

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, EM MONTES CLAROS - MG

Epidemiological characteristics of pregnant adolescents in a Family Health Strategy, in Montes Claros - MG

Julimary Larissa Mendes Ottoni¹, Máisa Tavares de Souza Leite², João Paulo Lopes da Silva³,
Cristiane Vieira Paulino⁴, Igor Fernando Barros Pires⁵, Carlos Alberto Quintão Rodrigues⁶

RESUMO

A atenção primária como cenário maior de prevenção, promoção de saúde e atenção em todos os ciclos de vida é responsável, também, pela integralidade do cuidado aos adolescentes. Conhecer as características epidemiológicas das adolescentes grávidas, a partir da Estratégia de Saúde da Família, é importante para a equipe avaliar e monitorar a sua atuação. O presente trabalho é uma pesquisa quantitativa, descritiva e transversal com o objetivo de caracterizar o perfil socioeconômico, sexual/ginecológico e familiar de jovens cadastradas em uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em Montes Claros/MG que engravidaram na adolescência. A amostra compreendeu 35 adolescentes que engravidaram entre 2007 e 2009. O instrumento de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada e as informações lançadas no banco de dados do *Software* SPSS 14.0 for *Windows*. A maioria das entrevistadas era parda, solteira, alfabetizada, de baixa renda e teve iniciação precoce da atividade sexual sem prevenção. A escola foi o local de maior acesso a informações sobre contracepção e o diálogo sobre sexualidade pode ser encarado como um desafio dentro das famílias dessas jovens. Os resultados mostram que há relação entre aspectos socioeconômicos e gravidez não planejada, além de um distanciamento entre as informações disponíveis sobre sexualidade e os adolescentes, levando-os a uma prática sexual sem proteção, principalmente na primeira experiência sexual. O conhecimento desse perfil epidemiológico das adolescentes grávidas e dos principais

ABSTRACT

Primary care is responsible for prevention, health promotion and health care in all life cycles. It's also responsible for the integral care of adolescents. It's important to know the epidemiological characteristics of pregnant teenagers cared for by the Family Health Strategy, so that the team can evaluate and monitor its performance. This work is a quantitative, descriptive and cross-sectional survey that aimed to identify the socioeconomic, sexual/gynecological and family characteristics of young females who got pregnant during adolescence, and who were cared for by a Family Health Strategy (FHS) team in Montes Claros / MG. The sample included 35 adolescents who became pregnant between 2007 and 2009. A semi-structured interview was used for data collection and the information placed in a database of the *software* SPSS 14.0 for *Windows*. Most interviewees were mulattoes, single and literate, and had a low income and early initiation of sexual activity without prevention. The school was the main access to information about contraception. Dialogue on sexuality could be seen as a challenge for the families of these young people. There was a relationship between socioeconomic factors and unplanned pregnancy. There was a huge gap between the available information on sexuality and the adolescents, which led to unprotected sex, especially in the first sexual intercourse. Knowledge of the epidemiological profile of

¹ Julimary Larissa Mendes Ottoni, Cirurgiã-Dentista da ESF Vila Telma, Preceptora do PET-Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). E-mail: julyottoni@yahoo.com.br

² Máisa Tavares de Souza Leite, Tutora do PET-Saúde Unimontes. Doutora em Ciências. Departamento de enfermagem/CCBS. Professora colaboradora do Mestrado em Ciências da Saúde da Unimontes

³ João Paulo Lopes da Silva, Acadêmico do Curso de Graduação em Odontologia da Unimontes

⁴ Cristiane Vieira Paulino, Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Unimontes

⁵ Igor Fernando Barros Pires, Acadêmico do Curso de Graduação em Medicina da Unimontes

⁶ Carlos Alberto Quintão Rodrigues, Cirurgião-Dentista. Coordenador do PET-Saúde e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Unimontes
Financiamento: Unimontes; PET - Saúde/Ministério da Saúde

aspectos da sexualidade pode contribuir na elaboração de políticas de prevenção de gravidez precoce adequadas para essa população.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez na adolescência; Atenção Primária à Saúde; Anticoncepção; Educação Sexual; Relações Familiares.

INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência vem ocupando um lugar significativo no contexto da saúde pública, uma vez que pode acarretar, além de complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e o recém-nascido, problemas psicossociais e econômicos.¹ A percepção mais difundida é a de que as jovens interrompem sua trajetória profissional e escolar para se dedicarem a um filho, sendo a gravidez, nessa época, considerada um retrocesso, tanto na vida dessas mães quanto do ponto de vista social.²

A maternidade precoce aparece, pois, como um fenômeno incompatível na sociedade atual que, ao mesmo tempo, é exigente de melhores condições de vida para a população, mas também é competitiva, consumista exigindo cada vez mais qualificação profissional para inserção no mercado de trabalho.³

Analisando dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Berquó e Cavenaghi⁴ encontraram que a taxa de fecundidade de adolescentes, de 15 a 19 anos, aumentou de 9% em 1980 para 14% em 1991 e 20% em 2000. Destacaram ainda que os maiores aumentos foram entre as jovens menos escolarizadas, mais pobres, e que viviam em áreas urbanas.

No entanto, a taxa de fertilidade nessa faixa de idade vem decrescendo desde o ano 2000. Em 1992, para cada 1000 adolescentes, observou-se 91 filhos nascidos vivos enquanto, em 2007, esse número se reduziu para 70.⁵ Essa queda na fecundidade, porém, não foi acompanhada pelas jovens com menor renda e com baixa escolaridade. A análise, segundo anos de estudo da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, conduzida em 2006⁶, revela uma relação inversa entre o nível de escolaridade e a ocorrência de gravidez na adolescência que reduziu de 40,7% entre as jovens com analfabetismo funcional para praticamente zero entre as com 12 anos ou mais de estudo. Em relação aos diferenciais por renda, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)⁵ também mostraram associação semelhante: as taxas mais elevadas de fecundidade foram observadas para as jovens do quintil de renda mais baixo.

pregnant adolescents and the main aspects of sexuality can contribute to developing appropriate policies aimed at early pregnancy prevention.

KEY WORDS: Pregnancy in Adolescence; Primary Health Care; Contraception; Sex Education; Family Relations.

A prevenção de gestação não planejada e, consequentemente, de doenças sexualmente transmissíveis (DST) deve ter um enfoque coletivo e não apenas destacar a responsabilidade individual.⁷ Dessa forma, esta realidade de origem multicausal revela deficiências nas políticas públicas de saúde do adolescente, exigindo um movimento do governo e da sociedade para promover a saúde e o desenvolvimento da juventude.⁸

A Atenção Primária, enquanto cenário maior de promoção à saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), tem um papel importante no enfrentamento dessa temática. Para tanto, é necessário que a equipe de saúde conheça a realidade local dessas jovens, incluindo os perfis social, sexual/ginecológico e familiar, de forma a contribuir na elaboração de estratégias adequadas que possam colaborar na diminuição da taxa de gravidez nesse grupo bem como na diminuição dos impactos sociais negativos que esse fato pode gerar na vida da adolescente grávida.

O presente estudo objetivou identificar características epidemiológicas relacionadas a adolescentes, com histórico de gravidez, assistidas em uma equipe da ESF, lócus do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) da Unimontes e Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e transversal. O cenário escolhido foi a área de abrangência da ESF Vila Telma que conta com uma população de cerca de 4.300 pessoas. Os sujeitos do estudo foram 56 adolescentes do sexo feminino cadastradas nessa unidade, porém a amostra compreendeu 35 dessas jovens (62,5%) encontradas morando, ainda, na área de abrangência da ESF Vila Telma. O período compreendeu os anos 2007 a 2009 e os critérios de inclusão foram: gravidez no momento da entrevista ou no período proposto e idade entre 14 e 19 anos.

O instrumento para coleta de dados utilizado foi a entrevista semiestruturada com questões fechadas e abertas com os seguintes conteúdos: dados de identificação

sociodemográficos, econômicos, ginecológicos, sexuais e abordagem familiar. Com o objetivo de avaliar a compreensão das perguntas, instruções e esclarecimentos necessários na situação da aplicação do questionário, um estudo piloto foi realizado com cinco adolescentes. A coleta de dados ocorreu no período de agosto a dezembro de 2009. As informações das entrevistas foram lançadas em um banco de dados do *Software* SPSS 14.0 for *Windows* para viabilizar a construção de tabelas e gráficos subsidiando a análise.

A coleta de dados foi realizada com a permissão das adolescentes e seus pais ou responsáveis, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo-lhes o anonimato e o direito de afastar-se do estudo se julgassem necessário. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP N° 1523/ 09) da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes).

RESULTADOS

Os resultados evidenciaram 62,5% das adolescentes morando no território (N = 35). As tabelas a seguir demonstram os principais resultados do estudo.

Tabela 1 - Perfil das Adolescentes residentes em um território do PET-Saúde, Montes Claros-MG, 2009 (N=35)

Variáveis	N	%
Idade		
14 a 16 anos	6	17,1
17 a 19 anos	19	54,3
Acima de 19 anos	10	28,6
Raça/cor		
Branca	10	28,6
Negra	4	11,4
Parda	21	60
Estado civil		
Solteira	18	51,4
Casada	4	11,4
Vive junto	13	37,2
Escolaridade		
Fundamental incompleto	7	20
Fundamental completo	6	17,1
Médio completo	12	34,3
Médio incompleto	10	28,6
Superior	—	—
Renda familiar		
0-1 salário mínimo*	24	68,6
1-3 salários mínimos	11	31,4
Interrupção dos estudos com a gravidez		
Sim	19	54,3
Não	16	45,7
Retomada dos estudos após a gravidez		
Sim	11	31,4
Não	24	68,6

* Salário mínimo: R\$ 510,00

O perfil socioeconômico das adolescentes que participaram da pesquisa pode ser observado na TAB. 1: a maioria tem entre 17 e 19 anos, é parda, solteira, com renda familiar abaixo ou igual a 1 salário mínimo por mês e concluiu o Ensino Fundamental. No entanto, uma porcentagem significativa das adolescentes interrompeu os estudos durante a gravidez e não retornou após essa.

Tabela 2 - Variáveis Gineco-obstétricas das adolescentes de um território PET-Saúde, Montes Claros-MG, 2009 (N=35)

Variáveis	N	%
Idade da menarca		
9 a 11 anos	8	22,9
12 a 14 anos	27	77,1
Idade da 1ª relação sexual		
12 a 14 anos	14	40
15 a 17 anos	20	57,1
18 a 19 anos	1	2,9
Idade que tiveram o 1º filho		
12 a 14 anos	4	11,4
15 a 17 anos	10	28,6
18 a 19 anos	17	48,6
Sem filhos	4	11,4
A adolescente possui outros filhos?		
Sim	21	60,0
Não	14	40,0

Quanto a informações sobre aspectos ginecológico-obstétricos e relacionados à sexualidade das adolescentes, a TAB. 2 mostra que, para a maior parte, a menarca ocorreu entre os 12 e 14 anos; a primeira relação sexual entre os 15 e 17 anos e o primeiro filho entre 18 e 19 anos. Entre as meninas entrevistadas, três encontravam-se grávidas no momento da entrevista e uma havia tido um aborto espontâneo. Ainda, 60% das adolescentes já haviam tido mais de uma gestação.

Tabela 3 - Abordagem social, familiar das adolescentes de um território PET-saúde, Montes Claros-MG, 2009

Variáveis	N	%
Diálogo na família sobre sexualidade		
Sim	13	37,1
Não	22	62,9
Situação conjugal dos pais		
Solteiro	3	8,6 %
Casado	10	28,6 %
Vive junto	7	20 %
Viúvo	5	14,3 %
Separado/divorciado	10	28,6%
Há algum outro caso de gravidez na adolescência na família		
Sim	21	60 %
Não	14	40 %
Teve apoio da família durante a gravidez		
Sim	30	85,7 %
Não	5	14,3 %

A TAB. 3 mostra aspectos relacionados à abordagem sociofamiliar: a maior proporção das adolescentes convive com pais casados ou separados/divorciados e a maioria relatou existência de outros casos de gravidez na adolescência na própria família.

Tabela 4 - Abordagem sexual das adolescentes de um território PET-Saúde, Montes Claros-MG, 2009 (N=35)

Variáveis	N	%
Uso de algum método contraceptivo na 1ª relação sexual		
Sim	16	45,7 %
Não	19	54,3 %
Método contraceptivo utilizado pela adolescente e seu parceiro		
Preservativo	11	31,4 %
Anticoncepcional hormonal	11	31,4 %
Preservativo e anticoncepcional hormonal	6	17,1 %
Não usa	7	20,0 %
Primeiras informações sobre métodos contraceptivos e gravidez		
Escola	17	48,6 %
Pais	5	14,3 %
ESF	11	31,4 %
Amigos/vizinhos	1	2,9 %
Mais de uma opção	1	2,9 %
Informações de como utilizar o método		
Recebeu	32	91,4 %
Não recebeu	3	8,6 %
Local onde conseguiu o método contraceptivo		
Comprou	3	8,6 %
Posto/ESF	25	71,4 %
Não usa	7	20,0 %

A ausência de método contraceptivo na primeira relação sexual esteve presente em mais da metade das adolescentes, como demonstrado na TAB. 4, sendo o anticoncepcional hormonal e o preservativo masculino os mais citados pelas jovens que relataram ter usado algum método. Porém, a maioria respondeu que utiliza algum método atualmente.

A escola foi apontada pelas adolescentes como o maior veículo de informação sexual, seguido pela ESF, pais e, por último, algum amigo ou vizinho. A maioria relatou ter recebido orientações de como usar os métodos contraceptivos e informou tê-los obtidos na ESF.

DISCUSSÃO

Os dados em relação à raça/cor das adolescentes se assemelham aos que foram encontrados por autores⁹ na Microrregião de Acaraú- Ceará, onde houve a prevalência da cor parda com 52,3 % seguida pela cor branca com 32,8%. No que diz respeito ao estado civil, a situação é discordante da literatura, que mostra proporções mais

elevadas de relações estáveis.^{10,11} Autores concordam ainda que, nas camadas sociais mais baixas, a gravidez na adolescência geralmente implica um deslocamento de posição dos jovens em relação às famílias de origem, pois eles aspiram constituir suas famílias de procriação.¹²

A situação socioeconômica das adolescentes, estimada pela renda familiar, indica que essas provêm de classe baixa. Pesquisas relacionam a condição econômica desfavorável e o baixo grau de escolaridade como fatores sociais que podem influenciar a gravidez precoce.^{13,14} A adolescente que vive em um meio desprovido de recursos materiais e financeiros pode enxergar na gravidez a única expectativa para o futuro.⁹

Ainda em relação à escolaridade, a constatação de que a maioria das adolescentes interrompeu os estudos devido à gravidez e não retornou, é semelhante a outro estudo¹⁰ e concordante com a percepção mais difundida de que as jovens interrompem sua trajetória profissional e escolar para se dedicarem a um filho.²

A idade média da menarca vem apresentando uma tendência de queda diminuindo cerca de quatro meses a cada década, encontrando-se atualmente na faixa dos 11 a 12 anos.¹⁵ No presente estudo, para a maioria das adolescentes, a menarca ocorreu entre os 12 e 14 anos. Os dados da idade da sexarca, entre os 12 e 17 anos e o primeiro filho, entre os 15 e 19 anos se aproximam de outro estudo que encontrou 62% das jovens com a primeira relação sexual entre 14 e 16 anos e 68,1% grávidas na faixa de 17 e 19 anos.⁹ Essa análise se torna relevante, uma vez que a literatura demonstra que quanto mais cedo a adolescente inicia sua vida sexual, menores são as chances de uso de métodos contraceptivos e, conseqüentemente, maiores são as possibilidades de uma gravidez precoce.^{9,11,13}

Assim como em outros estudos^{16,17}, reincidência da gravidez na adolescência foi realidade para a maioria (60%) das jovens. Esse fato ocorre em parte devido à falta de assistência à saúde de forma integral e de qualidade, que não capta a adolescente que passou por uma gestação, o que contribui para uma nova gravidez em um curto espaço de tempo após a primeira.⁹ Outro dado importante foi o relato de 60% das entrevistadas sobre a ocorrência de gravidez na adolescência com outros membros da família. Porém, não foi investigado se o evento ocorreu com mãe ou irmã. Mas, é possível indagar se há um caráter de repetição dos modelos familiares como fator associado à gravidez precoce.

O percentual de não uso de contraceptivo na primeira relação sexual foi alto, apesar de ter havido um predomínio de jovens que relataram ter recebido orientações sobre como usá-los. Isso pode estar relacionado à vulnerabili-

dade devido à falta de métodos contraceptivos, pelo não poder de compra e receio na busca pelo serviço de saúde; desconhecimento de práticas preventivas; e possível não fortalecimento emocional durante as chantagens, do parceiro, buscando provas efetivas do amor da adolescente para si.⁹ Além disso, há necessidade de mudança na estratégia de divulgação de orientações aos adolescentes por meio de maior aproximação e de melhor adequação da linguagem e/ou proximidade à sua realidade, a fim de as informações serem mais esclarecedoras e/ou convincentes para o jovem.^{18,19}

Ter acesso a método contraceptivo, para o uso de forma regular, é um dos fatos mais importantes para a estruturação de um sistema de planejamento familiar. Esse quadro pode ser alterado à medida que se aumente a ação das equipes de saúde, especialmente a partir de práticas educativas.²⁰

Além disso, é importante a realização de educação permanente com os profissionais de saúde envolvidos no tratamento de adolescentes, com abordagem de temas que não fazem parte da graduação para a maioria destes profissionais, tais como relações familiares, qualidade de vida e sexualidade, entre outros, de forma a ajudar no atendimento das demandas que envolvam questões ditas psicológicas ou relacionadas à sexualidade do jovem.²¹

Outro fator que contribui para a gravidez não planejada é o fato de a mulher ser apontada como a responsável pela contracepção. Porém, ao impor a utilização de um preservativo ou trazê-lo para o momento da relação sexual ela é vista como muito experiente e avaliada negativamente pelo sexo oposto, uma vez que isso vai de encontro à imagem desejada de menina ingênua.² Talvez por isso, a iniciativa do uso do preservativo aparece sempre como sendo masculina, muito embora elas aleguem que o parceiro não gosta de usar ou que ambos consideram chato interromper a relação para colocá-lo, justificando assim a não adoção do sexo seguro.²²

Nesse estudo, 80% das jovens responderam utilizar, atualmente, algum método, sendo o anticoncepcional hormonal e o preservativo masculino citados por 31,4% das entrevistadas. Esses dados confrontam com o encontrado na PNDS⁶, onde somente 36,7% das mulheres de 15 a 19 anos, sexualmente ativas, afirmaram utilizar algum método contraceptivo, sendo os mais citados a pílula (18%), seguida da camisinha masculina (13,9%), ou seja, 63,3% das adolescentes sexualmente ativas não estavam fazendo uso de nenhum método.

Algumas reflexões devem ser feitas em relação aos dados anteriores. O uso de algum método na 1ª relação foi baixo, mas o uso atual é maior que a média nacional.⁶ Isso pode estar relacionado à facilidade de obtenção desses mé-

todos na ESF pelas adolescentes que já não sentem receio de buscá-los em sua unidade de saúde por já terem estado grávidas, o que não ocorreu na primeira relação.

A literatura demonstra que, especialmente quando a relação torna-se mais estável, os jovens, apesar de conhecerem os métodos contraceptivos e saberem onde encontrá-los, não os utilizam com regularidade.² A confiança assume um papel crucial na ausência de comportamento preventivo consciente e esclarecido, principalmente entre as mulheres.²³ Deste modo, a vulnerabilidade feminina aumenta na medida em que as mulheres não se sentem confiantes para a negociação e o domínio das suas relações sexuais, tanto em termos de fidelidade mútua quanto de utilização do preservativo pelo homem.²⁴

A escola foi o meio mais citado pelas adolescentes como veículo de informações sobre contracepção. Isso mostra o significado particular da escola na vida do jovem como um espaço social significativo para onde o adolescente pode levar suas experiências de vida, suas curiosidades, fantasias, dúvidas e inquietações sobre a sexualidade. A presença da adolescente em escola formal diminui a ociosidade e, conseqüentemente, a projeta para o planejamento de seu futuro, gerando a necessidade de autorrealização e satisfação pessoal, se forem dadas oportunidades para continuidade e crescimento pessoal e estudantil.⁹

A família, principalmente na figura dos pais, poderia discutir e orientar seus filhos com relação às dúvidas, angústias, tabus e preconceitos frequentes, nessa etapa da vida. Porém, apenas 14,3% das entrevistadas citaram os pais como o maior meio de informações sobre sexualidade.

Resultados de um estudo realizado com adolescentes, cadastrados em uma ESF de São Paulo/SP, apontaram os amigos como os indivíduos com quem os adolescentes mais frequentemente conversavam sobre sexo, mesmo quando se tratava de dúvidas sobre o assunto. Citam, em menor proporção, que os amigos, os pais e outros familiares para esclarecimentos de dúvidas sobre prevenção de gravidez. Apenas quando as dúvidas eram sobre DST/AIDS, que os adolescentes indicaram profissionais de saúde e professores em maior proporção.⁷

Para avaliar o outro lado, ou seja, como os pais vivenciam a educação sexual de seus filhos adolescentes, um estudo feito em Toledo/Paraná encontrou experiências diferentes entre os pais. Alguns referiram tranquilidade para conversar com seus filhos sobre o tema e acham que esse tipo de conversa os aproxima, facilita a relação familiar e oportuniza uma educação sobre sexualidade adequada. Porém, outros pais relataram dificuldade em realizar essa orientação por não terem coragem de falar sobre o assunto

e, principalmente, pelo desinteresse e falta de atenção dos filhos para ouvi-los. Alguns revelaram ainda que a maneira com que tinham sido educados em relação à sexualidade dificultava na transmissão de conhecimentos e valores sobre o assunto aos filhos.²⁵

Esta instância social precisa ser apreendida em sua historicidade e permanente transformação, envolvendo finalidades, estruturas, conformações e significados diversos, bem como compromissos mútuos, interações, desempenho de papéis e transmissão de cultura, hábitos, valores e modos de vida. Este fato demonstra a necessidade de maior compreensão das dificuldades dos pais em abordar o tema.²⁰

A constatação de que a maioria das adolescentes vive com os pais casados ou separados leva a concluir que a situação conjugal dos pais não é causa que favoreça ou impeça as adolescentes de engravidar.

Tanto a gestação quanto a adolescência são momentos delicados que possuem particularidades e requerem atenção. Quando esses dois momentos se juntam é obtido um leque de transformações que levam a um turbilhão de emoções e acontecimentos.²⁶ Nesse momento, a família se destaca como suporte de relevância da adaptação da adolescente à gravidez, sendo necessários o apoio e a aceitação dos familiares. No estudo, apenas cinco adolescentes relataram não ter recebido o apoio da família. Porém, não ficou claro no estudo se esse apoio foi desde o início da descoberta ou no decorrer da gravidez.

CONCLUSÃO

Embora pesquisas atuais demonstrem uma tendência de redução da gravidez na adolescência, essa ainda cresce em jovens de baixa renda e escolaridade. As implicações sociais negativas envolvidas com a gravidez, caracterizadas, principalmente, pelo abandono escolar, contribuem para agravar o ciclo de pobreza dessas adolescentes, principalmente pelo fato de viverem em uma sociedade exigente de qualificações cada vez melhores para o ingresso no mercado de trabalho. Ainda, o não retorno aos estudos, pela maioria das jovens, é um dado preocupante que contribui para uma situação de vulnerabilidade com risco para uma nova gravidez, como ocorrido para a maioria das participantes do estudo.

A complexidade, tanto das causas de uma gravidez precoce como suas consequências, coloca essa temática de fato como um problema de saúde pública que requer mudanças entre o discurso e a prática política em relação à sexualidade na juventude. A oferta de métodos contraceptivos associada à educação sexual parece ser uma boa opção apresentada para a prevenção de uma gravidez, porém não alcançam

de maneira desejável os jovens ou parece não convencê-los da necessidade de prevenção não apenas de uma gravidez como das DST's.

Neste estudo, foi possível perceber que a utilização inadequada de métodos contraceptivos, o início precoce da atividade sexual, juntamente com a orientação errônea ou, muitas vezes, ausente sobre sexualidade, em especial na família, são fatores que podem ter contribuído para a gravidez precoce.

Ainda, constatou-se que, apesar da ESF ser apontada pela maioria (71,4%) das jovens como o local de obtenção dos métodos contraceptivos, não ocorreu em mesma proporção em relação à obtenção de informações sobre os mesmos: a ESF foi citada por 31,4% das jovens. É importante ressaltar que a ESF, onde foi realizado este estudo, existe há mais de 10 anos e há em sua programação reuniões mensais de planejamento familiar. Porém, essas reuniões não atraem adolescentes que não são gestantes ou mães. Outro obstáculo para o grupo não ser efetivo na educação sexual dos adolescentes parece ser o estigma que há por parte desses jovens, principalmente do sexo masculino, de acharem que o grupo é orientado somente para as mulheres ou mesmo que é função da mulher proteger-se de uma possível gravidez. Esse fato elucidada bem a necessidade urgente de transformação na abordagem ao adolescente.

Apesar de não ter sido foco de investigação do estudo saber se a gravidez foi planejada ou não, é importante ressaltar que nem sempre uma gravidez precoce é também não planejada e muito menos não desejada. O significado da gravidez para a adolescente que a vivencia é muito variado. A opção por ser mãe pode relacionar-se a um projeto de vida pessoal ou mesmo uma forma de ascensão social.

Dessa forma, o planejamento de ações para os jovens dentro do fenômeno da gravidez deve ocorrer sob uma perspectiva interdisciplinar de forma a envolver questões específicas tais como: o ser adolescente, a função dos gêneros e o direito da própria sexualidade vivenciada na juventude, além de questões de cunho social, religioso e familiar.

O estudo demonstra que a escola é o cenário maior de informação dos adolescentes e responsável pela educação nesse ciclo de vida. Assim, precisa avançar na abordagem adequada da sexualidade na adolescência para que possa colaborar na diminuição da taxa de gravidez nesse grupo bem como na diminuição dos impactos sociais negativos que esse fato pode gerar na vida da adolescente grávida. Há que se repensar em políticas públicas voltadas para a educação na escola e também para a saúde do adolescente na atenção primária.

REFERÊNCIAS

1. Yazlle MEHD. Gravidez na adolescência. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006 Aug; 28(8): 443-5.
2. Fontura NO, Pinheiro LS. Síndrome de Juno: gravidez, juventude e políticas públicas. In: Castro JÁ, Aquino LMC, Andrade CC, organizadores. *Juventude e políticas sociais no Brasil.* Brasília: Ipea; 2009. p.149-67.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. *A adolescente grávida e os serviços de saúde no município.* Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
4. Berquó E, Cavenaghi S. Increasing Adolescent and Youth Fertility in Brazil: a new trend or a one-time event? Presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, Philadelphia, Pennsylvania, March 30 to April 2; 2005.
5. IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. PNAD 2007: primeiras análises - demografia gênero. [Citado em 2010 fev. 16]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/comunicado_presidencia/08_10_07_Pnad_PrimeirasAnalises_N11demografia.pdf.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS. Relatório final. Brasília; 2008. [Citado em 2009 jun. 05]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf
7. Borges ALV, Nichiata LYI, Schor N. Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. *Rev Latinoam Enferm.* 2006; 14(3):422-7.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Gravidez na adolescência. [Citado em 2009 jun. 05]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=259.
9. Ximenes Neto FRG, Dias MSA, Rocha J, Cunha ICKO. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. *Rev Bras Enferm.* 2007 jun; 60(3):1279-85.
10. Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, *et al.* Gravidez na adolescência: perfil sociodemográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2003; 23(1):177-86.
11. Amorim MM, Lima LA, Lopes CVV, *et al.* Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escolada Paraíba: estudo caso-controle. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009; 31(8):404-10.
12. Brandão ER, Heilborn ML. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22(7):1421-30.
13. Cabral CS. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19(Supl 2):283-92.
14. Simões VMF, Silva AAMS, Bettiol H, *et al.* Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. *Rev Saúde Pública.* 2003 ;37(5):559-65.
15. Berlofi LM, Alkmin ELC, Barbieri M, Guazzelli CAF, Araújo FF. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. *Acta Paul Enferm.* 2006; 19(2):196-200.
16. Bruno ZV, Feitosa FEL, Silveira KP, Morais IQ, Bezerra MF. Reincidência de gravidez em adolescentes. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009; 31(10):480-4.
17. Persona L, Shimo AKK, Tarallo MC. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. *Rev Latinoam Enferm.* 2004; 12(5):745-50.
18. Arruda S, Cavasi S. Gênero e prevenção das DST/AIDS. In: Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Prevenir é sempre melhor.* Brasília: Ministério da Saúde; 2000. p.53-63.
19. Tamayo A, Lima A, Marques J, Martins L. Prioridade axiológicas e o uso de preservativos. *Psicol Reflex Crít.* 2001; 14(1):167-75.
20. Oliveira DC, Pontes APM, Gomes AMT, Ribeiro MCM. Conhecimentos e práticas de adolescentes sobre DST/HIV/AIDS. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009 out-dez; 13(4): 833-41.
21. Crossetti MA. Avaliação da Atenção Integral à Saúde do Adolescente por profissionais de uma unidade bási-

ca de saúde no Rio de Janeiro. *Rev APS*. 2009 dez/out; 12(4):430-5.

22. Rieth F. A iniciação sexual na juventude de mulheres e homens. *Horiz Antropol*. 2002; 8(17):77-91.

23. Castro MG, Abramovay M, Silva LB. *Juventudes e sexualidade*. Brasília (DF): UNESCO; 2004.

24. Taquette SR, Andrade RB, Vilhena MM, Paula MC. A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis. *Rev Assoc Med Brás*. 2005; 51(3):148-52.

25. Almeida ACCH, Centa ML. A família e a educação sexual dos filhos: implicações para a enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2009 fev; 22(1):71-6.

26. Moreira TMM, Viana DS, Queiroz MVO, Jorge, MSB. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(2):312-20.

Agradecimentos

Este trabalho recebeu apoio logístico e financeiro do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/ Ministério da Saúde que firmou convênio com a Universidade Estadual de Montes Claros.

Submissão: maio de 2010

Aprovado: março de 2011
