

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

TEREZA ALVES DE SOUZA

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA:
PERCEPÇÃO, SENTIMENTOS E MOTIVOS**

FORTALEZA – CEARÁ

2014

TEREZA ALVES DE SOUZA

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA:
PERCEPÇÃO, SENTIMENTOS E MOTIVOS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Irismar de Almeida.

FORTALEZA – CEARÁ

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho
Biblioteca Responsável – Francisco Welton Silva Rios – CRB-3 / 919

S729g

Souza, Tereza Alves

Gravidez na adolescência: percepção, sentimentos e motivos
/ Tereza Alves de Souza. — 2014.

CD-ROM. 120 f. : 4 ¾ pol.

“CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm)”.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências e Saúde, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Fundação Oswaldo Cruz da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2014.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Irismar de Almeida.

1. Adolescência. 2. Gravidez na adolescência. 3. Saúde sexual e reprodutiva. I. Título.

CDD: 305.23



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE FAMÍLIA- Renasf
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ- UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF
Av. Paranjana, nº 1700 – Campus do Itaperi – CEP: 60740-000 Serrinha
Fortaleza – Ceará – Brasil. Fone: (85) 3292-7413

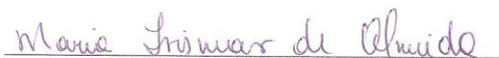


FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: **GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA percepção, sentimentos e motivos.**
Nome da Mestranda: **Tereza Alves de Souza.**
Nome do Orientador: **Profa. Dra. Maria Irismar de Oliveira.**

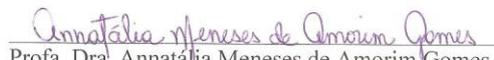
DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA- MPSF/Renasf, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA.

BANCA EXAMINADORA:


Profª. Dra. Maria Irismar de Almeida
(Orientadora)


Profª. Dra. Maria Dalva Santos Alves
(1º membro)


Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães
(2º membro)


Profª. Dra. Annatália Meneses de Amorim Gomes
(Suplente)

Data da defesa: 17/02/2014

Aos meus filhos, Gerlane, Geltson Junior e George, e em especial ao meu neto Saulo Gabriel, pela grande alegria que trouxe para a vida de todos nós.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me haver proporcionado força, saúde e perseverança para concluir este trabalho.

Aos meus pais Gerardo e Estela (*in memoriam*) por terem fornecido as bases para minha formação pessoal e acadêmica.

À minha filha Gerlane, pela contribuição em todas as etapas deste.

Ao meu marido Geltson pelo companheirismo, compreensão e disponibilidade.

Aos meus filhos Geltson Júnior e George pelo estímulo e torcida e ao meu neto Saulo Gabriel, pela alegria contagiante de sua presença.

Aos meus irmãos, cunhados, nora e demais familiares, pela torcida e por entenderem minhas ausências.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Maria Irismar de Almeida pelo envolvimento, colaboração, paciência e confiança nas minhas possibilidades, como também por compreender os meus limites na imersão do saber científico.

À Coordenação do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Nucleadora UECE-FIOCRUZ, na pessoa da Prof.^a Dr.^a Ana Patrícia Pereira Moraes pela presença constante, interesse, disponibilidade em todas as fases do Mestrado e de maneira muito particular na elaboração desta produção.

A todos os professores que estiveram conosco durante o mestrado, incentivando a nossa conquista, em particular o Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães e as professoras, doutoras Ana Patrícia Pereira Moraes e Annatalia Meneses de Amorim Gomes que participaram dos Seminários de Acompanhamento e contribuíram de maneira significativa neste trabalho.

À Prof.^a Dr.^a Maria Dalva Santos Alves por sua disponibilidade e importantes contribuições.

À secretária do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, Regina Claudia de Sousa Freire, pela cooperação durante todo o curso.

Ao professor Vianney Mesquita (UFC e Academia de Língua Portuguesa), pela revisão gramatical e estilística, ao bibliotecário da UECE, Francisco Welton Silva Rios, pela formatação e normatização bibliográfica e ao José Raphael Moreira da Silveira pela elaboração do abstract.

A todos os colegas da turma do Mestrado, pela parceria e ajuda mútua.

Aos demais amigos, pela torcida.

À Universidade Estadual do Ceará e à Fundação Oswaldo Cruz, por proporcionarem a oportunidade da realização do Mestrado.

À Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza por haver apoiado na ampliação de meus conhecimentos.

Ao Sistema Municipal Saúde-Escola de Fortaleza, pela atenção dispensada.

A coordenação da Unidade de Atenção Primária à Saúde Edmar Fujita pelo apoio e compreensão durante todo o curso.

A todos os funcionários da UAPS Edmar Fujita, em particular os agentes comunitários de saúde, pela contribuição e entendimento da importância da realização desta pesquisa.

Finalmente, a todas as adolescentes e aos seus responsáveis que confiaram em mim e compartilharam algumas de suas trajetórias especiais.

RESUMO

A gravidez na adolescência constitui grave problema social e de saúde pública, pelas consequências que pode causar à mãe e ao conceito. É multifatorial e seus fatores condicionantes e determinantes estão relacionados a aspectos de ordem biológica, psicológica, familiar, educacional e social. A gestação precoce é um evento frequente na comunidade em estudo, acarretando mudanças importantes na vida das adolescentes. Este estudo teve como objetivo geral apreender a percepção, os sentimentos e os conhecimentos referidos pelas adolescentes grávidas sobre a gravidez que vivenciam em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde no Município de Fortaleza-CE. As participantes do estudo foram 24 gestantes adolescentes primigestas, moradoras da área de abrangência da referida unidade, que realizavam acompanhamento pré-natal nos meses de dezembro de 2013 e janeiro de 2014. O total de adolescentes participantes foi definido por critério de saturação. As informações foram coletadas aplicando-se um formulário contendo questões fechadas. Em seguida, utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada. Foi adotada também a técnica de observação simples. Para análise do material foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo, modalidade análise temática, segundo os conceitos propostos por Bardin. A pesquisa foi norteadada pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido o projeto avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), sob o Parecer nº 473.224. O estudo evidenciou o fato de que as adolescentes vivem em um contexto de vulnerabilidade social, marcada pela presença de baixas condições socioeconômicas e ínfimo nível de escolaridade dentre outros fatores. Detectou-se que a maioria das adolescentes exprime um conhecimento relativo sobre sexualidade e anticoncepção, no entanto, não fizeram uso deste, sendo, portanto este, o principal motivo referido para a ocorrência da gravidez. A maioria percebe sua gravidez como um evento favorável, ao qual remetem sentimentos positivos de alegria e felicidade, o que trouxe ganhos em sua vida como aumento da maturidade e da responsabilidade. Observaram-se diversas mudanças na vida pessoal, familiar, social e escolar tanto referente a aspectos positivos como negativos. As atividades educativas foram as estratégias mais citadas com vistas à redução do fenômeno. Os achados deste estudo oferecem uma compreensão da particularidade da gravidez na adolescência em comunidade de baixa renda, fornecem subsídios para discussão sobre a temática e expressa elementos que favoreçam a adequação das práticas nas unidades básicas de saúde aos adolescentes.

Palavras chave: Adolescência; Gravidez na adolescência; Saúde sexual e reprodutiva.

ABSTRACT

Teenage pregnancy is a serious social and public health problem, due to the consequences it may cause to the mother and fetus. It is multifactorial and its conditioning and determinant factors are related to aspects of biological, psychological, family, educational and social order. Early pregnancy is a frequent event in the community being studied, causing important changes in adolescents' lives. This study had as its main objective to apprehend the perception, the feelings and the knowledge attributed by pregnant teenagers about pregnancy experienced by them in a Unit of Primary Health Care in the city of Fortaleza. The study participants were 24 primiparous adolescents, who lived in the area of the health unit, who performed prenatal care during the months of December 2013 and January 2014. The total number of adolescents who participated was defined by saturation criterion. The information was collected by applying a questionnaire containing closed questions. Then, a semi-structured interview was used. It was also adopted the technique of simple observation. For analysis of the material it was used the content analysis technique, thematic analysis method, according to concepts proposed by Bardin. The research was guided by Resolution 466/12 of the National Health Council, having been assessed and approved by the Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), from the Universidade Estadual do Ceará (UECE) under Opinion No. 473.224. The study highlighted the fact that teenagers live in a context of social vulnerability, marked by the presence of low socioeconomic conditions and education level among other factors. It was found that most adolescents express a relative knowledge about sexuality and contraception, however, they did not use it, being the main reason mentioned for the occurrence of pregnancy. Most of them realize their pregnancy as a positive event, which they refer to with positive feelings of joy and happiness, which brought gains in their lives such as increased maturity and responsibility. Several changes were observed in their personal, family, social and school life regarding both positive and negative aspects. The educational activities were the most common strategies aimed at reducing the phenomenon. The findings of this study provide an understanding of the particularity of teenage pregnancy in a low-income community, provide subsidies for discussion on the subject and express elements that favor adequate practices in basic health units to teenagers.

Keywords: Adolescence; Teenage pregnancy; Sexual and reproductive health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEU	Centro Espiritual Uirapuru
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
DATASUS	Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PENSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PAISM	Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
SMSE	Sistema Municipal Saúde-Escola
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	17
2.1	Geral.....	17
2.2	Específicos.....	17
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	18
3.1	A adolescência e a vivência da sexualidade.....	18
3.2	A gravidez na adolescência e seus fatores condicionantes e determinantes.....	27
3.3	Saúde sexual e reprodutiva na adolescência.....	37
4	METODOLOGIA.....	44
4.1	Tipo e abordagem do estudo.....	44
4.2	Local do estudo.....	44
4.3	Participantes do estudo.....	45
4.4	Métodos e procedimentos para coleta de informações.....	45
4.5	Análise e discussão dos resultados.....	46
4.6	Aspectos éticos.....	48
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	50
5.1	Perfil das participantes.....	50
5.2	Percepção, sentimentos e significados atribuídos pelas adolescentes à gravidez que vivenciam.....	54
5.3	Motivos para a gravidez, a visão das adolescentes.....	62
5.4	Mudanças na vida da adolescente em decorrência da gravidez.....	78
5.5	Estratégias de prevenção da gravidez na adolescência sob a óptica das adolescentes.....	82
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
	REFERÊNCIAS.....	93
	APÊNDICES.....	103
	Apêndice A – Formulário para identificação das adolescentes.....	104
	Apêndice B – Roteiro para entrevista.....	105
	Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – para adolescente.....	106
	Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – para responsável.....	107
	ANEXOS.....	108

Anexo A – Anuência do Sistema Municipal Saúde-Escola.....	109
Anexo B – Anuência do Sistema Municipal Saúde-Escola.....	110
Anexo C – Inscrições de pré-natal da UAPS Edmar Fujita-2007.....	111
Anexo D – Inscrições de pré-natal da UAPS Edmar Fujita-2008.....	112
Anexo E – Inscrições de pré-natal da UAPS Edmar Fujita-2009.....	113
Anexo F – Inscrições de pré-natal da UAPS Edmar Fujita-2010.....	114
Anexo G – Inscrições de pré-natal da UAPS Edmar Fujita-2011.....	115
Anexo H – Atesto municipal de funcionamento das equipes ESF.....	116
Anexo I – Parecer Consubstanciado do Comitê De Ética-UECE.....	117

1 INTRODUÇÃO

Durante meu percurso profissional dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF), mesmo conhecedora da importância de se trabalhar as famílias em seus diversos aspectos e com todos os seus integrantes, sempre me identifiquei com a área saúde da mulher, em especial, da mulher adolescente. Instigava-me saber por que, apesar de a unidade de saúde possuir equipes completas, profissionais responsáveis e comprometidos, oferecerem-se as atividades estabelecidas no programa de planejamento familiar, realizarem-se ações educativas nas escolas, as adolescentes continuavam engravidando. O que motivaria as jovens a engravidar?

Movida por essa inquietação inicial, tive a oportunidade de realizar meu primeiro estudo voltado à produção do conhecimento científico por meio do trabalho de conclusão do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, transcorrido de 2009 a 2011, no qual trabalhei a temática voltada para as percepções e conhecimentos dos familiares sobre as gravidezes vivenciadas por suas filhas, (SOUZA, 2011).

Com a minha imersão no Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família em 2012, resolvi ampliar os conhecimentos referentes à temática. Após estudos realizados sobre a gestação precoce nos seus mais diversos aspectos, percebi que os significados da gravidez para as adolescentes ainda constitui em abordagem pouco estudada no âmbito da saúde coletiva, necessitando, portanto, outras investigações com vistas a melhor compreender o fenômeno e assim contribuir para sua prevenção, como também para prestação de uma assistência direcionada, humanizada e holística, tanto para as adolescentes grávidas como para os adolescentes de uma forma geral.

A gravidez na adolescência é uma questão que permeia o campo da Saúde Coletiva e Saúde da Família, principalmente no Norte e Nordeste brasileiros, constituindo-se um tema relevante, atual e pertinente que enseja interesse, sobretudo pela ampliação do conceito de saúde e concepções de promoção da saúde vinculada à qualidade de vida. Este estudo teve como objeto de trabalho a investigação sobre as percepções, sentimentos, conhecimentos e motivos das adolescentes sobre a gestação que vivenciam, em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Fortaleza-CE.

Desde a aproximação com a temática, suponho que, para as adolescentes a gravidez teria diversas percepções e significados, baseando-se em suas histórias de vida pessoal, familiar, escolar, comunitária e social, podendo estar relacionadas ao baixo nível socioeconômico, ínfima escolaridade, ausência ou insuficientes conhecimentos sobre saúde

reprodutiva e anticoncepção. Em algumas ocasiões, ela poderia fazer parte do projeto de vida das adolescentes.

Para Velho (1997) projetos constituem uma dimensão da cultura, sendo elaborados e construídos em função de experiências socioculturais, um código de vivências e interações interpretadas.

De acordo com Magalhães (2007) o projeto de vida depende de três níveis de articulação para se concretizar: o psíquico, onde estão o sonho, o desejo, a aspiração do vir a ser; o cognitivo, que por vi a maturação das capacidades intelectuais durante a adolescência, proporciona um raciocínio lógico sobre proposições e por final, o componente sociocultural, em que as possibilidades de realização de um projeto de vida têm relação com o contexto social em que a pessoa está inserida.

A adolescência compreende a fase do ciclo de vida situada entre os dez e os 19 anos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-OMS, 1995). É uma etapa marcada pelo rápido crescimento e desenvolvimento do corpo, da mente e das relações sociais. Na adolescência, ocorre o amadurecimento sexual, sendo comuns o interesse pelo sexo e o início dos primeiros relacionamentos sexuais, ficando desde então, os adolescentes aptos a fecundarem se mantiverem relações sexuais e não usarem algum método contraceptivo. A capacidade de abstração e o pensamento crítico também se desenvolvem na juventude, juntamente com o maior senso de independência emocional e de autoconhecimento (RUZANY, 2008).

Em 2010, no Brasil, os adolescentes somavam 34.157.633, em torno de 17,90% da população. No mesmo ano, no Ceará, existiam 1.694.148 adolescentes, em torno de 20,4% da população e em Fortaleza eles totalizam 432.658, representando 17,64% da densidade demográfica (IBGE, 2010), demonstrando ser uma parcela expressiva, na qual todos os olhares dos diversos segmentos, seja da educação, da saúde, da assistência social e governamental, deverão estar focalizados nas eventualidades que rotineiramente acontecem com a população adolescente, desenvolvendo estratégias nas quais a especificidade da atenção ao adolescente seja observada, para que sua passagem por esta fase aconteça da maneira mais salutar possível, minimizando os danos, enfim, sem prejuízos para seu pleno desenvolvimento na vida adulta.

A vivência da sexualidade na adolescência está associada ao contexto social e cultural em que o adolescente se encontra. Ela é fortemente influenciada pelas linguagens e valores vigentes em cada época (MOREIRA *et al.*, 2008). O que o adolescente vivencia nesta fase, de positivo ou negativo, afetará sua vida presente e futura e a partir destas experiências

poderá estabelecer novas práticas a serem assimiladas pela sociedade em geral. Todo jovem é influenciado pelos amigos e pelos adultos que com ele interagem (RUZANY, 2008).

A sociedade contemporânea já aceita com maior naturalidade a vivência da sexualidade pelas adolescentes, o sexo antes do casamento e também a gravidez na adolescência (SANTOS; NOGUEIRA, 2009). Constata-se que esta maior liberação sexual não foi necessariamente acompanhada por uma discussão dos valores em associação ao corpo, à sexualidade e aos papéis sexuais e de gênero presentes na sociedade, que deveria ser realizada nos diversos equipamentos sociais responsáveis pela assistência aos adolescentes, como as escolas, serviços de saúde e de assistência social bem como por suas famílias.

A gravidez na adolescência emerge como problema com origem em estudos indicando um crescimento nas proporções de adolescentes entre 15 e 19 anos que haviam tido filhos, inclusive no Brasil (NOVELLINO, 2011). Deve-se considerar que, no somatório das gravidezes na adolescência, levam-se em consideração os partos a termo, ficando o evento subestimado, pois se desconsideram os casos em que as gestações foram interrompidas de modo espontâneo ou provocadas. O fato do aborto ser considerado uma prática ilegal no País dificulta sua mensuração (HEILBORN *et al.*, 2002).

Na unidade de saúde que constituiu campo de pesquisa, a gravidez na adolescência exhibe-se como um evento frequente e de intervenção difícil, sendo as taxas (total das adolescentes grávidas inscritas, sobre o total de gestantes inscritas x 100) nos anos de 2007, 2008, 2009, 2010 e 2011, respectivamente, de 27,16%, 30,05%, 28,67%, 28,92% e 19,42% (FORTALEZA, 2012a). Estes dados confirmam a presença do problema na unidade.

A gestação precoce é multifatorial e seus determinantes e condicionantes estão relacionados a aspectos de ordem biológica, psicológica, familiar, social e estrutural, como falta de estratégias adequadas para sua prevenção. Dentre os fatores sociodemográficos destacam-se o baixo nível socioeconômico e escolar. Evidências indicam haver maior probabilidade de sua ocorrência entre as adolescentes mais pobres e com baixa escolaridade, as quais talvez já não estivessem frequentando a escola, ou, se estivessem, estariam em um grau inferior ao adequado para sua idade (NOVELLINO, 2011). O uso de álcool e outras drogas, início precoce das relações sexuais e da menarca e o não uso ou emprego inadequado de métodos contraceptivos, também são fatores que vulnerabilizam as adolescentes à gravidez (LEVANDOWSKI; PICCININI; LOPES, 2008).

Dentre os fatores socioemocionais, destacam-se: experiências prematuras de perdas, relação emocionalmente distante com o pai ou privação emocional, abuso sexual, alcoolismo paterno, família monoparental, baixa autoestima, expectativas educacionais

modestas e atitudes tradicionais em relação ao papel da mulher na família, gravidez da própria mãe na adolescência, presença de irmã sexualmente ativa ou já mãe, o desejo de engravidar, de ter uma família harmoniosa, de estabelecer uma relação íntima e uma sexualidade adulta com o parceiro (LEVANDOWSKI; PICCININI; LOPES, 2008). Também faz parte o fato de querer certificar-se da própria capacidade reprodutiva, de constituir uma identidade feminina, demonstrar independência perante os pais, além de buscar um novo *status* social (DADORIAN, 2000).

A gravidez precoce é considerada um grave problema de saúde pública como também um entrave social, pois poderá acarretar repercussões negativas tanto nos aspectos biológicos como no campo familiar e social. Entre outras consequências de se tornar mãe precocemente, estão a perda da liberdade, o adiamento ou comprometimento dos projetos de estudos, a limitação de perspectivas de ingresso no mercado de trabalho e o não aproveitamento pleno das oportunidades para completo desenvolvimento pessoal (BELO; SILVA, 2004).

Vale salientar que nem sempre a gestação é demonstrada como um fato negativo. Para muitas adolescentes, ela é um acontecimento desejado e muitas vezes planejado, constituindo-se parte de um sonho, de seu projeto de vida, (DADOORIAN, 2003; PANTOJA, 2003; HOGA, 2008; DIAS *et al.*, 2011).

Na gravidez ocorrem mudanças biológicas, psicológicas e sociais que influenciam a dinâmica psíquica individual e as relações sociais da gestante. A maneira como vive ela essas alterações repercute na relação mãe-filho (PICCININI, *et al* 2008). As modificações acontecem e são sentidas diferentemente, dependendo da classe social a qual pertença a adolescente e da sua história de vida pessoal, familiar, escolar e social. Nas classes sociais média e alta, a gravidez precoce tende a causar menos mudança no estado civil e abandono escolar do que nas classes menos favorecidas (DINIZ; KOLLER, 2012).

Essa realidade multicausal revela deficiências na implementação das políticas públicas voltadas para a população adolescente, que embora existam, parece que, não são executadas a contento.

Na rotina dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), que trabalham junto às comunidades menos favorecidas socioeconomicamente, observa-se que a gravidez na adolescência é um evento frequente, acarretando mudanças importantes na vida da adolescente e nos contextos social, escolar e familiar.

Em virtude dessa realidade, surgiram os seguintes questionamentos: Qual a percepção e os sentimentos apresentados pelas adolescentes diante da gravidez? Qual o perfil

socioeconômico e histórico-familiar reprodutivo demonstrado pelas adolescentes? Que motivos elas referem como responsáveis por sua gravidez? Quais os conhecimentos das adolescentes referentes à anticoncepção? Que mudanças de vida são referidas pelas adolescentes como consequências de sua gravidez? E que estratégias recomendariam para a prevenção da gravidez na adolescência?

A investigação mostrou-se relevante, pois a gravidez na adolescência é um evento frequente na comunidade, acarretando na maioria das vezes consequências negativas tanto no aspecto biológico e psicológico, mas, principalmente, no que concerne ao aspecto social, o que poderá dificultar as possibilidades futuras de desenvolvimento e condições de vida da adolescente.

Os achados deste estudo podem contribuir para ampliação dos conhecimentos e compreensão da maternidade na adolescência em uma comunidade de baixa renda. Fornece subsídios para a discussão sobre a temática, favorecendo a que se desenvolva uma assistência direcionada, humanizada e holística, incluindo ações de promoção da saúde da população adolescente, junto à qual foram discutidos temas como adolescência, sexualidade, saúde reprodutiva e gravidez na adolescência.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Apreender a percepção, os sentimentos e os conhecimentos referidos pelas adolescentes grávidas sobre a gravidez que vivenciam em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde.

2.2 Específicos

- a) Delinear o perfil socioeconômico e histórico-familiar-reprodutivo das adolescentes;
- b) Investigar o conhecimento das adolescentes referente à contracepção;
- c) Conhecer a percepção e os sentimentos das adolescentes a respeito da gravidez;
- d) Descrever os motivos relatados pelas adolescentes como responsáveis pelo evento;
- e) Identificar mudanças na vida da adolescente em decorrência da gravidez;
- f) Relacionar estratégias a serem implementadas na prevenção da gravidez na adolescência sob a óptica das adolescentes.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A adolescência e a vivência da sexualidade

As definições sobre o que sejam crianças, adolescentes e jovens sob a perspectiva de idade são extensas como diferenciadas. A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança realizada em 1989, definiu que o grupo de crianças era formado pelas pessoas com até 18 anos de idade. Em 1985, a Organização das Nações Unidas (ONU) comemorou o primeiro Ano Internacional da Juventude, definindo como juventude o grupo de pessoas de 15 a 24 anos de idade. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), define criança como a pessoa com até 12 anos de idade incompletos, e adolescente é aquele com idade de 12 a 18 anos. Entretanto, o Estatuto da Juventude, instituído pela Lei nº 12.852, de 05.08.2013, considera jovens as pessoas de 15 a 29 anos de idade (BRASIL, 2013b). Neste estudo, adotou-se a classificação perfilhada pela Organização Mundial da Saúde, onde a adolescência compreende a fase do ciclo de vida situada entre os dez e os 19 anos (OMS, 1995).

A palavra adolescência surgiu no final do século XIII para designar os anos posteriores à infância. Esteve ausente dos dicionários da Língua Portuguesa até o século XIX, mas aparece na Antiguidade, nos manuais de Medicina, associada à segunda idade do homem. Na atualidade, existem diversas definições para adolescência, que surgiram com base em diversas áreas do conhecimento. Para a Antropologia a adolescência é envolvida pelos ritos de passagem até a idade adulta. Já a Sociologia a visualiza como produto singular dependente de cada cultura em que o adolescente se insere, entendendo que a cultura nomeia o papel e o espaço desse adolescente nas diversas sociedades (ROCHA; ROCHA FILHO; CAVALHO, 2011).

Adolescência deriva do latim, *adolescencia*, que significa crescer (GURGEL *et al.*, 2008). Segundo Ariés (1978), a adolescência, tal como a concebemos hoje, é um fenômeno histórico e socialmente constituído.

Para o Ministério da Saúde,

A adolescência é uma fase de transformações profundas no corpo, na mente e na forma de relacionamento social do indivíduo. Trata-se da etapa de vida em que ocorrem a maturação sexual, o acirramento dos conflitos familiares e o processo de formação e cristalização de atitudes, valores e comportamentos que irão determinar sua vida futura e na qual se inicia a cobrança de maiores responsabilidades e a definição do futuro profissional (BRASIL, 2000, p. 05).

Considera-se hoje que a adolescência é uma fase de transição, época de maturação física, social e emocional vivenciada pelas crianças até a idade adulta, constituindo-se um período relevante para a constituição do sujeito individual e social (ROCHA; ROCHA FILHO; CAVALHO, 2011).

A adolescência pode ser entendida como um processo de desconstrução e reconstituição da identidade, onde o adolescente deverá desmontar seu mundo infantil e reconstruí-lo ao seu modo. Como consequências das mudanças ocorridas nesse período, familiares, professores, profissionais da saúde e outros responsáveis pelo apoio aos adolescentes podem se achar inseguros e, até mesmo resistentes, perdendo importantes oportunidades de estabelecer com eles vínculos de confiança (BRASIL, 2013a).

Segundo Souza (2000), a adolescência se divide em três fases: a) precoce (dos dez aos 14 anos), quando se observa a maturação física puberal. Nesta é iniciado enorme interesse e curiosidade sobre o próprio corpo e acerca do corpo dos amigos. As fantasias sexuais são frequentes, podendo servir como motivo de culpa. A masturbação inicia-se nesta fase e também pode ser acompanhada por sentimento de culpa; b) na etapa média (14 aos 17 anos), o desenvolvimento puberal está completo ou quase completo, marcado pela menarca no sexo feminino e pela semenarca no sexo masculino. É alto o nível de energia sexual, com maior ênfase nos contornos físicos, o comportamento sexual costuma ser de natureza exploratória e egoísta, buscando tirar proveito das relações. O grande risco nesta fase é a negação das consequências do comportamento sexual; c) a última fase é a tardia (17 aos 20 anos), a maturação física está completa, o comportamento sexual costuma ser mais expressivo e menos exploratório e as relações mais íntimas e compartilhadas, predominando a escolha de par duradouro com relação de afeto, existindo maior consciência dos riscos e necessidade de proteção.

Os sentimentos e desejos costumam ter características distintas para os meninos e para as meninas. Para os rapazes, os impulsos sexuais são inicialmente bastante separados da noção de amor. O desejo sexual é claramente localizado nos órgãos genitais. Para as garotas o amor tem prioridade sobre a genitalidade (SOUZA, 2000).

Reconhecendo-se que a adolescência é parte da vida humana, passa-se a encará-la como fenômeno individual e social, que necessita ser estudado pelos profissionais da saúde e demais segmentos responsáveis pelos cuidados aos adolescentes.

De acordo com Caligaris (2011), a adolescência é considerada um período de moratória social, imposto aos jovens para o desenvolvimento de sua maturação, a fim de assumirem as obrigações e os encargos da vida adulta, sendo uma elaboração social que prescreve formas de agir, como modelo a ser seguido. Nessa posição, o adolescente “[...] é

frustrado pela moratória imposta e ao mesmo tempo, a idealização social da adolescência lhe ordena que seja feliz [...]” (CALIGARIS, 2011, p. 18). A associação entre vida social plena e mundo adulto faz com que os jovens queiram o reconhecimento do adulto como a um igual, pois querem a vida plena agora e não futuramente, porque também são sujeitos sociais, com responsabilidade pelas suas escolhas. As regras para o ingresso na maturidade, entretanto, não são claras, pois, de um lado, os pais transmitem ensinamentos e regras para a conformação social, e, de outro, existe todo um elemento cultural que leva à transgressão, mediante a valorização da autonomia e a diferenciação como incentivo (CALIGARIS, 2011).

O autor denota que o adolescente é um bom leitor do desejo dos adultos, logo compreendem que obedecer é desobedecer, que, para buscar o seu espaço, precisa se diferenciar e se destacar, resultando daí a fonte para o ingresso em condutas conflituosas, nas quais prevalece a interação proveniente de um grupo de iguais, unidos por afinidade, e que constitui fonte de aprendizado transpostas às referências familiares estabelecidas. Os adolescentes transformam sua faixa etária em um grupo social do qual os adultos são excluídos, e, neste grupo, podem ser vistos.

Na adolescência em geral ocorre a mudança da forma como os adolescentes visualizam seus pais, antes vistos como perfeitos e sem fraquezas e, nessa fase, chegam à conclusão que eles são passíveis de cometer erros. Nesse momento, são frequentes os questionamentos de valores, as contestações, as discussões sobre a forma de pensar, agir, bem como acerca da autoridade dos pais, o que favorece a que os adolescentes procurem encontrar outros pontos de referências que não os da família. Nesta fase, começam a sentir as necessidades de terem uma identidade e uma filosofia de vida própria, sendo recorrente encontrar estas respostas no grupo de amigos (CEARÁ, 1997), constituindo-se um período em que colegas e pares passam a ganhar mais importância, fazendo isso parte da formulação de autonomia dos jovens diante da família, na busca de suas singularidades (HEILBORN *et al.*, 2002). Nesse período é delineada para a pessoa uma identidade sexual, familiar e laboral, permitindo que ela venha a desenvolver determinados papéis dentro da sociedade. Esta identidade é a imagem que o sujeito faz de si, e ela permanece constante e reconhecível, apesar das mudanças evolutivas e dos vários papéis sociais que venha a desempenhar (RUZANY, 2008).

Na fase adolescente, surgirá um conjunto de sinais específicos, denominado Síndrome da Adolescência Normal, que compreende: a busca de si mesmo e de sua identidade, tendência grupal, necessidade de intelectualizar e fantasiar, crises religiosas, deslocação temporal, evolução da sexualidade, atitude social reivindicatória, contradições

sucessivas em todas as manifestações da conduta, separação progressiva dos pais e constante flutuação do humor (BRASIL, 2013a).

Especialistas em adolescência citam atitudes facilmente observáveis no grupo:

Os adolescentes adquirem novas capacidades de pensar sobre si mesmos e sobre o mundo. Entram numa fase de egocentrismo, onde a autocrítica é intensa. Este pensamento vai diminuindo à medida que aumenta o contato social, compartilhando as experiências; são muito idealistas, acreditam-se capazes de mudar o mundo; usam como mecanismo de defesa a negação (isso não aconteceu ou isso não vai acontecer comigo) e a intelectualização (tentam provar que o comportamento que tiveram é racional e justificável, logo, digno de aprovação social; o relacionamento amoroso é muito importante como possibilidade de desenvolver a autoestima e a autoconfiança; em relação à família, é importante saber que, apesar do impulso de independência ser uma característica natural, a perspectiva de uma independência completa é assustadora (CEARÁ, 1997, p. 21).

O amadurecimento físico e psíquico depende da influência interna de cada pessoa, bem como das influências da família e do meio social. Contribuindo para o desenvolvimento psicológico do adolescente, está a qualidade da nova relação dele com os pais e com o mundo, para que ele possa ser considerado um adulto, sendo isto somente possível quando o adolescente elaborar as perdas ou lutos decorrentes desta fase: a perda do corpo infantil, a perda da identidade infantil e a perda da relação com os pais como era na infância (ABERASTURY, 1991).

Na adolescência, influenciado pelos hormônios, o corpo de criança começa a se modificar: o crescimento é mais rápido e desproporcional, o cheiro de suor e dos genitais fica mais forte, os pêlos vão surgindo. As meninas começam a desenvolver os seios, os contornos do corpo ficam mais arredondados e menstruam pela primeira vez. Os meninos têm sua voz alterada, os testículos aumentam, o saco escrotal fica mais baixo, mais comprido e enrugado, o pênis e o saco escrotal ficam mais escuros e começam a ter ejaculação (CEARÁ, 1997).

O ritmo das mudanças desta fase é importante para o *status* de um adolescente em seu grupo e pode produzir certas respostas psicológicas e sociais no adolescente e nos que estão a sua volta (GOUVEIA *et al.*, 2011). Nesta fase, meninos e meninas entram no período genital de sua sexualidade com uma dimensão especial, que é o aparecimento da capacidade reprodutiva no ser humano, concomitante à reestruturação do seu psiquismo (RUZANY, 2008). As alterações biológicas são universais, enquanto as psicológicas e relacionais podem ser objeto de alterações em função da cultura, e podem ser influenciadas pela família, escola e grupo de amigos (VENTURINI, 2009; QUEIROZ, 2013).

Caridade (1999, p. 208, grifos do autor) recorre à imagem de um beija-flor, para dizer que:

O adolescente é alguém que experimenta sua sexualidade na rapidez, na leveza e na diversidade. Na ética adolescente, *ficar* significa não ficar, não ter compromisso com amanhã, não criar vínculos definitivos. É pois não ficando quando *ficam*, que eles ensaiam, descobrem, experimentam, conhecem sensações, sem os 'pudores' de outras gerações..

Para se discutir sexualidade na fase adolescente, há necessidade de fazer-se um resgate histórico de sua elaboração. Em 1905, o médico Sigmund Freud publicou “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, no qual propôs a ideia de uma sexualidade que surgiria desde os primórdios da constituição do psiquismo e seria radicalmente diferente da então aceita ideia de instinto sexual, esquema de comportamento herdado em uma determinada espécie animal, que ocorre num padrão sequencial pouco suscetível a variações (BRASIL, 2010a).

O pesquisador austríaco deu muitas contribuições sobre o estudo da sexualidade humana, descrevendo seu desenvolvimento desde a infância. Foi o primeiro a dizer que as crianças eram dotadas de sexualidade desde o início da vida e que se manipulavam em busca de prazer. Seu trabalho ampliou o conceito de sexualidade, que não designava somente os atos e o prazer ligados ao aparelho genital, mas se referia, desde então, a um conjunto de excitações e atividades que surgem desde a infância e proporcionam um prazer que vai além da satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental. Teorizou sobre a sexualidade e suas manifestações, descreveu que o desenvolvimento da sexualidade acontece em fases, sendo estas: oral, anal, fálica, período de latência e fase genital. Este conjunto refletirá na formação da sexualidade do adulto (BRASIL, 2010a).

Quando se inicia a puberdade, por volta dos nove e dez anos e posteriormente na adolescência, a criança entra na fase genital de sua sexualidade. Ocorrem mudanças hormonais, emocionais e sociais e a energia que estava canalizada para o desenvolvimento intelectual e social se volta para a redescoberta do próprio corpo como fonte de prazer e também para as manifestações de interesse, afeto, desejo, prazer/desprazer por pessoas fora do ambiente familiar, que simbolizarão “objetos de desejo”. (BRASIL, 2010a).

A sexualidade na adolescência começa a ser vista menos como um problema social e mais como um direito à educação sexual, de usufruto de seus direitos reprodutivos a esta faixa etária. A sexualidade e o comportamento sexual reprodutivo dos adolescentes muitas vezes, entram em contradição com os projetos que a sociedade lhes atribui, que antes de terem filhos, terminem os estudos e estejam trabalhando (CEARÁ, 1997). Para Fernandes e Nascimento (2011), as práticas sociais de controle, proibição e permissão da sexualidade são antigas, porém o estudo de seu sentido, de suas causas, de suas variações no tempo e no espaço é recente.

Segundo Heilborn *et al.* (2002), uma das principais transições operadas na adolescência é a passagem ao exercício da sexualidade com parceiro, que se desenrola paralelamente a uma solidificação de práticas e significados associados à contracepção e à reprodução.

A iniciação sexual é um processo de experimentação física e relacional que começa antes e se estende até depois da primeira relação sexual. Neste processo, são dadas regras de comportamento e atribuídos *status* diferentes aos parceiros, segundo os diferentes tipos de relacionamentos, dentre os quais se incluem o namoro considerado um relacionamento mais sério e o “ficar”, em que se supõe menor compromisso entre os parceiros (AQUINO *et al.*, 2003).

Os comportamentos sexuais e reprodutivos – incluindo-se uma eventual gravidez e parentalidade adolescente – só adquirem sentido pleno à luz do estabelecimento e das representações de gênero, ou seja, do modo como cada gênero representa a si próprio, o outro e a relação entre eles (HEILBORN *et al.*, 2002).

Gênero é um conceito útil para explicar muito dos comportamentos de mulheres e homens na sociedade, ajudando a se compreender grande parte dos problemas e dificuldades que as mulheres enfrentam no trabalho, na vida pública, na sexualidade, na reprodução, na família (GOUVEIA; CAMURÇA, 2000).

Gênero é o conjunto de normas, valores, costumes e práticas, por meio do qual a diferença entre homens e mulheres é culturalmente significada e hierarquizada, (BRASIL, 2013a). O conceito de gênero implica uma relação, uma representação social, que produz uma distribuição desigual de poder, autoridade e prestígio entre as pessoas de acordo com o sexo. Na maioria das vezes, o que é masculino tem mais valor e, por isso, se diz que as relações de gênero são vínculos de poder (GOUVEIA; CAMURÇA, 2000). Gênero é também uma representação social criada sobre o papel a ser desempenhado pelo homem e pela mulher. A representação social da mulher é a de procriar e cuidar da família, sendo esta frágil e amorosa, ao passo que o homem é visto como o provedor, viril e forte (GURGEL *et al.*, 2008).

As representações, valores e comportamentos que modelam a constituição de gênero se consolidam paulatinamente, no decorrer da adolescência. Dois segmentos são importantes na transmissão desses valores – a família e o grupo de pares. A autonomia progressiva perante a família expõe fortemente os jovens à cultura do grupo de pares. Eventuais pressões contraditórias decorrentes de influências divergentes são expressas de forma privilegiada no modo como as adolescentes experimentam sua sexualidade (HEILBORN *et al.*, 2002).

Visando a um melhor conhecimento a respeito dos fatores de risco e proteção da saúde dos adolescentes, foi realizada em 2009, com amparo em um convênio entre o Ministério da Saúde e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE). De tal investigação participaram 60.973 estudantes de escolas públicas e privadas que frequentavam o 9º ano do ensino fundamental nas 26 capitais e no Distrito Federal. A maioria dos estudantes encontrava-se na faixa etária de 13 a 15 anos. O estudo revelou que 30,5% dos estudantes já tiveram relação sexual, sendo 43,7% do sexo masculino e 18,7% do sexo feminino, com maiores percentuais nas escolas públicas, 33,1% do que nas particulares, 20,8%. A frequência por idade mostra que, antes dos 13 anos, 12,5% já haviam tido relação sexual: aos 13 anos, 15,3%; aos 14 anos 24,9%, aos 15 anos, 47,3% e aos 16 anos, 63,5% (IBGE, 2009).

Estes dados confirmam a precocidade da iniciação sexual dos adolescentes e sinalizam a necessidade de intervenção o mais cedo possível, até porque se sabe que uma significativa parcela dos adolescentes nas comunidades menos favorecidas não chega a esta faixa de escolaridade.

Na atualidade, observa-se que os adolescentes assumem cada vez mais comportamentos de risco, que poderá ter consequências negativas a curto ou longo prazo. Dentre outros, registra-se a prática do sexo sem proteção, encontrando-se várias respostas para tal atitude, destacando-se a desinformação (MOURA *et al.*, 2011).

Diversos fatores dificultam a execução dos programas elaborados para o público adolescente, como a especificidade da atenção ao adolescente, necessitando de uma adequação da linguagem e da forma de atuação dos profissionais, que deverá observar a heterogeneidade do grupo, uma vez que se constata diferença ao se abordar um adolescente em sua fase inicial, intermediária ou tardia; como estes adolescentes estão inseridos no ambiente familiar, comunitário, social e escolar, quanto à sua condição física, quanto à moradia, questões raciais, religiosas ou culturais (RUZANY, 2008).

Tradicionalmente, as contribuições dos profissionais de saúde para abordagem da sexualidade dos adolescentes estão voltadas para o controle normativo e tecnológico da sexualidade e para o processo reprodutivo, com poucos trabalhos que englobem os aspectos mais amplos da sexualidade, sendo necessário ampliar a capacitação dos profissionais quanto a estas temáticas (FERNANDES; NASCIMENTO, 2011).

Todas as ações oferecidas devem ser pensadas como momentos que podem contribuir para ampliação do nível de autonomia do adolescente. Na perspectiva de Reichert e Wagner (2007), a autonomia é a habilidade para dirigir a própria vida, definir metas, os

sentimentos de competência e habilidade a fim de regular as próprias ações e que esta elaboração recebe influências das práticas educativas oferecidas aos adolescentes.

A adoção de mecanismos que considerem a co-construção de autonomia tem importantes implicações políticas, epistemológicas e organizacionais. A adoção desse entendimento exige uma reformulação ampliada, tanto dos valores políticos, quanto dos conceitos teóricos que orientem o trabalho em saúde (CAMPOS; CAMPOS, 2006). Para os autores, a autonomia poderia ser traduzida em um processo de co-constituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmos e o contexto, conforme objetivos democraticamente estabelecidos.

A co-constituição de autonomia depende de um conjunto de fatores. Depende sempre do próprio sujeito, do indivíduo ou coletividade. O sujeito é sempre corresponsável por sua constituição e pela constituição do mundo que o cerca. A autonomia, no entanto, depende também de condições externas ao sujeito, como existência de leis mais ou menos democráticas, do funcionamento da economia, da existência de políticas públicas, de valores veiculados por instituições e organizações, da cultura na qual está imerso (CAMPOS; CAMPOS, 2006).

Adolescentes e jovens são pessoas livres e autônomas que têm direito a receber educação sexual e reprodutiva e a ter acesso às ações e serviços de saúde que os auxiliem a lidar com a sexualidade de forma positiva e também responsável e os incentive a adotar comportamento de prevenção e cuidado pessoal (BRASIL, 2010a). Os profissionais e instituições devem assegurar atendimento, sem discriminação, com a garantia de privacidade e confidencialidade. Visando a proporcionar e preservar a garantia destes direitos, existem leis e diretrizes que amparam a população adolescente, muito embora elas não sejam implementadas a contento.

Após promulgada a Constituição de 1988, o Ministério da Saúde (MS) oficializou o Programa do Adolescente e apresentou suas Bases Programáticas por meio da Coordenação Materno-Infantil. O contingente da população adolescente, suas diversidades e as problemáticas apresentadas pelo grupo justificaram a implantação do Programa “Saúde do Adolescente” (PROSAD), que tem a finalidade de promover, integrar, apoiar e incentivar práticas nos locais onde será feita a implantação e nos lugares onde estas atividades já são desenvolvidas, devendo interagir com outros setores, no sentido da promoção da saúde, da identificação dos grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação dos adolescentes de forma integral, intersetorial e interdisciplinar (BRASIL, 1996a).

No Brasil, crianças e adolescentes são considerados sujeitos de direitos especiais, por se constituírem pessoas em decurso de desenvolvimento físico, mental, espiritual e social. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, dispõe o seguinte:

a criança e o adolescente têm direito a proteção, a vida e a saúde mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio, harmonioso e em condições dignas de existência. Assegura no Sistema Único de Saúde (SUS) o atendimento pré-natal e perinatal, garantindo encaminhamento aos diferentes níveis de atendimento, segundo critérios médicos específicos (BRASIL, 2009).

Na IV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo, em 1994, cujas determinações foram acatadas pelo Brasil, as questões de saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes tiveram destaque, preconizando, dentre outras deliberações, que,

Os países, com o apoio da comunidade internacional devem proteger e promover os direitos dos adolescentes à educação, à informação e à assistência de saúde reprodutiva e reduzir significativamente o número de gravidezes de adolescentes. Os governos, em colaboração com organizações não-governamentais, são instados a atender às especiais necessidades dos adolescentes e criar programas para satisfazer a essas necessidades. Esses programas devem incluir mecanismo de apoio à educação e à orientação do adolescente nas áreas de relações e de igualdade entre os sexos, de violência contra adolescentes, comportamento sexual responsável, prática responsável de planejamento familiar, vida familiar, saúde reprodutiva. (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 1994, p. 70).

A Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, assegura o planejamento familiar como um direito de todo cidadão, inclusive dos adolescentes (BRASIL, 1996b).

As Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, busca o entendimento da saúde em sua acepção mais abrangente, com suas diversas dimensões e múltiplos fatores causais, e, ainda, que os gestores e profissionais de saúde, a família e a sociedade em geral compreendam os processos e necessidades desse grupo etário, assim como os fatores ambientais, sociais e culturais que afetam a sua saúde. Estas características específicas e influências do contexto precisam ser consideradas também no planejamento, desenvolvimento, gestão e organização dos serviços de saúde (BRASIL, 2010b).

Em 2012, a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, em parceria com o Sistema Municipal Saúde Escola, elaborou o Protocolo de Acolhimento ao Adolescente, com objetivo de contribuir para a melhoria da atenção integral prestada ao adolescente, bem como

facilitar o acesso desde o acolhimento nos serviços de saúde. Nele estão relacionadas as principais vulnerabilidades para as quais os profissionais de saúde devem estar atentos durante o atendimento aos adolescentes, sendo estas: dificuldades nas relações familiares (separação, falta de diálogo, conflitos entre pais e filhos, alcoolismo de um ou ambos os pais, incestos/abuso, transtorno mental); relação com a escola (evasão escolar, repetência, dificuldade de criação de vínculo, atos de violência, agressividade.); uso de álcool e outras drogas; início da vida sexual (verificar os cuidados com o próprio corpo e com o do outro, uso de proteção/preservativo; doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); gravidez (especialmente antes dos 16 anos, probabilidade de abuso sexual); aborto e suas consequências (físicas e psicológicas); exclusão social (atingindo especialmente as populações periféricas e levando a inserção no tráfico de drogas); tentativas/risco de suicídio; violência doméstica e sexual (FORTALEZA, 2012b).

Constata-se que já existem programas, leis e diretrizes que amparam a população adolescente, mas observa-se, na realidade, o desconhecimento, a desinformação sobre elas, por parte dos profissionais que trabalham com adolescentes, pelos adolescentes, por suas famílias e pela comunidade de um modo geral.

As inúmeras adversidades a que estão expostas as adolescentes, principalmente as pertencentes aos estratos menos favorecidos, moradoras de periferia, com baixa escolaridade e desconhecedoras de seus direitos, deixam-nas mais vulneráveis à gravidez precoce. Os altos índices de gravidez na adolescência denunciam a atividade sexual desprotegida, havendo necessidade de um olhar diferenciado por parte dos profissionais que trabalham com este público, visando à prevenção do evento e a promoção da saúde como um todo.

3.2 A gravidez na adolescência e seus condicionantes e determinantes

A gravidez na adolescência é entendida como um fenômeno complexo e mundial, visto que um quinto da população do Planeta é composto de adolescentes e que cerca de 16 milhões de jovens com idade entre 15 e 19 anos e dois milhões de meninas de menos de 15 anos dão à luz anualmente. Em todo o mundo, uma em cada cinco adolescentes foi mãe com idade menor do que 18 anos e, nas regiões mais pobres, esta proporção passa para uma em cada três. Estima-se que três milhões de meninas com idade entre 15 e 19 anos sofrem abortos inseguros todos os anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO, 2012).

Considerar elevada ou baixa a incidência da gravidez na adolescência, no Brasil, Ceará e Fortaleza, dependerá da referência adotada (GURGEL, 2011). A taxa da fecundidade da

mulher brasileira começou a cair na metade da década de 1960 e continuou decrescendo nos decênios seguintes. Em 2005, chegou ao nível de reposição (2,1 filhos por mulher) e continuou caindo até atingir a taxa de 1,9 filho por mulher em 2010 (ALVES; CAVENAGHI, 2012).

De 1991 a 2000, a taxa de fecundidade caiu em todas as faixas etárias, exceto entre as adolescentes de 15 a 19 anos. O Censo de 2010 mostrou que a taxa de fecundidade refluuiu em todos os intervalos etários, inclusive na faixa de 15 a 19 anos, quando se registraram 67,2 por mil nascimentos no grupo de mães desta faixa etária. Mesmo se mostrando em queda, esta taxa é elevada quando comparada a outros países: apenas 2,3 por mil na Coreia do Sul; 8,4 na China; sete na França; 11,6 na Arábia Saudita; 29,5 no Irã; 34 nos Estados Unidos e 59 na África do Sul (ALVES; CAVENAGHI, 2012). Em Fortaleza, esta taxa estava em torno de 14 nascimentos para cada 1.000 mulheres na faixa etária de 15 a 19 anos (GURGEL, 2011).

Dentre outros fatores que influenciam as taxas de fecundidade em adolescentes, observa-se a área geográfica onde elas moram, afetando mais as regiões rurais e mulheres de baixa condição socioeconômica e de menor escolaridade (BRASIL, 2007b).

Em 2012, a taxa de fecundidade total da mulher brasileira foi de 1,8, observando-se diferenciação de acordo com a região, que variou entre 2,3 na região Norte a 1,6 na região Sul. Na região Nordeste, foi de 1,9. Do total de mulheres entre 15 a 19 anos no Brasil, em 2012, 8,4% já tinham um filho e 2% já tinham dois ou mais filhos, observando-se variação de acordo com a região, raça e grau de escolaridade. As mulheres brancas exibem uma taxa de 7,1% de nascimento de um ou mais filhos, enquanto para as negras e pardas é 12,8%. Observou-se que o número de mulheres brancas que nunca tiveram filhos, revelou-se proporcionalmente maior em todas as regiões em relação às pretas ou pardas. Quanto ao grau de escolaridade, das jovens desta faixa etária com até sete anos de estudo, 77,9% já haviam tido um ou mais filhos, enquanto as com oito ou mais anos essa taxa cai para 54,6% (BRASIL, 2013b).

Dos 2.913.160 de nascimentos no Brasil, em 2011, constatou-se que 19,25% eram filhos de mulheres na faixa de dez a 19 anos. No Ceará, no mesmo ano, esta faixa etária representou 20,64% e, em Fortaleza, dos 37.511 nascimentos, 17,50% eram filhos de adolescentes, níveis relativamente altos, se comparados com cidades como Rio de Janeiro que demonstra taxa de 16,32%. Observou-se diminuição nas taxas do Brasil entre os anos de 2010 e 2011, de 19,31% para 19,25% e notou-se aumento nas taxas do Ceará, de 20,52% para 20,64% , e de Fortaleza, de 17,34% para 17,50% (BRASIL, 2012a).

As percepções sobre a gravidez na adolescência modificam-se conforme o contexto histórico, econômico, social e cultural. Ela ocorre desde o início das civilizações, quando a mulher começava sua vida reprodutiva muito próxima da puberdade (SANTOS; NOGUEIRA, 2009). Nos dias de hoje, com a mudança dos costumes e a evolução dos conhecimentos científicos, engravidar nesta fase poderá significar, na maioria das vezes, problemas que poderão influenciar negativamente na vida da adolescente (SPÍNDOLA; SILVA, 2009).

A experiência de uma gravidez na adolescência inscreve-se em uma etapa de aprendizado da sexualidade, que assume contornos singulares no contexto da cultura sexual brasileira, envolvendo complexas interações de homens e mulheres, o que torna necessário situá-lo no quadro das relações de gênero (HEILBORN *et al.*, 2002).

O tema gravidez na adolescência confunde-se com o de sexualidade na juventude, sendo referência dominante nesse campo, mas cresce certa disputa quanto à perspectiva de abordagem, em que se observam duas vertentes, a da problematização e a relativista (CASTRO; ABROMOVAY; SILVA, 2004).

A problematização alerta para os riscos que se espera com a gravidez na fase adolescente, relativamente à constituição biopsicológica, em relação aos estudos, ao futuro profissional, as responsabilidades com a família, dentre outras. Sob a perspectiva relativista, defende-se o cuidado com as generalizações, enfatizando, alguns, o jogo da individualização e das diversidades de sentidos e de experiências transitórias de vida de muitos jovens, bem como a ligação entre a reprodução e o sistema de poder entre gêneros (CASTRO; ABROMOVAY; SILVA, 2004).

Nas vivências da situação, observa-se uma diversidade de possibilidades: a gravidez na adolescência pode ser dita como inesperada ou ser fruto de uma programação; pode resultar em vínculo, com separação posterior, em relações mais estáveis e duradouras ou ainda não resultar em vínculo (quando o rapaz nega a paternidade). Ela pode redundar na parentalidade irresponsável ou, ao contrário, se configura um antídoto contra a anomia para os adolescentes (HEILBORN *et al.*, 2002).

Dadoorian (2000) inferiu que a gravidez na adolescência está relacionada a dois fatores principais: os fatores biológicos e os não biológicos, nos quais se inserem os fatores culturais e os psicológicos. Para a autora, a gravidez na adolescência pode ter dois desfechos, o desejo negativo de ter o filho, expresso pelo abortamento ou o desejo positivo de ter o filho, situado na maternidade, sendo os fatores não biológicos que irão determinar o destino desta gravidez. Já para Chalem *et al.* (2007) e Queiroz (2013), os fatores associados a gravidez

precoce são diversos e estes são caracterizados como relacionados às situações econômicas, educacionais, sociais e culturais que abrangem os aspectos sociodemográficos e os comportamentais ou socioemocionais.

Evidências indicam haver maior probabilidade de sua ocorrência entre adolescentes mais pobres e com baixa escolaridade, as quais talvez já não estivessem frequentando escola, ou se estivessem, estariam em um grau inferior ao adequado para sua idade (NOVELLINO, 2011). Pesquisa evidenciou a relação entre estudo e maternidade, das mulheres de 15 a 17 anos que não tinham filhos; 88,1% estavam estudando; aquelas que tinham um filho ou mais, somente 28,5% estudavam e 68,7% delas não estudavam, e nem completaram o ensino médio, que seria o adequado para estarem cursando (BRASIL, 2013b).

Na concepção de Aquino *et al.* (2003), embora a gravidez precoce aconteça em todas as camadas sociais, ela tende a emergir em contextos marcados pela vulnerabilidade social e pela falta de oportunidades.

De acordo com Dadoorian (2000), a gravidez na adolescência é um evento comum nas comunidades menos favorecida socioeconomicamente. As colegas das jovens, suas irmãs, ou mesmo a própria mãe, são ou foram mães adolescentes. Verifica-se uma valorização da maternidade, em que ser mãe equivale a assumir um novo *status* social, o de ser mulher, surgindo assim um trinômio: adolescente-mãe-mulher, em que a gravidez é a via de acesso à feminilidade. Já nas classes sociais média e alta, observam-se também a influência dos fatores socioculturais, pois neste meio em geral, a gravidez na adolescência é indesejada. A adolescência surge como um período intermediário, adiando a entrada na vida adulta, havendo uma pressão social que se expressa pelo incentivo ao estudo e ao trabalho.

Nos contextos da gravidez precoce, nota-se que, na maioria das vezes, o pai do filho da adolescente, também é um jovem que faz parte do cenário social dela. Os adolescentes do sexo masculino também mostram vulnerabilidades à paternidade, não somente por desinformação, mas também em decorrência de questões de gênero, presentes na cultura brasileira, onde demonstra menos cuidado por si mesmo e pelo outro, dominância sexual, *status* de provedor (DIAS; AQUINO, 2006; QUEIROZ, 2013).

A maioria dos estudos sobre a gravidez na adolescência exprime fatores favorecedores ao evento, e, em alguns destes, se identificam: a liberdade recebida pelos adolescentes que os levam a banalizar assuntos como o sexo, o desconhecimento da fisiologia reprodutiva, o afastamento dos membros da família, a desestruturação familiar e o início precoce da vida sexual (SANTOS; NOGUEIRA, 2009). Para essas autoras, a precocidade da atividade sexual é influenciada pela falta de apoio familiar e de expectativa de vida, perda da

autoestima, baixo rendimento escolar, maus exemplos familiares, curiosidade natural, necessidade de expressar amor, carência afetiva e necessidade de autoconfiança.

O uso de drogas lícitas ou ilícitas também constitui fator que favorece a gravidez precoce. Bertoni *et al.* (2009) mostraram em pesquisa realizada com estudantes adolescentes em Minas Gerais ser maior a proporção de uso não consistente de preservativo entre os adolescentes que já haviam tido contato com algum tipo de droga, fosse ela lícita ou ilícita, tanto em relação com parceiros casuais como com parceiros fixos.

Na complexidade das inter-relações que configuram a gravidez na adolescência, ganham destaque a impulsividade, o imediatismo, os sentimentos de onipotência e indestrutibilidade próprios dessa fase, a idade cada vez mais precoce da menarca e da iniciação sexual, a falta de informação sobre concepção e contracepção, a baixa autoestima das jovens, a aspiração à maternidade, o fato de a gravidez fazer parte do projeto de vida da adolescente, a não participação regular em grupos religiosos, a influência do grupo de iguais e a escolaridade dos pais (LIMA *et al.*, 2004).

Melhado *et al.* (2008) apontam em seu estudo como fatores que podem influenciar o fenômeno: os bloqueios emocionais que interferem de forma consciente ou inconsciente no uso de métodos anticoncepcionais, sendo os mais importantes deles: o pensamento mágico (onipotência do adolescente) de que "isto nunca vai acontecer comigo", a confirmação de sua fertilidade e o desejo de ser mãe.

Levandowski, Piccinini e Lopes (2008) citaram como fatores socioemocionais, as experiências prematuras de perdas, relação emocionalmente distante com o pai ou privação emocional, expectativas educacionais modestas, atitudes tradicionais em relação ao papel da mulher na família, desejo de engravidar, de ter uma família harmoniosa, de estabelecer uma relação íntima e uma sexualidade adulta com o parceiro.

A gestação entre adolescentes nem sempre é fato inconsequente ou desastroso, principalmente quando ocorre nas faixas de 17 a 19 anos (BELO; SILVA, 2004). Nas classes sociais menos favorecidas, observa-se que a vontade de ter filhos aparece mais precocemente, existindo também maior valorização da gravidez (SANTOS, 2010). Fatores como a baixa perspectiva de vida, a violência, a baixa escolaridade, a repetência, a falta de recursos materiais, financeiros e emocionais fazem com que uma parcela das adolescentes que vivenciam estas situações veja na gravidez a alternativa de vida melhor; além disso, interfere o desejo de autoafirmação como mulher, somando-se a esse o espírito de imitação, por saberem que algumas amigas já têm vida sexual ativa (SANTOS; NOGUEIRA, 2009).

A gravidez na adolescência também é expressa como forma de agradar o parceiro no contexto de um novo relacionamento, ficando mais evidente no caso da gravidez recorrente, em que o novo bebê é filho do atual companheiro (MAGALHÃES, 2007).

O fenômeno da gravidez precoce mostra-se de maneira diversa em variadas populações, observando-se sua maior prevalência sobre a população negra, na qual predomina o nível socioeconômico baixo (CHALEM *et al.*, 2007). Quase todos os partos de adolescentes, cerca de 95%, ocorrem em países de baixa e média renda. Dentro dos países, ocorre mais frequentemente em populações pobres, menos escolarizadas e da área rural (WHO, 2012).

Ainda não há consenso a respeito do baixo nível de escolaridade com altas taxas de evasão escolar se seria uma causa ou uma consequência da gravidez na adolescência. Estudo sugere que à medida que o nível de instrução aumenta, ocorre redução no percentual da gravidez precoce (AMORIM *et al.*, 2009).

Constitui-se também fator de vulnerabilidade, a adolescente que vive em situação de pobreza. É necessário considerar, entretanto, que a gravidez na adolescência não é causada pela pobreza, mas pelas características associadas ao baixo nível socioeconômico onde há presença de múltiplos fatores, dos quais se destacam a baixa escolarização e a falta de especialização profissional (DINIZ, KOLLER, 2012). Heilborn *et al.* (2002) inferiram no seu estudo que o abandono escolar e as dificuldades econômicas podem não ser apenas consequência da gravidez, mas sim resultado de uma situação de pobreza existente anteriormente a ela, e que a ideia da grávida desperdiçar oportunidades, nem sempre se aplicaria às adolescentes de classe menos favorecida.

Também vulnerabilizam as adolescentes a migração, ausência de projeto de vida, falta de suporte afetivo e de acesso aos métodos anticoncepcionais, influência da mídia incentivando o início cada vez mais cedo da prática sexual (CEARÁ, 1997), não implementação das políticas públicas de proteção aos adolescentes e, sobretudo, falta de diálogo dentro de suas próprias famílias, que orientem os adolescentes na vivência de sua sexualidade (SPÍNDOLA; SILVA, 2009).

A subserviência feminina também foi apontada como um fator propiciador para uma gravidez na faixa dos dez a 14 anos. As meninas, além de não terem conhecimento e poder sobre o próprio corpo, recebem informações que atribuem às mulheres papéis pouco propositivos para o alcance de sua cidadania. Sendo assim, estar grávidas seria uma forma de receber e doar sentimentos positivos (CAVASIN *et al.*, 2004).

Em seu estudo, Silva e Tonete (2006) relataram que, em alguns casos, as adolescentes são estimuladas a se relacionarem com homens mais maduros, com o propósito de se casarem ou manterem um relacionamento estável, que minimizem as carências econômicas da família.

A gravidez em menores de 14 anos também pode ser resultado de violência sexual cometida contra as adolescentes, podendo esta ser um sinal de alerta para a equipe de saúde, embora a situação necessite ser avaliada em todo o seu contexto. A violência contra a mulher é comum no nosso meio e em geral fruto das relações de gênero desiguais, em que o homem detém maior poder e impõe sua vontade (TEIXEIRA; TAQUETTE, 2010). A adolescente grávida como decorrência de violência sexual, e seus representantes legais, devem ser esclarecidos sobre as opções legais quanto ao destino da gestação e a respeito das possibilidades de atenção nos serviços de saúde (BRASIL, 2010a).

Sob uma perspectiva desfavorável, contextos familiares violentos, com uso e abuso de drogas por um dos membros da família também se revelam como associados à gênese da gravidez na adolescência (QUEIROZ, 2013).

Observa-se que mulheres iniciadas na maternidade em idade muito precoce tendem a ter um número maior de filhos. Em geral, a primeira gestação não costuma ser planejada e em algumas ocasiões é indesejada, sendo a probabilidade das gestações seguintes possuírem alto potencial de serem indesejadas (BERLOFI *et al.*, 2006).

Embora muito frequente, nem sempre a gravidez na adolescência é um acontecimento singular, visto que, para algumas jovens, o evento se repete, levando à adição de problemas como pequeno espaço interpartal, ocasionando baixo peso ao nascer, abandono escolar, afastamento social e do mercado de trabalho, desorganização familiar, além das questões emocionais (BERLOFI *et al.*, 2006).

As situações apontadas revelam a diversidade de fatores que potencialmente podem levar à gravidez precoce. Supõe-se que o risco seja tanto maior, quanto mais fatores estiverem presentes, pois um pode potencializar a ação de outro (QUEIROZ, 2013).

A gravidez precoce é considerada um grave problema de saúde pública pelas complicações que podem levar à adolescente e ao seu conceito (BRASIL, 2007a). Vários estudos fazem referência a maior incidência de complicações durante a gestação de adolescentes, como abortamento espontâneo, restrição de crescimento intrauterino, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, parto prematuro, sofrimento fetal intraparto, lesões vaginais, anemias, dentre outras (MOREIRA *et al.*, 2008; YAZLLE; FRANCO; MICHELAZZO, 2009).

Também é considerado um problema social, pois pode acarretar repercussões sociais negativas, como a evasão escolar, prejudicando seu desenvolvimento pessoal e profissional, podendo causar transtornos no núcleo familiar (YAZLLE; FRANCO; MICHELAZZO, 2009) e afastamento da adolescente do seu grupo de amigos, comprometendo sua vivência social (SILVA; TONETE, 2006; HOGA, 2008; RESTA *et al.*, 2010). Revela a prática de uma sexualidade não segura, com riscos de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras doenças sexualmente transmissíveis (MOREIRA *et al.*, 2008).

Estudos evidenciaram a gravidez na adolescência como um dos elementos sociais de risco para a mortalidade infantil. Estes mostraram que os filhos nascidos de adolescentes exprimem maior predisposição de morte durante o primeiro ano de vida, quando comparados aos das mulheres não adolescentes (OLIVEIRA; GAMA; SILVA, 2010, GURGEL, 2011). Outros estudos contestaram tais evidências, pois relataram que a maioria destes expressam outras variáveis que contribuem para tal desfecho como fatores sociais e ambientais desfavoráveis, baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, estado civil solteiro, filiação a grupos étnicos minoritários, além de limitações metodológicas, sugerindo, que os fatores sociais e ambientais podem ser mais importantes do que a imaturidade materna (LEVANDOWSKI; PCCININI; LOPES, 2008; QUEIROZ, 2013).

Por vivenciar simultaneamente dois fenômenos importantes, que é o ser adolescente e o ser mãe, a situação é associada à noção de risco (LEVANDOWSKI, PCCININI; LOPES, 2008), sendo considerada também uma situação de risco psicossocial que pode ser reconhecida como um problema para os jovens que iniciam uma família não planejada (GURGEL, 2011).

Dias e Teixeira (2010) acentuam que a maternidade solicitada da adolescente redefinir sua identidade, levando em consideração o fato de que sua vida, da gravidez em diante, estará vinculada as demandas do filho. Para os autores, adaptar-se ao papel materno ao mesmo tempo em que é adolescente e filha não é uma tarefa simples. As transformações emocionais e cognitivas pelas quais passam contribuem para que as adolescentes expressem dificuldades para desempenhar de maneira satisfatória as funções maternas. A insegurança e a falta de habilidade associadas ao reduzido conhecimento sobre os cuidados com a criança podem configurar um quadro de risco para o desenvolvimento da criança.

Dentre outras consequências de se tornar mãe precocemente, estão a perda da liberdade, o adiamento ou comprometimento dos projetos de estudos, a limitação de perspectivas de ingresso no mercado de trabalho e até o aproveitamento pleno das oportunidades para completo desenvolvimento pessoal (BELO; SILVA, 2004); além disso,

baixo nível de estabilidade conjugal, por abandono pelo parceiro ou término do relacionamento amoroso, taxas mais altas de desemprego e de pobreza, pois a questão econômica ficaria prejudicada pelo baixo nível de escolaridade, baixa estabilidade conjugal, e baixo *status* socioeconômico familiar (LEVANDOWSKI; PCCININI; LOPES, 2008), além de maus-tratos infantis (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

A gravidez na adolescência, frequentemente, destrói planos e adia projetos, levando a adolescente a uma situação de desajustamento social, familiar e escolar que, na maioria das vezes, contribui para que a jovem a vivencie como um momento de crise e, a depender do grau de ajuste da personalidade, poderá sair desta fortalecida, ou caminhar para depressão, tentativa de aborto ou suicídio (XIMENES NETO *et al.*, 2007).

Com base no exposto, é fácil observar uma diversidade de consequências negativas advindas com a gravidez na adolescência, tanto imediatas como ao longo prazo, podendo dificultar a vida futura das adolescentes. Outros estudos, no entanto, apontaram resultados positivos, especialmente os realizados em classes sociais menos favorecidas (DADOORIAN, 2003; PANTOJA, 2003; HOGA, 2008; DIAS *et al.*, 2011).

Hoga (2008) identificou o fato de que as adolescentes manifestaram sentimento de satisfação e felicidade no que concerne a condição de ser mãe e esposa. Dias *et al.*, (2011) afirmaram que as gestações na adolescência não foram percebidas como negativas neste período e que a maternidade pode ser almejada, pois a gravidez foi referenciada como uma possibilidade de constituírem a própria família e se acharem mais valorizadas socialmente.

Pesquisas detectaram o fato de que a experiência da gravidez na adolescência pode ensinar aspectos positivos no âmbito psicológico, pois favorece o amadurecimento da jovem, especialmente após o nascimento da criança (GONTIJO; MEDEIROS, 2008; LEVANDOWSKI; PCCININI; LOPES, 2008; NASCIMENTO, *et al.*, 2012; PATIAS; DIAS, 2013).

A realidade dos adolescentes de comunidades economicamente menos favorecidas baseia-se na condição de risco social e em conflitos naturais dessa fase, inseridos num âmbito que interfere em um viver saudável, podendo influenciar na formação da identidade individual e social do adolescente (QUEIROZ, 2013). As condições de baixa renda, as precárias condições de saúde, a falta de informação e o desconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos são elementos relacionados com situações de vulnerabilidades (GRIBOSKI; GUILHERM; CASTELO BRANCO, 2009).

Os riscos sociais e pessoais são fatores que podem restringir a qualidade de vida e prejudicar o crescimento saudável. As situações de riscos podem ser entendidas como uma condição na qual crianças e adolescentes, que, por suas circunstâncias de vida, estão expostas a

violência, ao uso de drogas e a um conjunto de experiências relacionadas às privações de ordem econômica, social, afetiva e cultural imprescindíveis ao pleno desenvolvimento biológico e psicossocial. Os adolescentes que vivem nesses contextos são mais vulneráveis tanto no aspecto pessoal como social (GRIBOSKI; GUILHERM; CASTELO BRANCO, 2009).

A gravidez precoce deve ser analisada tendo como perspectivas a concepção de vulnerabilidade, sendo esta definida como um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais, cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de um grupo populacional referente a uma doença, condição ou dano (AYRES *et al.*, 2006; GURGEL, 2011). Neste sentido, ser vulnerável é toda e qualquer pessoa que se encontra menos apta a se proteger de algum evento, tanto nos aspectos biológicos como nos familiares, sociais, econômicos e comunitários.

Segundo Ayres *et al.* (2006), as concepções de vulnerabilidade devem ser consideradas em três dimensões de análises, que são: dimensão individual, social e programática. Na dimensão individual são importantes os valores, interesses, crenças, credos, desejos, conhecimentos, atitudes, comportamentos, relações familiares, de amizades, afetivo-sexuais e profissionais, situação psicoemocional, marital e física, redes e suporte emocionais.

De feição social, são consideradas as normas sociais, referências culturais, relações de gênero, relações de raça/etnia, relações entre gerações, emprego, salário, acesso a educação, cultura, lazer, a justiça, esporte, à mídia dentre outras.

De perfil programático, dando ênfase ao setor saúde, devem ser considerados: compromissos políticos dos governos, definição de políticas específicas, planejamento e avaliação das políticas, recursos humanos e materiais para as políticas, governabilidade, controle social, articulação multissetorial das ações, atividades intersetoriais, organização do setor saúde, acesso aos serviços, qualidade dos serviços, integralidade da atenção, equidade das ações, dentre outras.

Para Fortaleza (2012b), a expressão vulnerabilidade social é multiconceitual, existindo, no entanto, um consenso no reconhecimento de que esta sintetiza e destaca situações extremas de exclusão, haja vista a intensa desigualdade social no Brasil.

O início das atividades sexuais na população adolescente, em virtude de suas vulnerabilidades, como desinformação, não utilização de método contraceptivo ou uso inadequado, baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico, conflitos familiares, em muitas situações leva à gravidez precoce e a aquisição de doenças sexualmente transmissíveis, (MOREIRA *et al.*, 2008).

Estudo realizado em comunidade de baixa renda em Fortaleza identificou o fato de que os fatores associados a gravidez na adolescência foram diretamente relacionados à

vulnerabilidade individual e social e ao ambiente familiar negligente no qual vivem as adolescentes. Apontou três fatores individuais e cinco familiares associados à gênese da gravidez precoce: ser a adolescente casada, o não uso de preservativo na última relação sexual, a baixa autoestima, a presença de problema ou violência no contexto familiar, consumo de álcool pelo pai, a ausência de diálogo com a mãe, a reação punitiva materna com o desempenho escolar ruim e a ridiculização da filha pela mãe (QUEIROZ, 2013).

O atendimento humanizado e de qualidade no pré-natal, parto e puerpério é fundamental para reduzir os agravos que possam vir a ocorrer na gravidez precoce. É importante a inclusão de medidas de prevenção e promoção da saúde além das atividades clínicas, havendo necessidade também de esclarecimentos sobre seus direitos, como o de ter acompanhante de sua escolha durante a gestação, trabalho de parto, parto e puerpério (BRASIL, 2005).

Os altos índices de gravidez precoce na área em estudo revelam a frequência com que a atividade sexual desprotegida acontece, e alertam para a necessidade de adoção de estratégias sérias e comprometidas que visem à prevenção do evento, exigindo que os profissionais dos diversos segmentos responsáveis pela assistência aos adolescentes desenvolvam ações que privilegiem temáticas como saúde sexual e reprodutiva, visando à prevenção da gravidez e de outros agravos como as DSTs.

3.3 Saúde sexual e reprodutiva na adolescência

A adolescência coincide com a maturação fisiológica da pessoa, tornando-a apta à reprodução. A vivência sexual das adolescentes é uma realidade incontestável e ela é iniciada cada vez mais precocemente, em virtude da grande oportunidade para manter relações sexuais, favorecida pelo estilo atual de vida com maior liberdade, estímulos do meio social, influências dos amigos e vulnerabilidades sociais, dentre outros fatores (MENDONÇA; ARAÚJO, 2011). O não uso de preservativo, ou o seu uso inadequado, poderá ter consequências indesejadas, como aquisição das DSTs e HIV e a gravidez precoce.

Diversos estudos demonstram esta realidade. Em 2012, foi realizada a segunda Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE), com alunos do 9º ano do ensino fundamental nas Capitais e no Distrito Federal, atingindo a faixa etária predominante de 13 a 15 anos. Abordou diversas temáticas, inclusive a saúde sexual e reprodutiva. A pesquisa revelou que 28,7% dos estudantes já tiveram relação sexual alguma vez na vida. Quando analisado por sexo, detectou-se que 18,3% das meninas declararam já ter praticado relação

sexual, sendo que, para os meninos, este percentual correspondeu a 40,1%. Esta variável mostrou-se diferenciada também por cidade, observando-se maior precocidade em Boa Vista (33,3%) e a menor em João Pessoa (14,1%). Em Fortaleza, 28,1% dos estudantes investigados já haviam iniciado vivência sexual, sendo que as meninas corresponderam a 19,8% e os meninos a 37% (IBGE, 2013).

Outra pesquisa, esta realizada em 2011, com 499 alunos adolescentes de escolas estaduais de Cuiabá-MT, cursando o 1º ano do ensino médio, revelou que 40% dos alunos já haviam iniciado a vida sexual, sendo 55% meninos e 31% meninas. Com relação aos métodos contraceptivos, 55% declararam conhecer o preservativo juntamente com os anticoncepcionais orais e injetáveis; 18% afirmaram conhecer somente o preservativo, 16% deixaram a questão em branco e 4% referiram conhecer somente os anticoncepcionais orais e injetáveis; 4% relataram que não sabiam; e 3% declararam outras respostas (MENDES *et al.*, 2011).

Resultado semelhante mostrou-se em estudo realizado com alunos da mesma faixa etária e nível de escolaridade em escola de ensino médio de Fortaleza-CE, em que foram avaliados 210 alunos. Verificou-se que 43,1% dos adolescentes já haviam iniciado vida sexual. Somente 61,1% dos entrevistados referiram o uso do preservativo na primeira relação sexual. Quanto a anticoncepção, estava sendo praticada somente por 29,6% dos adolescentes, enquanto 56,9% estavam com parceiros fixos, eventuais ou com outros tipos de relacionamentos (MOURA *et al.*, 2011).

Restaram constatados nestas pesquisas, a precocidade da iniciação sexual e o fato de que parcela dos adolescentes desconhece os métodos contraceptivos, estando vulneráveis a gravidez precoce e aquisição de DSTs e AIDS. A realidade da população adolescente, de um modo geral, poderá mostrar-se ser mais preocupante, se for avaliado que as pesquisas foram realizadas com adolescentes que estão nas escolas e cursando o 9º ano do ensino fundamental e primeiro ano do ensino médio. Torna-se imprescindível proporcionar aos adolescentes uma assistência integralizada e interdisciplinar, buscando parcerias com os demais órgãos responsáveis pela saúde e desenvolvimento dos adolescentes, oferecendo entre outros dispositivos, orientação sobre saúde reprodutiva e anticoncepção.

Entender que o início da prática sexual ocorre cada vez mais cedo é analisar a ideia de que o adolescente não se encontra amadurecido cognitivamente para interiorizar as necessidades da prática sexual segura, não só no que se refere à anticoncepção, como também na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Estudo citou que os principais motivos da não utilização de qualquer método anticonceptivo na primeira relação sexual, estão associados a fatores como entusiasmo do momento, descrença da possibilidade de gravidez,

desconhecimento sobre obtenção e uso dos métodos, atribuição da responsabilidade de prevenção ao parceiro naquele momento (BARROS; GOMES, 2011).

A IV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, assim define saúde reprodutiva:

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias competentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando, e quantas vezes o deseja fazer (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 1994, p. 62).

A Conferência estabeleceu, entre outras metas, que todos os países devem se esforçar para que, até o ano 2015, a saúde reprodutiva esteja no alcance de todas as pessoas, por meio de um sistema primário de saúde. No Brasil, as ações primárias de saúde são desenvolvidas pela Atenção Básica à Saúde.

O Ministério da Saúde caracteriza a Atenção Básica como,

Um conjunto de ações, no âmbito individual ou coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária [...] (BRASIL, 2012b, p. 19).

Os profissionais de saúde da Atenção Básica devem procurar conhecer as necessidades das pessoas sob os mais diversos aspectos no que diz respeito a sua saúde incluindo-se a saúde sexual e reprodutiva, e ajudá-las, respeitando suas escolhas.

Em 12 de janeiro de 1996, entrou em vigor no Brasil a Lei Federal Nº 9.263, Lei do Planejamento Familiar, que regulamenta a oferta, à mulher, ao homem e ao casal, de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), compondo uma das ações da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), implementada pelo Ministério da Saúde, desde 1984 (MOURA; MARANHÃO; GOMES, 2011).

O planejamento familiar é definido no art. 2º da Lei 9.263, da seguinte forma:

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.
Parágrafo único- É proibido a utilização das ações que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico. (BRASIL, 1996b, p. 1).

O planejamento familiar constitui, portanto, um direito sexual e reprodutivo, devendo levar em consideração o contexto de vida de cada pessoa e o direito de todos poderem tomar decisões sobre reprodução sem discriminação, coerção ou violência (BRASIL, 2010a).

Discute-se o uso da expressão planejamento reprodutivo em substituição a planejamento familiar, sendo defendido por se tratar de uma concepção mais abrangente. O planejamento reprodutivo constitui importante estratégia para promoção da saúde de homens, mulheres, adolescentes e crianças, contribuindo para uma prática sexual mais saudável, possibilitando o espaçamento dos nascimentos e a recuperação do organismo da mulher após o parto (BRASIL, 2010a).

De acordo com o Ministério da Saúde,

A atenção em anticoncepção pressupõe a oferta de informações, de aconselhamento, de acompanhamento clínico e de um leque de métodos e técnicas anticoncepcionais, cientificamente aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, para homens, mulheres, adultos e adolescentes, num contexto de escolha livre e informada (BRASIL, 2010a, p. 111).

O modelo hierárquico e assimétrico das relações de gênero na sociedade, os comportamentos culturalmente esperados de homens e mulheres, assim como a organização dos aparatos institucionais, colaboram para que as mulheres tenham dificuldades para negociar com seus parceiros, assumindo para si a responsabilidade pelo uso dos métodos contraceptivos e prevenção das DSTs e AIDS (CASTRO; ABROMOVAY; SILVA, 2004).

Os profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde em planejamento reprodutivo devem realizar três tipos de ações - atividades educativas, aconselhamento e atividades clínicas - que deverão ser desenvolvidas de forma integrada, tendo-se em vista que toda visita da mulher à unidade de saúde constitui-se uma oportunidade para prática de ações educativas, visando à promoção da saúde (BRASIL, 2010a).

As atividades educativas têm dentre outras finalidades, ampliação do nível de conhecimento dos usuários sobre diversos aspectos de suas vidas. Há que se proporcionar oportunidades para que as pessoas falem sobre o que pensam a respeito de temas diversos como amor, preconceito, amizade, família, cidadania, namoro, “ficar”, virgindade, doenças sexualmente transmissíveis, raiva, violência, drogas, sexo, fome, desigualdade, direitos, cidadania, arte, medo, gravidez desejada ou indesejada, sendo, portanto, fundamentais nestes momentos as ações coletivas ou atividades em grupos (BRASIL, 2010a).

É preciso utilizar metodologias participativas e não serem meros momentos de passagem de informação. As ações devem ser norteadas com princípio de igualdade entre homens e mulheres, incentivar o respeito mútuo nas relações e rejeitar todas as formas de violência, bem como atitudes discriminatórias contra homossexuais ou a ridiculização dos adolescentes e jovens que não sejam sexualmente ativos. As informações devem ser completas e precisas. Deve-se procurar envolver a participação dos diversos profissionais da equipe, para que contribuam, de acordo com seu nível de responsabilidade e competências requeridas em cada situação (BRASIL, 2010a).

As atividades educativas direcionadas para os adolescentes, visando a sua educação sexual e reprodutiva, devem ser oferecidas em todos os ambientes onde estes estejam presentes, sejam nas unidades de saúde, escolas, nos grupos de jovens, nas associações comunitárias, deixando-se claro que medidas preventivas iniciadas precocemente não devem ser entendidas como indutoras da sexualidade, mas sim como colaboradoras de uma educação continuada para a saúde, já que a educação sexual envolve, além da prevenção da gravidez indesejada, a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.

O aconselhamento implica escuta ativa, individualizada e centrada no usuário. Pressupõe estabelecimento de uma relação de confiança, podendo nesta o profissional identificar e atuar sobre demandas trazidas pelos usuários, relativas ao seu planejamento reprodutivo, prevenção das DSTs, prevenção de câncer, dentre outras, visando o resgate dos recursos internos da pessoa, para que ela tenha possibilidade de se reconhecer como sujeito de sua saúde e transformação (BRASIL, 2002).

As atividades clínicas voltadas para a saúde sexual e reprodutiva devem ser realizadas visando à promoção, à proteção e à recuperação de sua saúde, devendo estas ser inseridas na perspectiva de atenção integral à saúde, evitando-se a fragmentação das ações (BRASIL, 2010a).

A primeira consulta deve acontecer, preferencialmente, após participação de atividade educativa e esta há de incluir anamnese, exame físico e ginecológico, com especial atenção para a orientação do autoexame da mama, de investigação do último exame preventivo de câncer de colo uterino, análise da escolha e prescrição do método anticoncepcional. As consultas de retorno objetivam um atendimento periódico e contínuo para reavaliar a adequação do método em uso, bem como prevenir, identificar e tratar possíveis intercorrências (BRASIL, 2002).

A escolha do método é um momento de especial importância na consulta, pois nela necessita que sejam observados diversos elementos, como os conhecimentos prévios das

usuárias, influências de familiares e amigas, as opções oferecidas pelo serviço, as condições biológicas da usuária, seu nível de entendimento, dentre outras dimensões. Ante estes elementos, o profissional, em comum acordo com a usuária, deverá chegar a uma escolha que represente o melhor para ela, sempre ouvindo e respeitando suas opiniões. O ideal é que a unidade de saúde ofereça a maior quantidade de opções possíveis, para que a usuária escolha a que melhor se harmonize a sua pessoa e ao seu estilo de vida.

A oferta irregular dos métodos anticonceptivos é um problema frequente nas unidades básicas de saúde. Observa-se regularidade maior na oferta de determinados métodos como anticoncepcionais orais e preservativos, mas constatam-se irregularidade na distribuição dos anticoncepcionais injetáveis, bem como ausência de outros, como os implantes que ainda não chegaram à maioria das unidades básicas de saúde, fatores que contribuem para uma não adesão consistente a um determinado método. Em algumas situações, a ausência de suporte adequado leva as mulheres de baixa renda a tomarem iniciativas para evitar a gravidez indesejada, arcando com o ônus financeiro e danos para a própria saúde, por adquirir o método sem a orientação adequada (MOURA; MARANHÃO; GOMES, 2011).

As dificuldades em relação às ações de promoção à saúde sexual e reprodutiva tornam-se ainda mais complexas, quando se procura desenvolvê-las junto ao grupo de adolescentes. Na opinião destes, os serviços de saúde não aparecem como um local prioritário para se encontrar informações acerca de sexualidade (CASTRO; ABROMOVAY; SILVA, 2004). Por outro lado, vários estudos indicam que os profissionais de saúde não se sentem preparados para essa atenção, principalmente no que diz respeito aos seus aspectos legais e éticos (BRASIL, 2010a).

Visando a favorecer a aproximação dos adolescentes com as unidades básicas de saúde, alguns cuidados devem ser observados: os adolescentes devem receber um cuidado diferenciado, observando-se a fase de seu desenvolvimento físico, emocional e social e lhes garantir uma atenção qualificada, onde existam escuta, vínculo e interesse em dar resposta, principalmente, quando esta busca envolve saúde reprodutiva. Os serviços de saúde devem buscar os adolescentes antes mesmo de sua iniciação sexual. Há que se procurar envolver os adolescentes e jovens do sexo masculino, estimulando a corresponsabilidade nas questões relacionadas à prevenção da gravidez, das doenças sexualmente transmissíveis e na criação dos filhos (BRASIL, 2010a).

Em todos os atendimentos, deve-se incentivar a dupla proteção. Esse conceito surgiu na década de 1970 e consiste no uso combinado da camisinha masculina ou feminina com outro método anticoncepcional, tendo como finalidade promover, ao mesmo tempo, a

prevenção da gravidez e a prevenção da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana HIV e por outras DSTs (BRASIL, 2010a).

A prevenção da gravidez na adolescência é uma ação complexa, que requer multissetorialidade, interdisciplinariedade, envolvimento das famílias, da comunidade, além das ações governamentais, pois ações isoladas não atuarão satisfatoriamente num fenômeno que é multicausal. Há necessidade de se intervir com vistas a minimizar as vulnerabilidades a que as adolescentes estão expostas, principalmente nas comunidades menos favorecidas socioeconomicamente, onde o problema é mais evidente, sendo necessários, portanto, a ampliação dos conhecimentos por todos os envolvidos com a saúde e o desenvolvimento dos adolescentes, para que as ações e demais suportes sejam oferecidos como de direito.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo e abordagem do estudo

O estudo consistiu de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, visto ser o método mais adequado, por possibilitar a compreensão dos significados estabelecidos pelas adolescentes acerca de sua gravidez. Como leciona Minayo (2010, p. 22-23),

As metodologias de pesquisa qualitativa, entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construção humanas significativas.

Inicialmente foi realizada a pesquisa exploratória, que possibilitou melhor compreensão do tema por meio de levantamento de informações. Para tanto, foi realizada pesquisa bibliográfica concentrando-se mais nos temas relativos a adolescência, gravidez na adolescência, saúde sexual e reprodutiva.

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada na área de abrangência da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Edmar Fujita, vinculada à Coordenadoria Regional VI¹, Fortaleza, CE, local onde a pesquisadora desenvolve suas atividades como enfermeira da ESF. Esta unidade é responsável sanitariamente pelo bairro Boa Vista e parte do bairro Castelão, que segundo o Atesto Municipal de Funcionamento das Equipes Saúde da Família e Saúde Bucal, referente à unidade no mês de setembro de 2012, possui uma população estimada em 12.907 pessoas (FORTALEZA, 2012c). Grande parte da população adscrita é de baixa renda, mora em áreas de ocupação, com infraestruturas precárias e com risco de inundação, em período de chuva, pelo rio Cocó, além de vários outros problemas marcantes que afetam os adolescentes da comunidade como o uso e a comercialização das drogas, o abandono da escola por algumas adolescentes, baixa escolaridade, falta de oportunidade de trabalho, poucas opções de lazer, dentre outras condições que as deixam mais vulneráveis à gravidez precoce.;

¹ As unidades de atenção primária à saúde - UAPS são vinculadas administrativamente conforme organograma da Secretaria Municipal de Saúde, em seis coordenadorias regionais (FORTALEZA, 2013).

Apesar da deficiência habitacional da população, a comunidade possui diversos equipamentos sociais públicos e acessíveis, como: escolas de ensino fundamental e médio, uma unidade de atenção primária à saúde com equipes completas (três equipes) e equipe da Estratégia NASF e boas condições físicas, um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), três creches, associações comunitárias, o Centro Espiritual Uirapuru, Vila Olímpica, dentre outras.

4.3 Participantes do estudo

As participantes do estudo foram 24 adolescentes primigestas, moradoras da área de abrangência da UAPS Edmar Fujita – Fortaleza-CE, que realizaram acompanhamento pré-natal nos meses de dezembro de 2013 e janeiro de 2014 nesta unidade de saúde.

Escolheu-se trabalhar com primigestas por entender-se que a primeira gravidez causaria maior impacto e repercussões na vida da adolescente. Os critérios de inclusão foram: realizar o acompanhamento pré-natal na unidade de saúde, ser adolescente (dez-19 anos) e ser primigesta.

O total de participantes foi definido por critério da saturação, ou seja, quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos começaram a ter uma regularidade de apresentação, demonstrando a suficiência do material coletado para alcançar os objetivos (MINAYO, 2008). A repetição de informações foi observada a partir da vigésima entrevista e no total de 24 adolescentes foram entrevistadas.

4.4 Métodos e procedimentos para coleta de informações

Inicialmente comunicou-se a coordenação da unidade de saúde e aos profissionais da ESF o teor da pesquisa, como também foi solicitada a cooperação de todos, e em especial dos agentes comunitários de saúde (ACS), para que informassem a pesquisadora à ocorrência de gestantes que se enquadrassem no perfil selecionado.

As informações foram coletadas, inicialmente aplicando um formulário (Apêndice A) contendo questões fechadas, considerando informações pessoais e sociais, idade, estado civil, anos de aprovação escolar, ocupação, hábitos de vida, renda mensal, situação de moradia, dentre outras.

Em seguida, realizou-se entrevista semiestruturada, utilizando-se um roteiro de entrevista (Apêndice B), onde se buscou informações sobre seus sentimentos, percepções,

conhecimentos e sugestões referentes a sua gravidez e sobre temáticas como sexualidade, saúde reprodutiva e anticoncepção.

Gil (2011, p. 109) define entrevista como:

[...] a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. A entrevista é, portanto, uma forma de interação social. Mais especificamente, é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação.

Minayo (2008) ensina que a entrevista semiestruturada combina perguntas abertas e fechadas, e o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada.

As entrevistas foram realizadas individualmente, cinco nos domicílios das adolescentes, após terem sido agendadas previamente pelos ACSs, e 19 antes de suas consultas na unidade de saúde. Transcorreram nos meses de dezembro de 2013 e janeiro de 2014. Antes da entrevista propriamente dita. Teve-se o cuidado de explicar para as participantes e seus representantes legais o objetivo do estudo e os princípios éticos e só foram iniciadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apêndices C e D. As entrevistas foram gravadas, com autorização das participantes e de seus responsáveis, e posteriormente transcritas na íntegra.

Foi utilizada também a técnica de observação simples das reações das adolescentes durante as entrevistas e nos momentos de interação com a pesquisadora, com a finalidade de enriquecer a análise. Como forma de apreensão das observações, utilizou-se um diário de campo, onde foram escritas impressões sobre os resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, e manifestações das entrevistadas quanto aos vários pontos investigados.

4.5 Análise e discussão dos resultados

O material foi analisado com o emprego da técnica de Análise de Conteúdo, modalidade análise temática, segundo os conceitos propostos por Bardin (2010).

Para Bardin (2010, p. 44), a análise de conteúdo é,

[...] um conjunto um de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Confirma-o, então, que o primordial não é aquilo que a mensagem evoca à primeira vista, mas o que veicula, tomando-o por base o seu contexto e suas circunstâncias, sob a crença de que a representação tem a possibilidade de ser desvendada.

Ainda de acordo com a autora, “fazer uma análise temática consiste em descobrir os <<núcleos de sentido>> que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 2010, p. 131).

Para Bardin (2010), as fases da Análise de Conteúdo organizam-se em três polos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, descritas a seguir.

A pré-análise é a fase de organização. Corresponde a um período de intuições, e tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais. Geralmente esta fase possui três missões: a escolha dos documentos, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final. Nesta etapa, se realiza leitura flutuante de documentos, apreendendo impressões e orientações, em que se efetiva a constituição do *corpus*. Este é o conjunto dos documentos a serem submetidos aos procedimentos analíticos.

Na fase de exploração do material (descrição analítica), os dados brutos ganham vida, expressam significados, sendo validados por via de sua codificação, classificação e categorização. Tratando desses aspectos, Bardin (*apud* RODRIGUES; LEOPARDI, 1993, p. 31) relata que: 1) a codificação “[...] pode ser realizada a partir do recorte que se refere a escolha das unidades; a classificação e a agregação voltam-se para as escolhas de categorias”; 2) Unidade de registro, correspondendo ao segmento de conteúdo a ser considerado, podendo ser uma frase (desde que exprima um pensamento completo), uma palavra ou uma afirmação acerca de um assunto; 3) categorização, que é a operação de classificação de elementos pertencentes a um conjunto.

Na fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, os resultados brutos foram tratados de maneira a serem significantes e válidos, permitindo estabelecer quadro de resultado e figura os quais condensaram e puseram em relevo as informações fornecidas pela análise. Para isso, tornou-se necessário entrar no campo da reflexão.

Com suporte nos pressupostos fornecidos por Bardin (2010), foram seguidos resumidamente os seguintes passos para análise e discussão dos resultados: leitura flutuante dos documentos, constituição do *corpus*, transcrição das entrevistas na íntegra, leitura exhaustiva das entrevistas, condensação das informações com base em cada pergunta,

identificação dos pontos comuns em cada item e agrupamento das similaridades, composição das unidades de análise, definição das categorias e análise reflexiva das respostas significantes para o estudo.

4.6 Aspectos éticos

Os aspectos éticos do estudo foram respeitados, buscou-se norteá-lo adequadamente. Assim, o primeiro procedimento ético foi à solicitação da autorização para realização da pesquisa ao Sistema Municipal Saúde-Escola, órgão responsável, junto à Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, pelas atividades de pesquisa nas unidades de saúde e de educação permanente do município da Capital do Ceará. Em seguida, cadastrou-se a pesquisa na Plataforma Brasil. O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), com o Parecer de nº 473.224. Após a anuência das instituições, iniciou-se a investigação.

O estudo foi norteado pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos, incorporando, sob a óptica da pessoa e das coletividades, os quatro referenciais básicos da Bioética: autonomia, beneficência, justiça e não-maleficência, visando a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012c).

Neste estudo, adotou-se a classificação da adolescência segundo a Organização Mundial de Saúde-OMS (1995), que compreende a fase do ciclo de vida situada entre os dez e aos 19 anos.

Esclareceu-se também sobre os possíveis riscos e benefícios que poderiam advir com a sua participação na pesquisa. Deixou-se claro que as informações são sigilosas. O local da entrevista foi indicado pela adolescente, tendo sido 19 realizadas em consultório na unidade de saúde e cinco nos domicílios das gestantes. Houve privacidade no momento da entrevista, pois permaneceram no recinto somente a adolescente e a entrevistadora. A adolescente foi esclarecida que poderia desistir a qualquer momento sem nenhum prejuízo de sua relação com a pesquisadora nem com a unidade de saúde. Esclareceu-se, que pelo fato da adolescente ser menor de idade, sua capacidade de autodeterminação se mostrava reduzida e haveria necessidade do consentimento prévio de seu responsável legal, que também assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após ter sido completamente esclarecido sobre a pesquisa. Portanto, foram assinados dois TCLEs, um pela a adolescente

(Apêndice C) e outro pelo seu responsável legal (Apêndice D), que foram confeccionados e assinados em duas vias, uma para a adolescente/responsável e outra para a pesquisadora.

Para preservar o anonimato das participantes do estudo, elas foram referenciadas com o nome de uma pedra preciosa ou semipreciosa, lembrando a beleza interior que cada uma conduz.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Perfil das participantes do estudo

As participantes do estudo, como já informado, foram 24 adolescentes primigestas. A faixa etária variou de 14 a 19 anos, com média de 17 anos. Verificou-se que a idade média da menarca foi de 11,58 anos e da “sexarca” de 14,46 anos, a gravidez ocorreu, em média, 2,63 anos após a iniciação sexual, sendo que, até os 13 anos, nove adolescentes (37,5%) já haviam iniciado sua vida sexual, dado relevante quando se compara com a PENSE (2009), que, para essa mesma faixa etária, se apresenta em 15,3%, constatando-se uma precocidade ainda maior no grupo estudado (IBGE, 2009).

Quanto à escolaridade, somente cinco adolescentes já haviam concluído o ensino médio, oito possuem o ensino médio incompleto e 11 somente o fundamental incompleto, sendo que os menores anos de estudo foram seis, apresentados por duas adolescentes. Dez adolescentes abandonaram a escola, sete antes de engravidar, e três após a gravidez. Das nove que continuam estudando, quatro têm escolaridade menor do que a esperada para a idade. Estes dados atestam a relação entre a vivência escolar das adolescentes e suas experiências sexuais e reprodutivas, corroborando outros estudos (DIAS; TEIXEIRA, 2010; FARIAS; MORÉ, 2011; NOVELLINO, 2011).

Das cinco adolescentes que concluíram o segundo grau, somente duas manifestaram a intenção de voltar a estudar, sendo que, para as demais concluir o ensino médio significa terminar os estudos, fator que poderá influenciar negativamente na imersão futura destas adolescentes no mercado de trabalho. Achado semelhante foi o da pesquisa realizada por Chacham, Maia e Camargos (2012) em Belo Horizonte, onde os resultados indicaram que o segundo grau é o limite da escolaridade das jovens moradoras das favelas, ou seja, elas não conseguem acessar o ensino superior. Daniele (2010) concluiu em seu estudo, que voltar a estudar não apareceu como um desejo ou algo almejado, apesar de algumas adolescentes demonstrarem intenção de retornar à escola.

Com relação ao estado civil, cinco adolescentes estão solteiras, 15 em união estável e somente quatro casadas, o que configura fragilidade nos vínculos entre as adolescentes e seus parceiros. Vale destacar o fato de que as gravidezes aconteceram dentro de um relacionamento afetivo estabelecido, salientando que dez adolescentes (41,7%) já moravam com seus companheiros no momento em que engravidaram, e as demais moravam com seus familiares. Detectou-se o fato de que a gravidez favoreceu para a união de quatro

adolescentes com seus companheiros. Sendo assim, após a gravidez, 14 adolescentes passaram a morar com seus companheiros e dez continuaram morando com a família, das quais cinco continuam com vínculo com seus companheiros, mas cada um com suas respectivas famílias. A composição familiar consistiu em 3,79 pessoas por família.

Resultados semelhantes foram encontrados por Aquino *et al.* (2003) e Borges *et al.* (2009) ao constatarem que a maior parte das gravidezes se deu com o casal morando com suas famílias de origem, favorecendo assim a união do casal.

Verificou-se que somente oito adolescentes conseguiram constituir uma família, morando em casa desmembrada de outros familiares, muito embora duas destas continuem recebendo auxílio de familiares, pois não têm condições de se manterem sozinhos. Observou-se nas famílias estudadas, a presença de fatores que favorecem a ocorrência da gravidez precoce, como, por exemplo, viverem em comunidade com baixo nível socioeconômico, onde se notou que 20 adolescentes pertenciam a família com renda de até dois salários-mínimos² e, destas, quatro possuem renda menor do que um salário mínimo, mesmo acrescentando o auxílio do programa de complementação de renda do Governo Federal, o Bolsa Família.

Santos e Nogueira (2009) relataram em seu estudo o fato de ser na camada social com menor poder aquisitivo onde se encontram os maiores índices de fecundidade e que a baixa perspectiva de vida, a violência, a baixa escolaridade e, muitas vezes a repetência, aliada a falta de recursos materiais, financeiros e emocionais, fazem com que a adolescente veja na gravidez a única possibilidade de um futuro melhor.

A gravidez na adolescência mostrou-se recorrente na história familiar, pois somente cinco adolescentes não a identificaram, 14 afirmaram que suas mães também engravidaram adolescentes, seis citaram irmãs, sete as primas e cinco as tias, salientando-se que algumas adolescentes referiam a presença do evento em mais de um componente.

Com referência à ocupação, nenhuma adolescente demonstrava vínculo empregatício no momento da entrevista; três que haviam iniciado a trabalhar deixaram logo após a descoberta da gravidez. Sendo assim, seis se classificaram como desempregadas, nove citaram que são estudantes e nove donas de casa. Das estudantes, quatro acumulam tarefas de donas de casa, e as desempregadas, também, ocupam seu tempo em afazeres domésticos. Esses dados corroboram estudos na área mostrando que, na família e no meio social, as atividades das adolescentes estão muito voltadas para atividades desenvolvidas no âmbito dos cuidados da família, onde muitas vezes estas adolescentes já foram desde crianças

² Valor do salário-mínimo: R\$ 678,00.

acostumadas a cuidar da casa e de seus irmãos mais novos, sendo estas atividades comuns e esperadas pelas adolescentes e por suas famílias (PANTOJA, 2003; DADOORIAN, 2000).

Com relação aos hábitos de vida, 22 adolescentes referiram não fumar, não ingerir bebidas alcoólicas e não fazer uso de outras substâncias. Uma adolescente referiu já ter feito uso de maconha, tendo sido por este motivo internada por sua mãe para afastá-la do uso. No momento atual, esta refere não usar nenhuma substância. Outra adolescente referiu fumar, fazer uso de bebidas alcoólicas e de cocaína. É bom dizer que um estudo evidenciou o aumento da vulnerabilidade para a gravidez em caso de uso de drogas lícitas ou ilícitas (BERTONI *et al.*, 2009).

Referentes às condições das residências, excetuando-se uma adolescente que mora em casa construída com material reciclado, as 23 restantes moram em casa de tijolo, todas com serviço de coleta pública de resíduos, 22 eliminam seus dejetos utilizando fossa séptica duas alegaram que os dejetos são eliminados a céu aberto.

No tocante à religião, 16 referiram que são católicas e oito evangélicas. Constatou-se que a pertença a um grupo religioso não se mostrou um fator protetor para a prevenção da gravidez precoce. Vale salientar que, neste estudo não foi avaliado o grau de participação da jovem nos rituais de sua igreja. Resultado semelhante foi obtido por Borges *et al.* (2009), ao constatarem que todas as adolescentes referiram pertencer a alguma religião, mas isto não se refletiu em maior integração social.

Observou-se que as adolescentes deste estudo vivem em um contexto de vulnerabilidade social, marcado pela presença de baixas condições socioeconômicas, baixo nível de escolaridade, conflitos familiares, desemprego, iniciação sexual precoce, não adoção de práticas de sexo seguro; e também pelo fato de a gravidez na adolescência ser um evento frequente na comunidade e dentro de suas famílias, uso de drogas, falta de perspectivas quanto ao futuro, dentre outras.

Em contextos semelhantes ao deste estudo, outros relataram em suas conclusões a relação entre vivências em condições de vulnerabilidades e a ocorrência da gravidez precoce. Diniz e Koller (2012) concluíram que a gravidez tende a ocorrer nas adolescentes com menores oportunidades de autorrealização. Ximenes Neto *et al.* (2007) inferiram que adolescentes que vivem em um meio social desprovido de recursos materiais, financeiros e emocionais satisfatórios podem ver na gravidez uma expectativa de futuro melhor e com isto, acabam vulnerabilizadas. Nascimento *et al.* (2007) concluíram que adolescentes pertencentes a famílias de pouca instrução, com baixo nível social e cujas mães tiveram precocemente seu primeiro filho, tendem a seguir o mesmo rumo.

É notório, no entanto, o fato de que a pobreza sozinha não é uma variável explicativa do aparecimento da gravidez durante a adolescência, mas sim a junção de variáveis diversas, sendo que uma potencializa a ação de outra (DINIZ; KOLLER, 2012).

É constatável nas falas e nas informações fornecidas pelas adolescentes o fato de que elas vivenciam dificuldades neste momento, pois nenhuma delas possui atividade remunerada, ficando na dependência de seu companheiro e, na maioria das vezes, necessitando do apoio financeiro de seus membros familiares, como se pode observar nos relatos:

[...] ele não é empregado não, só vivemos da ajuda de nossas mães mesmo (ESMERALDA).

Agora apesar da dificuldade, meu marido não tá trabalhando [...] (JADE).

[...] depois não queria não, por morar assim na casa da família dele, aí tem irmão, tem pai, tem mãe dele, aí não queria, queria que nós tivesse na nossa casa, era melhor (JASPE).

Resultado semelhante foi verificado nos estudos realizados por Souza *et al* (2012), Lima *et al.* (2004) e Borges *et al.* (2009), mostrando que quando há o apoio das famílias para levar à frente a gravidez, e esta passa a ser aceita, se torna algo normal, observando-se em muitas ocasiões que as famílias se reorganizam para apoiar a nova família em formação.

Os dados foram processados e analisados em categorias temáticas. Para melhor apreensão da percepção e conhecimento das adolescentes, analisaram-se as informações sob dois prismas: a gravidez na adolescência, como esta é percebida pela adolescente de um modo geral na comunidade e como a jovem vivencia e percebe a própria gestação, e quais seus sentimentos e conhecimentos perante o evento. Desse processo, emergiram quatro categorias temáticas:

- a) Percepção e sentimentos atribuídos pelas adolescentes à gravidez que vivenciam;
- b) Motivos relatados pelas adolescentes como responsáveis pela gravidez na adolescência;
- c) Mudanças ocorridas na vida da adolescente em decorrência da gravidez;
- d) Estratégias de prevenção da gravidez na adolescência sob a óptica das adolescentes.

Os resultados foram analisados e discutidos com base em estudos pertinentes.

5.2 Percepção e sentimentos atribuídos pelas adolescentes a gravidez que vivenciam

Procurou-se apreender a percepção da gravidez para a adolescente como também explicitar seus sentimentos e vivências.

Observou-se que as adolescentes vivenciam e reagem diferentemente ao evento. Essa heterogeneidade é determinada por múltiplos fatores, como históricos, sociais, culturais, educacionais, pessoais e dinâmicas familiares, que se exprimam de maneira diferenciada em cada situação.

Neste estudo, a maioria das adolescentes (20), percebe a gravidez nessa fase da vida, de um modo geral na comunidade, como um evento precoce que causará transtornos à sua vida, como detectado nestes depoimentos:

Atrapalha e muito, não que eu ache errado, a vida tem tanta coisa assim, estudo. Então isto acaba tirando este lado da adolescente. Tem adolescente que larga tudo por causa da gravidez, (MORGANITA).

Eu penso que assim oh! Tem muita gente que engravida adolescente mais isto é um erro, por que assim, ela não viveu, por que eu engravidei e me arrependi depois, mas depois não pode fazer nada (AMETISTA).

Eu acho que é um momento inadequado pra engravidar. Eu acho que na adolescência é a época de viver muitas coisas, de estudar, de fazer outras coisas não ir logo formar família, cuidar de criança, uma criança cuidando de outra criança, (risos) (JADE).

[...] pra meninas novas é uma complicação, vai prender muito, vai ter que parar os estudos, uma criança não é brincadeira, é uma responsabilidade muito grande (RUBI).

Esta visão talvez seja influenciada pelo fato de atualmente a sociedade almejar outros futuros para as mulheres, onde estão incluídos maior nível educacional e boa colocação em um emprego.

A gravidez na adolescência, porém, até poucas décadas atrás, era comum e até desejada, fazendo parte do contexto histórico, social e familiar das adolescentes (SANTOS; NOGUEIRA, 2009). Nos dias de hoje, com a mudança dos costumes e a evolução dos conhecimentos científicos, engravidar nesta fase significa, na maioria das vezes, problemas que influenciarão negativamente na vida da adolescente (SPÍNDOLA; SILVA, 2009).

Quando se referem à sua própria gravidez, emitem sentimentos de alegria e felicidade, para algumas um acontecimento já esperado, como se verifica nestas declarações:

[...] eu fui fazer exame de sangue, deu positivo. Ai eu comecei a chorar, de alegria porque vou cuidar de uma vida, vou ter um menino! (DIAMANTE).

Eu tenho vivenciado ate agora, assim, assim, numa boa, né., assim, desde do dia que eu soube que tava grávida, foi alegria por que eu já planejava minha gravidez, ...eu to alegre, muito alegre (SAFIRA).

Eu tenho vivenciado muito bem, no dia que eu soube eu fiquei muito alegre, fiquei feliz (PÉROLA).

A gravidez na adolescência em classe social menos favorecida, como é a deste estudo, é uma ocorrência rotineira e comum. As colegas, suas irmãs e a própria mãe, são ou foram mães adolescentes. É aqui comprovada uma valorização da maternidade, em que ser mãe equivale a assumir um novo *status* social, o de ser mulher (DADOORIAN, 2000).

Hoga, Borges e Alvarez (2009) relataram que não se deve considerar o fato de que sempre a gravidez venha a ser percebida como problema, seja para as adolescentes, seja para a família e o grupo social, e que isso ocorre por transmissão dos valores socioculturais no âmbito familiar, cujos preceitos residem no fato de que o papel social a ser exercido por mulheres ainda está muito ligado ao casamento e à reprodução, especialmente nas famílias mais carentes.

Para Hoga (2008), a felicidade referida pelas adolescentes pode estar relacionada à possibilidade da constituição de sua família, mesmo que, em muitas situações, esta ocorra em condições precárias, pois ter uma casa e controle sobre a situação representava a possibilidade da liberdade para fazer o que não era possível morando na casa dos pais.

Estudos mostram que a gravidez na adolescência pode representar a busca de reconhecimento e concretização de um projeto de vida viável para algumas adolescentes, especialmente para aquelas de nível socioeconômico menos favorecido (DADOORIAN, 2003; PANTOJA, 2003; BELO; SILVA, 2004; RANGEL; QUEIROZ, 2008; CARVALHO; MERIGHI; JESUS, 2009).

Sentimentos de medo, frustração, pavor, rejeição, decepção, perda e tristeza, entretanto, também foram identificados, como se pode verificar nas narrações:

Eu fiquei apavorada, fiquei com muito medo, porque assim, eu sou jovem ainda (TOPÁZIO).

Bom eu fiquei um pouco assustada né. Eu chorei inclusive quando eu fiz o exame para confirmar. Porque isso é muita responsabilidade, né (JADE).

Eu fiquei triste... Ah! Sei lá, está sendo esquisito, né, (FLUORITA).

Senti um pouco de medo por causa da idade né... porque geralmente as pessoas dizem que quando é nova tem um risco... Estranho né, estranho, assim porque eu não planejava né, é estranho (ESMERALDA).

Foi difícil... porque tinha medo de não saber cuidar dele, também porque eu era muito nova e ia perder as coisas, o estudo também (TURMALINA).

Observou-se nas declarações preocupações de cunho biológico, emocional, psicológico e social, provavelmente em consequência de sua imaturidade psicológica, deficiente nível de conhecimentos e habilidades, dificuldades na situação socioeconômica e conjugal, que não lhes dão segurança para exercer importantes tarefas como cuidar de uma criança e de uma casa. Godinho *et al.* (2000), no entanto, verificaram que quase metade das adolescentes não manifestou qualquer preocupação durante a gravidez e aquelas que disseram haver se sentido preocupadas apontaram, como causas, o medo de a criança não nascer bem, do parto, de abortar e receio de dar o primeiro banho, deixando claro que as adolescentes se preocupavam com os aspectos físicos/biológicos.

Verificou-se que os primeiros momentos da descoberta da gravidez, foram os mais difíceis para algumas adolescentes, tendo duas delas até pensado em interromper a gravidez, como se observa em suas falas:

Meus sentimentos, no início não foi de alegria, foi de tristeza, de dúvida, quis até fazer besteira, mas aí depois eu parei pra pensar... Eu pensei em abortar a criança, pensei em usar droga pra deixar a criança deformada, pensei em dar ele quando ele nascer, pensei varias besteiras, [...] Nunca imaginei que isto fosse acontecer comigo, sempre eu dizia, nunca vou engravidar, nunca vou engravidar, quando foi agora, aconteceu, (RUBI).

Eu fiquei assim um pouco feliz e depois houve uma discussão com a minha família, aí depois eu pensei em tirar, mas só que eu desisti, (AMETISTA).

Ah! Eu fiquei abatida. Fiquei muito triste, pensei que fosse acabar minha vida. Por que assim, eu gostava muito de sair, tudo mais. Ai, eu pensei, agora não vou poder mais sair [...] eu fiquei com medo porque eu morava com meus pais, não sou casada né, (DOLOMITA).

No começo eu não aceitava devido aos estudos, gosto muito de estudar, eu achava que isto ia atrapalhar, (MORGANITA).

No começo foi difícil, né. Agora apesar da dificuldade, meu marido não tá trabalhando e por que no começo tem toda dificuldade com a família, né, (JADE).

Dezesseis adolescentes citaram sentimentos e reações de medo, choque inicial, rejeição, nervosismo, abatimento e tristeza no início de sua gravidez, os quais contribuíram para que as adolescentes tivessem pensamentos negativos, mesmo que momentos após se arrependessem de suas intenções. Com o passar do tempo, as adolescentes e suas famílias foram se adaptando e aceitando a nova situação.

Uma adolescente indicou sentimentos contraditórios, ambivalentes, pois desejava a gravidez, mas, quando esta aconteceu, observou sua situação, companheiro sem emprego fixo, morando na casa dos sogros, aí, não queria mais a gravidez e revelou:

No começo quando eu descobri, não queria muito não, né, tinha vontade de engravidar, mas quando eu descobrir eu não queria, porque o pessoal falava demais sobre isso mesmo por ser nova, né, aí eu fiquei também com medo, não queria, mas hoje eu já tô aceitando já normal, mas no começo, não. Na hora eu fiquei feliz, quando eu vi, eu bati uma transvaginal aí quando eu vi, eu fiquei feliz, mas depois eu não fiquei mais, depois eu não queria, (JASPE).

Outras adolescentes também externaram sentimentos ambivalentes:

[...] assim eu engravidei porque quis, mas me arrependi depois, mas depois não pode fazer nada, (AMETISTA).

No começo eu não queria não, mas agora eu quero sim, (ÁGATA).

Porque tinha medo de não saber cuidar dele... depois fiquei mais feliz, quando vi ele na ultrassom, (TURMALINA).

Senti um pouco de medo por causa da idade né... mas fiquei feliz, (ESMERALDA).

O processo gestacional e a parentalidade envolvem alterações intrapsíquicas e interpessoais, acontecendo em muitas situações reações ambivalentes afetivas, podendo ocorrer desejo e não desejo da gestação, o querer e o não querer a criança, não havendo aceitação ou rejeição total da gestação, pois o sentimento oposto jamais estará inteiramente ausente (MALDONADO, 2000; CARVALHO; MERIGHI; JESUS, 2009).

Uma das razões para a ambivalência é que a parentalidade na adolescência vai contra os projetos que a sociedade moderna dita para os adolescentes, que, antes de ter filhos, tem que terminar os estudos, ter uma profissão, adquirir um trabalho remunerado, estabelecer uma relação amorosa, estável, duradoura, dentro dos laços do matrimônio. Quando os eventos não obedecem a esta ordem estabelecida, observam-se os conflitos (CARVALHO; MERIGHI; JESUS, 2009).

Levandowski, Piccinini e Lopes (2008), em seu estudo, evidenciaram três padrões de reações perante a notícia da gravidez: positivas (alegria), negativas (nervosismo, medo, rejeição, preocupação) e ambivalentes. Fazendo uma leitura geral dos estudos, os autores constataram que, apesar de o impacto inicial ser negativo, a maternidade é avaliada posteriormente pelas adolescentes como positiva, sugerindo uma adaptação à situação ao

longo do tempo, principalmente quando ela possui uma rede social de apoio, podendo assim observar sentimentos de orgulho e felicidade apesar do arrependimento inicial.

Durante as entrevistas, a maioria das gestantes já havia passado pela vivência inicial de sua gravidez, estando neste momento já adaptada à nova situação. Para a maior parte das adolescentes investigadas (21), sua gravidez significava alegria, felicidade, começo de uma nova vida junto ao seu companheiro e ao filho. A criança neste momento, remetia a sentimentos positivos de esperança de um futuro melhor. Notou-se demonstração de sentimento de amor que as adolescentes já nutriam por seus filhos, como também atitudes de maturidade e senso de responsabilidade, o que transpareceu com a preocupação no autocuidado, como também na disposição de se cuidar para proteger seu filho.

Verificou-se que o apoio fornecido por seus familiares foi fundamental para aceitação, adaptação e vivência destes momentos, como se pode observar nas narrações:

[...] se meus pais não me desse força assim eu acho que não não conseguia levar uma gravidez assim boa, normal, eu fiquei muito nervosa na hora. A primeira pessoa que eu falei foi para minha mãe aí depois que eu falei para ela, ela me ajudou a aceitar, (TOPÁZIO).

[...] no começo eu rejeitei um pouquinho, no começo, agora eu me arrependo muito da rejeição. [...] porque tem muita gente me apoiando, não só minha família como da família do pai da criança, (MORGANITA).

Minha mãe me dar muito apoio quando eu vou pra lá no final de semana, ela conversa muito comigo, (CIANITA).

[...] eu tive que vir para casa da minha mãe, por que minha gravidez foi de risco, por que ele cresceu muito e não engordou, ele ficou atravessado e eu perto de ter nenê e ele não encaixou, aí eu tive que vim pra cá, (RUBI).

Constatou-se neste estudo que todas as adolescentes receberam apoio de suas famílias, que está sendo fundamental para uma boa vivência desta fase. Resultado semelhante foi encontrado por Godinho *et al.* (2000), ao detectarem que 85% das adolescentes afirmaram haver recebido apoio de suas famílias, sendo a mãe e/ou pai os mais referidos.

Levandowski, Piccinini e Lopes (2008) relataram que os autores sugerem que, em geral, as famílias das gestantes as apoiam nesta situação e que, por vezes, a ocorrência de uma atitude de rejeição por parte das famílias parece decorrer de fatores sociais específicos associados a preconceitos sociais. Nos estudos avaliados ficou evidente a importância de uma rede social de apoio para as adolescentes grávidas, seja ele do tipo emocional ou financeiro.

Na concepção de Sousa (2009), a família representa a sociedade de uma forma geral e para a adolescente é um ambiente de vivência social intenso, pois durante a infância a família representa o mais importante meio para a construção e disseminação de

representações sociais. Neste sentido, sentir-se aceita pela família, representa a sua inclusão social.

Observa-se variação da reação das famílias, dependendo da classe social na qual a adolescente está inserida. As famílias das jovens de classe social menos favorecida costumam apresentar melhor aceitação do evento, especialmente a mãe e a avó, ao contrário do que ocorre nas classes média e alta, as quais não desejam a gravidez de suas filhas. Inicialmente a família não reage favoravelmente, mas, após os primeiros momentos, na maioria das vezes aceitam a gravidez e dispensam apoio (DADOORIAN; 2000, SOUZA *et al.*, 2012).

Estudo realizado, em 2011, com membros familiares de gestantes adolescentes, na comunidade agora em estudo, detectou que sentimentos e reações negativas observadas no primeiro momento da descoberta da gravidez pela maioria dos familiares transformaram-se em seguida, em atitudes de cuidado, carinho e apoio, fundamentais para boa resolução do fenômeno gravídico-puerperal de todas as adolescentes sob exame (SOUZA *et al.*, 2012).

O apoio oferecido pelos companheiros das adolescentes também se mostrou importante. Notou-se que a maioria das gestações não foi planejada, e que as adolescentes não usaram nenhum método contraceptivo. Observou-se neste caso, também a falta de cuidado dos parceiros, pois não usaram preservativo. Após a gravidez, o apoio do parceiro foi fundamental para a vivência inicial e para os momentos seguintes. Foram observadas diversas posturas, desde o apoio total ao abandono da adolescente. Vinte adolescentes receberam apoio de seus companheiros e este foi um suporte fundamental para uma boa vivência e adaptação ao novo momento, como é possível constatar em seus depoimentos:

[...] meu esposo também me deu muita força também na hora, aí eu acho que me tranqüilizou mais depois, (TOPÁZIO).

O pai da criança foi o primeiro a aceitar de cara. Ele não rejeitou em momento algum, (MORGANITA).

[...] acho que para ele eu não sei, deve ter sido uma surpresa, pra mim também, mas o bom foi que ele não me rejeitou em momento algum, (RUBI).

A expectativa social do papel masculino de provedor impõe aos parceiros a responsabilidade material, mesmo que parcial, em relação à criança. Resultado semelhante a este estudo foi verificado por Pantoja (2003), ao verificar que somente um parceiro não assumiu a paternidade de seu filho. A autora inferiu que no universo estudado, assumir a paternidade do ponto de vista social e material denota maturidade e também responsabilidade.

Observou-se nas entrevistas e também nas observações colhidas no diário de campo, tristeza e decepção das adolescentes que não tiveram o apoio dos pais de seus filhos.

Quatro foram abandonadas pelos namorados após a descoberta da gravidez e uma adolescente ficou sem o pai de sua filha, pois ele foi assassinado logo no início de sua gestação, como se pode observar nas declarações:

Não sei porque gravidez na adolescência não é muito bom. Também ser mãe solteira é difícil, é ruim, (ÁGATA).

Foi difícil porque eu tô quase sem meu esposo e vou cuidar da minha filha só, (OPALA).

As coisas ruins era que o pai dele me fazia sentir muita raiva, era brigando direto, acho que tudo que eu estava sentindo ele sentia também (filho), e eu não gostava, até um ponto em que eu deixei ele pra poder cuidar mais de mim e do meu filho, (DIAMANTE).

A frustração das adolescentes pode estar relacionada ao fato de que a valorização da gravidez/maternidade mantém uma ligação com o contexto afetivo em que ela ocorre e, principalmente, com o fato de o parceiro assumir ou não a paternidade (PANTOJA, 2003).

Estudo realizado em comunidade de baixa renda em Belém detectou que uma adolescente manteve sua gravidez em sigilo na escola por supor que suas colegas não fossem ser receptivas a sua gravidez, pelo fato de ela não ter um namorado firme e porque o pai da criança não assumiu a paternidade (PANTOJA, 2003).

Pesquisa realizada por Sabroza *et al.* (2004), com puérperas adolescentes, mostrou uma autoavaliação negativa, sendo maior a proporção entre aquelas cujas famílias reagiram mal à gestação e que se encontravam fora da escola ao engravidar. Um alto nível de estresse emocional se observou especialmente entre as jovens que não viviam com o pai do bebê, não realizaram ou realizaram poucas consultas de pré-natal, tinham pele negra ou parda, tentaram abortar e não desejaram a gravidez.

Para algumas adolescentes, a gravidez precoce é mostrada como um acontecimento normal, já esperado, como pode se verificar em seus relatos:

Eu acho uma coisa, hoje em dia muito simples, né. Porque a maioria das jovens já tem filhos. É normal né, é uma coisa normal, (BRONZITA).

Eu penso as vezes que agora está virando uma coisa normal. Pelas meninas assim, tem muitas meninas engravidando. A gente acha normal, (MARCASSITA).

O fato de a gravidez na adolescência ser percebida como normal e esperada pode ser consequência de suas vivências no campo familiar e social. Em classes sociais menos favorecidas, é comum as meninas desde cedo se responsabilizarem pelos cuidados com os irmãos mais novos e com a casa para as mães trabalharem, o que dificulta o seu envolvimento

e interesse com as atividades escolares. Por outro lado, elas vivenciam o evento diariamente, seja no seu meio familiar ou com suas amigas.

Segundo e Dias *et al.* (2011) e Nery *et al.* (2011), o caráter de normalidade perante a gravidez na adolescência pode estar relacionado, em especial em classes sociais menos favorecidas, a sua constante presença no meio social e na família, à conotação de liberdade, à nova condição adquirida com a parentalidade, que é a mudança do estado conjugal, à autonomia conferida à jovem que passa a assumir papel social de maior reconhecimento dentro de sua comunidade e à atribuição de características da fase adulta.

Para algumas adolescentes, as idades de 18 e 19 anos já podem ser consideradas adequadas para engravidar. Alguns dos relatos destacam esse aspecto:

Bom, primeiro de tudo, eu penso que a gravidez na adolescência nos 15 anos, eu acho que é meio inexperiente né, porque tem gente que não termina os estudos e não conhece bem as ciências. Eu, como já concluí, então eu já tive aula sobre isso, sobre prevenção, essas coisas mais... eu fiquei feliz, eu gostei, mesmo assim eu estando com essa idade, 19 anos, já é uma idade boa pra você ter um filho, é bom que você já sabe o que passar pra ele, né, (PÉROLA).

Assim, 18 anos tudo bem, piquininha assim 15, 13, 14 anos eu não acho certo não, (DOLOMITA).

[...] eu acho que eu engraidei foi tarde, porque tem menina de 13 e 14 anos tudo grávida, aí é isso que eu acho, (JASPE).

A gravidez na adolescência é um fato que permeia a história das famílias e do meio social, principalmente quando esta ocorre em sua fase tardia, não sendo, portanto, nenhuma novidade; pelo contrário, ela ocorre desde o início das civilizações, quando a mulher começava sua vida reprodutiva muito próxima da puberdade. Com a Revolução Industrial, quando a mulher começou a penetrar o mercado de trabalho anteriormente ocupado somente pelos homens, começou-se a tomar a gravidez precoce como um fator que a impediria de evoluir na profissão, além de comprometer a estrutura financeira da família (SANTOS; NOGUEIRA, 2009).

Observou-se que, para algumas adolescentes, a gravidez não fazia parte de seus sonhos, pois havia imaginado outros futuros para si, como se pode verificar em seus depoimentos:

Eu pensava em fazer outras coisas, logo trabalhar. Mas agora não vou poder mais fazer isto logo agora, né. Tem que demorar um pouco. E meus planos não eram esses exatamente né, (JADE).

Quando engravidei eu morava com meus pais, mas antes meu marido já tinha me pedido em casamento, mas não aceitei por causa dos estudos, eu queria me interessar mais nos estudos, (TOPÁZIO).

Para estas adolescentes, suas gravidezes não foram planejadas, pois, queriam naquele momento concluir os estudos e começar a trabalhar, mas, após a passagem dos momentos iniciais, houve aceitação e demonstração de sentimentos de alegria e felicidade. Achado semelhante foi o dos estudos realizados por e Hoga (2008) e Dias *et al.* (2011), onde constataram que, apesar de a gravidez não ter sido planejada, as adolescentes não demonstravam arrependimento pela opção da vivência da maternidade, referindo inclusive alegria com a gravidez.

5.3 Motivos para a gravidez segundo as adolescentes grávidas

Com esta temática, procurou-se identificar os possíveis motivos da gestação, com origem na perspectiva das adolescentes.

Apesar da grande quantidade de informação sobre sexualidade e anticoncepção, as adolescentes continuam engravidando, trazendo implicações pessoais, familiares e no contexto social, pois em muitos casos é motivo de abandono escolar, adiamento de projetos de vida ou mesmo sua interrupção; demandam aumento das despesas para a família, pois, frequentemente, os jovens não têm condições de se manterem sozinhos.

Para melhor apreensão dos motivos que levam as jovens a engravidarem, se analisou inicialmente suas opiniões sobre a presença do evento na comunidade, com outras adolescentes. Em seguida, se averiguou as razões que elas atribuem a sua própria gravidez, pois o entendimento sobre o fenômeno se expressa diferenciado em cada situação.

Algumas adolescentes informaram mais de um motivo como favorecedor da gravidez precoce. Sozinho ou associado a outras causas, a falta de prevenção, aqui muitas vezes referidas como descuido, como o não uso de um método anticoncepcional ou de seu uso inadequado, foi citada por um maior número de adolescentes, tanto para ocorrência do evento na comunidade, como motivo para sua gravidez.

Das 24 adolescentes, 13 referiram que as adolescentes da comunidade engravidam por falta de cuidado, porque não usaram nenhum método anticoncepcional, como se verifica nestas declarações:

Discuido também, discuido, sempre é discuido... É tipo você ter a palestra sobre camisinha ou anticoncepcional essas coisas que pode evitar e não usar. É isso. Até a camisinha mesmo pra evitar doença, fora a gravidez e não usa, (SAFIRA).

Eu acho que é descuido, porque tem muitas palestras sobre essas coisas, eu acho que, sei lá, é da pessoa mesmo se descuidar na hora, de querer assim, sei lá, de fazer uma coisa e saber que tem que ter cuidado na hora, né, acho que elas não tem cuidado, (TOPÁZIO).

Por que não se previne, né. Não usa camisinha, não usa injeção. Tem umas que querem pegar filhos, tem umas que não querem., (QUARTZO).

Porque elas vacilam, não tomam remédios, não usam camisinha, (ÁGUA-MARINHA).

Quando se referiram às próprias gestações, 14 delas atribuíram ao não uso, ou uso incorreto do anticoncepcional, como se pode observar em suas afirmações:

Eu engravidei (silencio), eu acho que foi por descuido mesmo, parei de tomar os remédios, foi por descuido, (RUBI).

Porque eu vacilei, não tomei o remédio direito, porque remédio tinha, acontece. [...] porque teve uns dias que eu esqueci de tomar os comprimidos, (ÁGUA-MARINHA).

Ah! Foi devido que eu não me dava com o anticoncepcional. Eu nunca me dei com remédio sempre rejeitava, então, toda vida que eu tomava eu botava pra fora. E teve uma vez que eu coloquei pra fora e não cuidei disto, (risos), (MORGANITA).

Neste estudo, das 24 adolescentes, seis referiram jamais usar qualquer método contraceptivo. Das 18 que fizeram uso de algum método, 11 já haviam usado o preservativo, 11 o anticoncepcional oral, seis citaram o anticoncepcional injetável e uma a pílula do dia seguinte, lembrando aqui que algumas adolescentes usaram mais de um método anticoncepcional.

Vale salientar que 17 adolescentes não planejaram a gravidez para este momento, ou seja, ela aconteceu pela falta de prevenção, destas 14 adolescentes (82%) alegaram como motivo para a gravidez o não uso de um método anticonceptivo (10) ou o seu uso inadequado (4) em decorrência dos efeitos colaterais causados pela medicação, aos quais as adolescentes referiam que não se davam, mudavam e nestas trocas e na não aderência ao método de forma correta, ocorreu a gravidez.

Nenhum dos jovens se responsabilizou pelo uso do método contraceptivo, contudo, observou-se que as meninas se responsabilizaram pelas gestações. Em nenhum momento, foi levantada a participação do parceiro pelas atitudes preventivas, percebendo-se implicações de questão de gênero na ocorrência da gestação e maternidade. Achado semelhante foi o de Borges *et al.* (2009), em que as entrevistadas foram unânimes em relatar

que não houve iniciativa de seus parceiros para usarem algum tipo de contraceptivo, nem mesmo visando à prevenção das DSTs.

Estas questões determinam diferenças de papéis entre homens e mulheres, enfatizando a permanência da mulher na esfera privada, sendo esta a responsável pelas funções de cuidado e organização familiar, incluindo aí o uso dos métodos contraceptivos (HEILBORN *et al.*, 2002).

A não preocupação quanto ao emprego do método contraceptivo pode estar associada, em especial, à pouca habilidade das adolescentes em adotarem comportamentos preventivos. A falta de responsabilidade associada à prática sexual depara-se com a imaturidade sobre as consequências que a iniciação sexual pode trazer. O não uso de contraceptivos, não necessariamente, está associado à falta de conhecimentos, assim como conhecer os métodos não está obrigatoriamente ligado a saber usá-los (AQUINO *et al.*, 2003; NERY *et al.*, 2011).

A falta de proteção também esteve associada a uma relação maior de confiança com o parceiro, como se verifica neste relato:

Só camisinha antes, mas depois não usava nenhum. [...] Assim logo no começo quando eu decidia ficar com uma pessoa, eu usava camisinha, mas depois que eu vi que comecei a namorar sério, parei de usar, (DOLOMITA).

Idêntico resultado foi encontrado na pesquisa realizada em Belo Horizonte onde se observou uma queda do uso do preservativo após a primeira relação sexual. A diminuição do uso da camisinha coincide com entrada da jovem em relações estáveis nas quais o preservativo é substituído por outros métodos contraceptivos (CHACHAM; MAIA; MALCO; CAMARGOS, 2012).

Duas adolescentes pensaram porque já vinham mantendo relacionamento sexual há algum tempo e não havia engravidado, não engravidariam mais, como se observa em seus relatos:

[...] Eu pensava, não engravidei até agora, não vou engravidar mais não, (PÉROLA).

Ah! Bom por que, eu passei um ano e não tinha engravidado, aí eu pensei que não engravidava mais, né. Eu acho, já tinha passado um ano, aquela coisa, me descuidei, (BRONZITA).

Nota-se a presença de sentimentos de onipotência e de indestrutibilidade característicos da fase adolescente, pois ao mesmo tempo em que relatam ter informações

sobre como se engravida, apresentam um “pensamento mágico” (fantasioso, abstrato), de que com elas não aconteceria (LIMA *et al.*, 2004).

As adolescentes muitas vezes pensam erroneamente que se a relação sexual for mantida de forma eventual, não haveria necessidade da utilização de métodos anticoncepcionais, sendo outro pensamento equivocado, imaginar que não se engravida na primeira relação sexual (SANTOS; NOGUEIRA, 2009). As autoras relataram que culturalmente a responsabilidade da contracepção desde o surgimento do anticoncepcional oral recai sobre as mulheres e que, de um modo geral, os adolescentes de ambos os sexos ainda não possuem maturidade nem experiência para agir ante tamanha responsabilidade.

Observando-se este contexto, o planejamento reprodutivo de adolescentes passa a ser uma questão que deve ser considerada, pois, muitas vezes, ocorre de forma não individualizada e não específica, salientando-se a necessidade de o serviço de saúde estar preparado para receber os jovens e prestar-lhes uma assistência adequada, tornando-se importante a construção nas unidades primárias de saúde de espaços para esta população, como ambulatório para os adolescentes, no qual a equipe multiprofissional possa oferecer as diversas atividades para o grupo, inclusive as ações educativas.

O segundo motivo mais lembrado pelas adolescentes quando analisam a gravidez na adolescência de um modo geral na comunidade, foi a falta de conhecimentos ou de orientação que não foram dispensadas por suas famílias ou pelas escolas, tendo sido citada por sete adolescentes, conforme apontam as falas seguintes:

Eu acho que por falta de educação dentro de casa, por que tem muitos pais que acham errado conversar isto com as filhas, chegar para uma filha e explicar as coisas, eu acho assim, que ter relação sexual não é impedido, mas você tem que pensar, um pai e uma mãe deveriam conversar com a filha sobre isto. Eu digo, por que eu tenho um pai e uma mãe que conversavam comigo sobre isto, eu não engravidei inocente, muitas delas, adolescente aqui da rua, eu sei que tem adolescente de 15 e 16 anos que ta grávida, engravidou por não saber, por achar que é certo que não precisa usar anticoncepcional nem nada que não vai engravidar, muitas delas foi por isto. Por isto, a educação vem dentro de casa. Se os pais educarem, os filhos não vão errar, (RUBI).

A falta de aviso nas escolas que não tem palestras, as amigas também contribuem muito, (TURMALINA).

[...] a onde eu estudava, meu Deus do céu, nunca tinha palestra sobre isto, (JASPE).

Essa falta de conhecimentos e orientações citadas pelas adolescentes são decorrentes de múltiplos fatores: o comprometimento do papel educador dos pais em decorrência de eles próprios não disporem de informações suficientes ou por ficarem

constrangidos em falar sobre sexo com seus filhos (MOREIRA *et al.*, 2008). O insuficiente preparo dos profissionais que trabalham com os adolescentes ao abordarem assuntos como sexualidade e prevenção da gravidez, as dinâmicas das instituições de ensino, saúde, e a própria imaturidade e inexperiência dos adolescentes não favorecem para que eles se apoderem dos conhecimentos necessários para fazerem uso correto dos métodos contraceptivos (SANTOS; NOGUEIRA, 2009).

Quando analisam os motivos de suas gestações, somente duas delas referiram não ter recebido informações sobre sexualidade e prevenção da gravidez. As demais adolescentes citaram conhecer mais de um método contraceptivo, 16 (66,7%) informaram haver recebido orientações sobre a prevenção da gravidez em suas escolas, oito em suas famílias, cinco citaram o posto de saúde, uma as amigas que já eram mães e outra citou a televisão, como verificado em suas declarações:

Eu obtive pela minha mãe, minha mãe toda vida me explicou como a mulher engravida e como evitar a gravidez. Foi muita mãe, a pessoa que me alertou sobre tudo foi minha mãe. Nunca fui inocente de nada, sempre tive uma mãe amiga. [...] na minha escola a gente ouvia, por que eu estudava em um colégio particular, sempre nas aulas de ciência, antes do ensino médio, era nas aulas de ciência, a gente sempre teve palestras com a medicina, essas coisas eles explicavam, justo para prevenir as adolescentes disto, eles toda vida fizeram palestra, o colégio sempre foi interessado nisto, (RUBI).

Tive e muita, minha mãe me dava muito conselho. Disse que quando me envolvesse assim que eu devesse tomar remédio, mas eu fiquei com medo de contar pra ela, ai foi acontecendo até eu engravidar e ela descobrir, (DOLOMITA).

Já, já. Assisti à palestra na escola, assim, como evitar e como a pessoa pode engravidar. Eles falavam da camisinha, sobre anticoncepcional, sobre a tabelinha, essas coisas [...] Minha mãe sempre sentava comigo e conversava. Graças a Deus eu tenho uma boa mãe, que me apoiava nessas coisas, sempre sentou comigo e conversou, (SAFIRA).

Tive, tive na escola mesmo, minha mãe também, meu pai, sempre conversavam comigo, sobre esses assuntos, falta de informação não foi, (TOPÁZIO).

Hum! Acho que hoje em dia você sabe tudo, tudo se informa. Tem a mãe, tem o posto de saúde. Tudo tem informação, então tudo isso eu já adquiri há muito tempo, (MORGANITA).

Tive, tanto na escola, como minhas amigas que já tem filhos falaram muito e ainda falam, massss sabe aquele coisa, que a gente só aprende quando acontece com a gente, (BRONZITA).

Bom isso eu já tive informação na escola, também na TV, tudo isso. Na TV e na escola né, (JADE).

Algumas adolescentes relataram que não tinham interesse naquele momento em participar das atividades educativas, enquanto outras relataram o desinteresse de certas jovens, não dando atenção ou mesmo não participando da atividade, como se observa nos relatos:

[...] já teve uma que explicou, mas pra cabeça das adolescentes, (DOLOMITA).

Não, por que assim, as palestras que tinha no posto eu nunca vinha, no colégio eu dizia assim isto é besteira eu lá quero participar disto, eu nunca ia, (QUARTZO).

[...] tem escola que vai ter palestra e tem umas que não prestam atenção, não tão nem aí, (MARCASSITA).

Em relação aos conhecimentos apresentados pelas adolescentes também se observou atitudes contraditórias, pois se comprovou um conhecimento relativo sobre anticoncepção e sua não aplicação, haja visto o fato de que 17 (70,83%) das gestações não foram planejadas, talvez favorecidas pela pouca qualidade das informações, não profundidade, não internalização das mesmas, influenciada pela imaturidade psicológica, ambivalência de sentimentos presentes nesta fase que leva muitas vezes a não pensar nas consequências de suas ações e pela pouca escolaridade de algumas.

Estudos concluíram que o fato de as adolescentes saberem como se prevenir e não evitarem a gravidez pode ser consequência de uma transmissão inadequada ou de uma apreensão deficitária destes conhecimentos (AQUINO *et al.*, 2003; BORGES *et al.*, 2009).

Todas as adolescentes deste estudo referiram conhecer mais de um método contraceptivo sendo os mais citados o anticoncepcional hormonal oral (23), o anticoncepcional hormonal injetável (19) e a camisinha (17). Estes achados coincidem com os resultados obtidos na pesquisa realizada por Mendes *et al.* (2011) e Duarte, Holanda e Medeiros (2012), podendo estar relacionados a falta de conhecimento sobre os outros métodos, bem como a campanha do Ministério da Saúde, que estimula o uso da camisinha. Citar o método anticoncepcional, entretanto, nem sempre significará conhecê-lo, ou seja, ter os conhecimentos necessários sobre seu uso, suas vantagens e desvantagens (MENDES *et al.*, 2011).

Resultado semelhante a este estudo foi detectado por Borges *et al.* (2009), quando mais da metade das entrevistadas afirmou ter recebido informações a respeito do uso de algum método contraceptivo, mas, mesmo assim, não fez uso dele ou não o fez de maneira adequada, em decorrência de uma provável informação precária sobre seu uso e até acerca do corpo, ou ainda por pensar que não engravidaria.

Este estudo apresentou menor percentagem de citação de terem recebido orientações nas escolas (66,7%) que a PENSE (2012), que verificou cerca 82,1% dos adolescentes da rede privada e 81,1% da rede pública afirmando haver recebido orientação na escola sobre a prevenção da gravidez, fato que poderá ter sido influenciado por a PENSE (2012) pesquisar escolares do 1º ano do ensino médio e neste estudo 11 adolescentes só

possuem o ensino fundamental incompleto, sendo que sete já haviam abandonado a escola antes de engravidar. Observou-se que as mais novas ou com menor escolaridade atribuíram mais vezes a falta de orientação nas escolas, talvez em consequência de sua menor vivência escolar, o que se leva a se refletir sobre a necessidade das atividades educativas nas escolas envolvendo temáticas sobre sexualidade e prevenção da gravidez na adolescência e das DSTs ocorram de maneira regular e o mais precocemente possível, pois a educação sexual nas escolas é importante para dar orientação adequada para a primeira relação sexual. Neste sentido, os Ministérios da Saúde e da Educação têm implantado programas de acesso aos meios e métodos anticoncepcionais para prevenir a gravidez e as DSTs/AIDS (IBGE, 2013).

Dadoorian (2000) inferiu que a causa da gravidez na adolescência vai além da questão da informação, pois ela envolve, sobretudo, os aspectos emocionais e sociais presentes na situação, já que a sexualidade emergente provoca ansiedade, mal-estar e conflitos nos adolescentes.

O fato de desejar a gravidez esteve presente tanto quando as adolescentes referem este motivo de um modo geral, (duas adolescentes), quando referem os próprios motivos (sete adolescentes) como se pode observar em seus relatos:

Não queria usar nada, por que eu queria engravidar mesmo (risos). [...] Eu planejei, eu não usava nada, eu falei para ele que não queria usar camisinha, não quero utilizar nada. Eu quero engravidar, (SAFIRA).

[...] é por eu me juntei e, eu e ele, o meu marido a gente quis, e pronto, (PIRITA).

Eu já queria né, pra mim todo mês eu tava grávida, (JASPE).

Ahhh eu acho que a maioria quer engravidar, (CIANITA).

O fato de querer engravidar pelas adolescentes necessita de uma reflexão. Esta intenção não estaria relacionada à falta de outras opções que lhes deixaram de ser oferecidas? Em classes sociais menos favorecidas, é comum as meninas se responsabilizarem pelos cuidados domésticos e ficarem desestimuladas para atividades escolares. Também não se observa participação das adolescentes em atividades esportivas, culturais ou outras que ocupem produtivamente o seu tempo. Elas não visualizam exemplos bem-sucedidos com irmãos mais velhos ou com jovens de sua comunidade, como entrar em uma faculdade pública, uma boa colocação de trabalho, pelo contrário, elas frequentemente presenciam suas irmãs e colegas serem mães precocemente, abandonarem a escola e iniciarem-se no mercado de trabalho em subempregos. Nestas condições, que futuro elas poderiam esperar para si? Somando-se a estes fatores, é frequente a adição de outras condições que estimulam a

adolescente a querer mudar de vida e sair de casa, sendo a gravidez, em algumas ocasiões, um elemento facilitador. As adolescentes não citaram estas circunstâncias como motivadoras da gravidez, mas estudos e vivências nestes contextos asseguram fortemente esta possibilidade. Dias e Teixeira (2010) evidenciaram que a ausência ou limitação nas perspectivas de construção de um projeto de vida associado a outras condições pode ser fator determinante para a gravidez precoce.

Querer engravidar pode estar associado ao fato de socialmente a gravidez representar realização, saúde e maturidade para a mulher e, nos ambientes nos quais há poucas possibilidades de atingir este reconhecimento por outras vias, ser mãe pode ser a saída para as adolescentes. Analisando por este ângulo, frequentemente a percepção de falta de opções educacionais, profissionais e afetivas desejáveis seria um fator motivador para a maternidade, explicando, em parte, a maior aceitação da gravidez precoce nas classes sociais menos favorecidas (LEVANDOWSKI; PCCININI; LOPES, 2008).

Pesquisa realizada com puérperas adolescentes em Botucatu/SP, questionou as respostas das adolescentes quando referiram ter engravidado por vontade própria. As autoras inferiram que a vontade de engravidar nessa fase da vida poderia estar relacionada ao desejo de sentir-se mais mulher, de prender o namorado, de sair da escola ou da casa dos pais e também de dar mais sentido a uma vida vazia (GODINHO *et al.*, 2000).

Estudos evidenciam que a gravidez na adolescência pode ser desejada, constituindo-se um projeto para imersão na vida adulta, viável e valorizado em um contexto socioeconômico desfavorecido (CARVALHO; MERIGHI; JESUS, 2009; DIAS *et al.*, 2011). O projeto da maternidade pode estar associado ao estabelecimento da identidade adulta, vinculando-se à obtenção da autonomia econômica e emocional em relação aos pais, ao mesmo tempo em que a gravidez certifica a feminilidade (LIMA *et al.*, 2004).

Neste estudo, a maioria das jovens que queria a gravidez já mantinha um relacionamento estável com o pai da criança. Das sete que tencionavam engravidar, seis já moravam juntas com o parceiro, uma veio morar com a família do namorado após a descoberta da gravidez, como se pode constatar nas declarações:

Só que assim, eu planejei, mas eu já estava com meu marido, entendeu? Não assim, fora, (SAFIRA).

Eu penso... eu nem sei, eu tô tirando por mim né, eu tinha vontade de engravidar mas já foi mais agora, agora né depois que me juntei, antes não, eu me cuidava muito, tinha muito medo assim de engravidar nova, porque eu achava feio, sei lá, eu morava com a minha mãe também, (JASPE).

Notou-se que o fato de morar junto com o companheiro foi um fator que contribuiu para a ocorrência da gravidez. Estudo evidenciou que adolescentes com experiência de gravidez moravam mais com o seu parceiro que o grupo das adolescentes sem vivências de gravidez. Esse dado indica que a gravidez é um evento que gera mudanças na vida dos jovens (DINIZ; KOLLER, 2012). Para as autoras, é possível que muitas das gravidezes não sejam consequência de namoros ocasionais, mas de relações consideradas satisfatórias para o desenvolvimento da maternidade.

O fato de querer engravidar motiva a adolescente a vivenciar essa experiência, o que a leva a planejá-la ou a não tomar os cuidados para que não aconteça. Algumas vezes o desejo de ter um filho pode ser influenciado pela vontade do companheiro de ser pai, como se pode observar nesta afirmação:

Eu peguei por que eu quis. [...] quando meu marido chegava Nega nós vamos ter um filho, quero é um, por que ele nunca teve filho, ele tem vinte e poucos anos e eu disse tá certo vou ter. Ai, fui botando na cabeça que queria ter um, ai eu peguei e fiz. Foi tudo planejado, (QUARTZO).

Este comportamento apresentado pela jovem demonstra a força das questões de gênero que continuam presentes na atualidade, em que adolescentes e mulheres ainda exprimem certa submissão, na medida em que situam os desejos e vontades dos parceiros como prioridades. Satisfazer a vontade do companheiro foi uma das opções escolhidas pelas adolescentes como motivos para a gravidez em pesquisa com grupo de adolescente em comunidade de baixa renda em Santo André-SP (REIS; OLIVEIRA-MONTEIRO, 2007) e na pesquisa realizada em Santa Maria-RS (DANIELE, 2010).

Algumas adolescentes não manifestaram intenção de engravidar, mas não vinham tendo os devidos cuidados para evitar que essa acontecesse. Elas atribuíam como causa a sua gravidez, a irresponsabilidade e descuido, mas, ao mesmo tempo, ficaram felizes com sua ocorrência, como se verifica nos relatos:

Eu penso... risos, deixa eu vê, eu acho assim que é muito cedo para ter engravidado, eu não pensava em engravidar muito cedo né, que o meu sonho era terminar os estudos né, mas assim foi de falta assim de como é que eu posso dizer, falta de responsabilidade minha, [...] não evitei assim completamente, (ESMERALDA).

Eu não pensava em engravidar agora, porque isso é muita responsabilidade né, (JADE).

Eu acho que é não ter responsabilidade, assim, não pensa, pensa que tudo é bom, (JASPE).

Nestas situações, mesmo avaliando suas atitudes como irresponsáveis, observou-se alegria e satisfação das adolescentes diante de sua gravidez, embora elas não tenham planejado nem desejado conscientemente, denotando que ela poderá ter sido fruto de um desejo inconsciente de engravidar.

Pesquisa realizada com adolescentes de ambos os sexos em Santo André-SP, verificou que a irresponsabilidade foi referida por 7% das meninas e 7% dos meninos como motivo principal que levavam as adolescentes a engravidar (REIS; OLIVEIRA-MONTEIRO, 2007).

Para uma adolescente, sua gravidez foi uma maneira de enfrentar a solidão, um modo que encontrou para deixar de ser sozinha, tendo, de agora em diante, sempre uma companhia. Ela desejava a gravidez, apesar de muitas dificuldades, relação conflituosa com o companheiro, sua mãe com deficiência visual, como se observa em seu relato:

[...] quando eu durmo eu posso conversar com ele(filho), ele me escuta, quando eu to no sol eu converso com ele, quando eu to sozinha assim sem ninguém pra conversar eu converso com ele, (DIAMANTE).

As diversas modificações físicas, psíquicas e relacionais pelas quais passam as adolescentes as conduzem em algumas situações a vivenciar um momento de crise que, a depender do suporte familiar e social de que disponha, poderão vivenciar situação de solidão, evento que poderá contribuir para a ocorrência da gravidez precoce. Dadoorian (2000) inferiu que as adolescentes vivenciam uma grande solidão, agravada pela carência de afeto de seu meio familiar e, desta forma, a carência afetiva as leva à maternidade. A adolescente transfere para o seu filho essa demanda de amor. Ele terá tudo o que elas não tiveram, carinho, proteção, estudo e até uma família. Dias e Teixeira (2010), inferiram que a carência afetiva, associada à ausência ou limitação nas perspectivas de construção de um projeto de vida, podem ser fatores determinantes para a ocorrência da gravidez precoce, principalmente nas classes sociais menos favorecidas.

A pesquisa realizada por Reis e Oliveira-Monteiro (2007), detectou que, para as meninas, o principal motivo para a ocorrência da gravidez na adolescência é por ‘sentir-se só’, tendo elas alegado outros motivos, como vontade de ter a própria família, gostar de crianças e para fugir das brigas e tristezas com a família.

Estudo realizado por Santos e Schor (2003), investigando padrões de vivência de maternidade em 20 adolescentes cariocas, identificou que, para a maioria, a maternidade foi

vista positivamente, preenchendo um vazio afetivo. As jovens que assumiram o papel materno não relataram dificuldades no seu papel social e sua vida estava centrada na figura do filho.

A excessiva liberdade dispensada às adolescentes pelos familiares, também foi citada como motivo da gravidez:

[...] eu acho assim, é muita liberdade das mães, né. Por que tem mãe que deixa as filhas irem para todo canto, (TURQUESA).

A liberdade presenciada em nosso cotidiano, na qual muitas vezes se perde a noção de princípios e valores, a dificuldade em muitos casos de impor limites, também são fatores contribuintes para gestações cada vez mais precoces, além da prática de uma sexualidade sem responsabilidade (ARCANJO; OLIVEIRA; BEZERRA, 2007).

As adolescentes necessitam de um espaço para vivenciar novas experiências, estabelecer novos laços afetivos, mas dentro do limite de sua capacidade de discernir, observando-se seu amadurecimento psicológico e o grau de conhecimento e entendimento das consequências advindas de suas ações.

A falta de diálogo com os familiares, em particular com as mães, foi citada como motivo que favorece a ocorrência do evento, como se detecta nestes relatos:

É assim, depende né. Porque as vezes não tem conversa em casa, a mãe não é aquela mãe de chegar e conversar e explicar como é a vida, (BRONZITA).

[...] e como eu não tinha essa conversa com as minhas irmãs, essas coisas de elas concordarem realmente que eu tivesse uma vida sexual, aí eu tinha medo de levar o remédio pra casa (risos). Ai enfim, eu tinha medo, mas ele (namorado) me alertava pra este fato também, (JADE).

Eu acho que é a falta de orientação da família, que as vezes não dá muita atenção, falta de conselhos, falta de orientação da mãe, dos pais, algumas acham que a família não está nem aí para elas, aí eu acho que isso pode influenciar elas a fazerem coisas que sem ter orientação certa, pra que não aconteça essas coisas, a gravidez na adolescência, (TOPÁZIO).

[...] Por que assim os pais nem conversam, na escola as vezes não falam sobre isto. Ela não tem nada na cabeça, aí pega um homem mais velho e assim que já sabe, engravida e pronto, (DOLOMITA).

A falta de diálogo com os pais é um fator que favorece a gravidez na adolescência, sendo sua presença um elemento protetor do evento. Pesquisa evidenciou que as adolescentes que conversam com seus pais sobre sexo engravidam menos do que aquelas que não vivenciam esta prática (ALMEIDA; CENTA, 2009). Estudo realizado em comunidade

carente de Fortaleza identificou que a ausência de diálogo da adolescente com sua mãe é um dos fatores familiares que vulnerabilizam a adolescente à gravidez (QUEIROZ, 2013).

Pesquisa realizada com gestantes adolescentes em posto de saúde da grande São Paulo mostrou que poucas conversaram sobre sexo e gravidez em casa e a maioria disse que aprendeu no lar algumas informações, mas 40% delas consideraram que nada aprenderam, o que levou os autores a refletir sobre a qualidade da informação dispensada. A dificuldade do diálogo entre as famílias e as adolescentes poderá estar no aspecto da pouca escolaridade, nas profissões exercidas e na falta de cursos que orientem como cuidar dos adolescentes, particularmente em assuntos que envolvam a sexualidade (WINTER; GUIMARÃES, 2008).

Também o afastamento dos membros da família e a desestruturação familiar, seja por separação, seja pelas atividades laborais, colaboram para que os pais fiquem cada vez mais afastados de seus filhos, dificultando o diálogo e dando a adolescente uma liberdade sem responsabilidade (SANTOS; NOGUEIRA, 2009; SOUZA, *et al* 2012).

A iniciação precoce da vida sexual foi também identificada como motivo da gravidez:

Os motivos bem, muitas adolescentes hoje namora muito cedo, (risos), começa muito cedo também, muitos homens enganam muitas elas, outras já sabem que vai acontecer isto, engravidam mesmo, (MORGANITA).

Neste estudo, evidenciou-se a iniciação sexual precoce das adolescentes, pois, até os 13 anos, 37, 5% das adolescentes já haviam iniciado a vida sexual. Estudos revelam que a baixa idade para iniciação sexual surge como variável fortemente associada à gravidez adolescente (AQUINO, *et al.*, 2003; XIMENES NETO *et al.*, 2007). Outros sugerem, no entanto, que, sozinha, esta variável não é explicativa da ocorrência da gravidez precoce. É a junção dela com outros fatores, como insucesso escolar, má qualidade das relações familiares, uso de substâncias, dentre outras (DIAS; AQUINO, 2006; DINIZ; KOLLER, 2012).

Na atualidade, se vive uma época de maior liberdade sexual, sendo a vivência da sexualidade antes do casamento aceita na maioria das camadas sociais, tendo a mulher conquistado mais independência para desfrutar do prazer do sexo, anteriormente prerrogativa somente dos homens (TAQUETTE, 2008). Observa-se que esta maior liberdade, muitas vezes incentivada pelo grupo de amigos e por estímulos fornecidos pela mídia, contribuem para iniciação sexual precoce. Sabe-se que quanto mais cedo ocorrer a “sexarca”, maiores serão as chances de engravidar em razão da vulnerabilidade ao não uso de anticoncepcionais, desconhecimento das práticas preventivas e possível não fortalecimento emocional durante as

chantagens que o parceiro faz, buscando provas de amor da adolescente (XIMENES NETO *et al.*, 2007).

A gravidez na adolescência também foi citada como desígnio de Deus, como um acontecimento que deve ser aceito, já que está no desejo divino, como se pode observar na declaração:

[...] eu não vou tá triste, porque Deus quis assim, Deus sabe o que faz, (BRONZITA).

Estudo realizado por Rangel e Queiroz, 2008, utilizando-se a Teoria das Representações Sociais com adolescentes não grávidas das escolas do Município do Rio de Janeiro, mostrou que para as adolescentes o poder de Deus foi citado como soberano e inquestionável. Para as autoras, este fato reflete uma dimensão religiosa na representação social da gravidez até mesmo quando esta acontece na adolescência.

O fato de a adolescente querer sair de casa, ficar com o namorado, por querer constituir sua família ou para fugir de problemas familiares, também foi citado como motivo para gravidez, conforme evidenciam os depoimentos abaixo:

[...] Tem outras que é só pra sair de casa. E tem umas que é só para poder ficar com os namorados, (HOWLITA).

[...] Por que tem filha que tem problema em casa, ai quer um marido para ajudar, um companheiro, acaba acontecendo, (TURQUESA).

Em lares conflituosos, com carência afetiva, com pouco diálogo e apoio, despertam em algumas jovens o interesse de sair de casa, ter a própria família, sendo a gravidez em algumas ocasiões um meio de alcançar esse objetivo. Estudo evidenciou que a presença de conflitos familiares e/ou a ausência de uma das figuras parentais surge como os eventos mais associados à baixa idade da iniciação sexual e à ocorrência da gravidez precoce (DIAS; AQUINO, 2006). Dias *et al.* (2011) inferiram que a gravidez também poderia significar uma maneira de sair da casa dos pais, fugindo de um contexto adverso, no qual estão presentes fatores de riscos, como violência doméstica, alcoolismo dos pais, drogadição dos irmãos, dentre outros. A situação se torna mais favorável ao evento quando se observa que concomitante às situações conflituosas, se acumulam outros determinantes, como a pobreza, o baixo nível de escolaridade, dificuldades na inserção do mercado de trabalho (LEVANDOWSKI; PCCININI; LOPES, 2008).

A gravidez precoce, contudo, também acontece em lares harmônicos, sendo esta em algumas ocasiões uma maneira de se afirmar como mulher e busca de sentido para sua vida. Segundo Moreira (2010), as adolescentes podem engravidar para não perder o namorado, sair da casa dos pais, afirmar a sua feminilidade, encontrar nos cuidados com o filho um objetivo para a sua vida, aplacar a solidão na companhia do filho e pela tentativa de preencher um vazio interior.

A gravidez parece contribuir para a união dos jovens, representando uma via de ingresso para o mundo dos adultos, associando-se a ideias de maior autonomia emocional do novo casal ante suas famílias de origem (DIAS *et al.*, 2011). A jovem passa a ser mãe e esposa, pertencendo a um novo agrupamento familiar que lhe confere *status* social em razão das representações tradicionais da família, ainda presentes na sociedade (RANGEL; QUEIROZ, 2008).

Vale salientar que nem sempre a gravidez vai favorecer a união mesmo que estável, do casal. Em algumas situações, o casal continua seu relacionamento, no qual o parceiro assume o compromisso mesmo que parcial em relação ao filho (PANTOJA, 2003), fato que também aconteceu neste estudo, em que cinco adolescentes continuaram morando com seus familiares, mas permaneceram com vínculo com os pais de seus filhos, estes assumindo, mesmo que parcialmente, dando suporte financeiro, afetivo e emocional as suas parceiras.

O abandono da escola também foi citado como um dos motivos para gravidez precoce, como se pode observar no relato:

É..., adolescentes que não vai a escola e não tem com quem se informar, (OPALA).

A baixa escolaridade tanto pode ser considerada uma causa como uma consequência da gravidez na adolescência. A adolescente que não estuda fica mais vulnerável a uma gravidez. Por outro lado, sua presença na escola diminui a ociosidade e a conduz ao planejamento de seu futuro, favorecendo oportunidade de autorrealização e satisfação pessoal (XIMENES NETO *et al.*, 2007).

Em 2012, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) informou que no Brasil, do total das crianças excluídas da escola, a maioria vive nas regiões Norte e Nordeste, as quais apresentam os mais altos índices de pobreza do país e as menores taxas de escolaridade. Em todas as dimensões, os indicadores mostram que os grupos mais vulneráveis são aqueles historicamente excluídos da sociedade brasileira: a população negra e indígena, as pessoas com deficiência, as que vivem nas zonas rurais e as famílias com baixa renda.

Identificou o fato de que, de forma geral, a dificuldade de acesso e permanência de crianças e adolescentes na escola tem várias causas e que frequentemente se manifestam de forma combinada. Muitas vezes, os conteúdos desenvolvidos em sala de aula são muito distantes da realidade dos alunos, seja na zona rural ou nas áreas urbanas. Também se destacam falta de valorização dos professores, pobreza, trabalho infantil, gravidez na adolescência e exposição à violência (UNICEF, 2012).

Neste estudo, sete adolescentes já haviam abandonado a escola quando engravidaram, o que pode refletir, dentre outras possibilidades, um sinal de que a escola não se mostrou atrativa para estas adolescentes. Torna-se importante, com efeito, a identificação das possíveis falhas e corrigi-las na tentativa de se evitar a evasão escolar pelas crianças e adolescentes. A gravidez na adolescência é citada também como um dos principais determinantes de abandono da escola pelas adolescentes. Neste estudo, três adolescentes alegaram a saída da escola após a gestação, como se observa em seus relatos:

Deixei a escola depois que engravidei, quando eu não estava, ainda tava indo... porque eu tinha vergonha risos, era, das amigas ficar me julgando né, geralmente tem amigas que julgam, não é amigas de verdade, [...] sim, nera preguiça não, porque preguiça eu não tenho não. [...] falar de mim, na minha frente não ouvir, mas foi por esse motivo que deixei de ir para escola, (ESMERALDA).

Muita coisa mudou.[...] parei de estudar, (TURMALINA).

Eu passei três meses sem estudar e voltei de novo, porque chegava na escola vomitando e passando mal e as professoras mandava ficar em casa, (ÔNIX).

Estes relatos expõem um dos principais prejuízos com o advento da gravidez na adolescência, que é a saída da adolescente da escola. Elas abandonam as escolas após a gravidez, pelo próprio fato em si, por sentimentos de vergonha, por não gostarem da escola e/ou por desejo do companheiro (AQUINO *et al.*, 2003; LIMA *et al.*, 2004; LEVANDOWSKI; PCCININI; LOPES, 2008). O constrangimento e pressões de diretores, professores, colegas e pais de colegas e o fato de alguns pais tentarem esconder a situação, também, contribuem para esta decisão (PROCÓPIO; ARAÚJO, 2007).

A relação entre a gravidez na adolescência e o baixo grau de instrução das adolescentes foi citada por alguns autores, ao também inferirem que a pouca escolaridade é fator de risco para repetição da gravidez (DIAS; TEIXEIRA, 2010; FARIAS; MORÉ, 2011; NOVELLINO, 2011; QUEIROZ, 2013). A evasão escolar, no entanto, pode não ser apenas consequência da maternidade, mas sim de uma situação de pobreza anterior à gravidez (AQUINO *et al.*, 2003; LEVANDOWSKI; PCCININI; LOPES, 2008).

A faixa de anos estudados esperada para as adolescentes entre 15 e 17 anos seria de oito a dez anos – ensino fundamental completo e ensino médio completo (NOVELLINO, 2011). Neste estudo, somente cinco adolescentes concluíram o segundo grau, o que se mostra um número reduzido, haja vista que 15 delas estão na faixa de 17 a 19 anos, ou seja, já deveriam ter concluído o segundo grau. Doze adolescentes (50%) estão com escolaridades menores do que as esperadas para suas idades. Dez abandonaram a escola - sete antes de engravidar e três após a gravidez. Das nove que continuam estudando, quatro têm escolaridade menor do que a esperada para a idade. Estes dados corroboram os achados de Heilborn *et al.* (2002), Dias e Teixeira (2010), Farias e Moré (2011) e Novellino (2011), sobre a maior frequência de evasão escolar nas classes populares, tanto antes quanto após a gravidez.

Novellino (2011) evidenciou que as proporções de mães adolescentes de 15 a 17 anos frequentando a escola eram significativamente menores em todas as classes de renda em relação às adolescentes sem filhos; e, mesmo nas classes sociais mais baixas, mais de 80% das adolescentes sem filhos estavam frequentando a escola, chegando a mais de 90% nas classes de renda mais alta, indicando haver uma relação entre maternidade e não frequência à escola, embora haja diferença significativa entre a frequência à escola das adolescentes de classe de renda até um salário-mínimo e da classe de renda de mais de cinco à dez salários-mínimos, que chega até 30 pontos percentuais, o que levou a autora a inferir, que a não frequência à escola por parte das mães adolescentes de 15 a 17 anos de idade poderia ser causada tanto pela maternidade, quanto pela classe de rendimento do domicílio onde vivem.

Visando a proteger os direitos estudantis da adolescente grávida, foi instituída a Lei nº 6.202/1975, que garante à gestante estudante o direito de receber o conteúdo das matérias escolares, bem como realizar suas avaliações em casa a partir do oitavo mês gestacional e durante os três meses após o parto, podendo, de acordo com recomendações médicas, este período ser prolongado (BRASIL, 1975).

Uma adolescente relatou fazer uso de álcool e outras drogas, podendo estes hábitos ter contribuído para a ocorrência de sua gravidez. Estudo inferiu que a gestação na adolescência pode estar relacionada a comportamento de risco, como a utilização de álcool e drogas (DIAS; TEIXEIRA, 2010). Outro realizado com estudantes adolescentes em Minas Gerais revelou ser maior a proporção de uso não consistente de preservativo entre os adolescentes que já haviam tido contato com algum tipo de droga, fosse ela lícita ou ilícita, tanto em relação com parceiros casuais como com parceiros fixos (BERTONI *et al.*, 2009).

Estudo evidenciou haver diminuição do uso de álcool, cigarro, maconha e *crack* durante a gestação entre adolescentes (COMMITTEE ON ADOLESCENCE AND

COMMITTEE ON EARLY CHILDHOOD, 2001). Contrariamente, neste estudo, assim como no realizado por Sousa (2009), observou-se que a adolescente continuou fazendo uso das substâncias, talvez influenciada pela forte presença do uso e da fácil aquisição na comunidade em estudo e pela influência do grupo de amigos. Vale ressaltar que, diferentemente do estudo realizado por Sousa (2009), neste a equipe da ESF juntamente com a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), realizaram várias intervenções no sentido de fortalecê-la e ajudá-la a deixar ou reduzir o uso de substâncias.

5.4 Mudanças na vida da adolescente em decorrência da gravidez

Na gravidez ocorrem mudanças biológicas, psicológicas e sociais que influenciam a dinâmica psíquica individual e as relações sociais da gestante. A maneira como vive ela essas alterações repercute na relação mãe-filho. As modificações acontecem e são percebidas diferentemente, dependendo da classe social a que pertença a adolescente e da sua história de vida pessoal, familiar, escolar e social. Nas classes sociais média e alta, a gravidez precoce tende a causar menos mudança no estado civil e abandono escolar do que nas classes menos favorecidas (DINIZ; KOLLER, 2012).

Neste estudo, 17 adolescentes referiram que a gravidez produziu mudanças em seu cotidiano, tanto nas atividades desenvolvidas como nas relações afetivas e emocionais. Verificou-se que após a gravidez, três adolescentes abandonaram a escola e três que haviam iniciado a trabalhar deixaram com o intuito de se cuidar, como se observa em seus relatos:

Não continuo mais trabalhando, porque agora eu saí pra cuidar melhor do bebê, pra cuidar mais da saúde também, porque eu chegava muito cansada em casa e só queria ficar deitada e isso eu também não queria porque eu queria caminhar um pouco, porque lá no trabalho a gente ficava muito sentada, era difícil a gente se levantar da cadeira, (PÉROLA).

Eu trabalhava e engravidei e como era meu primeiro trabalho, fazia só três meses, aí eu pedi para sair, (OPALA).

Hum, muita coisa... Trabalhava antes, agora não trabalho mais não, (ÁGATA).

Muita coisa mudou, parei de estudar, não tô saindo mais, (TURMALINA).

Deixei a escola depois que engravidei, (ESMERALDA).

A gravidez na adolescência é reconhecida como fator que interfere no desenvolvimento das adolescentes, afetando suas atividades escolares, laborais, sociais e familiares. Diversos estudos identificaram essa relação: Lima *et al.* (2004) verificaram que a

gravidez provocou grande modificação no perfil de atividades das adolescentes, como diminuição do convívio com os amigos, abandono dos estudos, deixar o trabalho, sair da casa de sua família para morar com o companheiro ou com a família do mesmo, dentre outros. Aquino *et al.* (2003), identificaram o fato de que 25% das jovens interrompem temporariamente e 17,3% definitivamente seus estudos no primeiro ano após o nascimento do filho.

Silva *et al.* (2011), em estudo realizado em Palmas-TO, detectaram uma taxa de abandono escolar de 42,3%, fato considerado de grande relevância, pois poderia influenciar negativamente a imersão futura da adolescente no mercado de trabalho. Para Belo e Silva (2004), dentre outras consequências de se tornar mãe precocemente, estão, a perda da liberdade, adiamento ou comprometimento dos projetos de estudos, a limitação de perspectivas de ingresso no mercado de trabalho, aproveitamento das oportunidades para completo desenvolvimento pessoal e, até mesmo, a ter opções de vida e oportunidades para um pleno desenvolvimento pessoal. Para Hoga (2008), os principais riscos associados à maternidade na adolescência foram as dificuldades relacionadas ao acesso ao trabalho, assim como o bem-estar econômico e social.

Contribuindo neste aspecto, são notadas também atitudes contraditórias procedentes das próprias pessoas e instituições responsáveis pelo desenvolvimento e bem-estar das jovens, como pais e professores, dentre outros. Neste estudo, observou-se atitude incoerente por parte de uma professora, que orientou uma adolescente a ficar em casa pelo fato de ela apresentar sintomas comuns de início da gestação, tendo a aluna afastado por três meses de parte de suas atividades escolares. Tem-se que procurar evitar atitudes equivocadas e oferecer um adequado apoio à adolescente grávida, entendendo que a gestação, na maioria das vezes, se for dispensado um adequado acompanhamento, transcorrerá normalmente.

Algumas adolescentes perceberam acréscimo em sua maturidade e senso de responsabilidade, como é verificado nos depoimentos:

Pra mim mudou, pra mim o meu jeito de pensar. Agora em ser mãe, como vai ser minha vida daqui pra frente. É isso, me sinto mais madura agora (risos), (SAFIRA).

Mudou a minha maturidade. [...] Eu me sinto mais calma eu era muito assim tipo violenta com meus pais, (OPALA).

Mudou tudo, né, mudou tudo, agora tenho que ter mais responsabilidade né, tenho que assim pensar na criança né, como vou educar né, não pensar mais só em mim, mas agora nela, como eu vou criar ela, é isso, (ESMERALDA).

Bom, as mudanças foi que eu fiquei mais responsável ainda,... e agora eu tô cuidando bem de mim e do bebê, que era uma coisa que eu não estava presente em posto, esse negócio de quando eu estava doente eu não ficava vindo em posto, mas agora eu sei de que

eu preciso estar no posto, de que eu preciso estar me consultando... e também tenho mais carinho de todo mundo, que eu já tinha antes, mas aumentou cada vez mais, (PÉROLA).

Eu acho que to mais pensativa, pensando mais no que vai acontecer daqui para frente. Se eu vou cuidar bem do meu filho, se vou ser uma boa mãe, (HOWLITA).

Nota-se que na maioria das vezes, a gravidez contribui para o amadurecimento psicoemocional das adolescentes o que favorece positivamente nas suas relações com a família, aceitação da gravidez, aumento do senso de responsabilidade, o qual contribui no auto-cuidado, tão importante nesta fase. Estudos evidenciaram que a experiência da gravidez na adolescência pode ensejar aspectos positivos no âmbito psicológico, pois favorece o amadurecimento da jovem, especialmente após o nascimento da criança (GONTIJO; MEDEIROS, 2008; LEVANDOWSKI; PCCININI; LOPES, 2008; NASCIMENTO *et al.*, 2012; PATIAS; DIAS, 2013).

Pesquisa realizada com membros familiares de adolescentes gestantes na comunidade em estudo identificou mudanças na vida das adolescentes. Dentre outras, se constatou amadurecimento emocional, pois os familiares relataram que as adolescentes se tornaram mais responsáveis consigo mesmas, mais caseiras, mais dedicadas ao lar (SOUZA *et al.*, 2012).

Outras adolescentes relataram mudanças quanto ao estilo de vida, hábitos, comportamentos, como se observa nas declarações:

Mudou, mudou por que eu tive que parar muitas coisas que eu gostava, gostava muito de dançar, sempre gostei de dançar, tive que parar de ir pra festa, empatou muito, muito, muito mesmo, muita coisa. Tive que aprender a me comportar como uma dona de casa..., (RUBI).

Mudou muita coisa, não posso mais usar assim minhas roupas que eu usava, meus shorts jeans, não posso mais sair sozinha, muita coisa mudou. Muda muito, muito, muito, (QUARTZO).

Tudo. Antes eu tinha liberdade, sai para qualquer canto, agora é só dentro de casa. Só dentro de casa, por que não pode pegar sol pra não gripar, (AMETISTA).

Mudou, mudou muito... Eu mudei muito também... Mudou muita coisa, Morava com minha mãe, depois vim morar com minha sogra. Eu saia pras festas, agora não saio mais, (CIANITA).

As implicações da gravidez para as adolescentes são diversas, sendo um dos fatores que encurtam a adolescência, interferindo também em seus hábitos e estilos de vida. Diversos estudos evidenciam modificações na vida social das jovens, seu afastamento do grupo de amigos, alterações nos estilos de vida, no modo de se vestir (GONTIJO; MEDEIROS, 2008; CARVALHO; MERIHI; JESUS, 2009; RESTA *et al.*, 2010). Hoga

(2008) identificou o fato de que as adolescentes mudaram seu estilo de vida após a incorporação do papel materno. Elas se distanciaram dos amigos e deixaram a “vida na rua”. Aquino *et al.* (2003) detectaram que 72,4% das meninas declararam ter diminuído o convívio com o grupo de amigos.

Somente uma adolescente comentou sobre as mudanças observadas no seu corpo, como se constata em seu relato:

Por que eu não me acostumei, meu corpo mudando, ter que engordar, ver minha barriga crescendo, pra mim foi difícil, difícil demais... Eu achei estranho, minha barriga esticou, cresceu uma lista no meio, eu tinha piercing no umbigo tive que tirar, eu achei estranho. (RUBI).

Preocupações sobre as mudanças do corpo pelas grávidas costumam ser frequentes, principalmente por parte das adolescentes, pois temem que as modificações permaneçam após o término do período gestacional. Resultado semelhante ao deste estudo foi encontrado no realizado por Piccinini *et al.* (2008) que encontraram nos relatos das gestantes um sentimento de estranheza sobre si mesmas, pelas transformações ocorridas em seu corpo.

Sete adolescentes, no entanto, não identificaram mudanças em suas vidas como se constata em seus depoimentos:

Não mudou nada, não perdi nada, (MORGANITA).

Não, não houve nenhuma mudança não. Ta do mesmo jeito, (PIRITA).

Mudança, mudança, nenhuma até agora. Vamos ver daqui pra frente né, (MARCASSITA).

Esta reação poderá está relacionada à inexistência de outros planos, como continuação dos estudos, preparação para uma carreira profissional. Outro fator que contribui para esta percepção é o apoio que os membros familiares dispensam para as adolescentes, que as deixam menos atarefadas.

Resultado semelhante foi encontrado por Sousa (2009), ao evidenciar que algumas adolescentes disseram que não houve mudanças decorrentes da gestação, pois, segundo relataram, um filho não impede de fazer nada e, conseqüentemente, não modifica a rotina anterior à gestação. A autora inferiu que as adolescentes não referiram mudanças porque não houve uma interrupção ou intervenções em seus planos futuros. Subentendeu-se que não havia planos para o ingresso na vida acadêmica, assim como não possuíam expectativas de atingir níveis de escolaridade mais elevados, bem como carreiras profissionais mais promissoras.

5.5 Estratégias de prevenção da gravidez na adolescência sob a óptica das adolescentes

Com esta temática, procurou-se captar as sugestões das adolescentes com vistas à prevenção da gravidez na adolescência. A maioria das adolescentes (16) citou as palestras como uma estratégia que as ajudaria a se apropriarem das informações e prevenir a gravidez precoce. As poucas que não as citaram foi porque achavam que já “tem palestras demais”. Sozinha ou acompanhada de outras estratégias, as atividades educativas foram as mais citadas pelas adolescentes, como se observa nos depoimentos:

Bom, eu na minha opinião já acontece, mas só que eles poderiam persistir mais um pouquinho, fazer mais palestras nas escolas, já começar com adolescente de treze e quatorze anos, que já é uma fase que engravida. Eu acho que eles tem que persistir mais nas escolas, fazer bastante palestras, para poder evitar, (MORGANITA).

Ter mais palestras nas escolas, porque é muito raro, porque as adolescentes sempre aparecem grávidas. Por que é muito difícil na escola que eu estudo é muito difícil, demais comparecer né assim, um agente de saúde, uma coisa e outra né. Assim dando palestra. Eu acho assim, que quando as jovens estão assistindo , conta muito você prestar atenção, né, (BRONZITA).

[...] Eu acho que nas escolas deveriam ter mais algumas palestras, porque a onde eu estudava, meu Deus do céu, nunca tinha palestra sobre isto, eu acho que nos colégios deveria ter mais palestras, no posto também, quem for fazer o pré-natal também deveriam ter também, (JASPE).

Pode fazer muita coisa, fazer uma palestra nas ruas, né. vai falando alguma coisa para as meninas, (risos), (QUARTZO).

A escola constitui campo fecundo à prática das atividades educativas, em razão da frequência natural da população adolescente, muito embora ela seja necessária em todos os ambientes onde houver a presença deles, como nas unidades de saúde e nas próprias comunidade, pois sabe-se que muitos adolescentes estão fora das escolas.

Pesquisa realizada em uma escola de ensino médio de Fortaleza-CE, em 2008, verificou uma acessibilidade relativamente elevada dos adolescentes pesquisados em atividades educativas sobre saúde sexual e reprodutiva, sendo a escola o principal espaço de participação; na referida pesquisa, detectou-se o fato de que 71,2% dos adolescentes participaram de atividade educativa sobre a temática em relevo (MOURA *et al.*, 2011).

No entanto, apesar de terem sido referenciadas pela maioria das adolescentes, como uma boa estratégia, duas adolescentes referiram que algumas meninas não as valorizam e não têm interesse em participar das atividades educativas, e sugeriram como estratégias que elas se interessassem e participassem das mesmas, como se verifica nas falas:

Sei não, porque já tem palestra demais. Só que elas deveriam prestar atenção mesmo. Que seria o melhor de tudo... e usassem o método (risos), (MARCASSITA).

[...] ter mais palestras na escola, por que assim no colégio tem palestras, mas as vezes tem algumas que nem ficam, (DOLOMITA).

Observa-se frequentemente o desinteresse por parte de adolescentes em participar de atividades educativas. Este comportamento impulsivo, desinteressado e descompromissado de algumas adolescentes também foi observado em pesquisa realizada por Spíndola, Siqueira e Cavalcanti (2012), em que observaram a falta de interesse das adolescentes em participar, alegando que já sabiam o que eles iriam falar.

O não envolvimento de algumas adolescentes pode ocorrer em consequência de oferecimento de atividades sem criatividade, sem utilização de metodologias que envolvam os adolescentes, onde simplesmente se transmitem informações.

Atualmente as ações de Educação em Saúde realizadas na maioria dos serviços ainda se encontram centradas na responsabilização individual e na prevenção de doenças ou eventos, baseando-se na transmissão de informações, havendo necessidade de uma melhor capacitação dos profissionais para que realizem adequadamente as atividades educativas, sendo importante que existam um comprometimento e um desejo de se aproximarem dos adolescentes (DANIELE, 2010). Observa-se também que a falta de recursos materiais adequados para realização das atividades, como materiais audiovisuais, pode contribuir para que a ação se mostre desinteressante. Vale salientar que, a maioria das instituições, fora do ambiente escolar, não dispõem de locais reservados para estas atividades.

As atividades educativas, principalmente quando adotam metodologias lúdicas, que incentivem a participação dos adolescentes, respeitando seus conhecimentos prévios e sua cultura, podem surtir bons resultados no “empoderamento” dos jovens em matérias que envolvam a sexualidade, prevenção da gravidez precoce e das DSTs, contribuindo assim para a promoção da autonomia e o livre exercício da cidadania.

As adolescentes também sugeriram como estratégia a ampliação do diálogo, principalmente entre as adolescentes e seus familiares, pois, por meio deste, poderia se repassar ensinamentos, orientações e aconselhamentos, como se observa nas narrações:

[...] A família podia dar conselho, conversar, sempre em relação a filha mulher, não só a filha mulher, mas com o filho homem também. A escola, sempre haver uma palestra, organizar uma palestra, falando sobre isto, não é errado falar disto, é um meio de não acontecer. E o posto, toda vida quando uma menina for em uma consulta, principalmente ginecológica, muitas gostam de se cuidar outras não. Sempre conversar, eu sei que o posto

dá palestra sobre isto, distribuir folheto informando é uma coisa que acho que mudaria bastante, para que elas pensem em fazer menos besteira, (RUBI).

Conversar né e ensinar. [...] Para quando sair assim para algumas festas, levar assim umas camisinhas ou tomar o remédio, (AMETISTA).

Orientar né. Orientar, dar conselho, não dar tanta liberdade assim pra namoro. Ser legal, cuidar bem, essas coisas, (TURQUESA).

Aconselhar, mas tem muita menina que entra pelo ouvido e sai pelo outro, né, no caso assim, eu como não era como essas mocinhas, né, que não engravida assim de um e de outro, mas é aconselhar, eu acho assim que seria bom aconselhar elas, (ESMERALDA).

A família é o referencial. É por seu intermédio que a adolescente começa a conhecer e a entender a vida e o mundo. Na maioria das vezes, é nela que busca apoio, representando o seu porto seguro nos momentos de crise, constituindo-se uma importante parceira nas adversidades ou simplesmente nos momentos de dúvidas e insegurança, tão frequente na adolescência.

A falta do diálogo com os pais é um fator que favorece a adolescente à gravidez. Estudo mostrou que as adolescentes que conversam com seus pais sobre sexo engravidam menos do que aquelas que não vivenciam esta prática (ALMEIDA; CENTA, 2009). Outro, realizado em comunidade carente de Fortaleza, identificou o fato de que a ausência do diálogo da adolescente com sua mãe é um dos fatores familiares que vulnerabilizam a adolescente a engravidar (QUEIROZ, 2013).

O diálogo dos adolescentes com sua família deve ser estimulado, pois, nessa fase, se geram dúvidas sobre os mais diversos aspectos da vida, particularmente sobre temas que remetem a sexualidade e reprodução, devendo os filhos ter um canal aberto com seus familiares, principalmente com seus pais, devendo receber destas informações, orientações e apoio, pois, se os pais não os fornece, provavelmente irão buscá-las no grupo de amigos, que geralmente não possui conhecimentos nem maturidade suficiente, o que contribui para aquisição de informações incorretas e prática do sexo inseguro. O diálogo franco com os filhos é entendido como uma estratégia para melhorar a comunicação entre adolescentes e familiares, podendo ser um momento de reflexão de sentimentos, de confrontar e estabelecer limites (ALMEIDA; CENTA, 2009).

Algumas adolescentes sugeriram que a dispensação dos métodos anticoncepcionais acontecessem de maneira menos burocratizada, ou seja, que se tornasse mais fácil sua aquisição, como se detecta nos relatos a seguir:

[...] no posto devia ser mais fácil, qualquer pessoa chegar lá e pegar um remédio. Por que é muito difícil, tem que marcar uma consulta, pra poder pegar remédio. É muito difícil... Eu acho que na escola devia ter mais palestras, distribuição de camisinha essas coisas para prevenir mais a adolescente, (HOWLITA).

Fazer palestras no posto de saúde e entregar remédio e camisinha, no posto e na escola, (ÔNIX).

Dando informação, né. Informação e remédio. E só. Por que as vezes é falta de informação, (PIRITA).

Observa-se, na prática das unidades básicas de saúde, certa resistência na procura de assistência pelo grupo adolescente, talvez em consequência das rotinas estabelecidas nestes locais que, em muitas ocasiões, dificultam o acesso à assistência e aos métodos contraceptivos, pelo fato de que muitas adolescentes tentam não expor sua vivência sexual e pelas próprias características da população adolescente.

Pesquisa realizada por Moura *et al.* (2011) identificou descontentamento por parte dos usuários em relação ao atendimento de planejamento familiar oferecido, pois consideraram inadmissível o retorno mensal para receber o método anticoncepcional, pois esta atitude gerava perda de tempo e gasto financeiro.

A atenção em planejamento reprodutivo direcionada ao público adolescente nas unidades básicas de saúde deve ser oferecida de maneira diferenciada, respeitando-se a especificidade do grupo, oferecendo-lhe acolhimento com escuta qualificada, buscando formação de vínculo e garantindo-lhe sigilo. É importante atentar-se para que a burocracia e rotinas rígidas das unidades de saúde não comprometam a qualidade do atendimento, principalmente quando se tratar de adolescentes.

Somente uma adolescente referiu como estratégia os projetos do Governo, com vistas a ocupar e capacitar os adolescentes visando ampliação de seus conhecimentos, habilidades e autonomia, como se pode verificar em seu relato:

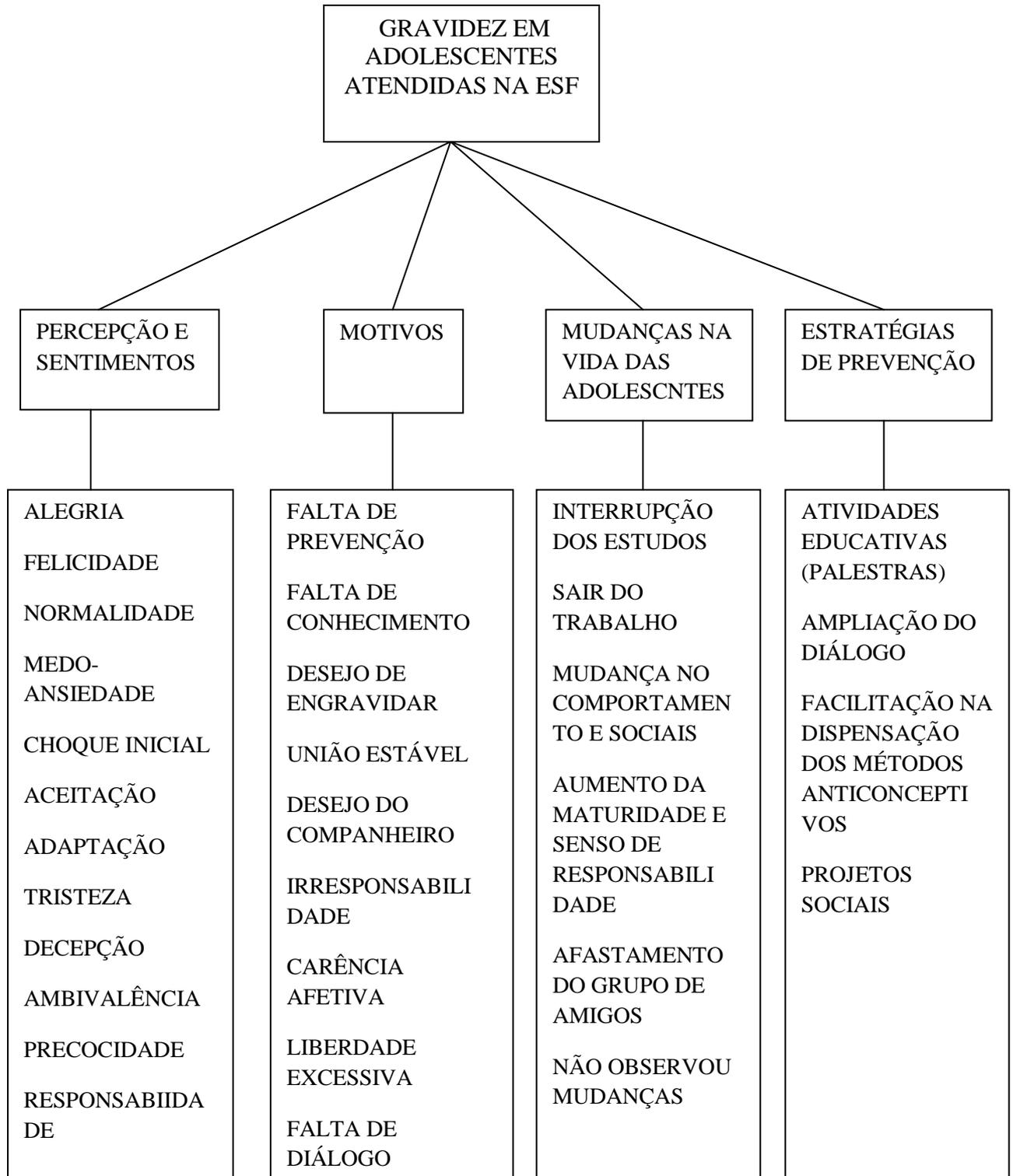
Eu acho que a família tem um papel bem importante. Eu acho que a família tem que estar sempre à frente. É apoiar mesmo, apoiar mesmo para que as pessoas não façam as coisas escondido, por trás que é bem pior, pode acabar com a gravidez. Também a escola é muito importante pra passar bastante informação, os projetos do Governo, em relação a isto, para ocupar os jovens com alguma atividade, (JADE).

A não referência aos aspectos mais amplos pelas demais adolescentes talvez ocorra pela falta de conhecimentos sobre seus direitos como cidadãos. Uma adolescente que participava de um projeto social, quando engravidou, não o citou como um elemento protetor da prevenção da gravidez precoce. Nenhuma adolescente mencionou a falta de opção de lazer

de participação em atividades culturais; talvez por isso não tenham mencionado a importância dessas atividades como estratégias a serem desenvolvidas dentro das comunidades, visando à prevenção da gravidez precoce.

É notada falta de engajamento de jovens e adolescentes nos espaços de participação social, elementos impulsionadores e de fortalecimento no avanço de políticas sociais para a juventude. Para efetivação destas políticas, há necessidade do envolvimento destes sujeitos nas etapas de elaboração, implementação, monitoramento e avaliação, assegurando que estas respondam às demandas de adolescentes e jovens em todas as dimensões de seu cotidiano (OLIVEIRA, CARVALHO, SILVA, 2008).

Figura 1 – Resumo da percepção, dos principais sentimentos, motivos, mudanças de vida e estratégias de prevenção da gravidez na adolescência sob a óptica das gestantes adolescentes



6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez na adolescência apresenta-se como um fenômeno complexo de solução difícil, em consequência da diversidade de seus fatores determinantes, os quais remetem à necessidade de ações governamentais, intersetoriais, interdisciplinares, compromisso com aplicação das leis e diretrizes de apoio aos adolescentes, responsabilização familiar e social, com vistas a fornecer as condições adequadas para o completo desenvolvimento físico, psíquico e social dos adolescentes. As ações devem permear transversalmente todos os setores constituindo-se responsabilidade de todos.

É facilmente observável que as adolescentes deste estudo vivem em um contexto de vulnerabilidade social, marcada pela presença de baixas condições socioeconômicas, baixo nível de escolaridade, conflitos familiares, desemprego, iniciação sexual precoce, não adoção de práticas de sexo seguro, história familiar e comunitária de gravidez precoce, falta de perspectivas, residirem em área periférica de um grande centro urbano onde as condições de vida e ofertas de oportunidades se mostram reduzidas ou ausentes, uso de drogas, dentre outras.

As reações e sentimentos exibidos pelas gestantes variaram conforme o momento vivido, o desejo ou não de engravidar naquele momento, o parceiro ter assumido ou não a gravidez, estar ou não em união estável com seu parceiro. Observou-se que os momentos iniciais da descoberta da gravidez foram os mais impactantes e, a depender das condições citadas anteriormente, remeteu a sentimentos positivos ou negativos.

Os principais sentimentos expressos pelas adolescentes, logo que se descobriram grávidas, foram: alegria, felicidade para aquelas que desejavam e planejaram a gravidez. Notou-se também, tristeza, rejeição da criança, abatimento, medo, pavor, decepção, choque, surpresa e sentimento de perda, sendo estes sentimentos negativos mais frequentes quando a gravidez não foi programada e as adolescentes não contaram com o apoio de seus companheiros. Verificou-se também a presença de sentimentos e reações ambivalentes, entretanto constatou-se que, conforme a gestação evoluiu, houve adaptação e aceite da situação, favorecida pelo apoio dispensado por seus companheiros e familiares, o que contribuiu para que emergissem sentimentos positivos de felicidade, amor e alegria.

A percepção da gravidez para as adolescentes mostrou-se diferenciada sob vários aspectos: em primeiro lugar, quando elas visualizavam a presença do evento na comunidade com outras adolescentes e quando se referiam a sua própria gestação. A gravidez em outras adolescentes foi percebida na maioria das vezes como precoce, um acontecimento que traria prejuízos à vida futura das adolescentes. Pode-se refletir na ideia de que, de certa forma, elas

possuem uma dimensão dos fatores negativos advindos com a gravidez precoce. Quando, porém, se referiram à sua própria gravidez, a maioria emitiu sentimentos de alegria, felicidade e normalidade; para algumas, um acontecimento já esperado, o que se levou a concluir que, para a maioria das adolescentes deste estudo, a gravidez foi percebida como algo positivo, que trouxe maturidade, equilíbrio emocional, constituição de sua família e um sentido para sua vida.

A percepção mostrou-se diferenciada também para a mesma adolescente em várias fases de sua gestação e a maneira como esta visualiza sua gravidez, se como um evento positivo ou negativo, também foi relacionada às condições de vida e ao apoio recebido. Para a maioria das adolescentes, a percepção logo no início da gravidez causaria prejuízos às suas vidas, ocorrendo mudança desse entendimento com o avançar do processo gestacional, principalmente pelo apoio recebido do companheiro e dos componentes familiares. No momento das entrevistas, todas as gestantes aceitavam a gravidez.

Os motivos referidos pelas adolescentes como favorecedores de sua gravidez foram diversos. Sete adolescentes referiram ter desejado e planejado a gravidez. Para as demais, a gravidez aconteceu pela falta de prevenção do casal. Observaram-se comportamentos contraditórios, pois se constatou um conhecimento relativo sobre os métodos anticoncepcionais e sua não aplicação, pois todas referiram conhecer mais de um método contraceptivo e 18 já haviam usado pelo menos um dos métodos.

Outros motivos foram relatados, como iniciação sexual precoce, pensar que não engravidaria, satisfazer o desejo do companheiro, irresponsabilidade, carência afetiva, a excessiva liberdade dispensada às adolescentes, a falta de diálogo com os familiares, pelo desejo da adolescente sair de casa, ficar com o namorado, por querer constituir sua família, para fugir de problemas familiares, abandono escolar, uso de álcool e outras drogas, dentre outros.

As adolescentes não reconhecem a falta de oportunidades, a ausência de um projeto de vida, suas carências nas diversas dimensões de suas vidas como explicativas para sua gravidez, talvez em consequência de sua história de vida familiar e social, por desconhecimento de seus direitos, pelo baixo nível socioeconômico e escolar da maioria, dentre outros.

Observaram-se diversas mudanças na vida pessoal, familiar, social e escolar das adolescentes. Em relação aos aspectos positivos relacionados à vivência da gravidez, emergiu do estudo a melhoria nas relações interpessoais familiares e sociais na busca de estabelecer uma rede social de apoio. As adolescentes referiram o amadurecimento advindo do ato de assumir a responsabilidade por si e por seu filho.

Referente aos aspectos negativos relacionados à vivência da gravidez, verificou-se que uma adolescente se achou constrangida por estar grávida e, por isso, abandonou a escola; outras duas tiveram a mesma atitude, alegando motivos relacionados à própria gestação, fato que poderá influenciar negativamente nas suas chances de profissionalização. Outras adolescentes relataram afastamento do seu grupo social, perda de liberdade, mudanças quanto ao estilo de vida, hábitos, comportamentos, mudanças observadas no seu corpo e afastamento das atividades laborais.

Sete adolescentes, no entanto, não identificaram mudanças em suas vidas, sugerindo que talvez não houvesse planos quanto à profissionalização, ingresso na vida acadêmica, ou mesmo atingir maiores níveis de escolaridade. Outro fator que contribui para não detecção de mudanças é o apoio que os componentes familiares dispensam às adolescentes, que as deixam menos atarefadas.

Quanto às estratégias sugeridas pelas adolescentes com vistas à prevenção da gravidez precoce, observou-se que somente uma jovem mencionou ações governamentais com vistas a ocupar os adolescentes e capacitá-los, o que se leva a concluir que há um desconhecimento por parte das adolescentes em relação às leis e diretrizes de proteção aos adolescentes, dispositivos necessários para o reconhecimento de seus direitos de cidadania.

A maioria das participantes citou as palestras como estratégia que ajudaria as adolescentes a se apropriarem dos conhecimentos e prevenir a gravidez precoce. As poucas que não a citaram foi porque achavam que já “tem palestras demais”. Sozinha ou acompanhada de outras estratégias, as atividades educativas foram as mais citadas pelas adolescentes.

As jovens também sugeriram como estratégia a ampliação do diálogo, principalmente entre as adolescentes e seus familiares, pois por intermédio destes, se repassariam ensinamentos, orientações e aconselhamentos. Outras sugeriram que a entrega dos insumos anticoncepcionais acontecesse de maneira menos burocratizada, ou seja, que se tornasse mais fácil sua aquisição nas unidades de saúde. Neste sentido, os adolescentes devem receber uma atenção diferenciada, principalmente nas unidades de atenção primária à saúde, para lhes garantir um atendimento qualificado, em que haja escuta, vínculo e interesse em dar resposta ao adolescente, principalmente quando esta busca envolver saúde reprodutiva e anticoncepção, sendo importante a construção de espaços dentro das unidades, como ambulatório para os adolescentes, no qual a equipe multiprofissional possa desenvolver as diversas atividades para o grupo, inclusive as ações educativas.

Fatores como baixo nível socioeconômico e escolar, associado à falta de perspectivas de futuro no campo profissional e acadêmico, constituíram-se fatores de

vulnerabilidades para a gravidez das adolescentes, os quais evidenciaram a importância da melhoria das condições que favoreçam um viver saudável e promissor, pois, na falta destas condições, a adolescente visualizará a opção mais factível, que já faz parte da história familiar, comunitária e cultural, que é a gravidez, perpetuando, assim, o círculo de pobreza.

Reconhece-se, contudo, a complexidade do fenômeno, que, na maioria dos aspectos, ultrapassa a capacidade resolutiva de determinados setores isoladamente, necessitando de intervenções mais amplas, intersetoriais e interdisciplinares além das ações governamentais, que possibilitem uma sociedade mais justa, igualitária, que forneça condições dignas de vida e favoreçam as adolescentes vislumbrarem outras possibilidades além da gravidez e constituição de família tão precocemente.

Conclui-se que a gravidez na adolescência, em consequência de sua elevada incidência, principalmente nas comunidades menos favorecidas socioeconomicamente, continua constituindo um tema atual, relevante, que merece atenção de todos os segmentos responsáveis pela assistência aos adolescentes, englobando profissionais da saúde, educação, assistência social, dentre outros, que deverão atuar, situando em suas práticas as diversas políticas de proteção aos adolescentes, garantindo-lhes acesso a todos os recursos disponíveis que visem à melhoria de sua qualidade de vida.

A gestante adolescente necessita do suporte dos profissionais de saúde, devendo-se respeitar e entender sua opção e procurar fortalecê-la para que compreenda esse processo e consiga superar os conflitos consigo mesma, com seu parceiro e membros familiares, para melhor vivenciar a maternidade e torná-la um ponto positivo em sua vida.

Há necessidade de se qualificar os profissionais que trabalham junto aos adolescentes, para que forneçam uma assistência qualificada e direcionada, oferecendo adequado acolhimento e buscando formação de vínculos, com vistas à promoção da saúde em todos os seus aspectos, não focalizando apenas na questão de como evitar a gravidez, mas buscando meios de promover a valorização da pessoa humana, oferecendo-lhes conhecimentos para que possam decidir com a devida consciência e a solicitada responsabilidade o melhor momento de engravidar. Torna-se relevante que os profissionais de saúde desenvolvam em suas práticas, mecanismos que possam identificar junto aos adolescentes e seus familiares as situações que vulnerabilizam as jovens à gravidez, para orientá-las e intervir, visando à prevenção.

Acredita-se ser de fundamental importância a promoção de debates sobre a sexualidade desde o início da idade escolar, procurando os profissionais incentivar o diálogo entre pais e filhos o mais precocemente possível. Para tanto, torna-se necessária a

implementação de estratégias, como a formação de grupos de pais na comunidade ou mesmo aproveitar-se a oportunidade da presença destes nas escolas e unidades de saúde e “empoderá-los” sobre como se comportar diante das demandas trazidas por seus filhos nos diversos aspectos de suas vidas, particularmente em temáticas que envolvam sexualidade e saúde reprodutiva. Neste sentido, torna-se deveras relevante a parceria entre unidade de saúde e escola, sendo importante também a capacitação dos professores para que abordem no ambiente escolar estas temáticas.

É importante, também, a construção de espaços dentro das escolas e da própria comunidade, para que se ofereçam atividades extracurriculares como reforço escolar, esportes, artes, cultura, atividades educativas, cursos preparatórios para imersão no mercado de trabalho, etc., com vistas a aproveitar positivamente o tempo dos adolescentes e fortalecê-los, contribuindo assim para ampliação de seu nível de autonomia. Outra estratégia que pode ser utilizada é a capacitação dos próprios adolescentes como agentes multiplicadores, haja vista ser fato frequente a busca de informações com o grupo de amigos. A oferta de creches para todas as mães trabalhadoras é de fundamental importância, para que as crianças e adolescentes não necessitem se responsabilizar pelas atividades domésticas e sim se dedicar aos estudos e atividades próprias destas fases, sendo importante também a oferta de vagas nas creches para os filhos das mães adolescentes, a fim facilitar o seu retorno às atividades escolares.

Entende-se que os achados deste estudo oferecem uma compreensão da particularidade da gravidez na adolescência em comunidade de baixa renda, fornecem subsídios para discussão sobre a temática e traz elementos que favoreçam adequação das práticas nas unidades básicas de saúde ao público adolescente.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- ALMEIDA, A. C. C. H.; CENTA, M. L. A família e a educação sexual dos filhos: implicações para a enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, n. 1, p. 71-76, 2009.
- ALVES, J. E. D.; CAVENAGHI, S. Transições urbanas e da fecundidade e mudanças dos arranjos familiares no Brasil. **Cadernos de Estudos Sociais**, v. 27, n. 2, p. 91-114, 2012.
- AMORIM, M. M. R. *et al.* Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo de caso controle. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.31, n.8. p. 404-410, 2009.
- AQUINO, E. M. L. *et al.* Adolescência e reprodução no Brasil: A heterogeneidade dos perfis sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, S377-S388, 2003. Suplemento 2.
- ARCANJO, C. M.; OLIVEIRA, M. I. V.; BEZERRA, M. G. A. Gravidez em adolescentes de uma unidade municipal de saúde em Fortaleza-Ceará. **Escola Ana Nery Revista de Enfermagem**, v. 11 n. 3 p. 445-451, 2007.
- ÁRIES, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- AYRES, J. R. C. M. *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 375-417.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BARROS, I. C; GOMES, K. R. O. Saúde reprodutiva na adolescência: riscos associados à gravidez indesejada e o abortamento induzido. In: NERY, I. S. *et al.* **Gravidez na adolescência: prevenção e riscos**. Teresina: EDUFPI, 2011, p. 189-204.
- BELO, M. A. V.; SILVA, J. L. P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 479-487, 2004.
- BERLOFI, L. B. *et al.* Prevenção da reincidência de gravidez de adolescentes: efeitos de um programa de planejamento familiar. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 19 n. 2 p. 196-200, 2006.
- BERTONI, N. *et al.* Uso de álcool e drogas e sua influência sobre as práticas sexuais de adolescentes de Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1350-1360, 2009.
- BORGES, J. M. *et al.* Gravidez na adolescência: percepções e perspectivas. **Revista Estudos**, v. 36, n. 1/2, p. 171-189, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012c**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html>. Acesso em: 30 ago. 2013.

_____. **Datasus – nascidos vivos**. Banco de dados do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2012a. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acesso em: 05 mar. 2013.

_____. **Lei nº 6.202, de 17 de abril de 1975**. Atribui à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-lei nº 1.044, de 1969, e dá outras providências. Brasília, 1975. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/16202.htm>. Acesso em: 15 dez. 2013.

_____. **Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente. 3. ed. Brasília, 2009.

_____. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Planejamento familiar. Brasília: 1996b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm>. Acesso em: 20 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatite Virais. **Recomendações para a atenção integral a adolescentes e jovens vivendo com HIV/Aids**. Brasília, 2013a. 116 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012b. 110 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, 2010a. 300 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília, 2010b. 132 p.

_____. Ministério da Saúde. **Informações de saúde 2007**. Brasília, 2007a. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 12 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, 2007b. 82 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília, 2005. 158 p.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em planejamento familiar: manual técnico**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Adolescentes promotores de saúde: uma metodologia para capacitação**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa saúde do adolescente: bases programáticas**. 2. ed. Brasília, 1996a. 32 p.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2012**. Rio de Janeiro, 2013b. 266 p. (Estudos e pesquisa, informação demográfica e socioeconômica, n. 32).

CALLIGARIS, C. **A adolescência**. São Paulo: Publifolha, 2011.

CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. de S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. de S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 669-688.

CARIDADE, A. O adolescente e a sexualidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Cadernos juventude saúde e desenvolvimento**. Brasília, 1999. p. 206-212.

CARVALHO, G.; MERIHI, M.; JESUS, M. C. Recorrência da parentalidade na adolescência na perspectiva dos sujeitos envolvidos. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 17-24, 2009.

CARVACHO, I. E.; PINTO e SILVA, J. L.; MELLO, M. B. de. Conhecimento de adolescentes grávidas sobre anatomia e fisiologia da reprodução. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Belo Horizonte, v. 54, n. 1, p. 29-35, 2008.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M.; SILVA, L. B. **Juventudes e sexualidade**. Brasília: UNESCO, Brasil, 2004.

CAVASIN, S. *et al.* **Gravidez de adolescentes entre 10 e 14 anos e vulnerabilidade social: estudo exploratório em cinco capitais brasileiras**. 2004. Disponível em: <<http://www.ecos.org.br>>. Acesso em: 12 de abr. 2013.

CEARÁ. Secretaria do Trabalho e da Ação Social. Fundo de População das Nações Unidas – FNUAP. **Projeto amor à vida: entendendo a adolescência**. Fortaleza, 1997.

CHACHAM, A. S.; MAIA, M. B.; CAMARGOS, M. B. Autonomia, gênero e gravidez na adolescência: uma análise comparativa da experiência de adolescentes e mulheres jovens provenientes de camadas médias e populares em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 29, n. 2, p. 389-407, 2012.

CHALEM, E. *et al.* Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 177-186, 2007.

COMMITTEE ON ADOLESCENCE AND COMMITTEE ON EARLY CHILDHOOD, ADOPTION AND DEPENDENT CARE. Care of Adolescent Parents and their children. **Pediatrics**, v. 107, n. 2, p. 429-434, 2001.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento** – plataforma de Cairo. Disponível em: <<http://www.direito.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/File/relatoriocairo.pdf>>. Acesso em: 25 mar 2013.

DADOORIAN, D. Gravidez na adolescência: um novo olhar. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 23, n. 1, p. 84-91, 2003.

_____. **Pronta para voar: um novo olhar sobre a gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

DANIELI, G. L. **Adolescentes grávidas: percepções e educação em saúde**. 2010. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2010. Disponível em: <http://coral.ufsm.br/ppgenf/Dissert_Guiomar.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2014.

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paidéia**, v. 20, n. 45, p. 123-131, 2010.

DIAS, A. C. G. *et al.* O significado da maternidade na adolescência para jovens gestantes. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 3, n. 6, p. 153-167, 2011.

DIAS, A. B.; AQUINO, E. M. L. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1447-1458, 2006.

DINIZ, E.; KOLLER, S. H. Fatores associados à gravidez em adolescentes brasileiros de baixa renda. **Paidéia**, v. 22, n. 53, p. 305-314, 2012.

DUARTE, C. F.; HOLANDA, L. B.; MEDEIROS, M. L. Avaliação de conhecimento contraceptivo entre adolescentes grávidas em uma unidade básica de saúde do Distrito Federal. **Journal of the Health Sciences Instintue**, v. 30, n. 2, p. 140-143, 2012.

FARIAS, R.; MORÉ, C. O. O. Repercussões da gravidez em adolescentes de 10 a 14 anos em contexto de vulnerabilidade social. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 25, n. 3, p. 596-604, 2012.

FERNANDES, M. A.; NASCIMENTO, F. Z. F. O. Sexualidade do adolescente: uma abordagem interdisciplinar. In: NERY, I. S. *et al.* **Gravidez na adolescência: prevenção e riscos**. Teresina: EDUFPI, 2011. p. 293-302.

FORTALEZA. Decreto nº 13.106 de 12 de abril de 2013. Dispõe sobre a estrutura organizacional, a distribuição e a denominação dos cargos em comissão da Secretaria Municipal de Saúde – SMS, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, Fortaleza, n. 15.013, 12 abr. 2013. p. 1.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Atesto Municipal de funcionamento das equipes de saúde da família e de saúde bucal-SER VI**. Fortaleza: Secretaria Executiva Regional VI, 04 out. 2012b.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema Municipal de Saúde Escola. **Protocolo de acolhimento ao adolescente com avaliação de risco e vulnerabilidade**. Fortaleza, 2012b. 152 p.

_____. **Relatório de inscrições realizadas no período-gestantes**. Acesso pelo prontuário eletrônico-INTRANET, 16 jul. 2012. Fortaleza, 2012a.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GODINHO, R. A. *et al.* Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio?. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 25-32, abr. 2000.

GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M. “Tava morta e revivi”: significado de maternidade para adolescentes com experiência de vida nas ruas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 469-472, 2008.

GOUVEIA, M. T. O. *et al.* Gravidez na adolescência: revisão bibliográfica. In: NERY, I. S. *et al.* **Gravidez na adolescência: prevenção e riscos**. Teresina: EDUFPI, 2011. p. 251-259.
GOUVEIA, T.; CAMURÇA, S. **O que é gênero**. Recife: SOS CORPO, 2000.

GRIBOSKI, R. A; GUILHEM, D.; CASTELO BRANCO, J. D. Adolescência, sexualidade e situações de vulnerabilidade. Um estudo qualitativo. **Online brazilian journal of nursing, poverty, health iniquities, and human development**, Brasília, 2009. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/2376/1/ARTIGO_Adolesc%C3%A4nciaSexualidadeSitua%C3%A7%C3%B5esVunerabilidade.pdf>. Acesso em 05 maio 2013.

GURGEL, M. G. I. **Tendência dos riscos da gravidez na adolescência**: representações sociais dos enfermeiros acerca da prevenção. 2011. 173 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

GURGEL, M. G. I. *et al.* Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. **Escola Ana Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 799-805, 2008.

HEILBORN, M. L. *et al.* Aproximações sócio-antropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes Antropológicos**, v. 8, n. 17, p. 13-45, 2002.

HOGA, L. A. K. Maternidade na adolescência em uma comunidade de baixa renda: experiências reveladas pela história oral. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p.280 - 286, 2008.

HOGA, L. A. K.; BORGES, A. L. V.; ALVAREZ, R. E. C. Gravidez na adolescência: valores e reações dos membros da família. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 779-785, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2010a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 09 abr. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar-PENSE**. Rio de Janeiro, 2009a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1525>. Acesso em: 11 mar. 2013.

_____. **Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar-PENSE 2012**. Rio de Janeiro, 2013a. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Jun/20/pense_2012_arquivo_web.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2013.

LEVANDOWSKI, D. C.; PICCININI, C. A.; LOPES, R. C. S. Maternidade Adolescente. **Revista Estudos de Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 251-263, 2008.

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

MAGALHÃES, R. Gravidez recorrente na adolescência: o caso de uma maternidade pública. **Rev. Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 23-32. fev. 2007. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=117>. Acesso em: 04 mar. 2013.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

MENDES, S. S. *et al.* Saberes e atitudes dos adolescentes frente à contracepção. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 29, n. 3, p. 385-91, 2011.

MENDONÇA, R. de C. M.; ARAÚJO, T. M. E. Uso de métodos contraceptivos pelas adolescentes das escolas agrícolas da Universidade Federal do Piauí. In: NERY, I. S. *et al.* **Gravidez na adolescência: prevenção e riscos**. Teresina: EDUFPI, 2011. p. 139-155.

MELHADO, A. *et al.* Gravidez na adolescência: apoio integral à gestante e à mãe adolescente como fator de proteção à reincidência. **Rev. Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 45-51, 2008. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=61>. Acesso em: 17 mar. 2013.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. de S.; GOMES, S. F. D. R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2008.

MOREIRA, I. C. **O significado da gravidez para as adolescentes de comunidade de baixa renda**. 2010. 21 f. Trabalho de conclusão (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2540.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2013.

MOREIRA, T. M. M. *et al.* Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 312-320, 2008.

MOURA, E. R. F. *et al.* Perfil sexual e reprodutivo e percepção de adolescentes de escola pública sobre comportamento sexual e reprodutivo. **Revista APS-Atenção Primária à Saúde**, Fortaleza, v. 14, n. 1, p. 58-66, 2011.

MOURA, L. N. B. *et al.* Informação sobre contracepção e sexualidade entre adolescentes que vivenciaram uma gravidez. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 320-326, 2011.

MOURA, L. N. B.; MARANHÃO, T. A.; GOMES, K. R. O. Adolescência e planejamento familiar. In: NERY, I. S. *et al.* **Gravidez na adolescência: prevenção e riscos**. Teresina: EDUFPI, 2011. p. 219-237.

NASCIMENTO, J. A. do *et al.* Adolescentes gestantes: o significado da gravidez em suas vidas. **Rev. Adolescência e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 37-46, 2012.

NERY, I.S. *et al.* Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 31-37, 2011.

NOVELLINO, M. S. F. Um estudo sobre as mães adolescentes brasileiras. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 299-318, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. Escola Bloomberg de Saúde Pública. Centro de Programas de Comunicação da Universidade Johns Hopkins, Projeto INFO. **Planejamento familiar: um manual global para prestadores de serviços de saúde**. Baltimore, Genebra, 2007.

_____. **La salud de los jóvenes: un reto y una esperanza**. Geneva, 1995. Disponível em: <<https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/37632>>. Acesso em: 05 mar. 2013.

OLIVEIRA, E. F. V.; GAMA, S. G. N.; SILVA, C. M. F. P. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 567-578, 2010.

OLIVEIRA, T. C. de; CARVALHO, L. P.; SILVA, M. A. da. O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 306-11, 2008.

PANTOJA, A. L. N. Ser alguém na vida: uma análise antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, S335-S343, 2003. Suplemento 2.

PATIAS, N. D.; DIAS, A. G. C. Opiniões sobre maternidade em adolescentes grávidas e não grávidas. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 65, n. 1, p. 88-102, 2013.

PICCININI, C. A. *et al.* Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 1, p. 63-72, 2008.

PROCÓPIO, E. V. P.; ARAÚJO, E. C. Percepções de adolescentes gestantes sobre a gravidez atendidas na clínica de pré-natal. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 1, n. 1, p. 28-35, 2007.

QUEIROZ, I. N. B. *et al.* Planejamento familiar na adolescência na percepção de enfermeiras da estratégia saúde da família. **RENE**, Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 103-113, 2010.

QUEIROZ, D.T. **Fatores individuais, sociais e familiares associados à vulnerabilidade de Adolescentes à gravidez**. 2013. 170 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

RANGEL, D.; QUEIROZ, A. B. A representação social das adolescentes sobre a gravidez nessa etapa da vida. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 780-788, 2008.

REICHERT, C. B.; WAGNER, A. Autonomia na adolescência e sua relação com os estilos parentais. **PSICO**, v. 38, n. 3, p. 292-299, 2007.

REIS, A. O. A.; OLIVEIRA-MONTEIRO, N. R. Sexualidade e procriação na ótica de jovens de periferias sociais e urbanas. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 17, n. 2, p. 54-63, 2007.

RESTA, D. G. *et al.* Maternidade na adolescência: significado e implicações. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 68-74, 2010.

ROCHA, S. S. da; ROCHA FILHO, D. R. da; CARVALHO, A. de O. Ser adolescente: ser especial, ser em transformação. In: NERY, I. S. *et al.* **Gravidez na adolescência: prevenção e riscos**. Teresina: EDUFPI, 2011. p. 273-282.

RODRIGUES, M. S. P.; LEOPARDI, M. T. **O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1993.

RUZANY, M. H. Atenção à saúde do adolescente: mudança de paradigma. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008, p. 21-25.

SABROZA, A. R. *et al.* Algumas repercussões emocionais negativas em adolescentes do Município do Rio de Janeiro (1999-2000). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S130-S137, 2004. Suplemento 1.

SANTOS, C. A. C. dos; NOGUEIRA, K. T. Gravidez na adolescência: falta de informação? **Rev. Adolescência e saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1 p. 48-56, 2009.

SANTOS, R. A. B. **Gravidez na adolescência: aspectos sociais e psicológicos**. 2010. 27p. Trabalho de Conclusão (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, Curvelo, 2010.

SANTOS, S. R.; SCHOR, N. Vivências da maternidade na adolescência precoce. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 15-23, 2003.

SILVA, J. M. B. *et al.* Percepção de adolescentes grávidas acerca de sua gravidez. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 23-32, 2011.

SILVA, L.; TONETE, V. L. P. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 199-206, 2006.

SOUSA, L. D. **O significado da maternidade para mães adolescentes a luz da teoria das representações sociais**. 2009. 133 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, Rio Grande do Sul, 2009.

SOUZA, T. A. Gravidez na adolescência: percepções, comportamentos e experiências de familiares. 2011. 52p. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade) – Universidade Estadual do Ceará, Sistema Municipal Saúde-Escola. Fortaleza, 2011.

SOUZA, T. A. *et al.* Gravidez na adolescência: percepções, comportamentos e experiências de familiares. **RENE**, Fortaleza, v. 13, n. 4, p. 794-804, 2012.

SOUZA, R P. Sexualidade - riscos - escola. In: MORAIS DE SÁ, C. A.; PASSOS, M. R. L.; KALIL R. S. **Sexualidade humana**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p. 160.

SPÍNDOLA, T.; SILVA L. F. F. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 99-107, 2009.

SPÍNDOLA, T.; SIQUEIRA, N. S. B.; CAVALCANTI, R. L. As gestantes adolescentes e o emprego de métodos contraceptivos. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 4, p. 2636-2646, 2012.

TAQUETTE, S. R. Sobre a gravidez na adolescência. **Rev. Adolescência e Saúde**, v. 5, n. 2 p. 23-26, 2008. Disponível em: <http://adolescenciaesaude.com/imagebank/PDF/v5n2a04.pdf?aid2=56&nome_en=v5n2a04.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2013.

TEIXEIRA, S. A. M.; TAQUETTE, S. R. Violência e atividade sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 4, p. 440-6. 2010.

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Acesso, permanência, aprendizagem e conclusão da Educação Básica na idade certa** – Direito de todas e de cada uma das crianças e dos adolescentes. Iniciativa Global Pelas Crianças Fora da Escola - Brasil. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002212/221281por.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2013.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ. **Trabalhos científicos: organização, redação e apresentação**. Fortaleza: EdUECE, 2010.

VELHO, G. **Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

VENTURINI, F. P. **Adolescentes de um núcleo de assistência psicossocial: do conhecimento de seu universo à intervenção para a promoção de desenvolvimento**. 2009. 224

f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

WINTER, G. P.; GUIMARÃES, E. A. Percepções de Adolescentes Grávidas em Relação a seus Familiares e Parceiros. **Revista Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 28, n. 3, p. 548-557, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adolescent pregnancy**. Fact sheet n. 364, May 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

XIMENES NETO, F. R. G.; DIAS, M. S. A.; ROCHA, J.; CUNHA, I. C. K. O. Gravidez na adolescência: motivos e percepções. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n. 3, p. 279-285, 2007.

YAZLLE, M. E. H. D.; FRANCO, R. C.; MICHELAZZO, D. Gravidez na adolescência: uma proposta para prevenção. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 10, p. 477-479, 2009.

APÊNDICES

Apêndice A – Formulário para identificação das adolescentes**Iniciais** _____**Idade** _____**Situação conjugal**

() casada () União estável () solteira () separada () viúva
 () outros: _____

Idade da menarca: _____ Idade da “sexarca” _____

Você planejou a gravidez? () sim () não**Ocupação**

() dona de casa () estudante () desempregada
 () outros: _____

Escolaridade

() Analfabeta () Ensino fundamental incompleto () ensino fundamental completo ()
 Ensino médio incompleto () ensino médio completo

Situação escolar após a descoberta da gravidez

() Já havia abandonado a escola () Continuou estudando () Abandonou a escola após a
 gravidez () Abandonou a escola após o nascimento da criança.

Na ocasião da gravidez morava com

() os pais () o companheiro
 () Outros: _____

Atualmente mora _____

Hábitos

() fuma () ingere bebida alcoólica
 () faz uso de outras substâncias qual(is).....

Possui história de gravidez na adolescência em sua família? () sim () não
se sim, quem? () mãe () irmã () tias () primas.

Situação de moradia e saneamento

Tipo de casa () tijolo () taipa () material reciclado

Número de cômodos

Destino dos dejetos: () “Sanear” () fossa séptica () sumidor () fossa negra () esgoto à
 céu aberto () coleta pública, lixo.

Renda Familiar

() menos de 1 salário-mínimo
 () 1 salário-mínimo
 () De 1 a 2 salários-mínimos
 () + de 3 salários-salários-mínimos

Fonte de renda () salário () benefício () outros, especifique

Composição familiar _____

Religião referida () Católica () Evangélica () Ateu () espírita () Outro: ()
 especifique:

Apêndice B – Roteiro para entrevista

- 1- O que você pensa sobre a gravidez na adolescência?
- 2- Como você vivencia a sua gravidez?
- 3- Quais os seus sentimentos referentes a sua gravidez?
- 4- Comente sobre os motivos que podem levar a adolescente a engravidar.
- 5- E para você, o que contribuiu?
- 6- Comente sobre as mudanças ocorridas em sua vida em decorrência da gravidez.
- 7- De que modo você obteve (ou não) informações sobre gravidez e anticoncepção?
- 8- Comente sobre os métodos contraceptivos que você conhece.
- 9- Antes da gravidez, você já havia usado algum método anticonceptivo? Qual(is)?----
- 10- Para você, que estratégias deveriam ser implementadas visando à prevenção da gravidez na adolescência?

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – para adolescente



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Você está sendo convidada a participar da pesquisa GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: PERCEPÇÃO, SENTIMENTOS E MOTIVOS, que tem como objetivo geral: apreender a percepção e os significados atribuídos pelas adolescentes grávidas sobre a gravidez que vivenciam. Haverá necessidade de se trabalhar com adolescentes, pois a pesquisa buscará conhecer as percepções, os sentimentos e os motivos que as adolescentes referem sobre sua gravidez. O estudo consistirá de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo um formulário e uma entrevista semiestruturada que será gravada, onde buscaremos captar sua percepção e sentimentos referentes a sua gravidez e identificar os motivos que você atribui a mesma. Desse modo, esclarecemos que os riscos da pesquisa estão relacionados ao possível constrangimento a respeito de algumas questões a serem respondidas, enquanto os benefícios serão a ampliação dos conhecimentos científicos que envolvem a temática e melhoria na assistência aos adolescentes de uma forma geral e em particular, as gestantes adolescentes. Todas as informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale salientar que sua participação é voluntária e você poderá a qualquer hora deixar de participar deste estudo, sem nenhum prejuízo ou dano para você. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Como você é menor de idade, haverá necessidade também do consentimento prévio de seu representante legal, que também deverá assinar o Termo de Consentimento. Você poderá receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terá liberdade para não participarem quando assim não acharem mais conveniente.

Contato com a pesquisadora: Enfermeira-Mestranda- Tereza Alves de Souza
Endereço: Avenida Alberto Craveiro, 1480, Boa Vista-Castelão, Fortaleza – CE
Fone: (85)3452-5130

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Irismar de Almeida

Endereço: Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-CE, Fone: (85) 3101.9826

O Comitê de Ética da UECE encontra-se disponível para esclarecimentos pelo fone: (085) 3101.9890 – Endereço: Avenida Paranjana, 1700 – *Campus* do Itaperi – Fortaleza-Ceará.

Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para você e uma para o arquivo do pesquisador

Eu _____

Tendo sido esclarecida a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza, ____ de _____ de 2013.

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – para responsável



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Senhor (a), a adolescente sob sua responsabilidade está sendo convidada a participar da pesquisa GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: PERCEPÇÃO, SENTIMENTOS E MOTIVOS, que tem como objetivo geral: apreender a percepção e os significados atribuídos pelas adolescentes grávidas sobre a gravidez que vivenciam. Haverá necessidade de se trabalhar com adolescentes, pois a pesquisa buscará conhecer as percepções, os sentimentos e os motivos que as adolescentes referem sobre sua gravidez. O estudo consistirá de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Solicitam os seu consentimento para que a mesma participe da pesquisa. A colaboração da adolescente consistirá em responder um formulário e uma entrevista semiestruturada que será gravada, onde buscaremos captar sua percepção e sentimentos referentes a sua gravidez e identificar os motivos que ela atribui a mesma. Desse modo, esclarecemos que os riscos da pesquisa estão relacionados ao possível constrangimento a respeito de algumas questões a serem respondidas, enquanto os benefícios serão a ampliação dos conhecimentos científicos que envolvem a temática sobre adolescência e gravidez na adolescência como também contribuir para melhoria na assistência aos adolescentes de uma forma geral e em particular, as gestantes adolescentes. Todas as informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale salientar que sua participação é voluntária e ela poderá a qualquer hora deixar de participar deste estudo, sem nenhum prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. O senhor (a) poderá receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, a adolescente terá liberdade para não participarem quando assim não acharem mais conveniente.

Contato com a pesquisadora: Enfermeira-Mestranda- Tereza Alves de Souza.
Endereço: Avenida Alberto Craveiro, 1480, Boa Vista-Castelão, Fortaleza – CE
Fone: (85)3452-5130

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Irismar de Almeida

Endereço: Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-CE, Fone: (85) 3101.9826

O Comitê de Ética da UECE encontra-se disponível para esclarecimentos pelo fone: (085) 3101.9890 – Endereço: Avenida Paranjana, 1700 – *Campus* do Itaperi – Fortaleza-Ceará.

Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para você e uma para o arquivo do pesquisador

Eu _____

Tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito que a adolescente participe.

Fortaleza, ____ de _____ de 2013.

Assinatura do responsável pela adolescente

Assinatura da pesquisadora

ANEXOS

Anexo A – Anuência do Sistema Municipal Saúde-Escola



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA



Rua Antonio Augusto, 1571. Meireles. Fortaleza – Ce. (85) 3131 1694 / (85) 3105.1473.

Ilmo. (a) Diretor (a) / Distrito de Saúde / Atenção Básica / Assessora Técnica da Educação Permanente da Regional VI

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa intitulada: **“GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: PERCEPÇÃO, SENTIMENTOS E MOTIVOS.”**.

Seguem algumas informações sobre o estudo: A pesquisadora responsável: **TEREZA ALVES DE SOUZA**, aluna do Curso de Mestrado em Saúde da Família na Universidade Estadual do Ceará com a Fundação Oswaldo Cruz. Sob orientação de Prof^ª. Dr^ª. **MARIA IRISMAR DE ALMEIDA**.

- A cópia do projeto, a ser entregue ao Distrito de Saúde para análise, deverá ser providenciada pela pesquisadora.

- A PESQUISA SÓ PODERÁ SER INICIADA APÓS APRECIACÃO E APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA, SENDO NECESSÁRIA APRESENTAÇÃO DA CÓPIA DO PARECER AO DISTRITO DE SAÚDE.

- A pesquisa será realizada no **CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA EDMAR FUJITA DA SER VI**.

- A coleta de dados ocorrerá durante os meses de **MARÇO A JUNHO DE 2013**.

- A pesquisadora deverá apresentar após a defesa os resultados do estudo para o Sistema Municipal de Saúde Escola/Distrito de Saúde da Regional VI – **ORAL E IMPRESSO PARA COMPOR A BIBLIOTECA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA.**

Comunicamos ainda que o SMSE emitiu parecer favorável, conforme a competência de sua Coordenação.

Fortaleza, 26 de março de 2013.

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brillhante
 Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola

Anexo B – Anuência do Sistema Municipal Saúde-Escola**DECLARAÇÃO**

Processo Nº 2702150058214/2013

Título do projeto de pesquisa: **GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: PERCEPÇÃO, SENTIMENTO E MOTIVOS.**

Pesquisador (a): responsável: **TEREZA ALVES DE SOUZA.**

Instituição proponente: **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**

O Sistema Municipal de Saúde Escola, conforme as suas atribuições, declara ter analisado o mérito científico do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 196/96 e complementares. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio do Sistema Municipal de Saúde Escola, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 26 de março de 2013.

A handwritten signature in blue ink, which appears to read "Brilhante", is written over a horizontal line.

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola.

Anexo C – Inscrições de pré-natal da UAPS Edmar Fujita-2007



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

SUS

INSCRIÇÕES REALIZADAS NO PERÍODO-GESTANTES
POR FAIXA ETÁRIA/RISCO/IDADE GESTACIONAL

UNIDADE: 383 - 3141470 - CSF EDMAR FUJITA

PERÍODO DE 01/2007 À 12/2007

FAIXA ETARIA	RISCO	IDADE GESTACIONAL																	
		1 mês	2 meses	Acum 1 a 2	3 meses	Acum 1 a 3	4 meses	Acum 1 a 4	5 meses	Acum 1 a 5	6 meses	Acum 1 a 6	7 meses	Acum 1 a 7	8 meses	Acum 1 a 8	9 meses	Acum 1 a 9	
ENTRE 10 E 14	BAIXO RISCO	0	1	1	1	2	1	3	0	3	0	3	0	3	1	4	0	4	
	ALTO RISCO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	
	TOTAL	0	1	1	1	2	1	3	0	3	1	4	0	4	1	5	0	5	
ENTRE 15 E 19	BAIXO RISCO	6	10	16	9	25	7	32	4	36	2	38	0	38	1	39	0	39	
	ALTO RISCO	0	3	3	2	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	
	TOTAL	6	13	19	11	30	7	37	4	41	2	43	0	43	1	44	0	44	
ENTRE 20 E 25	BAIXO RISCO	0	10	10	19	29	5	34	5	39	1	40	3	43	0	43	1	44	
	ALTO RISCO	0	1	1	1	2	1	3	1	4	0	4	0	4	1	5	0	5	
	TOTAL	0	11	11	20	31	6	37	6	43	1	44	3	47	1	48	1	49	
ENTRE 26 E 30	BAIXO RISCO	2	9	11	10	21	2	23	4	27	1	28	0	28	1	29	1	30	
	ALTO RISCO	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	2	0	2	0	2	
	TOTAL	2	9	11	10	21	3	24	4	28	1	29	1	30	1	31	1	32	
ENTRE 31 E 35	BAIXO RISCO	1	9	10	6	16	3	19	3	22	0	22	1	23	0	23	0	23	
	ALTO RISCO	0	0	0	1	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	
	TOTAL	1	9	10	7	17	4	21	3	24	0	24	1	25	0	25	0	25	
ENTRE 36 E 45	BAIXO RISCO	0	0	0	3	3	0	3	0	3	0	3	0	3	0	3	0	3	
	ALTO RISCO	0	2	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	1	3	0	3	
	TOTAL	0	2	2	3	5	0	5	0	5	0	5	0	5	1	6	0	6	
IGUAL OU MAIOR DE 46	BAIXO RISCO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	ALTO RISCO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1		
	TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1		
TOTAL	BAIXO RISCO	9	39	48	48	96	18	114	16	130	4	134	4	138	3	141	2	143	
	ALTO RISCO	0	6	6	4	10	3	13	1	14	1	15	2	17	2	19	0	19	
	TOTAL	9	45	54	52	106	21	127	17	144	5	149	6	155	5	160	2	162	

Anexo D – Inscrições de pré-natal da UAPS Edmar Fujita-2008



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

SUS

INSCRIÇÕES REALIZADAS NO PERÍODO-GESTANTES
POR FAIXA ETÁRIA/RISCO/IDADE GESTACIONAL

UNIDADE: 383 - 3141470 - CSF EDMAR FUJITA

PERÍODO DE 01/2008 À 12/2008

FAIXA ETARIA	RISCO	IDADE GESTACIONAL																
		1 mês	2 meses	Acum 1 a 2	3 meses	Acum 1 a 3	4 meses	Acum 1 a 4	5 meses	Acum 1 a 5	6 meses	Acum 1 a 6	7 meses	Acum 1 a 7	8 meses	Acum 1 a 8	9 meses	Acum 1 a 9
ENTRE 10 E 14	BAIXO RISCO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ALTO RISCO	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1
	TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1
ENTRE 15 E 19	BAIXO RISCO	2	8	10	14	24	8	32	7	39	1	40	0	40	1	41	0	41
	ALTO RISCO	2	2	4	2	6	1	7	2	9	0	9	0	9	1	10	0	10
	TOTAL	4	10	14	16	30	9	39	9	48	1	49	0	49	2	51	0	51
ENTRE 20 E 25	BAIXO RISCO	5	10	15	14	29	11	40	4	44	3	47	2	49	0	49	0	49
	ALTO RISCO	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	2	0	2	0	2	0	2
	TOTAL	5	10	15	14	29	12	41	4	45	4	49	2	51	0	51	0	51
ENTRE 26 E 30	BAIXO RISCO	4	10	14	8	22	7	29	1	30	6	36	0	36	0	36	0	36
	ALTO RISCO	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	2	0	2	0	2	0	2
	TOTAL	4	10	14	8	22	8	30	1	31	7	38	0	38	0	38	0	38
ENTRE 31 E 35	BAIXO RISCO	3	7	10	3	13	2	15	0	15	0	15	0	15	0	15	0	15
	ALTO RISCO	1	1	2	0	2	1	3	1	4	1	5	0	5	0	5	0	5
	TOTAL	4	8	12	3	15	3	18	1	19	1	20	0	20	0	20	0	20
ENTRE 36 E 45	BAIXO RISCO	2	5	7	2	9	1	10	1	11	1	12	0	12	0	12	0	12
	ALTO RISCO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	2	5	7	2	9	1	10	1	11	1	12	0	12	0	12	0	12
IGUAL OU MAIOR DE 46	BAIXO RISCO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ALTO RISCO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	BAIXO RISCO	16	40	56	41	97	29	126	13	139	11	150	2	152	1	153	0	153
	ALTO RISCO	3	3	6	2	8	4	12	4	16	3	19	0	19	1	20	0	20
	TOTAL	19	43	62	43	105	33	138	17	155	14	169	2	171	2	173	0	173

Anexo E – Inscrições de pré-natal da UAPS Edmar Fujita-2009



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

SUS

INSCRIÇÕES REALIZADAS NO PERÍODO-GESTANTES
POR FAIXA ETÁRIA/RISCO/IDADE GESTACIONAL

UNIDADE: 383 - 3141470 - CSF EDMAR FUJITA

PERÍODO DE 01/2009 À 12/2009

FAIXA ETÁRIA	RISCO	IDADE GESTACIONAL																
		1 mês	2 meses	Acum 1 a 2	3 meses	Acum 1 a 3	4 meses	Acum 1 a 4	5 meses	Acum 1 a 5	6 meses	Acum 1 a 6	7 meses	Acum 1 a 7	8 meses	Acum 1 a 8	9 meses	Acum 1 a 9
ENTRE 10 E 14	BAIXO RISCO	0	0	0	3	3	0	3	0	3	0	3	0	3	0	3	0	3
	ALTO RISCO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	0	0	0	3	3	0	3	0	3	0	3	0	3	0	3	0	3
ENTRE 15 E 19	BAIXO RISCO	0	11	11	6	17	8	25	6	31	4	35	1	36	1	37	0	37
	ALTO RISCO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1
	TOTAL	0	11	11	6	17	8	25	6	31	4	35	2	37	1	38	0	38
ENTRE 20 E 25	BAIXO RISCO	2	15	17	15	32	4	36	9	45	2	47	2	49	0	49	0	49
	ALTO RISCO	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
	TOTAL	2	15	17	16	33	4	37	9	46	2	48	2	50	0	50	0	50
ENTRE 26 E 30	BAIXO RISCO	4	9	13	7	20	3	23	1	24	0	24	1	25	1	26	0	26
	ALTO RISCO	0	1	1	1	2	0	2	0	2	1	3	0	3	0	3	0	3
	TOTAL	4	10	14	8	22	3	25	1	26	1	27	1	28	1	29	0	29
ENTRE 31 E 35	BAIXO RISCO	1	5	6	6	12	1	13	0	13	0	13	1	14	0	14	0	14
	ALTO RISCO	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1
	TOTAL	1	5	6	6	12	1	13	1	14	0	14	1	15	0	15	0	15
ENTRE 36 E 45	BAIXO RISCO	0	4	4	1	5	0	5	2	7	0	7	0	7	0	7	0	7
	ALTO RISCO	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
	TOTAL	0	5	5	1	6	0	6	2	8	0	8	0	8	0	8	0	8
IGUAL OU MAIOR DE 46	BAIXO RISCO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ALTO RISCO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	BAIXO RISCO	7	44	51	38	89	16	105	18	123	6	129	5	134	2	136	0	136
	ALTO RISCO	0	2	2	2	4	0	4	1	5	1	6	1	7	0	7	0	7
	TOTAL	7	46	53	40	93	16	109	19	128	7	135	6	141	2	143	0	143

Anexo F – Inscrições de pré-natal da UAPS Edmar Fujita-2010



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

SUS

INSCRIÇÕES REALIZADAS NO PERÍODO-GESTANTES
POR FAIXA ETÁRIA/RISCO/IDADE GESTACIONAL

UNIDADE: 383 - 3141470 - CSF EDMAR FUJITA

PERÍODO DE 01/2010 À 12/2010

FAIXA ETARIA	RISCO	IDADE GESTACIONAL																
		1 mês	2 meses	Acum 1 a 2	3 meses	Acum 1 a 3	4 meses	Acum 1 a 4	5 meses	Acum 1 a 5	6 meses	Acum 1 a 6	7 meses	Acum 1 a 7	8 meses	Acum 1 a 8	9 meses	Acum 1 a 9
ENTRE 10 E 14	BAIXO RISCO	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
	ALTO RISCO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
ENTRE 15 E 19	BAIXO RISCO	1	11	12	7	19	3	22	5	27	1	28	1	29	0	29	2	31
	ALTO RISCO	0	0	0	0	0	1	1	1	2	0	2	1	3	0	3	0	3
	TOTAL	1	11	12	7	19	4	23	6	29	1	30	2	32	0	32	2	34
ENTRE 20 E 25	BAIXO RISCO	1	10	11	16	27	8	35	3	38	2	40	1	41	0	41	0	41
	ALTO RISCO	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	2	0	2	0	2	0	2
	TOTAL	1	10	11	16	27	9	36	3	39	3	42	1	43	0	43	0	43
ENTRE 26 E 30	BAIXO RISCO	1	5	6	11	17	3	20	1	21	2	23	1	24	0	24	1	25
	ALTO RISCO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	1	5	6	11	17	3	20	1	21	2	23	1	24	0	24	1	25
ENTRE 31 E 35	BAIXO RISCO	0	2	2	5	7	1	8	0	8	1	9	0	9	0	9	0	9
	ALTO RISCO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	0	2	2	5	7	1	8	0	8	1	9	0	9	0	9	0	9
ENTRE 36 E 45	BAIXO RISCO	1	3	4	2	6	0	6	0	6	0	6	1	7	0	7	0	7
	ALTO RISCO	0	1	1	0	1	0	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	2
	TOTAL	1	4	5	2	7	0	7	1	8	0	8	1	9	0	9	0	9
IGUAL OU MAIOR DE 46	BAIXO RISCO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ALTO RISCO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	BAIXO RISCO	5	31	36	41	77	15	92	9	101	6	107	4	111	0	111	3	114
	ALTO RISCO	0	1	1	0	1	2	3	2	5	1	6	1	7	0	7	0	7
	TOTAL	5	32	37	41	78	17	95	11	106	7	113	5	118	0	118	3	121

Anexo G – Inscrições de pré-natal da UAPS Edmar Fujita-2011



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

SUS

INSCRIÇÕES REALIZADAS NO PERÍODO-GESTANTES
POR FAIXA ETÁRIA/RISCO/IDADE GESTACIONAL

UNIDADE: 383 - 3141470 - CSF EDMAR FUJITA

PERÍODO DE 01/2011 À 12/2011

FAIXA ETARIA	RISCO	IDADE GESTACIONAL																	
		1 mês	2 meses	Acum 1 a 2	3 meses	Acum 1 a 3	4 meses	Acum 1 a 4	5 meses	Acum 1 a 5	6 meses	Acum 1 a 6	7 meses	Acum 1 a 7	8 meses	Acum 1 a 8	9 meses	Acum 1 a 9	
ENTRE 10 E 14	BAIXO RISCO	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	
	ALTO RISCO	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	2	0	2	0	2	0	2	
	TOTAL	0	1	1	1	2	0	2	0	2	1	3	0	3	0	3	0	3	
ENTRE 15 E 19	BAIXO RISCO	0	4	4	6	10	7	17	1	18	2	20	1	21	0	21	0	21	
	ALTO RISCO	0	0	0	0	0	2	2	0	2	0	2	1	3	0	3	0	3	
	TOTAL	0	4	4	6	10	9	19	1	20	2	22	2	24	0	24	0	24	
ENTRE 20 E 25	BAIXO RISCO	4	16	20	13	33	13	46	4	50	3	53	1	54	1	55	1	56	
	ALTO RISCO	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	
	TOTAL	5	17	22	13	35	13	48	4	52	3	55	1	56	1	57	1	58	
ENTRE 26 E 30	BAIXO RISCO	5	9	14	4	18	3	21	2	23	1	24	1	25	0	25	0	25	
	ALTO RISCO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	
	TOTAL	5	9	14	4	18	3	21	2	23	1	24	2	26	0	26	0	26	
ENTRE 31 E 35	BAIXO RISCO	1	7	8	5	13	3	16	1	17	1	18	1	19	0	19	0	19	
	ALTO RISCO	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	2	0	2	0	2	
	TOTAL	1	7	8	6	14	3	17	1	18	1	19	2	21	0	21	0	21	
ENTRE 36 E 45	BAIXO RISCO	0	1	1	2	3	1	4	0	4	0	4	0	4	1	5	0	5	
	ALTO RISCO	0	2	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	
	TOTAL	0	3	3	2	5	1	6	0	6	0	6	0	6	1	7	0	7	
IGUAL OU MAIOR DE 46	BAIXO RISCO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	ALTO RISCO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	BAIXO RISCO	10	38	48	30	78	27	105	8	113	7	120	4	124	2	126	1	127	
	ALTO RISCO	1	3	4	2	6	2	8	0	8	1	9	3	12	0	12	0	12	
	TOTAL	11	41	52	32	84	29	113	8	121	8	129	7	136	2	138	1	139	

Anexo H – Atesto municipal de funcionamento das equipes ESF



ATESTO MUNICIPAL DE FUNCIONAMENTO DAS EQUIPES DAS ESF - EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DE SAÚDE BUCAL - SER VI

CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA: EDMAR FUJITACÓDIGO DO CNES: 3394492MUNICÍPIO: FORTALEZAPOP. GERAL ADESCRITA: 12.907

ANO: 2012

MÊS: SETEMBRO

Nome da equipe (SCNES):		CAJAZEIRAS 1	Cód. da equipe (SCNES):		651	
Micro-áreas de adscrição:		148 149 429 430 431 432 433	Pop. Ad da equipe:		5.340	
Nº.	Categoria	Nome completo do profissional	CPF	MA	Risco	População
1	MÉDICO	MÁRCIA GOMES M. COELHO	703.637.573-68			
2	ENFERMEIRO	DANIELE BRAZ DA SILVA	802.930.933-34			
3	AUX. DE ENFERMAGEM	TELMA BRAZ DA SILVA	366.765.783-87			
4	AGENTE DE SAÚDE	VIVIANE SOUZA DA SILVA	024.927.163-09	148	2 e 3	680
5	AGENTE DE SAÚDE	CHERLANE PEREIRA DA CRUZ	999.690.413-04	149	2 e 3	672
6	AGENTE DE SAÚDE	CARLOS CEZA NOGUEIRA	231.694.783-20	429	3	896
7	AGENTE DE SAÚDE	ROSIMEIRE SILVA DE OLIVEIRA	272.983.613-68	430	2 e 3	1.156
8	AGENTE DE SAÚDE	ADRIANA LOPES DA SILVA	011.256.983-81	431	3	1.024
9	AGENTE DE SAÚDE	PAULO LIMA DOS SANTOS	747.593.613-91	432	1 e 2	912
10	AGENTE DE SAÚDE	SEM ACS		433	1 e 2	AND
11	DENTISTA	ADRIANA FREITAS DINIZ	770.600.403-15			
12	ASB	MARIA GIRLANE ALVES PAIXAO	783.282.173-68			

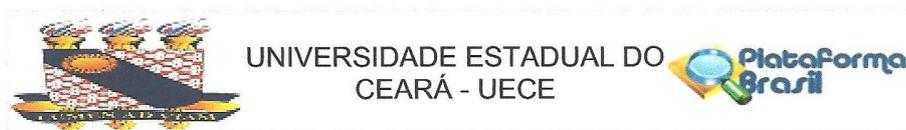
Nome da equipe (SCNES):		CAJAZEIRAS 2	Cód. da equipe (SCNES):		652	
Micro-áreas de adscrição:		144 145 146 147	Pop. Ad da equipe:		3.584	
Nº.	Categoria	Nome completo do profissional	CPF	MA	Risco	População
1	MÉDICO	BRIGÍDA EMÍLIA P. QUEZADO	614.562.173-72			
2	ENFERMEIRO	FRANCISCA CLAUDIA MONTEIRO ALMEIDA	390.191.363-72			
3	AUX. DE ENFERMAGEM	MARIA EUZENIR PAIVA MOURA	232.319.553-00			
4	AGENTE DE SAÚDE	PAULO TAVARES GOMES	434.856.693-34	144	1	888
5	AGENTE DE SAÚDE	FRANCISCO FLAVIO SILVA LIMA	634.578.143-68	145	3	928
6	AGENTE DE SAÚDE	SABRINA DE AZEVEDO RIBEIRO	021.856.263-29	146	1	788
7	AGENTE DE SAÚDE	LUCIVANIA VIEIRA DE ARAUJO	411.525.903-59	147	2	980
8	CIR. DENTISTA	GIOVANNA DE VASCONCELOS H.	434.974.113-53			
9	ASB	CATARINA DE SOUSA ALMEIDA	210.058.853-20			

Nome da equipe (SCNES):		MATA GALINHA 3	Cód. da equipe (SCNES):		653	
Micro-áreas de adscrição:		150 151 207 208 209 210	Pop. Ad da equipe:		3.983	
Nº.	Categoria	Nome completo do profissional	CPF	MA	Risco	População
1	MÉDICO	GLÍCIA GUEDES DE ANDRADE	873.654.482-53			
2	ENFERMEIRO	TEREZA ALVES DE SOUZA	118.829.643-49			
3	AUX. DE ENFERMAGEM	FRANCISCO VALDECI P.	429.948.613-72			
4	AGENTE DE SAÚDE	MARIA DE LOURDES SILVA SALES	233.445.633-00	150	1 e 2	928
5	AGENTE DE SAÚDE	JEYSON DA SILVA ALMEIDA	767.123.113-49	151	1 e 2	616
6	AGENTE DE SAÚDE	JANAÍNA DA SILVA SALES	506.158.313-20	207	1	680
7	AGENTE DE SAÚDE	SEM ACS		208	1	239
8	AGENTE DE SAÚDE	SEM ACS		209	1	728
9	AGENTE DE SAÚDE	FRANCISCO KILVIO DO NASCIMENTO	030.483.463-76	210	1 e 2	792
10	CIR. DENTISTA	IVANA DOS SANTOS FONSECA	807.044.093-72			
11	ASB	REGINA MARIA GIRÃO CHAGAS	380.600.193-68			

Fortaleza, 04 de Outubro de 2012

Edmar Fujita
 Chefe da Atenção Básica - SER VI

Anexo I – Parecer Consubstanciado do Comitê De Ética-UECE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA:
Percepção, sentimentos e motivos.

Pesquisador: Tereza Alves de Souza

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14010313.3.0000.5534

Instituição Proponente: Pró-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

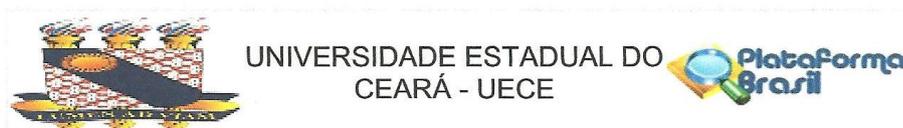
Número do Parecer: 473.224

Data da Relatoria: 30/09/2013

Apresentação do Projeto:

A gravidez na adolescência constitui-se um grave problema social e de saúde pública, pelas consequências que causam à mãe e ao concepto. A gestação precoce é multifatorial e seus fatores condicionantes e determinantes estão relacionados a aspectos de ordem biológica, psicológica, familiar, educacional e social. Este estudo abordará a temática da gravidez na adolescência, sabendo-se que é uma questão que permeia o campo da Saúde Coletiva e Saúde da Família, principalmente no norte e nordeste brasileiro, constituindo-se um tema relevante, oportuno e pertinente que enseja interesse, sobretudo pela ampliação do conceito de saúde e concepções de promoção da saúde vinculada à qualidade de vida. Tem como objeto de trabalho a investigação sobre as percepções, sentimentos, conhecimentos e os motivos das adolescentes sobre a gestação que vivenciam, em uma Unidade Básica de Saúde do município de Fortaleza, Ce. O objetivo geral será apreender a percepção e os significados atribuídos pelas adolescentes grávidas sobre a gravidez que vivenciam e como objetivos específicos: Delinear o perfil socioeconômico e histórico-familiar-reprodutivo das adolescentes, investigar o conhecimento das adolescentes referente à contracepção, conhecer

Endereço: Av. Paranjana, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** diana.pinheiro@uece.br



Continuação do Parecer: 473.224

a percepção e sentimentos das adolescentes a respeito da gravidez, descrever os motivos relatados pelas adolescentes como responsáveis pelo evento, identificar possíveis mudanças na vida da adolescente em decorrência da gravidez e relacionar estratégias a serem implementadas na prevenção da gravidez na adolescência sob a óptica das adolescentes. O estudo consistirá de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Será realizada na área de abrangência do Centro de Saúde da Família Edmar Fujita, unidade básica de saúde vinculada a Secretaria Executiva Regional 2, SER VI, no município de Fortaleza - Ce. Os sujeitos do estudo serão gestantes adolescentes primigestas, moradoras da área de abrangência da referida unidade, que estejam ou estiveram realizado acompanhamento pré-natal no ano de 2012 e até junho de 2013. O total de adolescentes participantes será definido por critério de saturação. As informações serão coletadas, inicialmente aplicando-se um formulário contendo questões fechadas, considerando informações pessoais, em seguida, utilizaremos um roteiro de entrevista semiestruturada. Será utilizada também a técnica de observação simples do comportamento das adolescentes. Para análise do material, será utilizada a técnica de análise de conteúdo, modalidade análise temática, segundo os conceitos propostos por Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Apreender a percepção e os significados atribuídos pelas adolescentes grávidas sobre a gravidez que vivenciam em uma Unidade Básica de Saúde.

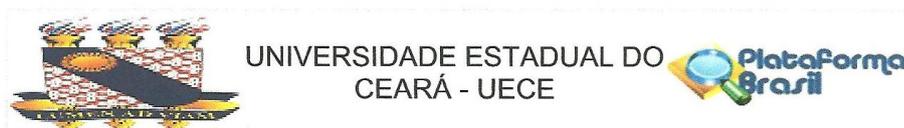
Objetivo Secundário:

- Delinear o perfil socioeconômico e histórico-familiar-reprodutivo das adolescentes; - Investigar o conhecimento das adolescentes referente à contracepção; - Conhecer a percepção e sentimentos das adolescentes a respeito da gravidez; - Descrever os motivos relatados pelas adolescentes como responsáveis pelo evento; - Identificar possíveis mudanças na vida da adolescente em decorrência da gravidez. -Relacionar estratégias a serem implementadas na prevenção da gravidez na adolescência sob a óptica das adolescentes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Av. Paranjana, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** diana.pinheiro@uece.br



Continuação do Parecer: 473.224

Poderá ocasionar riscos emocionais, pelo fato das adolescentes serem convidadas a falarem sobre seus sentimentos, vivências pessoais que muitas vezes constituem segredos para elas em relação as suas famílias e comunidades, sendo fundamental o sigilo tanto na hora das entrevistas como da análise das informações. O fato das entrevistas serem gravadas, poderá causar constrangimento às adolescentes.

Benefícios:

Os achados desta pesquisa contribuirão para ampliação dos conhecimentos sobre o evento e para melhoria da qualidade da assistência dentro da ESF, incluindo ações de promoção da saúde da população adolescente, onde se buscará oferecer suporte que auxiliem na incorporando no seu dia-a-dia os conhecimentos preventivos, como informações sobre saúde sexual e contracepção.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta valor científico e é relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão incluídos:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido adequado

Riscos e benefícios aos sujeitos apresentados

Folha de Rosto, que está preenchida adequadamente

Anexo anuência do sistema municipal saúde-escola do município;

Cronograma adequado.

Recomendações:

Rever a Resolução 466/12 sempre que possível.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa está adequado, é relevante, traz retorno aos sujeitos da pesquisa e os ajustes foram adequados à Resolução 466/12 do CNS. Os pesquisadores devem enviar relatório final ao término da pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

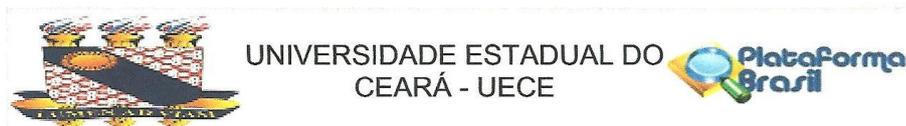
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Os termos de apresentação obrigatória foram disponibilizados adequadamente. As pendências

Endereço: Av. Paranjana, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** diana.pinho@uece.br



Continuação do Parecer: 473.224

pendências foram resolvidas de forma a se adequar a Resolução 466/12.

FORTALEZA, 29 de Novembro de 2013

Assinador por:
DIANA CÉLIA SOUSA NUNES PINHEIRO
(Coordenador)

Endereço: Av. Paranjana, 1700
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: diana.pinheiro@uece.br