também acha”. (Zínia)

A crença de que não podiam ou não iriam engravidar, apesar de terem relações sexuais sem fazer contracepção foi o motivo para o uso irregular ou não uso de métodos, entre algumas entrevistadas.

“Eu usava camisinha no início, mas depois achava que não podia engravidar porque já estava com ele há mais de um ano e não tinha engravidado”. (Acácia)

“Usava camisinha , mas às vezes , sei lá pensava - não engravidou- e aí não usava e engravidei”.

(Rosa)

“Não usava método porque achava que comigo não ia acontecer”. (Lótus)

“Eu não evitava porque achava que não ia engravidar”. (Flor de Maio)

O não uso do método também foi mencionado por falta de recursos financeiros, já que sua aquisição era muitas vezes feita por conta própria e não pelos serviços de saúde.

“Usava camisinha, mas nesse dia não tinha”. (Azaléia)

“Usava sempre a camisinha, mas às vezes não tinha, acontece assim de não poder comprar, e aí engravidei”. (Margarida)

“Tomei a cartela toda, daquela que é cara à beça, sabe... aí a doutora falou que quando eu terminasse era pra voltar, mas acabou e não tinha mais no posto, aí ela falou que eu tinha que comprar, mas eu não tinha dinheiro, aí não tomei, fiquei sem tomar e engravidei”. (Flor do Campo)

“Eu tomava a injeção que o ginecologista do PAM passou, mas eu tinha que comprar e acabou, eu não tinha mais dinheiro pra comprar e parei”. (Flor de Laranjeira)

O esquecimento e o descuido sinalizam a inconsistência das práticas contraceptivas e sugerem que esse é um assunto que não está pautado no primeiro plano das preocupações das adolescentes.

“Usava camisinha, mas nesse dia esquecemos”. (Papoila)

“Nesse dia nós não usamos por descuido, aí eu engravidei”. (Hortência)

“Usava a camisinha, mas não usava sempre, porque esquecia”. (Begônia)

“Eu parei porque queria trocar pra injeção, porque eu esquecia de tomar a pílula”. (Camélia)

Efeitos colaterais também são relatados como motivos para a suspensão dos métodos, principalmente os hormonais orais e, muitas vezes, simplesmente se interrompe a contracepção sem a substituição de um método por outro, resultando em gravidez.

“Eu tomava pílula, mas o remédio foi me enjoando, enjoando, aí eu parei”. (Copo de Leite)

“Usei remédio que a doutora passou, mas era muito fraco e ela nasceu”. (Tulipa)

“Eu tomava anticoncepcional, mas tive uma infecção vaginal e a doutora suspendeu”. (Zínia)

“Eu me sentia muito gorda com o anticoncepcional, por isso eu parei, estava engordando”. (Flor de Liz)

“Eu tomava a injeção, mas sentia mal estar e então parei”. (Lírio)

Em relação aos métodos mais conhecidos a camisinha foi citada por trinta e nove delas (97.5%), a pílula por trinta e uma (77.5%), o injetável por dezessete (42.5%) e o DIU por apenas três entrevistadas (7.5%).

Para vinte e oito adolescentes (70%), familiares tiveram um papel como principais fontes de informação e de diálogo sobre “evitar filhos”. A mãe é a figura que mais aparece nos relatos, tendo sido referida por vinte e cinco (62.5%) adolescentes. Na maioria vezes, o diálogo com as mães parece ter mais o sentido de uma advertência sobre a necessidade de “se cuidar”, de tomar medidas para “não engravidar”. Somente entre uma pequena parcela delas descreve essas conversas mãe-filha como uma orientação mais consistente, como observamos nos seguintes depoimentos:

“Minha mãe sempre conversava sobre métodos”. (Samambaia)

”AH! Foi minha mãe,ela sempre conversou com a gente desde nova, quando eu tive minha primeira menstruação, ela conversou comigo e com as minhas irmãs o que é camisinha, o que é remédio, sempre falou tudo”. (Margarida)

Outras figuras femininas da família também são mencionadas como fonte de informação sobre métodos, como as avós e as tias. Somente uma mencionou um tio e chama a atenção o fato de o pai não ter aparecido em nenhuma entrevista como fonte de informação sobre métodos.

As colegas também são personagens importantes no processo de conversação, troca de experiência e decisões sobre o uso de métodos. Duas adolescentes relataram que a escolha de seu primeiro método contraceptivo foi em função daquilo que já era prática entre suas colegas, como é o caso da Íris - “as meninas tomavam a Microvlar, aí eu tomei também, mas não adiantou nada porque era muito fraquinho”- e da Anis - “as colegas já tinham usado a pílula, aí eu usei também”.

A participação desses parceiros nas decisões que envolvem o uso de contraceptivos – seja como fonte de informação e diálogo e cooperação na aquisição e uso do método contraceptivo – foi de maneira geral baixa, embora haja relatos positivos nesse sentido.

“Ele sempre colabora, nunca tive dificuldade de usar a camisinha desde a primeira vez, desta vez estourou”. (Jasmim)

“Ele sempre foi carinhoso comigo, comprava a pílula até que nós quisemos parar para engravidar”. (Lavanda)

“Ele dizia que a camisinha incomodava, achava esquisito, sei lá, mas mesmo assim ele usava desde o início e falava que tinha que usar”. (Rosa)

“Ele conversa , a gente fala muito de evitar, porque eu sou muito nova, quero fazer faculdade, no início a gente usava camisinha, depois achamos mais prático a injeção até que acabou e ele não pôde comprar”. (Flor de Laranjeira)

“O nosso relacionamento é muito bom, a gente conversa sobre sexo, gravidez e métodos, no início a gente usava camisinha depois paramos porque achava que não ia engravidar” (Flor de Maio).

Na maioria das entrevistas, observou-se ausência ou dificuldade de diálogo das adolescentes com os parceiros, no que diz respeito ao uso do método. As desigualdades de gênero estão no transfundo desse quadro: ainda que pouco envolvido ou preocupado com a prevenção, seja de gravidez ou de DST, a decisão final é do parceiro quando se trata do uso do preservativo; o medo de perder o companheiro leva a uma atitude de passividade e renúncia à negociação; a vergonha de falar com o companheiro sobre sexualidade e prevenção, presente em alguns discursos, atualizam a norma do pudor e do recato feminino.

“ Nesse dia não usei a camisinha porque ele não quis usar ”. (Azaléia)

“ A gente usava a camisinha só de vez em quando, porque ele não gosta muito de colocar e agora ainda não sei qual o método que vou usar”. (Lótus)

“Ele não gosta de usar a camisinha, a gente conversa muito pouco sobre isso, mas a gente fala que não quer mais nenhum filho”. (Dormideira)

“Ele dizia que [a camisinha] incomodava, achava esquisito, sei lá, e aí às vezes a gente não usava”. (Rosa)

“A gente não usava a camisinha porque nem eu nem ele gostávamos , a gente brigava muito ,antes, agora ele está mais maduro e fala pra gente se prevenir e pra eu usar a pílula se não conseguir colocar o DIU”. (Dália)

“A gente usava a camisinha, só que às vezes ele não gostava e aí a gente não usava”. (Flo de Liz)

Em relação ao papel da escola na aquisição de conhecimentos sobre métodos trinta e seis (90%) das adolescentes entrevistadas disseram ter participado de palestras que enfocavam o uso da camisinha como proteção para doenças e gravidez na adolescência, mas poucas conseguiram discorrer sobre o conhecimento que adquiriram nesses eventos. Somente seis jovens falaram mais detalhadamente sobre as informações que receberam e demonstraram interesse e entusiasmo.

“Já tive palestra na escola sobre relação, sobre prevenção... É interessante”. (Genciana)

“A professora dava aula de doenças, ela mostrava e falava pra evitar usando a camisinha”. (Dália)

“Na escola falavam sobre DST, mostravam figuras, mostravam o preservativo e outros métodos anticoncepcionais”. (Flor de Laranjeira)

“Na escola tive aulas de doenças , mostravam figuras e como evitar , usando a camisinha”. (Acácia)

“Na escola tinha aula de educação sexual, falava sobre tudo, foi o único lugar onde realmente eu ouvia sobre DST, risco de gravidez na adolescente”. (Dormideira)

Na amostra estudada, a mídia não se destacou como fonte importante de informação, nem a farmácia. Uma adolescente, inclusive, relatou que “não usava porque tinha medo de ir na farmácia e comprar o remédio, porque assim novinha tinha vergonha” (Girassol)

Os serviços de saúde não apareceram de modo importante como fonte de informação sobre contracepção e recurso para a prevenção em saúde sexual e reprodutiva antes da primeira gestação. Apenas doze adolescentes (30%) disseram ter freqüentado serviço de planejamento familiar na rede pública, antes de engravidar pela primeira vez. Vinte e uma jovens (55%) disseram já ter feito pelo menos uma consulta ginecológica em sua vida, mas algumas delas somente após o primeiro parto. Esses achados demonstram que entre o início da vida sexual e a primeira gravidez menos da metade das adolescentes procuram serviços de saúde para cuidados preventivos com a saúde sexual reprodutiva.

Os motivos alegados para não procurarem serviços de planejamento familiar antes da última gestação foram o desconhecimento de sua existência ou falta de informação sobre como acessá-los, dificuldade de encontrar vaga, a falta de tempo, desinteresse e descuido, como podemos ver nesses depoimentos:

“Eu não participei do planejamento familiar , ninguém me orientou”. (Anis)

“Nunca me falaram pra ir no grupo de planejamento familiar, eu tomava o remédio por minha cabeça, assim como as colegas diziam que esse aqui é bom, depois eu mudei e engravidei”. (Vitória Régia)

“Ninguém me orientou que tem planejamento aqui no posto”. (Lótus)

“Botei o nome lá, mas falaram que ia voltar a ter vaga, mas não me chamaram, agora não sei se voltou”. (Iris)

Muitas daquelas que haviam freqüentado alguma vez os serviços públicos de planejamento familiar antes da última gestação souberam de sua existência através de suas redes de relacionamento (vizinhas, colegas, parentes) e se inscreveram por iniciativa própria e algumas foram encaminhadas pelo ginecologista. Entretanto, as rotinas desses serviços nem sempre facilitam o comparecimento das mulheres e muito menos de seus companheiros.

“Eu fazia planejamento familiar quando comecei a ter relações com ele, eu ganhava o remédio, mas um dia eu perdi a hora e não peguei mais depois”. (Camélia)

“Quando tinha grupo de planejamento lá no posto eu fazia, ele não ia porque trabalhava; eu parei de tomar o remédio porque nós planejamos a gravidez”. (Lavanda)

“Por falta de tempo eu só consegui ir em três palestras, faltava uma, agora tenho que marcar novamente o planejamento familiar aqui”. (Copo de leite)

“Depois da primeira gravidez eu fui tentar fazer [PF], só que a moça da assistente social não aceitou, ela disse que quando eu tive neném, eles tinham que me dar um papel e me informar e eles não me deram”. (Jasmim)

“Já me deram um papel aqui no posto pra assistir [as palestras], mas só que não tenho muito tempo por causa dela, eu fico com ela até ele chegar às três da tarde, aí que ele me dá um apoio e fica longe pra mim “ (Tulipa)

A frequência das adolescentes aos serviços de saúde aumenta consideravelmente a partir do momento da primeira gestação, seja para realizar o pré-natal, seja depois do parto para os cuidados de puerpério e puericultura. Entretanto, o panorama da informação insuficiente e a falta de ações mais específicas de atenção à contracepção foi pouco alterado até o momento da entrevista.

Catorze adolescentes (35%) disseram que ao longo das consultas de pré-natal receberam alguma orientação sobre contracepção e nove (22,5%) foram aconselhadas durante a internação na maternidade a procurarem um serviço de planejamento familiar, mas nenhuma delas recebeu um encaminhamento formal e, muito menos, teve alta com uma consulta marcada para tal serviço.

A avaliação das adolescentes entrevistadas sobre os profissionais que as atenderam nos serviços de saúde por onde passaram revelou que além de orientações, elas desejam ser tratadas sem discriminação. A maioria expressou bom atendimento pelos profissionais que as atenderam nos serviços de saúde por onde passaram, somente cinco fizeram algumas ressalvas nos atendimentos feitos pelos profissionais.

“Alguns tratam bem, outros não, destratam, fazem pouco caso, discriminam, eu acho que eles estão ali para exercer a profissão e não para se meter”. (Hortência)

“Tem alguns que atendem bem, outros não têm muita paciência”. (Cactus)

“Tem uns que não informam nada direito, estão trabalhando por obrigação, tem lugares que eles atendem bem mal, outros eles atendem bem”. (Açafrão)

“Aqui o atendimento foi ótimo, me explicaram tudo direitinho”. (Dormideira)

“Uns me falavam alto com grosseria, outros não”. (Flor de Laranjeira)

“Eles têm muita paciência porque têm que explicar com detalhes pra gente entender, eu entendia tudo que me explicaram”. (Acácia)

“Alguns tratam os adolescentes de malucos, que não têm noção do que estão fazendo, a médica falou que desse jeito quando eu tivesse 20 anos eu já estaria com uns 4 filhos, como se falasse assim você não quer nada pra tua vida... como se eu estivesse fazendo alguma coisa errada”. (Girassol)

“Eles têm que ter paciência, eu não tive problemas”. (Orquídea)

Observa-se que as adolescentes entrevistadas não atentam para a necessidade de orientação precisa e precificação do método contraceptivo após o parto e essa despreocupação somada à desresponsabilização dos serviços de maternidade e acolhimento mãe-bebê em agendar e garantir a assistência ao planejamento reprodutivo após o parto, muitas vezes tem como consequência nova gestação num período muito curto de tempo, podendo comprometer a saúde reprodutiva dessas jovens, assim como a saúde de seus bebês. Na avaliação do atendimento nas maternidades e no pré-natal o que mais conta é o resultado final no sentido do nascimento do seu filho saudável.

No momento da entrevista quinze adolescentes (37.5%) disseram estar fazendo uso de método contraceptivo - número reduzido já que vinte e duas delas (55%) encontravam-se a pelo menos um mês após o parto e, possivelmente, já retornando à atividade sexual. Os métodos que mais estavam sendo usados foram preservativo (12), pílula (6), injetável (3) e minipílula (2) (algumas estavam usando mais de um método). Algumas estavam utilizando métodos prescritos por profissionais de saúde e outras usavam por conta própria ou por orientação da mãe e/ou do parceiro.

Ao analisarmos especificamente o caso destas vinte e duas adolescentes que já estavam com mais de trinta dias de pós-parto, vimos que oito delas (37%), até o momento da entrevista, não haviam sido encaminhadas para serviço de planejamento familiar e nem haviam recebido nenhuma informação sobre contracepção nos serviços por onde passaram, desde a alta da maternidade. As outras catorze jovens (63%) haviam sido encaminhadas - geralmente pela enfermeira do acolhimento mãe-bebê ou o pediatra-, porém dessas, somente três haviam conseguido marcar e freqüentar os grupos de planejamento familiar; as demais (11 jovens) encontravam dificuldades para

agendar e/ou comparecer a esses serviços, alegando falta de tempo, a distância de casa ou falta de vago serviço de saúde.

Quanto à contracepção, dessas vinte e duas adolescentes que estavam em uma fase avançada do puerpério, somente quinze já estavam utilizando algum método, sendo sete por “conta própria” (usando os métodos já conhecidos anteriormente ou indicados por parentes e conhecidos) e oito com prescrição de pílula ou injetável (sete por médicos do serviço público e um do privado). As demais entrevistadas (7) não faziam contracepção naquele momento, embora referissem a pretensão de não ter mais filhos, ao menos a curto prazo.

Nenhuma das adolescentes que se encontrava ainda dentro do primeiro mês de puerpério (18 jovens) estava utilizando método contraceptivo. Aquelas que pretendiam usar camisinha ainda não haviam retomado a vida sexual e as demais estavam em dúvida sobre o método a adotar ou não haviam ainda “pensado nisso”. Entretanto, o que chama a atenção é que somente quatro haviam sido encaminhadas para o serviço de planejamento familiar e nenhuma delas havia sido agendada. Mesmo quando possuem um encaminhamento formal, a marcação para os grupos de planejamento familiar depende delas comparecerem a unidade de saúde (e, claro, da disponibilidade de vaga), ou seja, não é algo providenciado pelos próprios profissionais de saúde seja no momento da alta, no acolhimento mãe-bebê ou na puericultura. A “falta de tempo” em função dos cuidados com o bebê nas primeiras semanas do puerpério é um obstáculo ao agendamento do planejamento familiar.

Quando perguntadas sobre suas intenções reprodutivas, a grande maioria das entrevistadas respondeu que não têm desejo de ter mais filhos (32), sendo que uma delas manifestou a vontade de fazer ligadura tubária. Outras adolescentes disseram que pretendem ter mais filhos mas somente daqui a alguns anos e quatro não se

pronunciaram sobre isso. Nesse momento, a intenção de não ter mais filhos pode estar sendo influenciada pelo fato do parto ter sido recente e estarem envolvidas com os cuidados dos recém-nascidos; elas relatam essa tarefa como muito trabalhosa e que não lhes deixa tempo para realizar outras atividades.

“Não pretendo ter mais filhos, uso a camisinha e a injeção. Pretendo continuar estudando , crescer profissionalmente ,ser médica pediátrica”. (Hortência)

“Estou usando a pílula pra não esquecer, só quero esse filho, porque prende muito”. (Cravo)

“Eu não quero mais filho, só quero um, vou tomar remédio, vou voltar a estudar. Gosto de um trabalho”. (Copo de leite)

“Eu não quero engravidar de novo não porque dói muito o parto, depois dói também pra amamentar, dói tudo; os pontos só depois que secam”. (Violeta)

“Não pretendo ter mais nenhum, porque sem filho tudo é mais fácil”. (Dormideira)

“Eu não quero ser mãe de novo tão cedo, só daqui a uns dez anos, pretendo continuar lá no estágio e voltar a estudar ano que vem , porque aí ela já estará com um ano”. (Margarida)

Porém, em geral, o sentimento expressado sobre a maternidade é positivo, consideram-na gratificante e sentem que se tornaram-se mais “responsáveis”, ou seja, estão gostando da nova experiência. A maioria também expressou outras aspirações pessoais, como ter uma profissão e trabalhar fora do lar, coisas que podem ser viáveis somente quando os filhos estiverem com idade de frequentar a escola ou creche. As falas abaixo demonstram a preocupação em traçar projetos para o futuro.

“É melhor agora porque a gente fica mais madura, mas só quero esse porque pretendo estudar, me formar e filho prende muito” (Cravo)

“Tenho mais responsabilidade agora, mas não posso mais sair, aí eu olho pra ele e esqueço”. (Fúcsia)

“Estou gostando da experiência, agora tenho mais responsabilidade, mas dá muito trabalho e não penso ter mais nenhum”. (Begônia)

“É uma experiência nova pra qualquer mãe, amadurece demais , hoje em dia sou muito diferente do que eu era, você acaba amadurecendo automaticamente. Eu com ela me conheço muito mais do que antes. Penso em acabar o terceiro ano pra depois conseguir um emprego e pagar uma faculdade. Eu queria ter dois filhos”. (Zínia)

“Agora estou passando pelas coisas que a minha mãe passou com a gente, que a minha avó passou com a minha mãe; filho dá muito trabalho, mas uma criança dentro de casa é bom, adoro minha filha, pretendo ser mãe de novo daqui a uns dez anos”. (Margarida)

5. DISCUSSÃO

As características socioeconômicas das adolescentes entrevistadas não diferem significativamente daquelas encontradas em outros estudos que também tiveram como sujeitos gestantes ou mães adolescentes usuárias de serviços públicos de saúde (Carvacho et al, 2008, Chalem et al 2007, Berlofi et al, 2006, Gama et al, 2002). Elas vêm de famílias de baixa renda, grande parte é dependente economicamente dos pais e/ou do parceiro (e eventualmente de outros parentes) e, no que diz respeito à saúde e à educação, os serviços públicos são seus principais recursos. Esses achados são consoantes com vários estudos que mostram que menores faixas de renda e outras condições que indicam maior vulnerabilidade social (baixa escolaridade, moradia precária) tem sido associadas com a ocorrência de gravidez na adolescência (Carniel et al, 2006; Simoes et al 2003, Aquino et al 2003, Gama et al, 2002, Camarano 1998), inclusive com a recorrência da gravidez nessa fase da vida (Silva et al, 2009, Yazaki, 2008; Persona et al, 2004)

O impacto da gravidez na vida escolar e no futuro dos adolescentes tem sido tema muito estudado e objeto de controvérsia entre os pesquisadores, sendo que alguns autores imputam a maternidade nessa fase como causa ou fator agravante de pobreza e exclusão social e fator de abandono dos estudos (Simões 2006, Souza 1999, Buvinic 1992) enquanto outros autores demonstram que são múltiplos os fatores que podem afetar a trajetória escolar e de profissionalização de adolescentes de camadas populares e nesse sentido relativizam o peso específico da maternidade ou da paternidade nas oportunidades futuras dos jovens (Heilborn et al 2002 , Aquino et al 2003, Siqueira et al 2002). O desenho do nosso estudo não permite analisar os impactos que a maternidade poderia acarretar na vida escolar e profissional dessas jovens, em longo prazo, mas

chama a atenção que quase a metade da amostra entrevistada (45%) possuía níveis de escolarização condizentes com a idade ou no máximo com um ano de defasagem; 35% estavam defasadas 2 ou 3 anos e apenas 20% estavam com 4 anos ou mais de atraso, em relação ao esperado para a idade. Quase a totalidade delas declarou a intenção de retornar aos estudos e ter uma profissão qualificada no futuro, evidenciando que as aspirações pessoais não foram abandonadas. Pantoja (2003), em estudo etnográfico com adolescentes de Belém do Pará, observou que a maternidade muitas vezes cumpria o papel de impulsionar ou reforçar um projeto de mobilidade social – ter melhor instrução, ter uma profissão, ter uma inserção melhor no mercado de trabalho – em nome de um futuro melhor para a família e os filhos.

Em que pese o fato comum de pertencerem a classes de mais baixa renda e compartilharem algumas outras características sociodemográficas, as experiências afetivo-sexuais, familiares, conjugais e reprodutivas dessas quarenta jovens são bem diversificadas, como vimos, corroborando achados de autores que tem enfatizado a heterogeneidade das trajetórias sexuais e reprodutivas e da experiência da maternidade para os adolescentes (Aquino et al 2003, Santos e Schor, 2003). Um pouco mais da metade das adolescentes vivia com os pais de seus filhos, com ou sem outros familiares, e, legalmente casadas ou não, eles eram considerados companheiros estáveis ou maridos. Em estudos com outras amostras da população brasileira foi bastante variado o percentual de mães adolescentes que vivem com os pais de seus bebês: Chemello et al (2001) encontraram 85,5%, Aquino et al (2003) 79,8%, Siqueira et al (2002) 71,4%, Gama et al (2002) 66%, Simões et al (2003) cerca de 63%, Chalem et al (2007) 62,7%, Carvacho et al (2008) 56,5%, Carniel et al (2006) 40%. Os achados desses estudos – incluindo os nossos – sinalizam que em muitos casos a maternidade na adolescência pode representar, não uma “mudança de rota”, mas um episódio em uma trajetória

socialmente legitimada de transição para a vida adulta, com progressiva autonomização da família de origem e constituição de um novo núcleo familiar, podendo ter também o significado de uma mudança de status social com maior reconhecimento para as jovens (Pantoja, 2003; Heilborn et al, 2006). Inclusive, muitas vezes as próprias famílias dos adolescentes acabam encarando o fato dessa maneira (Lima et al, 2004; Silva e Tonete, 2002 Chemello et al 2001). Depois do “choque” inicial, os familiares terminam aceitando bem a gestação e adequando-se aos novos arranjos. Para Silva e Tonete (2006) “em uma sociedade que culturalmente admite o matrimônio como condição prévia para a formação de uma família, a união estável da adolescente com o pai da criança parece contribuir para a representação da gestação precoce como evento natural e desejado” (pág. 203). Lima et al (2004) constataram que “mesmo as pessoas que cuidam dessas adolescentes, apesar da preponderância de sentimentos que denotam que a gravidez não se constituía em algo desejado para o momento atual, expressam alegria diante do fato. Nesse contexto, com frequência, a gestação na adolescência não está sendo percebida como um problema, mas como um objetivo a ser alcançado” (pág. 82).

Questões culturais e as trajetórias reprodutivas socialmente sancionadas, conforme mencionadas acima, são também fatores que influenciam as práticas contraceptivas, além das oportunidades de acesso a informações e recursos educacionais e de saúde. Essas questões sócio-culturais nos convidam a problematizar o uso das expressões “gravidez não planejada” e “gravidez não desejada” referidas a reprodução adolescente, pois não necessariamente essas gravidezes foram inesperadas nem menos indesejadas. Na nossa pesquisa, apenas 17% disseram que estavam querendo engravidar no momento em que conceberam, mas a aceitação e o desejo “daquele filho” vão se formando no próprio percurso da gestação. Para Dadoorian (2007), a “importância do significado individual da gravidez, corre paralelo ao desejo universal de ter ou não ter um filho”.

A maioria das entrevistadas não usou método contraceptivo na primeira relação sexual, resultado menos expressivo que os encontrados em outros estudos: Almeida et al (2006) encontraram 30,1% de jovens não se haviam prevenido contra gravidez, Borges e Schor (2005) 37,6%, Belo e Silva (2004), 46% e Almeida et al (2003), 49,2%. Entretanto, um estudo multicêntrico realizado em três capitais brasileira mostrou que no Rio de Janeiro, entre as classes populares, o percentual de utilização de método contraceptivo na primeira relação sexual é mais baixo que em outras cidades do país (Heilborn et al, 2008). A imprevisibilidade da primeira relação, a desinformação e a falta de acesso a métodos e/ou despreocupação com uma possível gravidez foram as justificativas para a relação desprotegida. Bozon e Heilborn (2001), comparando jovens do Rio de Janeiro e de Paris, concluíram falta de informação e dificuldades de acesso a métodos são circunstâncias que caracterizam a iniciação sexual dos adolescentes cariocas. Na amostra de Almeida et al (2003), 35% de jovens não sabiam que podiam engravidar na primeira relação sexual. Longo (2002), em um estudo com 1715 mulheres de 15 a 24 anos, que eram sexualmente ativas mas nunca haviam engravidado, encontrou associação entre uso de método na primeira relação sexual e prática contraceptiva consistente, evidenciado pelo uso de método na última relação sexual.

Para quase a totalidade das jovens participantes da pesquisa, a vivência da sexualidade no período que vai desde a primeira relação sexual com parceiro até a primeira gravidez, se deu em circunstâncias que pouco favoreceram as práticas contraceptivas e os cuidados em saúde reprodutiva: conhecimentos sobre concepção e contracepção, doenças sexualmente transmissíveis e sua prevenção, esparsos e pouco consistentes; normas de gênero e de reprodução que não propiciam o envolvimento dos parceiros nas práticas de cuidados com saúde reprodutiva; e o acesso limitado a

métodos anticoncepcionais, seja pela pouca utilização dos serviços de saúde, seja por outras dificuldades, como falta de dinheiro para obtê-los na farmácia.

Como vimos, as fontes de informação e diálogo mais enfatizadas pelas jovens foram mães ou outros familiares do sexo feminino, amigas e colegas, sendo que os serviços de saúde, antes da primeira gestação, não são referências expressivas. Muitos estudos têm sinalizado a importância do diálogo dos jovens com os pais e familiares sobre sexualidade, reprodução e cuidados em saúde (Heilborn et al, 2008; Aquino et al 2003); mas, ao mesmo tempo, a literatura demonstra que, muitas vezes, essas pessoas estão pouco preparados para lidar com esses temas e também lhes falta informações e conhecimentos.

A baixa participação do parceiro no que diz respeito às práticas contraceptivas encontrada em nosso estudo - seja como fonte ou na busca de informações, seja por desinteresse ou dificuldade de dialogar e negociar, seja para compartilhar decisões e tomar atitudes - e as questões de gênero que as perpassam são condizentes com outras análises sobre práticas de adolescentes do sexo masculino no que se refere aos cuidados com a saúde reprodutiva (Toneli e Vavassori, 2004; Villela e Doreto, 2006; Almeida e Hardy, 2007; Alves e Brandão, 2009; Brandão, 2009).

Em nosso país, o papel da escola como fonte de informações e aquisição de conhecimentos que possam apoiar as práticas preventivas e de cuidados no âmbito do exercício da sexualidade e da reprodução tem sido bastante débil (Guimarães et al, 2003). No presente estudo, um grande número de jovens disse ter participado de palestras sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e contracepção, mas poucas de fato souberam transmitir o que aprenderam e fizeram avaliações positivas desses eventos. No estudo de Castro et al (2004), que envolveu estudantes, professores e pais, metodologias como essas palestras foram criticadas por serem pontuais,

monótonas e desinteressantes para os estudantes, estando distantes de suas vivências e emoções e, sendo, portanto, pouco efetivas. Alguns trabalhos tem mostrado também que atitudes preconceituosas e posições conservadoras tolhem o potencial educativo da escola no campo da sexualidade e da reprodução (Godinho et al, 2000; Alves e Brandão, 2009). Jardim e Bretas (2006), Beserra et al (2008) e Castro et al (2004), em pesquisas com participação de professores, acharam que uma maioria de docentes considerava muito importante que as escolas tratassem do tema da sexualidade e da reprodução de maneira aberta e fosse um espaço de diálogo e fonte de apoio aos jovens, entretanto eles se declaravam despreparados para tal tarefa. No estudo de Aquino et al (2003) ter a escola com uma das fontes principais das primeiras informações sobre sexualidade e reprodução se associou com uma incidência menor de gravidez na adolescência.

A pequena relação das adolescentes com os serviços de saúde até o evento da primeira gravidez encontrada em nosso trabalho é condizente com outros trabalhos que mostram a oferta insuficiente de serviços apropriados aos adolescentes, a pouca atração que os serviços exercem entre essa população e o despreparo dos profissionais de saúde para abordar temas como sexualidade e reprodução adolescente (Brandão, 2009; Belo e Silva, 2004). Carvacho et al (2008), estudando o acesso de adolescentes gestantes aos serviços de saúde anterior à gestação, acharam que são as barreiras psicossociais – medo ou vergonha – que mais dificultavam a utilização dos serviços, seguidas pela falta de informação; fatores econômicos, geográficos e administrativos não foram obstáculos significativos. Entre as 40 adolescentes entrevistadas, 64% havia consultado ginecologista antes da gravidez, mas, entre essas, somente 15% foram procurar contracepção. Na nossa amostra, apenas 55% das jovens haviam tido consulta ginecológica antes da gravidez. Questões de gênero fazem com que elas tenham medo ou pudores de expor seus corpos e informações sobre a sua vida sexual para os

profissionais, principalmente se forem homens. Preconceitos, atitudes intolerantes, imposição de valores morais e religiosos por parte dos profissionais de saúde no trato com os adolescentes tem sido apontados como outro conjunto de fatores que afastam os adolescentes dos serviços de saúde (Oliveira e Lyra, 2008; Alves e Brandão, 2009; Bozon, 2005; Branco, 2002).

Conforme mostramos no capítulo de resultados, a gravidez e as rotinas do pré-natal, o parto e os cuidados pós-nascimento do bebê intensificam as relações das jovens com os serviços de saúde. Entretanto, no que tange a assistência à contracepção, a abordagem dos serviços continua sendo extremamente insuficiente, expondo essas jovens a uma segunda gravidez não programada e, às vezes, em um curto intervalo de tempo em relação à gestação anterior. Desde pelo menos a década de 90, a literatura internacional tem problematizado a recorrência da gravidez na adolescência, investigando questões como os fatores associados ao fenômeno, as consequências para as jovens, seus parceiros e familiares, a gestação de rápida repetição (antes de completar 24 meses do parto ou aborto anterior) e a assistência à saúde e ao planejamento reprodutivo das adolescentes no pós-parto (Steven-Simon et al 1998; Coard et al 2000; Stevens-Simon et, 2001; Pfitzner et al 2003; Kershaw et al, 2003; Boardman et al 2006); Lemay et al, 2007).

A literatura nacional somente nos anos mais recentes tem se dedicado ao tema da gravidez recorrente na adolescência (Rosa et. Al 2007). As taxas de recorrência da gravidez são muito variadas nos diversos estudos, sendo que Siqueira et al (2002) encontraram 9,5%, Chemello et al (2001) 19,7%, Maia et al (2004), 26,2% e Chaban et al (2003), 46,2%, com ocorrência maior nos estados do Norte e do Nordeste do país. Dados da Pesquisa Nacional Demografia e Saúde 2006 (PNDS 2006) - representativos da população brasileira - mostram que entre as adolescentes com experiência de

maternidade, um total de 13,5% havia tido pelo menos dois filhos vivos. Pesquisa de Silva et al (2009), com base em dados do Sinasc, mostrou no ano de 2005, na cidade do Rio de Janeiro, uma prevalência de gravidez recorrente entre adolescentes de 29,1%. O percentual de jovens com dois filhos ou mais da nossa amostra é inferior – 12,5% - mas, à luz dos resultados de Silva et al (2009), vemos que elas fazem parte de uma população bastante suscetível a ter mais de uma gestação no período da adolescência.

Considerando a baixa utilização de contracepção entre as adolescentes entrevistadas e as dificuldades de inscrição no programa de planejamento familiar, a questão da gravidez de rápida repetição é preocupante, pois sua ocorrência não parece ser uma exceção em nosso meio. No estudo de Chemello et al (2001), em um município gaúcho, para os casos de gravidez recorrente, os intervalos entre as gestações foi menos de 12 meses para 33,5%, de 1 e 2 anos para 46%, e somente 27% de sua amostra tiveram uma nova gravidez com intervalo superior a 2 anos em relação à anterior. A pesquisa de Rosa (2007) sobre maternidades sucessivas em município de Mato Grosso mostrou que 33% das adolescentes estavam grávidas pela segunda vez antes de decorridos 12 meses de pós-parto, 79,2% antes de 24 meses, somente 20,8% levaram mais de 2 anos para nova gravidez.

Pesquisa realizada em um município da Bahia com 438 mulheres de 10 a 24 anos que haviam sido mães adolescentes mostrou um aumento significativo da procura por serviços de planejamento familiar e uma maior utilização de contracepção após a primeira gravidez (Paraguassú et al, 2005). Seriam necessários outros estudos na população carioca e fluminense para compreender melhor as práticas em contracepção após a primeira ocorrência de gravidez na adolescência, porém os achados de nossa pesquisa não sinalizam no sentido da contracepção ser mais comum e consistente após o nascimento dos filhos. Aqui é necessário pensar nas (des) responsabilidades dos

gestores e profissionais de saúde, pois o que se observou no presente estudo foi uma quase omissão no que diz respeito à oferta, à motivação e à facilitação do acesso e da utilização dos serviços de planejamento reprodutivo. Lopes et al (2001) e Berlofi et al (2006) estudaram os efeitos de um programa de planejamento familiar específico para adolescentes, em um hospital universitário de São Paulo em evitar a gravidez de rápida repetição entre jovens com história de abortamento ou parto, e concluíram pela eficácia da intervenção educativa e assistencial. Monteiro et al (1995), avaliando um modelo de assistência multidisciplinar para adolescentes visando a contracepção encontraram resultados positivos.

As adolescentes do nosso estudo receberam pouca atenção a sua própria saúde nos serviços que freqüentaram a partir da alta da maternidade. Nos grupos de acolhimento mãe-bebê o foco principal (quase exclusivo) é o recém-nascido: presta-se orientações quanto a amamentação, realiza-se a revisão do curativo do coto umbilical e o teste do pezinho. As adolescentes só são encaminhadas para revisão pós-parto em caso de parto cesariano, para retirada dos pontos; as que tiveram parto por via vaginal não são encaminhadas. A contracepção não é um assunto priorizado nesse momento e tampouco nas suas vindas posteriores no serviço de puericultura. Em seu estudo, Rosa (2007) encontrou uma realidade muito semelhante no que diz respeito à assistência pós-natal e conclui que:

“Talvez seja preciso inventar o ‘pós-natal’ e dota-lo de significação parecida ao do pré-natal, tanto para as puérperas, quanto para os profissionais do setor saúde. Os cuidados de puericultura parecem roubar a cena e enquanto toda a acolhida, nos meses seguintes, se volta ao recém-nascido, se negligencia que a mãe continua tendo vida sexual e deixa, por exemplo, de retornar às consultas pós-parto” (pág.170).

Concordamos com esse autor que, na perspectiva da integralidade e da garantia dos direitos reprodutivos, é necessário criar uma cultura de valorização da atenção pós-natal, organizar ações assistenciais para preencher o vácuo de cuidados à saúde

reprodutiva das adolescentes depois da alta da maternidade e desenvolver estratégias que facilitem ao máximo o acesso à revisão pós-parto, à consulta ginecológica, à contracepção e a outros serviços que tenham necessidade.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“a integralidade emerge como um princípio de organização continua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ampliação que não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde. Nesse sentido, a articulação entre a demanda espontânea e a demanda programada desde o serviço expressa o diálogo necessário entre dois modos privilegiados de se apreender as necessidades de um grupo populacional. Diálogo que serve como ponto de partida para outras tantas ampliações, que ainda estão por ocorrer” (Mattos, 2001).

À luz dos resultados desta pesquisa, concluímos o modo como se organizam os serviços de saúde que atendem as mulheres adolescentes – em particular, as mães adolescentes - não favorece a efetivação dos princípios da integralidade e do direito à saúde reprodutiva.

Não há uma linha de cuidados que garanta a atenção ao planejamento reprodutivo das adolescentes em todos seus contatos com o sistema de saúde, seja antes, durante e depois da experiência de gestação. Os serviços de saúde são pouco utilizados por essa população até o advento de uma primeira gravidez, quando as relações com os profissionais de saúde são intensificadas. Entretanto, com *práticas fragmentadas* e *visões reducionistas* (Mattos, 2001), os serviços perdem oportunidades de estabelecer vínculos com essas jovens e de apoiá-las no que diz respeito aos cuidados em saúde reprodutiva.

Com a expressão *fragmentação* nos referimos à falta de integração e de continuidade dos cuidados prestados às adolescentes nos momentos do pré-natal, do parto e do puerpério, cada um desses organizado em torno de seus objetivos mais estritos, de modo estanque. Uma melhor organização dos processos de trabalho, com

maior coordenação desses momentos assistenciais, poderia preencher a lacuna existente entre após a alta da maternidade, assegurando de modo ágil e sem burocracias o agendamento e a realização de consulta pós-parto e da assistência ao planejamento reprodutivo, inclusive o acesso efetivo à contracepção.

Os princípios da integralidade e do direito à saúde reprodutiva também estão comprometidos quando os serviços tem uma *visão reducionista* dos sujeitos que atendem e do escopo de suas próprias práticas. No primeiro sentido, a assistência prestada às adolescentes nos distintos momento do ciclo gestacional, e destacadamente nos serviços de acolhimento mãe-bebê, reproduz o antigo enfoque materno-infantil, onde mãe e filho são vistos em simbiose, como um “binômio”, e deixa-se de reconhecer as necessidades próprias das adolescentes que são subsumidas àquelas do seu bebê. No sentido do escopo reducionista das práticas dos serviços, pensamos o quanto as longas horas dispensadas para a realização das consultas pré-natal e o tempo de internação na maternidade poderiam ser melhor utilizados para incrementar os conhecimentos das jovens sobre saúde sexual e reprodutiva, envolver os parceiros, organizar com eles um plano de cuidados integrais e identificar outras necessidades de saúde. Deveríamos apostar - e desenvolver estratégias para tal - que a ocasião da primeira gestação e do parto poderia significar um salto na qualidade das relações dos adolescentes com os serviços, aumentando o interesse, a confiança e o apoio mútuo, entre os jovens e os profissionais de saúde.

Os resultados deste estudo nos fazem pensar que ainda há um caminho a percorrer para que as adolescentes possam ser reconhecidas como sujeitos de direitos, inclusive na esfera da sexualidade e da reprodução, e que suas necessidades possam ser respeitadas e atendidas. Muito se tem discutido sobre a prevenção da primeira gravidez na adolescência (muitas vezes supondo erroneamente que ela é inoportuna ou indesejada), porém pouco se tem focado sobre os direitos a uma assistência integral à

saúde e ao bem estar das adolescentes mães. Para Adão (2005) “respeitar os direitos dos adolescentes representa o ponto de partida para uma assistência de saúde sensível, pautada nos princípios da bioética e da humanização e isto implica na necessidade de profissionais treinados e cientes do que representam os direitos reprodutivos”.

Se pensarmos em um contexto maior, é necessária ampliar a discussão sobre os direitos reprodutivos e o direito à maternidade e à paternidade da adolescente, o que implicaria não somente ampliar o raio de alcance das políticas de saúde - para incluir, entre outras coisas, uma assistência pós-parto de qualidade -, como também outras políticas setoriais que garantissem condições melhores de renda, moradia, retorno à escola, profissionalização, ingresso no mercado de trabalho, entre outras coisas. Considerando o que dita o artigo 6º da Constituição Federal de 1988 “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”, podemos concluir que o Estado e a sociedade ainda são devedores do cumprimento do direito à maternidade dos adolescentes.

7. REFERÊNCIAS

Adão, CF. Buscando autonomia e poder: O processo da adolescente pela gravidez-contribuição para o cuidar em enfermagem. 2005; <http://www.bireme.br> (acessado em 13/mar/2010).

Almeida AFF, Hardy E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. *Rev Saúde Pública* 2007; 41 (pt4): 565-72.

Almeida MCC, Aquino EML, Barros AP. Trajetória escolar e gravidez na adolescência entre jovens de três capitais brasileiras. *Cad de Saúde Pública* 2006; 22 (pt7): 1397-1409.

Almeida MCC, Aquino EML, Gaffikin L, Magnani RJ. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. *Rev Saúde Pública* 2003;37(5):566-575.

Alves AS, Lopes MHBM. Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. *Rev Bras Enferm* 2008; 61 (pt1): 11-7.

Alves CA, Brandão ER. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14(pt2):661-670.

Aquino EMN, Heiborm ML, Knauth D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J, Menezes G et al . Adolescência e Reprodução no Brasil: A heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 : 377-88

Ávila MB. Direitos Sexuais e Reprodutivos: Desafios para as políticas de saúde. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 Suppl 2: 465-69.

Barbosa AM. Análise sóciodemográfica de fecundidade de adolescentes e jovens no Brasil de 1970/2006. Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais em Caxambu Minas Gerais 2008.

Belo MAV, Silva JLP. Conhecimento, atitude e práticas sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Rev. Saúde Pública* 2004; 38 (pt4): 479-87.

Berlofi LM, Alkmin ELC, Berbiere M, Guazzelli CA, Araújo FF. Prevenção de reincidência de gravidez em adolescentes: Efeitos de um programa de Planejamento Familiar. *Acta Paul Enferm* 2006; 19 (pt2): 196-200.

Berquó E, Cavenaghi. Increasing adolescent and youth Fertility in Brazil: A new trend or a one time event? Presented at the annual meeting of the population association of America, Philadelphia, Pennsylvania, march 2005, session 151.

Beserra EP, Pinheiro PNC, Barroso MGT. Ação educativa do enfermeiro na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis: Uma Investigação a partir das adolescentes. Rev enfermagem escola Anna Nery 2008; 12(pt3): 522-528.

Boardman LA, Allsworth J, Phipps MG, Lapane KL. Risk Factors for Unintended Versus Intended Rapid Repeat Pregnancies among Adolescents. Journal of Adolescent Health 2006; 39 (pt8): 597–597.

Borges ALV, Schor N. Trajetórias afetivo-amorosas e perfil reprodutivo de mulheres adolescentes residentes no Município de São Paulo. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2005; 5(pt2): 163-170.

Borges ALV, Nichiata LYI, Schor N. Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. Rev Latino-am Enfermagem 2006; 14(pt3):422-427.

Bozon M, Heilborn ML. As carícias e as palavras, iniciação sexual no Rio de Janeiro e em Paris. Novos estudos CEPRAB 2001; 59: 111-135.

Branco VMC. Emoção e razão: Os sentidos atribuídos por profissionais de saúde à atenção ao adolescente. Cad Saúde Coletiva 2002; 10(pt2): 233-234.

Brandão ER. Desafios da contracepção juvenil: interseções entre gênero, sexualidade e saúde. Ciência & Saúde Coletiva 2009;14(pt4):1063-1071.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Saraiva; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) <http://www.saude.gov.br/pnds2006>(acessado em 26/nov/2008).

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à saúde de Adolescentes e Jovens Área de Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ) 2006. http://www.conass.org.br/admin/arquivos/politica_sadol_22_4_07_refeita_financiamento.pdf<http://www.saude.gov.br>(acessado em 10/fev/2009).

Bruce J. Fundamental Elements of the Quality of care: A simple Framework 1990; 21 (pt2): 61-91

Buvinic, M. Social Variables in Poverty Research: Example from a Case Study on the Intergenerational Transmission of Poverty in Santiago, Chile. Paper prepared for

presentation at IFPRI-World Bank Conference on Intrahousehold Resource Allocation: Policies and Research Methods. Washington, DC: IFPRI, 1992.

Cabral CS. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 Suppl 2: 283-92.

Camarano AA. Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, jovens acontecendo nas trilhas das políticas públicas. Brasília. 1998: 109-133.

Carniel EF, Zanolli ML, Almeida CAA, Marcillo AM. Características de mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Inf* 2006; 6 (pt4): 41

Carvacho IE, Silva JLP, Mello MB. Conhecimento de adolescentes grávidas sobre anatomia e fisiologia da reprodução. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2008; 54(pt1):29-35.

Castro M G; Abramovay, M; Silva, LB. Juventudes e sexualidade. Brasília: Unesco, 2004. 426p.

Cavalcanti SMOC. Fatores associados ao uso de anticoncepcionais na adolescência[Resumo] 2000. [http://www.bvs/lilacs/ID: 307874](http://www.bvs/lilacs/ID:307874) (acessado em 15/jan/2008).

Chaban Junior N, Maquera ERA, Lopes CM. Prevalência da Gravidez em Adolescentes em uma Vila, Acre – Brasil. *Jornal brasileiro de enfermagem* [online] 2003. <http://www.uff.br/nepae/objn203chabanjuniorretal.htm> (acessado em 15 de janeiro de 2009).

Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: perfil sócio- demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública* 2007; 23 (pt1): 177-186.

Chemello CS, Tanaka ACA, Buzzetti MC, Lorenzi DRS. Estudo da incidência de gravidez entre adolescentes no município de São Marcos RS. *Rev Científica da AMECS* 2001; 10 (pt1): 33-38.

Coard SI, Nitz K, Felice ME. Repeat pregnancy among urban adolescents: sociodemographic, family and health factors. *Adolescence* 2000; 35 (37): 193-200.

Correa S, Alves JED, Jannuzzi PM. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistemas de indicadores. In: Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva. ABEP/IBGE 2003.

Dadoorian D. Gravidez na adolescência: Um novo olhar. Rev Psicologia: Ciência e profissão 2003; 23(pt1): 84-91.

Dias ACG, Gomes WB. Psicologia: Reflexão e crítica 2000; 13 (pt1).

Dias AB, Aquino EML. Maternidade e paternidade na adolescência: Algumas constatações em três cidades do Brasil. Cad. Saúde Pública 2006 ; 22(pt7): 1447-1458.

Esteves JR, Meandro PRM. Trajetórias de vida: repercussões da maternidade adolescente na biografia de mulheres que viveram tal experiência. Estudos de Psicologia 2005; 10 (pt3): 363-70.

Falcão DVS, Salomão NMR. O papel das avós na maternidade adolescente. Estudos de psicologia de Campinas 2005; 22(pt2): 205-212.

Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. Cad Saúde Pública 2002; 18 (pt1): 153-161.

Godinho RA, Schelpe JRB, Parada CMGL, Bertoncello NMF. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? Rev. latino-am. enfermagem 2000; 8 (pt2): 25-32.

Guimarães AMAN, Vieira MJ, Palmeira JA. Informações dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais. Rev Latino-am Enfermagem 2003; 11(pt3):293-298.

Heilborn M. L, Salem T, Rohden F, Brandão E, Knauth D, Victoria C et al. Aproximações sócio-antropológicas sobre a gravidez na adolescência. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre 2002; 8 (17) :13-44.

Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, organizadores. O aprendizado da sexualidade. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz; 2006.

Heilborn ML, Aquino EM, Knauth DR. et al. Gravidez e maternidade na adolescência novas biografias reprodutivas. In: Momterio DLM, Trajano AJB, Bastos A da C. (Orgs). Gravidez e adolescência. Rio de Janeiro: Revinter, 2008.

Heilborn ML, Salem T, Rohden F, Brandão E, Knauth D, VÍctora C, Aquino E, McCallum C, Bozon M. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. Horizontes antropológicos 2002; 17: 13-45.

Jardim DP, Bretas JRS. Orientação sexual na escola: a concepção dos professores de Jundiaí, SP. Monografia de conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública do Departamento de Enfermagem da UNIFESP, 2006.

Kershaw TS, Niccolai LM, Ickovics JR, Lewis JB, Meade CS, Ethier KA. Short and Long-Term Impact of Adolescent Pregnancy on Postpartum Contraceptive Use: Implications for Prevention of Repeat Pregnancy. *Journal of adolescent health* 2003;33:359–368.

Lemay CA, Cashman SB, Elfenbein DS, Felice ME. Adolescent Mothers' Attitudes toward Contraceptive Use before and after Pregnancy. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007; 20:233-240.

Lima CTB, Feliciano KVO, Carvalho MFS, Souza APP, Menabé JBC, Ramos LS et al. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. *Rev Bras Saúde Materno Infantil* 2004; 4(pt1): 71-83.

Longo LAFB. Juventude e contracepção: Um estudo dos fatores que influenciam o comportamento contraceptivo das jovens brasileiras de 15 a 24 anos. *Rev Bras de Estudos da População* 2002; 19(pt2): 229-247.

Lopes DM, Barbieri M, Guazelli CAF. Efeitos de um programa em planejamento familiar na vida reprodutiva de adolescentes pós-ocorrência de abortamento. *Act Paul Enf* 2001; 14(pt1): 38-45.

Maia VOA, Maia ACA, Queiroga FL, Filho VOAM, Araújo AB, Lippo LAM, Albuquerque RM. Via de Parto em Gestações Sucessivas em Adolescentes: Estudo de 714 Casos. *RBGO* 2004; 26 (pt9): 703-707.

Mandu ENT. Adolescência: Saúde, Sexualidade e Reprodução. In: *Adolescer: compreender, atuar, acolher. Projeto Acolher*. Brasília: Ministério da Saúde /Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) 2001: 61-76.

Mattos RA. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro.: UERJ. IMS. ABRASCO, 2007: 47-61.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem se definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. IMS: ABRASCO, 2001.

Martins LBM, Paiva LHSC, Osis MJD, Souza MH, Neto AMP, Tadini V. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em

adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22 (pt2): 315-23.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2004.

Ministério da Saúde. *Bases de ação programática. Assistência Integral à saúde da Mulher*. Brasília DF: Ministério da saúde; 1984.

Ministério da Saúde. *Coordenação de saúde da criança e do adolescente. Programa de Saúde do adolescente*. Brasília DF: Ministério da Saúde; 1996.

Ministério da Saúde. *Marco Legal: Saúde, um direito de adolescentes. Série A. Normas e Manuais Técnicos*. In: Ventura M. Brasília DF; 2005.

Ministério da Saúde. *Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2004*. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2004.

Ministério da Saúde. *Secretaria de Vigilância em Saúde. Uma análise da desigualdade em saúde 2006*. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2006.

Ministério da Saúde. *Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de ações programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2004.

Ministério da Saúde. *Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações Programáticas e Estratégicas. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos*. Brasília DF: Ministério da saúde; 2005.

Ministério da Saúde. *Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações Programáticas e Estratégicas. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos*. Brasília DF: Ministério da saúde; 2005.

Monteiro DLM, Fagim IG, Paiva AS, Cunha AA. *Modelo de Assistência Multidisciplinar na adolescência visando o bem estar e a contracepção*. *Reprod Cim* 1995; 10(pt2): 67-72.

Monteiro MFG, Adesse L. *Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões (1992-2005)*. Área técnica de Saúde da Mulher. Ministério da saúde 2006.

Oliveira AR, Lyra J. Direitos Sexuais e Reprodutivos, Adolescentes. Políticas Públicas de Saúde 2007; 5: 145-47.

Oliveira AR, Lyra J. Direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e as políticas públicas de saúde: Desafios à atenção básica. Instituti PAPAI Corpo, Violência e Poder 2008; 1-8.

Paniz VMV, Fassa ACG, Silva MC. Conhecimento sobre anticoncepcionais em uma população de 15 anos ou mais de uma cidade do Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública 2005; 21(6): 1747-1760.

Pantoja ALN. Caderno de Saúde Pública 2003; 19 (pt)2: S335-S343.

Paraguassú ALCB, Costa MCO, Sobrinho CLN, Patel BN, Freitas JT, Araújo FPO. Situação Sóciodemográfica e de Saúde Reprodutiva pré e pós gestacional de adolescentes. Ciência & Saúde Coletiva 2005; 10 (pt2): 373-80.

Persona L, Shimo AKK, Tarallo MC. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. Rev Latino-am enferm 2004; 12 (pt5): 745-50.

Pfitzner MA, Hoff C, McElligott K. Predictors of repeat pregnancy in a program for pregnant teens. J Pediatr Adolesc Gynecol 2003; 16 (2): 77 - 81.

Queiroz MIP. O pesquisador, o problema da pesquisa, a escolha das técnicas: Algumas reflexões. Coleção Textos 1991; 3: 144-47.

Romero KT, Medeiros EHGR, Vitale MSS, Wehba J. O conhecimento das adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo. Rev Assoc Med Bras 2007; 53(pt1): 14-19.

Rosa AJ. Novamente grávida: Adolescentes com maternidades sucessivas em Rondonópolis MT 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de São Paulo da Universidade de São Paulo, SP 2007.

Rosa AJ, Reis AOA, Tanaka ACD . Gestações sucessivas na adolescência. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum 2007; 17(pt1): 165-72.

Saito MI, Leal MM. O exercício da sexualidade na adolescência: A contracepção em questão. Rev Bras Pediatría 2003; 25 (pt ½): 36-42.

Santos SR, Schor N. Vivências da maternidade na adolescência precoce. *Cad Saúde Pública* 2003; 37 (pt1): 15-23.

Silva DV, Salomão NMR. A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas dos bebês. *Estudos de Psicologia* 2003; 8 (pt1): 135-45.

Silva KS, Rozenberg R, Bonan C, Chuva VCC, Costa SF, Gomes MASM. Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro: uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos. *Ciência & Saúde Coletiva para a sociedade* 2009.

Silva L, Tonete VLP. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: Compartilhando projetos de vida e cuidado. *Rev Latino-Am Enferm* 2006; 14 (pt2): 199-206.

Silva MAV, Guimarães MHF, Rito RVV, Morgado CMC. Acolhimento mãe-bebê na Unidade Básica de Saúde após alta da maternidade: Estratégia utilizada no Município do Rio de Janeiro. *Revista de Pediatria SOPERJ* 2006; 7 (pt1):36

Simões CCS. A transição da fecundidade no Brasil: Análise de seus determinantes e as novas questões demográficas. São paulo: Arbert Factory Editora e Comunicações; 2006

Souza MMC. A maternidade nas mulheres de 15 a 19 anos: Um retrato da realidade. *O mundo da Saúde* 1999; 23(pt2): 93-105.

StevensSimon C, Kelly L, Kulick, R. A village would be nice but...it takes a longacting contraceptive to prevent repeat adolescent pregnancies. *Am J Prev Med* 2001; 21(1): 60 - 65.

Stevens-Simon C, Kelly L, Singer D, Nelligan D. Reasons For First Teen Pregnancies Predict the Rate of Subsequent Teen. *Pediatrics* 1998.

Taquette SR, Vilhena MM, Silvia MM, Vale MP. Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. *Cad Saúde Pública* 2005; 21 (pt6): 1717-25.

Toneli MJF, Vavassori MB. Sexualidade na adolescência: um estudo sobre jovens homens. *Interações* 2004; 9(18): 153-175.

Yazaki LM. Maternidades sucessivas em adolescentes no Estado de São Paulo. In: XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em Caxambu – MG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008.

www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1170.pdf. Acesso em 20 de março de 2009.

Ventura M, Corrêa S. Adolescência, sexualidade e reprodução: Construções culturais, controvérsias normativas, alternativas interpretativas. *Cad. Saúde Pública* 2006 ; 22(7):1505-1509.

Vieira LM, Goldberg TBL, Saes SO, Dória AAB. Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007;12(pt5):1201-1208.

Villela Wv, Doreto DT. Sobre a experiência sexual dos jovens. *Cad Saúde Pública* 2006; 22 (pt11):

8. APÊNDICES E ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto:

Práticas Contraceptivas de mães adolescentes antes e depois da gestação: O papel dos serviços de saúde.

Instituição responsável pela pesquisa:

Instituto Fernandes Figueira /FIOCRUZ

Endereço: Avenida Rui Barbosa, 716 - Flamengo - Rio de Janeiro / RJ

Tel: 2553 - 0052 Ramal : 5126 (comitê de ética)

Pesquisador responsável: Áurea de Fátima Duarte Mendes Leite

Orientador: Profa. Dra. Claudia Bonan

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa sobre o uso de métodos contraceptivos por adolescentes com experiência de maternidade, usuárias dos serviços de atenção materno-infantil da rede municipal de saúde. A pesquisa destina-se à elaboração de minha dissertação de mestrado e tem como objetivo compreender como os serviços de saúde poderiam influenciar e apoiar as práticas contraceptivas das adolescentes. Antes de decidir se participa ou não do estudo, solicito que leia com atenção as informações abaixo e peça os esclarecimentos que achar necessário:

- A pesquisa não oferece riscos à sua saúde e à sua integridade física.
- Sua participação na pesquisa é voluntária.
- Seus dados pessoais serão mantidos no anonimato, e as informações que você der serão guardadas em sigilo.
- As entrevistas serão individuais e realizadas em dias, locais e horários de sua conveniência. Elas serão gravadas e posteriormente transcritas, lembrando que será mantido o sigilo sobre o seu nome e de todas as pessoas que vier a citar.
- O material da pesquisa ficará sob a minha guarda e será usado apenas para fins de pesquisa . Você poderá ter acesso a esse material e poderá fazer as modificações que julgar necessárias.
- Você poderá pedir todos os esclarecimentos que quiser antes, durante e após a realização das entrevistas . Também poderá desistir de participar da pesquisa, sem dar qualquer explicação e sem risco de penalização.

- Os resultados da pesquisa serão divulgados através do trabalho final do mestrado e poderão ser difundidos em outros trabalhos científicos a serem publicados.

Eu _____,
abaixo assinado, concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes ao estudo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pela pesquisadora.

(assinatura do entrevistado) _____ (data)

(nome do responsável legal) (assinatura do responsável) (data)

(assinatura do pesquisador) _____ (data)

INSTRUMENTOS PARA AS ENTREVISTAS

A) FICHA DE IDENTIFICAÇÃO, COLETA DE DADOS SÓCIOECONÔMICOS E REPRODUTIVOS

- 1) Unidade de saúde do serviço acolhimento mãe-bebê
- 2) Nome:
- 3) Data do nascimento:
- 4) Endereço residencial:
- 5) Tel:
- 6) Número do prontuário na unidade de saúde:
- 7) Maternidade onde teve o bebê
- 8) Escolaridade: (anos completos de estudo)
- 9) Religião: (auto declarada)
- 10) Cor: (auto declarada)
- 11) Atividade remunerada? () Sim () Não Qual? (auto declarada)
- 12) Renda familiar:
- 13) Renda pessoal:
- 14) Gestações _____ Paridade _____ Filhos vivos _____ Aborto _____

B) PAUTA DE TEMAS PARA A ENTREVISTA ABERTA

Campo Temático 1 : INFÂNCIA E FAMÍLIA DE ORIGEM

- Lembranças da infância
- Condições de vida na infância: moradia, alimentação, renda, etc.
- Relacionamento dos pais e entre os pais e os filhos
- Relacionamentos com outros familiares, amigos e outros membros da comunidade
- Violência intrafamiliar
- Vícios
- Práticas religiosas

Campo temático 2 : EXPERIÊNCIAS NA ESCOLA E COM TRABALHO

- Experiências na escola
- Percepções do papel da escola na sua vida
- Opiniões sobre conhecimentos adquiridos na escola
- Experiências de trabalho remunerado ou não
- Perspectivas em relação aos estudos, à profissionalização e ao mercado de trabalho

Campo temático 3 : VIDA AFETIVA, CONJUGAL E SEXUAL

- Histórico das experiências afetivas e namoros, importância das relações amorosas na sua vida
- Histórico das experiências sexuais e significados da sexualidade em sua vida
- Fontes de informações sobre sexualidade e reprodução ao longo da vida
- Histórico de experiências de “viver junto” e significados da vida conjugal para você
- Percepções sobre papéis de homens e mulheres nos relacionamentos amorosos, sexuais e conjugais

Campo temático 4: HISTÓRIAS DE GRAVIDEZ, PARTO E MATERNIDADE

- História das gestações: vivências subjetivas, impactos no cotidiano, influência sobre as dinâmicas familiares e sociais e o papel das redes de apoio
- História das gestações: acesso aos serviços de saúde : pré-natal, parto e puerpério; qualidade da assistência; relação com os profissionais de saúde
- Condições de nascimento e saúde do(s) filho(s)

Campo temático 5 : PERCEPÇÕES DA FAMÍLIA ATUAL E DA EXPERIÊNCIA DE CRIAÇÃO DOS FILHOS

- Significados da maternidade e da paternidade para você e para os adolescentes
- Relacionamento com os filhos
- Desafios na educação dos filhos (facilidades, dificuldades)
- Condições de vida da família atual: moradia, alimentação, renda, etc
- Violência no ambiente familiar
- Vícios no ambiente familiar
- Rede de apoio doméstico/familiar

Campo temático 6 : CUIDADOS COM A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

- Histórico de utilização de serviços de saúde para consulta ginecológica, exame preventivo, planejamento familiar, etc.
- Dificuldades ou facilidades no acesso aos serviços de saúde
- Conhecimentos sobre temas de saúde sexual e reprodutiva: prevenção de DST/AIDS , prevenção do câncer de colo uterino, exame de mamas, etc

Campo temático 7: HISTÓRIAS DE CONTRACEPÇÃO

- Histórico do uso de contraceptivos desde o início da vida sexual (quais métodos utilizou, em que circunstâncias, quem sugeriu ou indicou, fontes de obtenção dos métodos, como utilizou, como se sentiu, etc)
- Significados da contracepção, motivações ou não para contracepção nos diversos momentos da vida
- Participação do(s) parceiro(os) no planejamento reprodutivo

- Pessoas, instituições e/ou os momentos mais importantes na aquisição de conhecimentos sobre contracepção: pais, irmãos, outros parentes, amigos, escolas, mídia, igreja, serviços de saúde, etc
- Detalhamento das experiências com serviços de saúde para planejamento familiar
- Histórico de participação em grupos de planejamento familiar.