



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EM BOA
VISTA – RORAIMA (BRAZIL) NO ANO DE
2011: FATORES PREDISPOANTES E
MEDIDAS DE PREVENÇÃO**

Maria De La Paz Perez Sampaio

Orientador: Prof.^a Doutora Zélia Ferreira Caçador Anastácio

Co-orientador: Prof. Doutor Luís Fernando dos Reis Guterres

Mestrado em Educação

Área de especialização: Educação para a Saúde

Dissertação

Évora, 2013

Mestrado em Educação

Área de Especialização em Educação para a Saúde

Dissertação

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EM BOA VISTA -
RORAIMA (BRASIL) NO ANO DE 2011: FATORES
PREDISPONENTES E MEDIDAS DE PREVENÇÃO**

MARIA DE LA PAZ PEREZ SAMPAIO
(nº 6830)

Orientador: Prof.^a Doutora: Zélia Ferreira Caçador Anastácio

Co-orientador: Prof. Doutor Luís Fernando dos Reis Guterres

ÉVORA
MAIO, 2013

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo às crianças que sobreviveram da gravidez na adolescência e aos profissionais que se dedicam ao enfrentamento dessa problemática.

AGRADECIMENTOS

A DEUS por ser a razão do meu viver e por me dar força constantemente para continuar lutando.

À Prof^a. Dr^a Zélia Ferreira Caçador Anastácio, minha orientadora, pelo apoio, incentivo, dedicação, carinho e respeito na condução deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Luís Fernando dos Reis Guterres, meu co-orientador, também pelo apoio, incentivo e fundamentais contribuições.

À minha família pela credibilidade nos meus projetos, apoio às minhas decisões, dedicação, carinho, amor, sempre me dando incentivo para cada início de trajetória. Em especial, agradeço a minha mãe MARIA DEL CARMEN PEREZ SAMPAIO, por ter me ensinado a não desistir dos sonhos.

Sem vocês nada disso faria sentido.

RESUMO

Gravidez na Adolescência em Boa Vista - Roraima (Brasil) no ano de 2011: Fatores Predisponentes e Medidas de Prevenção.

O número elevado de gravidez na adolescência tem motivado estudos, em caráter mundial, pois repercute em todos os setores da vida das adolescentes, principalmente em seu processo educacional, na construção de sua independência econômica e em seus relacionamentos sociais, especialmente o familiar. O estudo teve o objetivo de identificar comportamentos e fatores familiares e socioculturais que contribuíram para a gravidez entre as adolescentes inscritas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Município de Boa Vista/Roraima (Brasil) no ano de 2011. Foi desenvolvido nos termos de pesquisa exploratória com abordagem qualitativa. Para a coleta de dados foi usado um roteiro de entrevista contendo 53 questões (abertas e fechadas), aplicado junto às adolescentes grávidas inscritas nas Unidades Básicas de Saúde da Família, no período de 01 a 30 de junho de 2011. A amostra incluiu 110 adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 19 anos, sendo a média de 16,5 anos. Os resultados mostram que: 98% das jovens sobrevivem com baixa renda; 90,91% possuem baixa escolaridade, apresentando uma evasão escolar de 55% dos casos motivada, principalmente, pela gravidez; 33,64% tiveram que abandonar o emprego; 30,91% já possuíam outros filhos; para 85,50% suas mães também foram adolescentes grávidas; a religião predominante é a evangélica com 47,27%; 72% não tinham aula de educação sexual; 56% conversavam sobre sexo, essencialmente com os amigos, representando 59,68%; 44% não tinham atividade educativa na Unidade de Saúde da Família e 48% não frequentavam a Unidade antes da gravidez; 55% referiram não ter tido orientação sexual; 85% informaram que a mídia influenciou o sexo/gravidez; 82% não planejaram a gravidez; houve predominância de reação negativa por parte da adolescente, de seus familiares, do pai da criança e dos familiares do pai da criança; a média de idade para início de relação sexual foi de 14,6 anos; 36,36% tiveram seus parceiros também adolescentes; 9% foi obrigada a casar; 71% prevenia a gravidez, sendo 69% pelo uso do preservativo masculino; havia presença de DST em 9% das entrevistadas; 23% pensaram realizar o aborto; 27% foi estimulada a realizar o aborto; 11% sofreram violência; 38% relataram que o motivo que mais influenciou a ocorrência da gravidez foi a falta de informação; 43,63% faziam uso de álcool antes da gravidez; 38,18% deixaram de fazer uso de álcool após a descoberta da gravidez; 31% referiram que o álcool influenciou a ocorrência do sexo/gravidez. Espera-se que os resultados alcançados com o presente estudo possam contribuir para a elaboração, implantação e implementação de políticas públicas no sentido de elaborar propostas de projetos assistenciais e de educação em saúde relacionada ao tema, estimulando a multi e interdisciplinaridade, embasados no contexto sócio-cultural das adolescentes, com o objetivo de reduzir a problemática abordada.

Palavras Chave: Adolescência, Sexualidade, Gravidez na adolescência, Educação em saúde.

ABSTRACT

Teenage Pregnancy in Boa Vista - Roraima (Brazil) in 2011: Predisposing Factors and Prevention Measures.

The high number of teenage pregnancies has motivated studies around the world, since its influence on many aspects in adolescents' life, including their education, economic independence achievement and social relationships, especially family. Based on this context, this study aimed to identify behaviors related to family and a combination of social and cultural factors that may contribute to pregnancy among adolescents enrolled in Family Health Strategy (FHS) in Boa Vista / Roraima (Brazil), 2011. The sample included 110 adolescents aged 13 to 19 years, on average of 16.5 years. The results show that: 98% of young people living on low income; 90.91% had low education, with a dropout of 55% of the cases motivated mainly by pregnancy; 33.64% had to quit her job; 30, 91% already had other children; 85.50% for their mothers were also pregnant adolescents; the predominant religion is evangelical 47.27%; 72% had no sex education class; 56% talked about sex, primarily with friends representing 59.68%; 44% had no educational activity in the Family Health Unit and 48% were not attending the Unity before pregnancy; 55% reported not having sexual orientation, 85% reported that the media influenced the sex / pregnancy, 82% did not plan the pregnancy, there was a predominance of negative reaction on the part of adolescents, their families, the father of the child and family members of the child's parent, the average age of onset of sexual intercourse was 14.6 years; 36.36% had partners also adolescents, 9% was forced to marry, 71% prevented pregnancy, 69% by the use of male condoms, STD was present in 9% of the respondents, 23% thought the abortion; 27% was encouraged to have an abortion, 11% experienced violence, 38% reported that the reason that most influenced the occurrence of pregnancy was the lack of information; 43.63% drank alcohol before pregnancy; 38.18% stopped use alcohol after the discovery of the pregnancy, 31% reported that alcohol influenced the occurrence of sex / pregnancy. It was conducted as an exploratory research with a qualitative approach. An interview guide containing 53 objective and subjective questions was used for data collection. It was applied to pregnant teenagers enrolled in the Basic Family Health units, from June 1st to 30th, 2011. We hope that the research results may contribute to development, deployment and implementation of public policies, such as care and health education proposals related to the theme. Also, to encourage multi and interdisciplinary work on teenagers' social and cultural factors, in order to reduce the addressed problem.

Keywords: Adolescence, Sexuality, Pregnancy in adolescence, Health education

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
1.- DEFINIÇÃO DO PROBLEMA E OBJETIVOS	17
1.1.- Problema do Estudo	17
1.2.- Objetivo Geral	17
1.3.- Objetivos Específicos	17
2.- REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1.- Adolescência e Juventude	19
2.2.- Sexualidade na Adolescência	23
2.3.- Comportamentos Sexuais e Relacionamentos Afetivos dos Adolescentes	24
2.4.- Saúde Sexual e Reprodutiva na Adolescência	25
2.5.- Contracepção na Adolescência	26
2.6.- Aborto	28
2.7.- Violência nas Relações	30
2.8.- Consumo de Álcool e Drogas em Grávidas Adolescentes e Seus Parceiros	31
2.9.- Gravidez na Adolescência	32
2.10.- Fatores Contribuintes para a Gravidez na Adolescência	34
2.11.- Educação Sexual e Educação em Saúde	35
3.- PERCURSO METODOLÓGICO	39
3.1.- Caracterização do Tipo de Estudo	39
3.2.- Cenários do Estudo	39
3.3.- Participantes do Estudo	42
3.3.1.- Critérios de inclusão	42
3.3.2.- Critérios de exclusão	42
3.4.- Instrumentos e Procedimentos para o Trabalho de Campo	43
3.5.- Aspectos Éticos	45
3.6.- Análise dos Dados	46
3.7.- Limitação do Estudo	46
4. RESULTADOS	47
4.1.- Dados Sociodemográficos	47
4.1.1.- Idade/Fecundação	47
4.1.2.- Unidade de Saúde do pré-natal	47
4.1.3.- Tipo de moradia	47
4.1.4.- Renda e sustento familiar	48
4.1.5.- Pessoa responsável pelo sustento da família	48
4.1.6.- Contributo da adolescente nas despesas da casa	49
4.1.7.- Presença de irmãos	50
4.1.8.- Escolaridade da adolescente, de seus pais e do pai do seu filho	51
4.1.9.- Adolescente estuda atualmente	53
4.1.10.- Adolescente estudava antes da gravidez	54
4.1.11.- Adolescente trabalha atualmente	55
4.1.12.- Adolescente trabalhava antes de engravidar	55
4.1.13.- Pessoas com quem vivia antes e durante a gravidez	57
4.1.14.- Presença ou não de outros filhos	58
4.1.15.- Primeira gravidez da mãe da adolescente grávida	60
4.1.52.- Religião antes de engravidar	61
4.2.- Educação para a Saúde e para a Sexualidade	62
4.2.16.- Aula de educação sexual nas escolas	62
4.2.17.- Conversas sobre sexo e gravidez	65

4.2.18.- Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) com palestras educativas	66
4.2.19. – Importância das Atividades Educativas nas UBSF	68
4.2.20.- Distribuição de métodos contraceptivos nas UBSF	69
4.2.21.- Frequência da UBSF antes de engravidar.....	70
4.2.22.- Orientação sobre sexualidade/sexo e gravidez	72
4.2.23.- Pessoas que deveriam informar sobre sexo/gravidez	74
4.2.24.– Estímulo da mídia para o sexo entre os adolescentes.....	74
4.3.- Comportamentos Sexuais e Relacionamentos Afetivos	76
4.3.25.- Planejamento da gravidez.....	76
4.3.26.- Reação ou sentimento da adolescente face à notícia de gravidez	77
4.3.27.- Reação ou sentimento dos familiares da adolescente face à notícia de gravidez	77
4.3.28.- Reação do pai da criança em relação à gravidez	78
4.3.29.- Reação dos familiares do pai da criança em relação à gravidez	78
4.3.30.- Idade da adolescente quando teve a primeira relação sexual	79
4.3.31.- Conhecimento da família do início da atividade sexual da adolescente	80
4.3.32.- Idade da adolescente quando engravidou a primeira vez.....	81
4.3.33.- Idade do parceiro na gravidez atual	82
4.3.34.- Tempo de relacionamento com o parceiro	83
4.3.35.- Vínculo afetivo com a pessoa de quem engravidou	84
4.3.36.- Manutenção do vínculo afetivo com a pessoa de quem engravidou.....	85
4.3.37.- Obrigada a casar/morar com o pai da criança	86
4.4. Saúde Sexual e Violência	88
4.4.38. Prevenção da gravidez.....	88
4.4.39.- Frequência do uso de preservativo	89
4.4.40.- Parceiros sexuais.....	90
4.4.41.- Infecções sexualmente transmissíveis (IST's).....	91
4.4.42.- Pensar em realizar aborto	92
4.4.43.- Estimulada ou obrigada a realizar aborto	94
4.4.44.- Sofrer agressão antes de engravidar	95
4.4.45.- Motivos que contribuíram para a gravidez.....	97
4.5.- Consumo de álcool e drogas	98
4.5.46.- Consumo de álcool no momento da gravidez.....	98
4.5.47.- Consumo de álcool antes da gravidez.....	98
4.5.48.- Consumo de drogas antes da gravidez	101
4.5.49.- Familiar ciente do uso de drogas pela adolescente.....	101
4.5.50.- Uso de drogas pelo parceiro da adolescente	101
4.5.51.- Uso de drogas por parte de algum familiar da adolescente	102
5.- DISCUSSÃO DOS DADOS	104
5.1. – Dados Sociodemográficos	104
5.1.1. – Idade/fecundação.....	104
5.1.2.– Tipo de moradia/estrutura familiar	105
5.1.3.– Renda e sustento familiar.....	107
5.1.4.- Presença de Irmãos	108
5.1.5.– Escolaridade da adolescente, de seus pais e parceiro	108
5.1.6.– Inserção no mercado de trabalho	111
5.1.7– Presença ou não de outros filhos	112
5.1.8.- Gravidez da Mãe da Adolescente Grávida	113
5.1.9.- Religião.....	115
5.2.- Educação para a Saúde e para a Sexualidade	115
5.2.1. - Aula de educação sexual nas escolas.....	115
5.2.2.- Conversas sobre sexualidade/sexo.....	118
5.2.3.- Unidade básica de saúde da família - UBSF	120

5.2.4.- Orientação sobre sexualidade/sexo/gravidez	125
5.2.5.– Interferência da mídia sobre a sexualidade/sexo entre os adolescentes	127
5.3.- Comportamentos Sexuais e Relacionamentos Afetivos	128
5.3.1.- Gravidez	128
5.3.2.- Relação sexual	133
5.3.3.- Tempo de relacionamento e vínculo afetivo	136
5.4. Saúde Sexual e Violência	138
5.4.1. Prevenção da gravidez e métodos contraceptivos.....	138
5.4.2.- Parceiros sexuais.....	141
5.4.3.- Infecções sexualmente transmissíveis	142
5.4.4.- Aborto	143
5.4.5.- Violência	144
5.4.6.- Motivos que levaram à gravidez.....	147
5.5.- Consumo de álcool e drogas	148
6.- EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	150
6.1.- Sugestões para a Educação para a Saúde (EPS).....	153
6.1.1.- Escola	153
6.1.2.- Profissionais da saúde	155
7.- CONSIDERAÇÕES FINAIS	157
REFERÊNCIAS	164
APÊNDICE 1 – Questionário final	173
APÊNDICE 2 – Questionário preliminar	180
APÊNDICE 3 - Plano de ação - Matriz	184
APÊNDICE 4 - Unidade de Saúde do Pré-Natal.....	188

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Pessoas com quem residia antes e reside após a descoberta da gravidez	58
Tabela 2. Intervalo entre as gestações	60
Tabela 3. Religião, mudança de religião, motivo da mudança de religião	62
Tabela 4. Se frequentava a aula de educação sexual na escola e o motivos de frequentar ou não	64
Tabela 5: Pessoas com quem falava sobre sexualidade/sexo	66
Tabela 6: Pessoas de quem recebeu orientação em relação ao sexo/gravidez	73
Tabela 7. Pessoas de quem as adolescentes esperam receber orientações sobre sexo/sexualidade	74
Tabela 8. Idade do parceiro	83
Tabela 9. Tempo de relacionamento até a ocorrência da gravidez	84
Tabela 10. Motivo do álcool ter e não influenciado a ocorrência da relação sexual/sexo	100

IX

LISTA DE FIGURAS

Figura 3.1: Mapa de Roraima	40
Figura 3.2: Imagem da Cidade de Boa Vista	41
Figura 3.3: Divisão da Cidade de Boa Vista por macroáreas de saúde	41
Figura 4.1: Participantes do estudo por idade	47
Figura 4.2. Renda familiar (em salários mínimos)	48
Figura 4.3: Pessoa responsável pelo sustento da família	49
Figura 4.4. Motivos de não ajudar nas despesas	49
Figura 4.5: Meios de como ajudam nas despesas da casa	50
Figura 4.6. Número de Irmãos	51
Figura 4.7: Escolaridade da adolescente	51
Figura 4.8: Escolaridade da mãe da adolescente	52
Figura 4.9: Escolaridade do pai da adolescente	53
Figura 4.10: escolaridade do parceiro da adolescente	53
Figura 4.11: Situação escolar antes e após a descoberta da gravidez	54
Figura 4.12: Motivos de não estudar antes e após a descoberta desta gravidez	55
Figura 4.13: Situação de trabalho antes e após a descoberta da gravidez	56
Figura 4.14: Motivos de trabalhar ou não trabalhar antes da descoberta da gravidez	56
Figura 4.15: Motivos de trabalhar ou não trabalhar atualmente	57
Figura 4.16: Quantidade de filhos que já possui	59
Figura 4.17: Filhos do mesmo parceiro	59
Figura 4.18: Idade da 1º gravidez da mãe da adolescente	61
Figura 4.19: Aula de educação sexual na Escola	63
Figura 4.20: Se não tem aula de educação sexual, acha importante	63
Figura 4.21: Motivo de achar importante ou não ter aula de educação sexual na escola	64
Figura 4.22 Conversas sobre sexualidade/sexo	65
Figura 4.23: Motivo de não conversar sobre sexualidade/sexo	65
Figura 4.24: Palestras de educação sexual para adolescentes nas Unidades Básicas de Saúde da Família	66
Figura 4.25: Frequentava as palestras nas Unidades Básicas de Saúde da Família	67
Figura 4.26: Motivos de frequentar as palestras nas Unidades Básicas de Saúde da Família	67
Figura 4.27 Motivos de não frequentar as palestras nas Unidades Básicas de Saúde da Família	68
Figura 4.28: Acha importante ter atividades educativas nas Unidades Básicas de Saúde da Família	68
Figura 4.29: Motivos de achar importante ou não as atividades educativas nas Unidades Básicas de Saúde da Família	69
Figura 4.30 Distribuição de métodos contraceptivos nas Unidades Básicas de Saúde da Família	70

Figura 4.31: Métodos contraceptivos distribuídos nas Unidades Básicas de Saúde da Família	70
Figura 4.32: Frequentava a Unidade Básica de Saúde da Família antes de engravidar	71
Figura 4.33: Motivos de não frequentar a Unidade Básica de Saúde da Família	71
Figura 4.34: Serviços que procurava na Unidade Básica de Saúde da Família ante de engravidar	72
Figura 4.35: Faltou orientação sobre sexualidade/sexo/gravidez	72
Figura 4.36: Motivo da falta de orientação em relação ao sexo/gravidez	73
Figura 4.37: Meios de comunicação como estímulo para o sexo	74
Figura 4.38: Motivo de ser a mídia fonte de estímulo para o sexo/gravidez	75
Figura 4.39: Motivo da mídia não ser fonte de estímulo para o sexo/gravidez	75
Figura 4.40: Planejamento da gravidez	76
Figura 4.41: Motivo de planejarem a gravidez	76
Figura 4.42: Reação e sentimento da adolescente frente à descoberta da gravidez	77
Figura 4.43: Reação da família da adolescente frente à descoberta da gravidez	78
Figura 4.44: Reação do pai da criança frente à descoberta da gravidez	78
Figura 4.45: Reação dos familiares do pai da criança frente à descoberta da gravidez	79
Figura 4.46: Idade da 1º relação sexual	79
Figura 4.47: Consciência dos familiares em relação ao início das atividades sexuais	80
Figura 4.48: Motivos de não tornar a família ciente sobre o início das atividades sexuais	80
Figura 4.49: Motivos de tornar a família ciente sobre o início das atividades sexuais	81
Figura 4.50: Pessoas da família que estavam cientes do início das atividades sexuais	81
Figura 4.51: Idade quando engravidou a 1º vez	82
Figura 4.52: Vínculo afetivo com a pessoa de quem engravidou	85
Figura 4.53: Mudança de Vínculo após a descoberta da gravidez	85
Figura 4.54: Vínculo atual com a pessoa de quem engravidou	86
Figura 4.55: Obrigação de casar/morar com a pessoa de quem engravidou	86
Figura 4.56: Motivos de ter sido e não ter sido obrigada a casar/morar com a pessoa de quem engravidou	87
Figura 4.57: Pessoa que obrigou a oficializar o vínculo	87
Figura 4.58: Prevenção da gravidez	88
Figura 4.59: Métodos contraceptivos usados	88
Figura 4.60: Uso do preservativo	89
Figura 4.61: Motivos do uso e do não uso do preservativo	90
Figura 4.62: Número de parceiros sexuais	91
Figura 4.63: Presença de DST	91
Figura 4.64: Tipo de DST presente	92
Figura 4.65: Pensar em realizar o aborto	92
Figura 4.66: Motivo de não ter pensado em realizar o aborto	93
Figura 4.67: Motivo de ter pensado em realizar o aborto	93

Figura 4.68: Estímulo para realizar o aborto	94
Figura 4.69: Pessoa que estimulou a realização do aborto	94
Figura 4.70: Presença de agressão	95
Figura 4.71: Tipo de agressão sofrida	95
Figura 4.72: Agressor	96
Figura 4.73: Presença atualmente de agressão	96
Figura 4.74: Motivo da agressão sofrida	97
Figura 4.75: Motivo que mais contribuiu para a ocorrência da gravidez	97
Figura 4.76: Consumo de álcool antes e após a descoberta da gravidez	98
Figura 4.77: Tipo de bebida que consumia	99
Figura 4.78: Frequência do consumo de bebida alcoólica	99
Figura 4.79: Influência do álcool para a ocorrência da relação sexual/gravidez	100
Figura 4.80: Uso de drogas antes da descoberta da gravidez	101
Figura 4.81: Parceiro usuário de drogas	101
Figura 4.82: Drogas usadas pelo parceiro	102
Figura 4.83: Familiar usuário de drogas	103
Figura 4.84: Familiar que faz uso de drogas	103

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase de transição gradual entre a infância e a idade adulta, sendo delimitada cronologicamente dos 10 aos 19 anos. É caracterizada por um período de intensas modificações, determinando inquietação, ansiedade, e insegurança mediante o descobrimento de um novo mundo, decorrente da perda do papel infantil (Moreira, Viana, Queiroz & Jorge, 2008).

Este ciclo da vida caracteriza-se por sentimentos contraditórios, traduzidos por momentos de desequilíbrio e instabilidade emocional. É também neste conturbado período, que se constrói a identidade e a autoestima.

Apenas durante o século XIX, a fase da adolescência passou a ser entendida como um período crítico e vinculado à situação de vulnerabilidade e ao risco, inerentes às modificações e alterações que as englobam, tornando de extrema importância o enfoque preventivo (Saito & Leal, 2007).

Segundo Ramos, Pereira e Rocha (2001), no mundo todo, estima-se que haja 1 bilhão (10^9) de pessoas vivendo a adolescência, ou seja, quase 20% da população mundial. No Brasil, segundo dados do censo realizado, em 2010, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011), existem, aproximadamente, 34 milhões de adolescentes, equivalendo a 17,91% da população, o que, sem dúvida, marca importantes características nos perfis sócio-demográficos e epidemiológicos em todo o país.

Assegurar a saúde do adolescente e o seu desenvolvimento é uma tarefa bastante abrangente, e jamais alcançará bons resultados se praticada por uma única instituição ou organização. O bem estar do jovem e a valorização de seus potenciais para serem atingidos os objetivos, preceituados à dignidade do ser humano, devem ser realizados em parceria e aliança não só de instituições como também da sociedade (Ministério da Saúde [MS], 2000).

O interesse pelo tema sobre a gravidez na adolescência está ancorado na importância que merece o fenômeno em Boa Vista-Roraima (Brasil), visto que o número de adolescentes grávidas vem aumentando e também pela importância que tem o profissional de enfermagem associado à educação, o qual se fortalece desenvolvendo ações de promoção, prevenção e proteção da saúde, no nível

individual e coletivo compreendendo a realidade socioeconômica, cultural, política e educacional do país.

O enfermeiro se depara com muitas adolescentes vivenciando uma gestação permeada, em sua maioria das vezes, de muitas dúvidas, incertezas e inquietações sobre uma expectativa em relação à qualidade de vida que será oferecida ao bebê.

As dúvidas e inseguranças, em sua maioria, são consequentes da falta de diálogo sobre temas relacionados com a sexualidade (entre adolescentes, profissionais de saúde, pais e educadores) e do despreparo dos profissionais dos serviços de saúde e da área de educação para tratar esse tema.

Durante a elaboração desta dissertação, foi percebida a inexistência de trabalhos na área de sexualidade/educação sexual/gravidez na adolescência, no município de Boa Vista/Roraima, sendo este um fator contribuinte para a não elaboração de projetos educativos visando a redução da problemática e com isso favorecendo, em nossa opinião, a ocorrência da gravidez na adolescência, em elevado número no município.

O reconhecimento dos fatores contribuintes para a gravidez na adolescência é de fundamental importância para o planejamento de políticas públicas em saúde e de educação em saúde visando à redução desse problema. Desta forma, este trabalho teve como objetivo geral identificar comportamentos e fatores familiares e socioculturais que possam ter contribuído para a gravidez de adolescentes do Município de Boa Vista – Roraima. A definição dos objetivos específicos, além do geral, assim como a apresentação detalhada do problema em estudo, dão início ao corpo deste trabalho, constituindo, assim, o seu primeiro capítulo.

Na tentativa de enquadrar e compreender o problema identificado efetuou-se uma pesquisa na literatura da área, permitindo organizar o referencial teórico, que apresentamos no capítulo 2, de acordo com os temas: adolescência e juventude, sexualidade na adolescência, gravidez na adolescência, fatores contribuintes para a gravidez na adolescência e educação sexual e educação em saúde.

No capítulo 3 descrevemos o percurso metodológico que elegemos para obtenção de dados desta pesquisa. Fundamentamos as nossas opções

metodológicas, caracterizamos o contexto geográfico em que o estudo decorreu, descrevemos a amostra, bem como os instrumentos e procedimentos que aplicamos.

A parte da apresentação dos resultados encontra-se no quarto capítulo, abordando os temas de acordo com a ordem que seguiam no questionário, nomeadamente: dados sociodemográficos; comportamentos sexuais e relacionamentos afetivos; saúde sexual e violência; e consumo de álcool e drogas.

Para melhor interpretar os dados obtidos, confrontamo-los com os encontrados na literatura específica ao tema na seção seguinte que é a discussão – capítulo 5.

Por fim, sintetizamos as conclusões resultantes da pesquisa que fizemos e apresentamos sugestões, que direcionam essencialmente para a parte de educação para a saúde, que poderá ser implementada quer pela escola, quer pelos profissionais da saúde.

Depois da realização deste trabalho de investigação, espera-se que os resultados obtidos contribuam para a elaboração, implantação e implementação de políticas públicas no sentido de elaborar propostas de projetos assistenciais e de educação em saúde relacionada ao tema, estimulando a multi e interdisciplinaridade, embasados no contexto sócio-cultural das adolescentes, com o objetivo de reduzir a problemática abordada.

1.- DEFINIÇÃO DO PROBLEMA E OBJETIVOS

1.1.- Problema do Estudo

A experiência da sexualidade necessita de suporte e acompanhamento, quase sempre indisponíveis aos adolescentes, pelos pais, educadores e profissionais de saúde. A questão da reprodução na adolescência é um problema mundial, tornando-se mais intensa em países em desenvolvimento, em consequência de falta de informação, falta de acesso aos métodos contraceptivos, estado cultural e sanitário em que se encontra grande parcela da população destes países. Tais fatores são agravantes e concorrem para o risco de gravidez precoce/indesejada.

Em 2011 foram notificadas, nas diversas Unidades Básicas de Saúde da Família, 4316 mulheres grávidas, dessas, 1183 (27,41%) representando as adolescentes, sendo 96 (8,11%) de 10 a 14 anos e 1087 (91,89%) de 15 a 19 anos (Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista, Sistema de Informação da Atenção Básica [SIAB], 2011).

Tais indicadores determinam o interesse pela realização desta pesquisa, direcionada para conhecer os comportamentos e os fatores que contribuem para o elevado número de gravidez na adolescência no município de Boa Vista - Roraima.

1.2.- Objetivo Geral

Identificar comportamentos e fatores familiares e socioculturais que contribuíram para a gravidez entre as adolescentes inscritas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Município de Boa Vista - Roraima (Brasil) no ano de 2011.

1.3.- Objetivos Específicos

- Caracterizar as adolescentes grávidas em função de sua idade
- Caracterizar a influência do contexto familiar para a ocorrência da gravidez;
- Caracterizar a influência do contexto sociocultural para a ocorrência da gravidez;

- Identificar o grau de escolaridade e o percentual de evasão escolar das adolescentes grávidas;
- Identificar comportamentos sexuais de adolescentes em termos de início da atividade sexual, número de parceiros e relacionamento afetivo;
- Registrar o uso e/ou conhecimento dos métodos contraceptivos;
- Relacionar comportamentos sexuais com práticas de consumo de substâncias psicoativas;
- Propor sugestões de Educação para a Saúde para reduzir a problemática identificada.

2.- REFERENCIAL TEÓRICO

2.1.- Adolescência e Juventude

A Organização Mundial de Saúde - OMS (1977) caracteriza a adolescência na faixa etária entre 10 e 19 anos de idade (dividindo essa fase em duas etapas: dos 10 aos 14 anos e dos 15 aos 19 anos) e juventude a faixa etária entre 15 e 24 anos. Camarano, Melo, Pasinato e Kanso (2004) sugerem que as delimitações etárias são estabelecidas com base nos períodos do ciclo de vida vivenciados por esse grupo populacional. Os mesmos autores afirmam ainda que:

O limite inferior considera a idade em que já estão desenvolvidas as funções sexuais e reprodutivas, que diferenciam o adolescente da criança e repercutem na sua dinâmica física, biológica e psicológica. O limite superior, diz respeito ao momento em que os indivíduos, normalmente, concluem o ciclo da educação formal, passam a fazer parte no mercado de trabalho e constituem suas próprias famílias, caracterizando assim, de forma simplificada, a transição para a fase adulta (Camarano et al. 2004, p.19).

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (2004) em seu artigo 2.º considera adolescentes, indivíduos com idades compreendidas na faixa etária entre 12 e 18 anos de idade.

Com a finalidade de inibir as arbitrariedades do estado sobre o cidadão e visando proteger os direitos da criança e do adolescente, ECA (2004), através da lei n.º 8.069 de 13 de Julho de 1990, impôs na regulamentação dos seus artigos 4.º e 5.º, que:

É dever da família, da sociedade e do estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, crueldade e opressão (ECA, 2004, p. 16).

A Constituição Federal Brasileira de 1988, declara em seu artigo 5.º que a saúde é um direito social. Em cumprimento a essa constituição, o Ministério da Saúde (MS) oficializou o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), através da Portaria de nº 980/GM de 21/12/1989, promovendo atendimento aos indivíduos compreendidos na faixa etária de 10 a 19 anos, estendendo, posteriormente (em 1999), para os jovens de 20 a 24 anos. O referido programa caracteriza-se por uma política de

promoção à saúde, de identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos com tratamento adequado e reabilitação, respeitando as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), garantidas pela Constituição Brasileira (Silva, 2005; Fernandes, 2009).

O PROSAD prioriza adolescentes (10 a 19 anos) e jovens (20 a 24 anos) enfatizando os aspectos preventivo e educativo. Indica abordagem integral, por equipes multidisciplinares, através da integração intersetorial e interinstitucional de órgãos envolvidos. Sugere mobilização e inclusão de setores governamentais nas áreas de educação, trabalho, cultura, justiça, lazer, tendo como objetivo promover a saúde integral do adolescente, favorecendo o processo de desenvolvimento saudável, para reduzir a morbi-mortalidade e os desajustes individuais e sociais; com áreas prioritárias de ação no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde bucal, saúde mental, desenvolvimento psicológico do adolescente, distúrbio da puberdade, saúde reprodutiva, assistência ao pré-natal, parto e puerpério, planejamento familiar, infecções sexualmente transmissíveis (IST's), problemas ginecológicos, saúde escolar do adolescente, prevenção de acidentes, abordagem da violência doméstica e maus tratos (Silva, 2005; Ruzany, 2000).

Nota-se uma divergência entre a definição das faixas etárias para caracterizar o adolescente, visto que o ECA (2004) adota as faixa etárias de 12 aos 18 anos e a OMS segue as faixas compreendidas entre os 10 e 19 anos. Porém, esse critério cronológico utilizado pela OMS (1977) tem a finalidade de facilitar a identificação de questões inerentes à investigação epidemiológica, as estratégias de elaboração de políticas de desenvolvimento coletivo e de programas sociais e de saúde pública, não podendo ser analisado separadamente visto que ignora características individuais, sendo importante analisar os critérios biológicos, psicológicos e sociais (MS, 2005).

“Enquanto parte inerente do ciclo de vida humano, a adolescência constitui-se de características próprias, que a diferencia das demais faixas etárias” (Moreira, Viana, Queiroz & Jorge, 2008, p.2).

“A adolescência e a juventude são etapas fundamentais do desenvolvimento humano, como são também as demais fases da vida. Trata-se de uma etapa de descobertas e desafios, de vivências e expectativas sociais diversas, presentes e concretas” (MS, 2006, p.9).

A adolescência é uma etapa da vida em que se busca no “eu” interior as mudanças das regras, da maneira de pensar e agir e até mesmo a forma usada na comunicação. Fernandes (2009) divide esta fase em três períodos, sendo o primeiro – **inicial** (10 aos 14 anos) quando ocorrem mudanças, principalmente corporais com consequências psíquicas, emocionais, sociais e familiares; o segundo – considerado fase **média** (15 aos 17 anos) com melhor adaptação às mudanças corporais, porém exacerbando os conflitos psíquicos, familiares e em relação à sexualidade partilhada de forma homo ou heterossexual, vivenciando o distanciamento familiar em busca de outros grupos sociais; no último período – **tardio** (18 aos 20 anos incompletos) quando se observa maior intensidade nos conflitos em relação à sexualidade, sociedade e relacionamentos, caracterizando-se, principalmente, pela busca da independência financeira e profissional. A divisão em fases para caracterizar o fenômeno da adolescência pode variar de acordo com o contexto familiar, social e financeiro em que se encontra inserido cada indivíduo.

Durante a adolescência o ser humano vai delineando uma identidade sexual, familiar e laboral, que o permite exercer determinados papéis dentro da sociedade. Esta identidade é a imagem que o sujeito tem de si, e ela permanece constante e reconhecível apesar das mudanças evolutivas e dos vários papéis sociais que ele venha a desempenhar. Dependendo da forma como esta identidade se estabelece, o exercício de suas funções poderá ser facilitado ou não. Assim, se o desenvolvimento biopsicossocial fica comprometido, seu desempenho tende a ser difícil e penoso (Krauskopf *cit in* Ruzany, 2000, p. 3).

A Adolescência é um processo ímpar, visto que as influências socioculturais se fortalecem diante de reformulações constantes do caráter social, sexual e de gênero; ideológico e vocacional (MS, 2005).

É importante fundamentar a juventude como um processo, com considerações em outras dimensões além da faixa etária e marcos biológicos incluindo situações sócio-culturais: início da vida sexual, construção familiar própria, ingresso no mercado de trabalho, término dos estudos e autonomia residencial (Leal & Knaut, 2006; Aquino, et al. 2003; Heilborn, et al. 2002).

Ventura e Corrêa (2006) - relatam a necessidade da adoção de outros critérios, além da faixa etária, visto que adolescência e juventude são categorias estabelecidas através das experiências, práticas sociais, estilos de vida dos indivíduos, atribuições de gênero e dos reflexos na subjetividade de cada pessoa.

A noção de juventude não deve estar baseada na perspectiva da diversidade como um processo de crescimento com um fim predeterminado, tampouco como um momento de preparação superado ao se chegar à vida adulta (Dayrell, 2003).

A adolescência e, em menor grau, a juventude vêm ocupando, nas últimas duas décadas, um lugar de significativa relevância no contexto das grandes inquietações que assolam a comunidade mundial, tanto no campo da educação quanto no da saúde, contribuindo, em especial, a preocupação com problemas que vêm atingindo os jovens de todo o planeta, como: saúde sexual e reprodutiva, a gravidez precoce, o aborto inseguro e as DST's e Aids (Castro, Abramovay & Silva, 2004, p.32).

Na sociedade brasileira, a adolescência e juventude estão associadas a uma noção de crise, desordem, irresponsabilidade, caracterizando-se como um problema social merecendo atenção pública; visto que o risco fortemente associado a repertórios como: gravidez de risco e precoce, riscos de DST's, risco para uso de drogas ilícitas, risco de morte frente à violência, parecem definir e circunscrever de forma negativa essa fase da vida, gerando expressões, ações e posturas equivocadas em relação aos adolescentes e jovens (MS, 2006).

Moreira, Viana, Queiroz e Jorge (2008) aclaram que: “É quando se deve deixar de ser criança para entrar no mundo adulto, repleto de responsabilidades e cobranças, mundo este tão desejado pela sensação de liberdade a ser adquirida, mas também tão temida” (p.2).

Anastácio (2010) relata que numa mesma geração e sociedade a fase da adolescência pode ser caracterizada como período de conflitos para uns e como uma fase tranquila para outros, dependendo do contexto sócio-familiar, de fatores econômicos, educacionais e de saúde nos quais estão inseridos. Sendo, portanto, a adolescência um período que requer capacidade de adaptação às exigências sociais no momento em que se está vivenciando transformações biológicas e psicológicas.

A tendência de se limitar a adolescência a “um período de transição” tem favorecido o esquecimento de suas necessidades e a falta de respeito de seus direitos, bem como uma exigência inadequada quanto ao cumprimento de seus deveres de cidadão. Para valorizar o adolescente, é preciso que a sociedade reconheça seu potencial de contribuição e o apóie, ouvindo seus desejos, ideias e críticas. Só assim sua participação se tornará eficaz. Em outras palavras, esta postura pressupõe a abertura de um espaço para o adolescente exercer a liberdade (Ruzany, 2000, p. 5).

2.2.- Sexualidade na Adolescência

A sexualidade na adolescência deve ser abordada sob o aspecto biológico e reprodutivo sem esquecer a importância do componente afetivo, ponderando sua influência na construção da identidade e comportamento nas diversas circunstâncias vivenciadas em seu cotidiano (Amaral & Fonseca, 2006).

A sexualidade é uma das dimensões do ser humano que envolve gênero, identidade sexual, orientação sexual¹, erotismo, envolvimento emocional, amor e reprodução. É expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, atividades, práticas, papéis e relacionamentos [...] refere-se não somente às capacidades reprodutivas do ser humano, como também ao prazer. Assim, é a própria vida. Envolve além do nosso corpo, nossa história, nossos costumes, nossas relações afetivas, nossa cultura (Castro, Abramovay & Silva, 2004, p. 29).

Segundo Silva e Tonete (2006) é durante a adolescência que ocorre o desenvolvimento da sexualidade, caracterizando-se de grande importância para o desenvolvimento do indivíduo à procura de sua identidade, originando sua auto-estima, suas relações afetuosas e sua inclusão na composição social.

A sexualidade não se limita apenas a genitalidade, envolve aspectos psicossociais e estabelece relações com os outros, possibilidade de amar, sentir prazer e procriar (Louro, 2000).

Na adolescência, a sexualidade apresenta-se de forma intensa, decorrente das alterações hormonais, sendo fase de novas descobertas e experimentações, criação e desestruturação de vínculos afetivos de forma rápida, sendo a intensidade dessas experiências e as expressões da sexualidade um aspecto central na vida dos adolescentes (Moizés, 2010).

A maturidade sexual é seguida por reações mistas (ansiedade, temor, excitação, prazer) e modificações frequentes de humor, alternando-se entre momentos de desânimo e de entusiasmo (Bordin *cit in* Caputo & Bordin, 2007).

O exercício da sexualidade apresenta consequências no processo reprodutivo e na saúde biopsicossocial do adolescente, sendo a decisão de iniciar as relações sexuais um acontecimento paralelo decorrente de várias modificações na vida do

¹ Por orientação sexual entende-se educação sexual

adolescente, podendo acarretar situações indesejadas como a gravidez na adolescência, o aborto, as DST's, situações que se repercutem a partir da fase da adolescência transpassando para a vida adulta (Amaral & Fonseca, 2006).

2.3.- Comportamentos Sexuais e Relacionamentos Afetivos dos Adolescentes

O exercício da sexualidade na adolescência torna-se uma via privilegiada para aquisição gradativa de liberdade e autonomia, mesmo sob o teto parental. O conceito de sexualidade adotado é derivado das ciências sociais, expresso em um conjunto de regras sócio culturais que modelam a experiência íntima dos sujeitos no ocidente moderno (Foucault *cit in* Brandão & Heilborn, 2006, p. 1422 , Bozon *cit in* Brandão & Heilborn, 2006, p.1422).

As regras do relacionamento afetivo-sexual entre jovens se alteraram muito nas últimas décadas. Atualmente, o adolescente possui uma vida sexual, nem sempre à revelia dos pais. Os relacionamentos juvenis guardam uma esfera própria de autonomia do casal, mas também se constituem em estreita interdependência com os ditames parentais de ambos os jovens (Brandão & Heilborn, 2006, p.1423).

Os jovens iniciam as atividades sexuais durante a fase de namoro e, na maioria das vezes, não fazem uso do preservativo ou o fazem de forma irregular, estando a relação permeada de incertezas e medos em relação à ocorrência da gravidez. Porém, essa situação de incerteza não se torna suficiente para que se promova uma conduta contraceptiva adequada (Brandão *cit in* Dias, 2005).

Para as jovens, a descrição da primeira experiência amorosa faz referência a um envolvimento afetivo com o namorado, ao início de novas emoções, como sentimento da paixão. Esses sentimentos são vividos com certa intensidade e são repletos de simbolismos, especialmente aqueles vinculados ao imaginário do "primeiro amor" (Dias, 2005, p.85).

Ainda para Dias (2005, p.86) as jovens correlacionam a primeira experiência amorosa reforçada com o processo que dá início às atividades sexuais. "Os relacionamentos afetivos mais intensos, caracterizados como namoro, e chega à primeira relação sexual que ocorre, em geral, depois de certo tempo de convivência com o namorado".

A sexualidade propicia o aprendizado da autonomia, fomentando o processo de construção de si na adolescência e juventude (Foucault *cit in* Brandão & Heilborn, 2006, p. 1424 , Bozon *cit in* Brandão & Heilborn, 2006, p.1424). Compreendida como mediadora de relações sociais, ela condensa possibilidades de exercício da autonomia pessoal, tendo em vista que os contatos afetivo-sexuais juvenis encontram-se menos atrelados ao

casamento e mais voltados ao desenvolvimento pessoal e interação com o outro (Brandão & Heilborn, 2006, p.1424).

Alguns estudos mostram que as adolescentes experimentam as primeiras relações sexuais com pessoas mais velhas, acarretando perdas no poder de negociação e da autonomia de decidir tanto o melhor momento para iniciar a vida sexual como na escolha do uso e do método contraceptivo (Longo cit in Borges & Schr, 2002). E por ser o parceiro mais experiente sexualmente torna a adolescente mais exposta ao risco de contrair DST/AIDS (Borges & Schor, 2002), colocando em risco a sua saúde.

2.4. - Saúde Sexual e Reprodutiva na Adolescência

Durante muito tempo a sexualidade na fase da adolescência foi abordada sob os aspectos biológicos e reprodutivos. Porém, hoje, dá-se muita ênfase na influência do componente afetivo para a formação da identidade e para o comportamento desempenhado por esse grupo populacional. Hoje, para o início da sexualidade a adolescência tende a ser um momento muito comum em diversos países, independente do grau de desenvolvimento (Amaral & Fonseca, 2006).

O exercício a sexualidade traz implicações no processo reprodutivo e na saúde bio-psico-social do adolescente. A decisão de iniciar as relações sexuais acontece paralelamente a inúmeras modificações na vida do adolescente, podendo gerar situações indesejadas como a ocorrência da gravidez, aborto, doenças sexualmente transmissíveis e outras. Tais situações repercutem não apenas na fase da adolescência como também na vida futura (Amaral & Fonseca, 2006, p.2).

O aumento da fecundidade na população adolescente pode estar refletindo tanto um rejuvenescimento deliberado da fecundidade quanto a falta de acesso aos métodos contraceptivos, decorrente de uma mudança de comportamento das práticas sexuais que não estão sendo acompanhadas por mudanças no âmbito familiar e, muito menos, por ajustes no setor da saúde (Berquó & Cavenagui *cit in* Altmann, 2009).

A sexualidade na fase da adolescência é um importante elemento para que seja analisada a dinâmica desse grupo populacional. Em relação às mudanças físicas relatam-se alterações hormonais provocando situações de “excitação ditas como incontrolláveis, resultando em uma intensificação da atividade de masturbação”

ocasionando, também, a “consolidação do tipo de atração sexual vivida pelo indivíduo” (Moreira, Viana, Queiroz & Jorge, 2008, p.4).

A sexualidade vivida pelo adolescente ganha feição do contexto social e cultural em que ele está inserido. A sexualidade é plasmada pela linguagem e valores vigentes em cada época. Não há determinação biológica que mantenha uma definição sexual (Moreira, Viana, Queiroz & Jorge, 2008, p.4).

Hoje se observa o exercício da sexualidade iniciando muito precocemente, sendo impulsionado pela imposição da sociedade que “leva crianças a adolecerem precocemente”, levando os adolescentes “a rapidamente ingressarem na vida adulta” mesmo sem estar preparados no aspecto psicológico (Moreira, Viana, Queiroz & Jorge, 2008, p.4).

Dessa forma, a sexualidade pode ser pensada a partir de uma esfera na qual são construídas e transformadas relações sociais, culturais e políticas, pelos diferentes valores, atitudes e padrões de comportamentos existentes na sociedade moderna. O adolescente contemporâneo vive sua sexualidade em meio às referências que invadem seu imaginário (Moreira, Viana, Queiroz & Jorge, 2008, p.4).

2.5. – Contracepção na Adolescência

“A anticoncepção é um tema muito importante, especialmente na adolescência, considerando a relevância social conferida pela ocorrência de gravidez nessa faixa etária e pela possibilidade de exposição às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS” (Vieira, Saes, Dória & Goldberg, 2006, p.2).

O conhecimento sobre métodos contraceptivos e os riscos advindos de relações sexuais desprotegidas são fundamentais para que os adolescentes possam vivenciar o sexo de maneira adequada e saudável, assegurando a prevenção da gravidez indesejada e das DST/AIDS, além de ser um direito que possibilita cada vez mais ao ser humano, o exercício da sexualidade desvinculado da procriação (Vieira, Saes, Dória & Goldberg, 2006, p.2).

É direito do adolescente ter acesso tanto ao conhecimento como à aquisição de todos os métodos contraceptivos. Os adolescentes podem escolher o método com que melhor se identificam e o que tenha maior eficácia contraceptiva e proteção contra as DST's, sendo dever de todo profissional da saúde “oferecer todas as alternativas de informação de forma clara, fácil, acessível, independente de qualquer circunstância” (Saito & Leal, 2007, p.3).

As adolescentes passam a se preocupar com a situação da gravidez após o início das atividades sexuais. Porém, a escolha dos métodos contraceptivos encontra-se baseada nas suas crenças a partir de observação de pessoas próximas, demonstrando que a visão de mundo de um indivíduo encontra-se baseada na influência de fatores relacionados ao seu convívio sócio-cultural (Leininger *cit in* Sousa, Fernandes & Barroso, 2006).

Outro fator que influencia na escolha o método contraceptivo é o tabu em relação ao sexo, muito presente na família e na sociedade, sendo este tabu muito mais marcante no ambiente familiar da adolescente do sexo feminino do que no do sexo masculino. “As dimensões culturais e a estrutura social podem exercer influência em diferentes contextos ambientais” (Sousa, Fernandes & Barroso, 2006, p.410).

São muitos os motivos que levam o adolescente a adquirir um comportamento sexual desprotegido. Entre esses motivos estão a desinformação, o esquecimento, os custos e os relatos de falta de prazer na relação sexual (Codes et al. *cit in* Borges et al, 2010). Por existir uma enorme lacuna entre o nível de conhecimento e o uso efetivo dos métodos contraceptivos por parte desses adolescentes é que “não se pode esperar que os próprios adolescentes assumam a promoção e a prevenção de DST's como parte de seu cotidiano se isso não lhes fizer sentido ou não lhe forem possibilitados meios adequados” (Gir et al. *cit in* Borges et al, 2010, p.286).

Com o início das atividades sexuais há o aumento da necessidade de as adolescentes e seus parceiros agirem considerando as consequências. É preciso que sejam tomadas as decisões pelo casal que visem uma perspectiva de futuro, de acordo com seus planos e projetos de vida. Porém, há uma dificuldade de negociação em relação às práticas contraceptivas entre as adolescentes e seus parceiros e isso se deve aos “valores enraizados no imaginário social que atribuem à mulher a responsabilidade pela prevenção da gravidez. O homem continua mantendo um maior poder de negociação e decisão sobre as práticas sociais” (Lima et al. *cit in* Lage, 2008, p.82).

Acredita-se que o uso de contraceptivos por adolescentes envolva cinco etapas, e a detenção da informação científica é apenas a primeira delas. Em seguida, o jovem deve reconhecer a probabilidade de seu engajamento em alguma relação sexual. Posteriormente, precisa selecionar, obter e saber usar corretamente o método escolhido e comunicar sua decisão e escolha ao parceiro ou parceira. A última etapa implica no uso efetivo e competente do método selecionado, Salienta-se que os obstáculos contra o uso de

anticoncepcional podem ocorrer em qualquer um desses momentos (Byrne *cit in* Moura, Gomes, Rodrigues & Oliveira, 2011, p.323).

2.6.- Aborto

O aborto é caracterizado pelo produto da concepção com peso menor que 500g e/ou aproximadamente de 20 a 22 semanas de gestação, sendo eliminado no abortamento (Freitas *cit in* Domingos, 2011).

Existem estudos relatando que a prática do aborto é comum entre as mulheres na sua fase reprodutiva e que tal ato culmina com sérios problemas de saúde necessitando de assistência médica e de internação (Martins et al. *cit in* Domingos, 2011; Barbosa et al. *cit in* Domingos, 2011). A prevalência do relato de aborto para todo o Brasil é de 14% (para abortos espontâneos) e de 2,4% (para abortos induzidos) e residir em área urbana, já possuir outros filhos vivos, ser de cor branca foram os principais fatores de risco identificados para a prática do aborto induzido (Cecatti et al. *cit in* Domingos, 2011).

No Brasil, o aborto provocado representa a quarta causa de morte materna, e é expressivo o quantitativo de internações em leito hospitalares de ginecologia devido às complicações. Estimativas do banco de dados do SUS retratam que ocorre no país de 1 a 1,2 milhão de abortamentos ao ano e que constituem a quinta causa de internação e são responsáveis por 9% das mortes maternas e 25% das esterilidades por causa tubária (Alex & Hammarstron *cit in* Domingos, 2011, p.28).

Em relação à prática do aborto na população adolescente, 2,2 a 4 milhões dessas adolescentes praticam esse ato anualmente no mundo, sendo 14% de forma insegura (WHO *cit in* Domingos, 2011). No Brasil a taxa de aborto nas adolescentes encontra-se entre 7% a 9% em relação aos abortos realizados por mulheres em idade reprodutiva, estando presente, em sua maior parte, entre as adolescentes de 17 a 19 anos (Brasil *cit in* Domingos, 2011).

A gravidez não planejada, se for também indesejada, pode revelar-se em um grave problema para a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens brasileiras, como atesta o número de atendimentos decorrentes de aborto no SUS, bem como os índices de óbitos maternos juvenis. Este é um problema de saúde preponderante entre mulheres jovens e, em particular negras e pobres mais expostas aos riscos de aborto em condições inseguras, como também às consequências das deficiências na assistência obstétrica e dos impactos das condições de vida e saúde (Brasil *cit in* Domingos, 2011, p.28).

Diante da descoberta da gravidez pelos adolescentes, as sensações perpassam entre incertezas, alegrias e desespero. Esses momentos de desconfiança, ansiedade e medo das consequências e da reação dos pais precedem a certeza de levar a gravidez adiante, sendo o aborto entendido como a resolução do problema (Dias, 2010).

Muitos são os casos de gravidez na adolescência que não foram planejados e não são desejados e mediante uma situação de gravidez não planejada e indesejada, muitas adolescentes se enchem de incertezas. Para a maioria torna-se um momento de felicidade quando recebem apoio do parceiro e da família, mas, para outras, essa situação se torna desesperadora e apenas encontram saída para a resolução de seus problemas na prática do aborto (Domingos, 2011).

A dúvida entre interromper ou levar a gravidez adiante se configura numa situação de extremo simbolismo em que a posição assumida pelo rapaz revela as suas reais intenções em relação à sua parceira e à importância do relacionamento afetivo (Brandão *cit in* Dias, 2010).

Uma parte da literatura sobre o tema analisa o desejo de maternidade/paternidade entre os jovens, apontando para o fato de que algumas moças decidem levar a gravidez a termo antes mesmo de comunicá-la ao parceiro e/ou à família (Brandão *cit in* Dias, 2010, p.104). Dessa forma, prevalece o desejo do jovem casal, ao mesmo tempo em que se contorna uma possível pressão familiar para a interrupção da gravidez, sobretudo em virtude da dependência parental (Menezes *cit in* Dias 2004, p.104).

Porém muitos jovens compartilham a insatisfação com o aborto, justificando por razões morais, medo e sequelas. Mesmo em países que tem o aborto liberado há manifesto de culpa mesmo que haja apoio e incentivo por parte de familiares (Palma & Quilodrán *cit in* Dias, 2010).

De um modo geral, as decisões das mulheres estão relacionadas à negociação com o parceiro e familiares, sendo que mulheres que estão bem-informadas e têm apoio nas suas escolhas têm experiências positivas. O receio com as prováveis atitudes dos profissionais e a falta de privacidade nos serviços de saúde são fatores que levam muitas mulheres a decidirem por realizarem o aborto em suas casas, apesar dos riscos envolvidos (Lie, Robson & May *cit in* domingos, 2011, p.29).

2.7. – Violência nas Relações

“O termo violência refere-se à vida de relação do ser humano: relação com o mundo, com os outros e consigo próprio. Provém do latim *vis*, que comporta a idéia de *força, vigor, potência*, podendo também designar o *emprego da força*” (Meirelles & Herzog, sd., p. 6).

A violência se caracteriza por uma relação onde se verifica uma quebra de contrato entre duas partes. Na questão da adolescência, outro fator se soma a isso: trata-se do aspecto afetivo que permeia suas relações e que, no processo de busca de identidade, precisa ser levado em consideração (Meirelles & Herzog, sd., p. 23).

A violência é um tema corrente na vida da população infanto-juvenil. Pode-se situar uma rede de ações violentas a que este segmento populacional está sujeito: o abandono social; a agressão física, psicológica e sexual; a exploração no mercado informal de trabalho; a exclusão do sistema educacional; o tráfico de drogas (Meirelles & Herzog, sd., p. 24).

A violência contra a mulher em qualquer momento de sua vida é um grande problema social e de saúde pública a ser enfrentado no Brasil. Por atingir a mulher em um momento de grande fragilidade física e emocional, a violência na gestação exige atenção especial dos serviços e saúde (Audi et al, 2008, p.6).

Para Menezes et al. (*cit in* Falcão & Salomão, 2006, p.5) a violência contra as mulheres exercida por seus parceiros é caracterizada como um fenômeno histórico-cultural mediante a aceitação da forma disciplinar que a sociedade exerce sobre suas filhas e esposas. A violência física tende a estar mais presente “entre mulheres com baixa escolaridade, tabagistas e com história familiar de violência, ao passo que as características do parceiro associadas ao maior risco são de baixa escolaridade, consumo de álcool e ausência de trabalho remunerado”.

A violência tem se tornado muito disseminada e assumido várias formas, tornando-se muito difícil precisar as suas causas. Quando a ação envolve a população infanto-juvenil, principalmente na fase de desenvolvimento, pode deixar marcas que os vão acompanhando até a sua vida adulta, o que pode impossibilitar o estabelecimento de critérios próprios impedindo ou dificultando o exercício de sua liberdade e o respeito pela liberdade alheia (Meirelles & Herzog, [sd]).

A vivência de situações violentas pode desencadear alteração no desenvolvimento por conta de distúrbios psicológicos e que passam a afetar profundamente o indivíduo no âmbito de todas as suas relações, principalmente intrafamiliares, o que dificulta suas relações afetivas (Ballone *cit in* Monteiro, Costa, Nascimento & Aguiar, 2007).

2.8.- Consumo de Álcool e Drogas em Grávidas Adolescentes e Seus Parceiros

Droga é toda substância que, ao ser introduzida, inalada, ingerida ou injetada, provoca alterações no funcionamento do organismo, modificando suas funções. Há um grupo de drogas que possui a capacidade de atuar no psiquismo, as denominadas psicotrópicas, que provocam alterações do humor, percepção, sensações de prazer e euforia, alívio, medo, dor etc. É particularmente a esse grupo que se refere ao utilizar o termo droga (Gonçalves *cit in* Muza, Bettiol, Muccillo & Barbieri, 2008, p. 557).

A urbanização atual tem possibilitado mais acesso à educação e aos serviços de saúde, porém expõe mais o adolescente aos riscos de uso de drogas lícitas e ilícitas. Vários são os fatores que associam o adolescente ao abuso de álcool e drogas, entre eles: fatores sócio-históricos (a industrialização, a urbanização, a crise econômica que dificulta o jovem no mercado de trabalho), o aumento da produção de bebidas alcoólicas e o apelo da mídia em favor do consumo destas substâncias (Muza, Bettiol, Muccillo & Barbieri *cit in* Cavalcate, Alves & Barroso, 2008).

Fatores de risco para uso de drogas entre adolescentes no Brasil são pouco estudados, sendo a maior parte das informações disponíveis a esse respeito provenientes de estudos realizados em outros países. Além de fatores sociodemográficos (sexo, idade, classe social), os estudos indicam associação do uso de drogas com envolvimento parental ou familiar no consumo de álcool ou drogas, não criação por ambos os pais, baixa percepção de apoio paterno e materno, amigos que usam drogas, ausência de prática religiosa, bem como menor frequência à prática de esportes (Tavares, Béria & Lima *cit in* Muza, Bettiol, Muccillo & Barbieri, 2008, p. 556).

O apelo dos meios de comunicação, que estimula o consumo de drogas lícitas, como álcool e tabaco, assim como a aceitação social e condescendência familiar para o consumo destas drogas, parecem creditar em sua utilização a idéia de rito de passagem para a vida adulta (Alavarse & Carvalho *cit in* Muza, Bettiol, Muccillo & Barbieri, 2008, p. 556).

A população adolescente é tida como uma população vulnerável, quando se associa a gravidez precoce com outros comportamentos ditos de risco, como o “uso e

abuso de drogas numa população jovem, inserida num contexto de situação de violência”, sendo necessário mudar esse panorama (Chalem et al, 2007, p.10).

Algumas questões se mostram relevantes, quando nos referimos à vulnerabilidade dos adolescentes no plano individual, social ou pragmático. O uso e o abuso de álcool e outras drogas constituem as principais causas desencadeadoras de situações de vulnerabilidade na adolescência, a exemplo dos acidentes, suicídios, violência, gravidez não planejada e a transmissão de doenças por via sexual e endovenosa, nos casos das drogas injetáveis (MS *cit in* Muza, Bettiol, Muccillo & Barbieri, 2008, p. 557).

2.9.- Gravidez na Adolescência

Uma das principais preocupações em relação à adolescência refere-se à gravidez nesse grupo populacional. Muitos estudos enfocam o fenômeno como problema social e de saúde pública, por considerar como agravante de uma situação de exclusão social e econômica, compreendida como a inacessibilidade aos direitos de sobrevivência e de cidadania (Brandão, 2001).

No Brasil, aproximadamente 1,1 milhões de adolescentes engravidam por ano, equivalendo a 20% do total de nascidos vivos e esse número vem apresentando uma elevação com o passar dos anos, principalmente nas classes sociais menos favorecidas, levando a um problema que diz respeito a um índice elevado de complicações para a mãe e seus conceitos, fazendo com que a gestação nessa fase da vida seja encarada como inadequada, visto que pode desencadear problemas biológicos, psicológicos e sociais negativos, afetando a jovem, a família e a sociedade (Magnólia, 2010).

Magnólia (2010) afirma que existem termos ou expressões que necessitam ser reconhecidas ao se referir à gravidez juvenil e mesmo que apresentem pequenas diferenças, devem ser consideradas, nomeadamente:

- **Gravidez Precoce** - ocorre na mulher muito jovem, geralmente durante a adolescência, entre 10 e 19 anos, na qual a adolescente não está física ou emocionalmente preparada para ser mãe;
- **Gravidez Indesejada** - ocorre quando a jovem/mulher é vítima de uma violência sexual ou não deseja ter um filho naquele momento, o que passa a ser um momento muito difícil para ela psicologicamente;
- **Gravidez Não Planejada** - ocorre quando a jovem/mulher engravida sem planejar ter um filho... (p.17).

A discussão da gravidez na adolescência é um contexto atual pela problemática causada às mães adolescentes e aos seus conceitos, sendo os riscos mais graves, nas adolescentes com idades mais baixas (Guimarães, 2001).

As adolescentes grávidas têm um risco maior de apresentar problemas hipertensivos, anemia, situação nutricional debilitada, desproporção feto-pélvica, partos prematuros, e problemas decorrentes de abortamento sem a devida assistência, tendo as adolescentes grávidas duas vezes mais chance de evoluir ao óbito por problemas decorrentes da gravidez que as maiores de 20 anos, e aumentando essa taxa em cinco vezes entre as grávidas com idade inferior a 15 anos (Aquino et al. *cit in* Carniel, Zanolli, Almeida & Morcillo, 2006; MS,2000).

Segundo Olukoya, Kaya, Ferguson e Abouzahr (*cit in* Saito & Leal, 2007) 25% das gestações indesejadas, na fase da adolescência, evoluem para aborto quase sempre perpetrado com risco de mutilação ou, até mesmo, morte.

A problemática agrava-se com a evasão escolar e comprometimento do desenvolvimento profissional em consequência da gravidez, ocasionando problemas de inserção no mercado de trabalho, tendenciando à pobreza, com consequentes riscos sociais para a mãe e seus dependentes (Aquino et al. *cit in* Carniel, Zanolli, Almeida & Morcillo 2006).

Quanto aos problemas ao recém-nascido podem apresentar baixo peso ao nascer, tem um risco aumentado de morrer por desnutrição e problemas infecciosos no primeiro ano de vida, tornarem-se pais na adolescência, apresentarem atraso de desenvolvimento, dificuldades escolares, perturbações comportamentais e tóxico-dependência (Carniel, Zanolli, Almeida & Morcillo 2006, p.3).

O problema da gravidez na adolescência não se limita aos problemas biológicos. O impacto maior encontra-se na dimensão psicológica e socioeconômica, interferindo de forma negativa no estilo de vida das adolescentes e de seus familiares, o que ocorre para um maior índice de evasão escolar entre outras situações, perpetuando a pobreza (Amorim et al. 2009).

A gravidez na adolescência é uma problemática que continua a inquietar pais, professores, técnicos de saúde e os próprios jovens, já que compromete todo um conjunto de estruturas, que poderão conduzir a problemas de saúde, tanto para os jovens como para os filhos e criar desequilíbrios familiares, psicológicos, econômicos e sociais podendo variar de família para família afetando relações e sentimentos (Oliveira, 2010, p. 02).

2.10.- Fatores Contribuintes para a Gravidez na Adolescência

Entre os muitos motivos que contribuem para a gravidez, destacam-se a deficiência e/ou ausência de informação, fatores sociais, inacessibilidade aos serviços específicos para atender a esse grupo populacional, a precocidade das experiências sexuais e a insegurança na utilização de métodos contraceptivos (Kraft *cit in* Vieira, Saes, Dória & Goldberg, 2006).

Os adolescentes inseridos em classes sociais mais favorecidas adiam um pouco mais o início das atividades sexuais e fazem uso de métodos de proteção, pois têm mais acessos à informação e aos materiais, percebem mais facilmente a valorização de suas vidas, com projetos para o futuro existindo outros suportes para a sustentação da auto-estima e não apenas a realização sexual (Villela & Doreto, 2006).

Muitos são os fatores associados ao início da atividade sexual precoce que contribuem para a ocorrência da gravidez na adolescência, estando esses fatores divididos em individuais: idade, cor, sexo, religião, escolaridade e a situação de trabalho e em familiares: relativos à comunicação e ao relacionamento entre pais e filhos, à supervisão parental e à estrutura familiar. Estando presente, também, a importância dos pares em todo o processo de sexualidade/gravidez na adolescência (Borges, Latorre & Schor, 2007).

Para Borges, Latorre e Schor (*cit in* Queiroz, 2010, p.23) constatou-se que a “idade, a exclusão do sistema educacional, estar namorando ou ter tido namorado anteriormente, e a flexibilidade ou concordância da mãe em ter relações sexuais” estiveram associados na influência do início das atividades sexuais dos adolescentes.

Também são relatados como fatores influenciadores para o início precoce das atividades sexuais entre adolescentes o nível sócio-econômico mais baixo, poucos anos de estudo e falta de ascensão econômica (Leon *cit in* Queiroz, 2010; Villela & Doreto *cit in* Queiroz, 2010).

Assim como fatores individuais e comportamentais, tais como idade, desenvolvimento sexual, início da atividade sexual, número de parceiros e uso de métodos contraceptivos, fatores ainda mal-delimitados, das condições de vida, aspectos macro-estruturais e socioculturais são influenciadores da resultante filho na adolescência (Queiroz, 2010, p.28).

A gravidez na adolescência parece ser mais prevalente nas classes socioeconômicas mais desfavorecidas, em famílias disfuncionais, como no caso de pais ausentes ou separados, e nalguns ambientes de risco, como a promiscuidade sexual ou o abuso de drogas. A baixa escolaridade, a imaturidade psicológica, bem como a iniciação sexual precoce, associadas ao desconhecimento sobre saúde reprodutiva e contracepção levam a uma maior incidência de gravidez na adolescência. Por último, a vontade de engravidar é, ainda, outro fator de risco a considerar (Figueiredo et al. *cit in* Leal, 2006, p.19).

Na complexa rede de inter-relações que configura a gravidez na adolescência, ganha destaque a impulsividade, o imediatismo, os sentimentos de onipotência e indestrutibilidade – próprios dessa fase da vida, a idade cada vez mais precoce da iniciação sexual, a falta de informação sobre concepção e contracepção, a baixa auto-estima das jovens, a aspiração à maturidade para concorrer em nível de igualdade com os pais e o fato da gravidez fazer parte do projeto de vida, na tentativa de alcançar autonomia econômica e emocional em relação à família de origem. Além do mais, a não participação regular em grupos religiosos, a influência do grupo de iguais no processo de afirmação da identidade de gênero, a escolaridade dos pais e as relações familiares conflituosas (Oliveira *cit in* Lima et al, 2004, p.2; Ribeiro *cit in* Lima et al, 2004, p.2).

2.11.- Educação Sexual e Educação em Saúde

Educação é um processo ligado diretamente a mudanças de relação do homem com: o trabalho, a sociedade e consigo mesmo. Essa tríade conjunta-se a interdependência de um fato ao outro, objetivando a inserção dos indivíduos em uma efetiva cidadania (Barbosa, 2006).

Esse compromisso com a construção da cidadania é imprescindível, pois, nas condições atuais, a emancipação do homem passa, necessariamente, pela superação das forças degradantes que atuam no âmago do processo de trabalho, das forças opressivas que operam na esfera da sociabilidade e da alienação que destrói a vivência cultural (Severino *cit in* Barbosa, 2006, p.65).

Aclara, ainda, que somente a educação é o pilar para construir um ser na sua verdadeira essência, transformador de si mesmo e harmônico ao mundo que o cerca (Severino *cit in* Barbosa, 2006).

Observa-se que a educação está presente em todos os momentos da história do ser humano, sendo elemento de grande importância na formação humana, seja ela formal/informal/sistemática.

Uma forma de educação informal a que os adolescentes também estão sujeitos é a comunicação social ou *mídia*.

Através dos *media* os adolescentes são bombardeados com mensagens, por vezes violentas, de sexo, em idades em que ainda não estão preparados. Os pais desconhecem parte destas influências, pois não sabem que filmes, por exemplo, eles vêem em casa dos amigos. Atendendo à forte privacidade que rodeia o sexo, depois os adolescentes não vão falar com os pais nem irmãos sobre isto. Além disso, os *media* raramente apresentam o planeamento e consequências do sexo e, embora as suas influências não sejam bem clarificadas, o facto é que o adolescente recebe estas mensagens, além das que lhe são transmitidas pelos pais, pela escola, pela igreja, e vê-se posteriormente confrontado com hipocrisias e confusões, quando tem que escolher o seu modelo de vida sexual (Moore & Rosenthal, 1995, *cit in* Anastácio, 2001, p. 49).

Os comportamentos são traduzidos mediante as percepções, valores, crenças e sentimentos. Não são modificados, apenas, por novos conhecimentos daí a importância de se pensar em intervenção de Educação para a Saúde priorizando as trajetórias vivenciadas pelos sujeitos em busca de uma construção compartilhada de conhecimento para intervenções nas relações sociais capazes de interferir na melhoria da qualidade de vida (Gazzinelli, M. F., Gazzinelli, A., Reis & Penna, 2005).

A escola assume papel importante e estratégico, configurando-se em um ambiente potencialmente explicitado e questionador das complexas formas pelas quais as identidades culturais são edificadas, vivenciadas, transgredidas e articuladas no âmbito social, sendo o currículo escolar importante na construção das diferenças e identidades (Furlani, 2005).

Tanto a família quanto a escola merecem destaque no processo de socialização, sexualidade e reprodução dos adolescentes, realizando a transmissão de conhecimentos, normas e valores que orientam as práticas sexuais e reprodutivas (Aquino, Almeida, Araújo & Menezes *cit in* Lage, 2008).

A escola tem grande importância para o adolescente, visto que se configura o primeiro local onde se iniciam os contatos sociais. A escola oportuniza experiências longe da família, escolha das amizades, a busca de interesses identificando-se com seu grupo, condicionando os comportamentos (Maakaroun *cit in* Silva, Melo & Carlos, 2007).

A educação sexual pode contribuir para a transformação dos padrões de relacionamento sexual, se for entendida como uma prática de autonomia para o desenvolvimento de atitudes e valores próprios e da consciência de que

cada um pode e deve fazer escolhas pessoais e responsabilizar-se por elas (Oliveira *cit in* Lage, 2008, p.32).

Guedes, Silva e Freitas (2004) referem que a Educação em Saúde é uma estratégia dirigida para a concretização de atos básicos de promoção, prevenção, cura e reabilitação sugerindo em uma mudança da coletividade para a valorização da atenção básica à saúde.

No Brasil, a educação em saúde tem dois pressupostos. O primeiro refere-se às medidas preventivas e curativas que visam a obtenção da saúde e o enfrentamento das doenças; o segundo, às estratégias de promoção da saúde como construção social da saúde e do bem-estar. O pressuposto das estratégias preventivas e curativas de obter saúde e enfrentar doenças é coerente com os princípios que regem as atuais sociedades e culturas, ou seja, são baseadas na produção incessante e sempre renovada de variados serviços fundamentados na ciência e na tecnologia, oferecidos para o consumo das pessoas (Lefrève *cit in* Guedes, Silva & Freitas, 2004).

Porém, percebe-se a falta de implementação de uma política de educação, na prática das ações de saúde, permitindo uma efetiva ação de diálogo com os adolescentes para que se favoreça a sua autonomia (Danieli, 2010).

O Programa de Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) tem demonstrado bons resultados, pois possibilita uma aprendizagem compartilhada por “trabalhadores da educação, saúde e algumas instituições públicas”. As ações são elaboradas mediante a percepção das vulnerabilidades dos adolescentes e jovens em relação às DST's, AIDS, gravidez na adolescência, uso de drogas, entre outras situações. Portanto, Escola e Unidades de Saúde configuram-se espaços importantes para a realização de políticas voltadas aos adolescentes e jovens, contando com a participação dos “estudantes, famílias e profissionais da educação” nesse processo (Brasil *cit in* Danieli, 2010, p.30).

As práticas educativas como expressão do cuidado, relacionadas à enfermagem e à saúde pública, devem ser pautadas ou orientadas por alguns princípios fundamentais:

- Diálogo/Ouvir os outros;
- Tomar como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior das pessoas, acreditando que todos têm um conhecimento a partir de suas experiências e vivências, de suas condições concretas de existência;
- Troca de experiências de construção de conhecimento entre o saber técnico e o saber popular, o que pressupõe que os diversos saberes são apenas diferentes, e não hierarquizados e que a experiência vale tanto quanto a teoria (Acioli *cit in* Daniele, 2010, p.33).

É por isso que durante uma prática educativa, deve-se perceber que o processo de educar é complexo, amplo e que abrange ações, atitudes e gestos que ultrapassam a simples transmissão de conhecimentos (Danieli, 2010).

Ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos, nem formar é ação pela qual um sujeito criador dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado. Não há docência sem discência, as duas se explicam e seus sujeitos apesar das diferenças que os conotam não se reduzem à condição de objeto, um do outro. Quem ensina, aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender (Freire *cit in* Danieli, 2010, p.36).

Para se tentar uma aproximação com o “mundo” dos adolescentes pode-se utilizar o método do Círculo de Cultura de Paulo Freire, visto que reúne e aproxima as pessoas que vivenciam um problema ou uma realidade em comum, visando a troca de conhecimento, o compartilhar de experiências, o compartilhar de formas de enfrentamento comuns, permitindo ao grupo a realização de uma problematização de sua própria realidade “descodificando-a criticamente e tomando consciência de seu papel como sujeitos instauradores deste mundo, a partir da reflexão” (Freire *cit in* Danieli, 2010, p.38).

3.- PERCURSO METODOLÓGICO

3.1.- Caracterização do Tipo de Estudo

Este estudo foi desenvolvido através de pesquisa exploratória de campo, com abordagem mista, mediante entrevista direta e estruturada (com roteiro de questões) às adolescentes grávidas inscritas nas Unidades Básicas de Saúde da Família, durante o período de 01 de junho de 2011 a 30 de junho de 2011.

Na visão de Cervo, Bervian e Silva (2007) o estudo exploratório, designa-se por:

Pesquisa quase científica ou não científica, é normalmente o passo inicial no processo de pesquisa pela experiência a um auxílio que traz a formulação de hipóteses significativas para posteriores pesquisas. A pesquisa exploratória não requer a elaboração de hipóteses a serem testadas no trabalho, restringindo-se a definir objetivos e buscar mais informações sobre determinado assunto de estudo (p. 61).

De acordo com a classificação de Dias (2010) de abordagem qualitativa:

A pesquisa qualitativa envolve o uso de dados qualitativos obtidos em entrevistas, documentos e observações para a compreensão e explicação dos fenômenos. As pesquisas qualitativas podem ser encontradas em muitas disciplinas e campos, usando uma variedade de enfoques, métodos e técnicas (p. 46).

Essa descrição é impregnada dos significados e como tal é uma visão subjetiva da realidade.

3.2.- Cenários do Estudo

O estudo decorreu na cidade de boa vista pertencente ao Estado de Roraima, no Brasil.



Figura 3.1. Mapa de Roraima

Fonte: <http://www.viagemdeferias.com/mapa/roraima>.

Roraima possui uma área de 225.116,1 km², limitando-se ao norte com a República da Venezuela e Guiana; ao sul com os Estados do Amazonas e Pará; ao leste com a República Cooperativista da Guiana; ao oeste com o Estado do Amazonas e com a República da Venezuela, acumulando o total de fronteiras internacionais de 1922 km. Possui quinze municípios, a saber: Alto Alegre, Amajari, **Boa Vista**, Bonfim, Cantá, Caracaraí, Caroebe, Iracema, Mucajaí, Normandia, Pacaraima, Rorainópolis, São João da Baliza, São Luiz e Uiramutã (Freitas, 2009).

Na contagem do censo populacional de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população do estado era de 450.479, com 98.898 adolescentes, representando 21,93% da população do estado, com densidade demográfica é de 2,01 hab./km².

A capital do estado é Boa Vista. Situada no Norte do Brasil (sendo a única capital de estado do Brasil situada totalmente no Hemisfério Norte), tem extensão geográfica de 5.687,06 km² (2,54% do estado), sendo 1.447,35 km² deste território pertencentes a reserva indígena (Freitas, 2009). Conforme a contagem populacional do IBGE (2010) a população da capital era de 284.313 habitantes (63,11% da população estadual), sendo 59.953 habitantes (21,09%) representando a população de adolescentes.



Figura 3.2. Imagem da Cidade de Boa Vista

Fonte: <http://turismo.culturamix.com/nacionais/norte/cidade-de-boa-vista>



Figura 3.3. Divisão da Cidade de Boa Vista por Macroáreas de Saúde

Fonte: Prefeitura Municipal de Boa Vista - Programa Braços Abertos.

O Sistema de Saúde do Estado/município conta com hospitais particulares, estaduais, municipais, unidade de saúde do exército, a Casa do Índio, as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Postos de Saúde. O modelo de atenção à saúde no município é nortado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), que foi ampliada em 2006, contando com 31 unidades de saúde, 53 equipes da ESF (gerando uma cobertura de 76 % da

população) e 15 equipes de saúde bucal, sendo geograficamente organizada em 08 macro-áreas e 01 coordenação de saúde rural que compreende as áreas de assentamento e indígena. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da vida (PMS-RR).

3.3.- Participantes do Estudo

Para a realização deste estudo, buscou-se estudar as adolescentes grávidas inscritas nas Unidades Básicas de Saúde da Família do Município de Boa Vista/Roraima, que no ano de 2011 contabilizavam 1183 adolescentes vivenciando a gravidez.

A pesquisa foi realizada no domicílio da adolescente, em um cômodo em que se encontravam, apenas, a adolescente e a entrevistadora. A entrevista aconteceu após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido tanto pela adolescente quanto de um representante legal (para as menores de 18 anos). A resposta foi escrita, pela entrevistadora, em roteiro da entrevista.

Foram entrevistadas 110 adolescentes grávidas no período de 01 de junho de 2011 a 30 de junho de 2011, cadastradas nas diversas Unidades Básicas de Saúde da Família, vinculadas ao município de Boa Vista, que se disponibilizaram a participar do estudo.

A amostra foi selecionada por conveniência da entrevistadora, que percorreu os endereços mais próximos das unidades de saúde onde buscou a relação das adolescentes grávidas.

3.3.1.- Critérios de inclusão

Para integrar a amostra definiram-se os seguintes critérios de inclusão:

- Ser adolescente (10 a 19 anos);
- Estar grávida (em qualquer período gestacional);
- Estar cadastrada em qualquer Unidade Básica de Saúde da Família do município de Boa Vista.

3.3.2.- Critérios de exclusão

O único critério de exclusão que foi estabelecido foi o seguinte:

- As adolescentes (10 a 19 anos) grávidas que não manifestaram disponibilidade e vontade de realizar a entrevista no momento da visita por parte da pesquisadora.

Durante a abordagem para a explicação dos objetivos da pesquisa e observar a vontade da adolescente grávida em participar da pesquisa, fomos deparadas com 05 adolescentes que faziam parte da Unidade de Saúde da Família do bairro Santa Tereza que não apresentaram vontade em participar da entrevista alegando como motivo vergonha de se expor suas intimidades com uma pessoa estranha.

3.4.- Instrumentos e Procedimentos para o Trabalho de Campo

Foi elaborado um roteiro de entrevista estruturada para a realização da coleta de dados.

A matriz para a construção do instrumento de coleta de dados foi enviada para três juízes externos ao projeto, para análise e validação do referido instrumento, tendo sido avaliado por apenas dois juízes. Foram realizadas todas as adaptações para melhorias, de acordo com as sugestões obtidas por parte desses juízes. Os juízes avaliadores eram Professores Universitários de duas Universidades distintas de Portugal, ambos com formação na área de Educação para a Saúde, como indica a sua breve nota biográfica:

- Amâncio Carvalho – Professor adjunto da escola Superior de Enfermagem da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro; MSc em Educação para a Saúde e PhD em Estudos da Criança com especialização em Saúde Infantil pelo Centro de Investigação em Estudos da Criança (CIEC) da Universidade do Minho;
- Graça Simões de Carvalho - Professora Catedrática, com título de Agregado em Educação para a Saúde e Diretora do Centro de Investigação em Estudos da Criança do Instituto de educação da universidade do Minho.

As sugestões obtidas por parte dos juízes foram as seguintes:

- Organizar as perguntas por seção;
- Mudar a ordem de algumas perguntas, para que não esteja logo de início perguntas de cunho pessoal.

Tendo procedido às alterações sugeridas, para a validação do roteiro de entrevista, primeiramente, realizou-se uma pilotagem através de sua aplicação a quatro adolescentes grávidas que não fizeram parte da amostra definitiva do estudo. Estas adolescentes reuniam os critérios de inclusão definidos para a amostra, tendo idades de 13, 15, 16 e 18 anos e pertencendo, todas, à Unidade Básica de Saúde da Família do Bairro União, pela proximidade da casa da entrevistadora. Foram observados o tempo de resposta, a facilidade ou dificuldade em compreender as perguntas e respondê-las, assim como as reações das participantes. Notando-se que houve compreensão, que as reações foram positivas e sem dificuldades, considerou-se validado o instrumento, não havendo necessidade de proceder a mais reformulações.

O roteiro de entrevista foi dividido em 5 seções, como se descreve a seguir:

I – Dados Sociodemográficos: incluía as variáveis idade, condições de moradia, renda familiar atual, forma de sustento da família, número de irmãos, escolaridade da adolescente, escolaridade dos pais da adolescente, escolaridade do pai do filho da adolescente, estará ou não frequentando a escola, situação profissional, pessoas com quem residiam antes da gravidez e após a gravidez, número de filhos, idade da mãe da adolescente quando engravidou a primeira vez, religião;

II – Educação para a Saúde e a Sexualidade: foram colocadas questões sobre aulas de educação sexual na escola, presença de grupo de jovem na Unidade Básica de Saúde da Família, distribuição de métodos contraceptivos nas Unidades Básicas de Saúde da Família, procura pela Unidade Básica de Saúde da Família antes da gravidez, meios de comunicação como estímulo ou não para a realização de sexo/gravidez entre adolescente;

III – Comportamentos Sexuais e Relacionamentos Afetivos: foram feitas perguntas sobre planejamento ou não da gravidez, reação da adolescente em relação

à gravidez, reação da família da adolescente em relação à gravidez, reação da família do parceiro e do parceiro em relação à gravidez, início das atividades sexuais, idade que engravidou, familiares cientes do início das atividades sexuais, idade do parceiro de quem engravidou, tempo de relacionamento com o parceiro quando engravidou, vínculo afetivo com a pessoa de quem engravidou, vínculo após a gravidez, obrigação de casar/morar com a pessoa de quem engravidou;

IV – Saúde Sexual e Violência: incluía questões relativas a prevenção da gravidez, uso do preservativo, número de parceiros sexuais, doenças sexualmente transmissíveis, aborto, agressões sofridas, motivos da gravidez;

V – Consumo de Álcool e Drogas: tratando de questões sobre o uso de drogas antes e após a gravidez, parceiro ou familiar usuário de drogas, influência do álcool ou droga para a ocorrência da gravidez.

A entrevista aconteceu após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido tanto pela adolescente quanto por um representante legal (para as menores de 18 anos). Às participantes garantiu-se a recusa em continuar a pesquisa em qualquer fase da mesma, assim como o total anonimato, tendo sido salvaguardados todos os aspectos éticos, como descrevemos a seguir.

3.5.- Aspectos Éticos

Adotando-se o procedimento ético para a pesquisa, enviou-se um ofício à Secretaria Municipal de Saúde solicitando autorização para se realizar a entrevista com as adolescentes grávidas cadastradas nas unidades Básicas de Saúde.

Em seguida foram analisados os cadastros das Unidades Básicas de Saúde da Família para a identificação das adolescentes grávidas que fizeram parte do estudo.

O projeto de dissertação foi enviado ao Conselho Editorial (Comitê de Ética em Pesquisa) da Faculdade Roraimense de Ensino Superior (FARES) para análise, tendo sido aprovado em consonância com a resolução 196/96 (MS, 1996) com o protocolo de nº 05/2011.

3.6.- Análise dos Dados

Os dados coletados, através do roteiro de entrevista aplicado às adolescentes grávidas inscritas em qualquer uma das Unidades Básicas de Saúde da Família, foram processados em meio eletrônico, tendo sido construída uma base de dados no programa SPSS (versão 17.0).

Os dados referentes às perguntas fechadas foram codificados numericamente. Com os dados obtidos através das perguntas abertas formaram-se categorias, as quais foram depois codificadas. Posteriormente, realizou-se uma análise descritiva de que se apresenta em dados absolutos e percentagens no capítulo seguinte respeitantes aos resultados.

3.7.- Limitação do Estudo

Alguns fatores foram limitantes para a realização do presente estudo, sendo o principal fator limitador o número de adolescentes grávidas participantes do estudo, que por se tratar de uma visita domiciliar para a coleta de dados, limitou o tamanho da amostra para 110 participantes.

Durante a visita domiciliar para a realização da entrevista, 05 adolescentes grávidas recusaram-se a responder a entrevista e, portanto, não fizeram parte da pesquisa e outras 25 não se encontravam em suas residências no momento da visita.

Outro fator limitante foi a falta de tempo hábil da pesquisadora para a realização do trabalho em campo.

4. RESULTADOS

4.1.- Dados Sociodemográficos

4.1.1. – Idade/Fecundação

Para este estudo foram entrevistadas 110 adolescentes grávidas, tendo sido encontrada como idade mínima 13 anos e idade máxima 19 anos, sendo a média de 16 anos e 6 meses (Figura 4.1).

Foram entrevistadas 03 (3,00%) adolescentes com 13 anos; 10 (9,00%) com 14 anos; 15 (13,00%) com 15 anos; 22 (20%) com 16 anos; 23 (21,00%) com 17 anos; 24 (22,00%) com 18 anos e 13 (12,00%) com 19 anos (Figura 4.1).

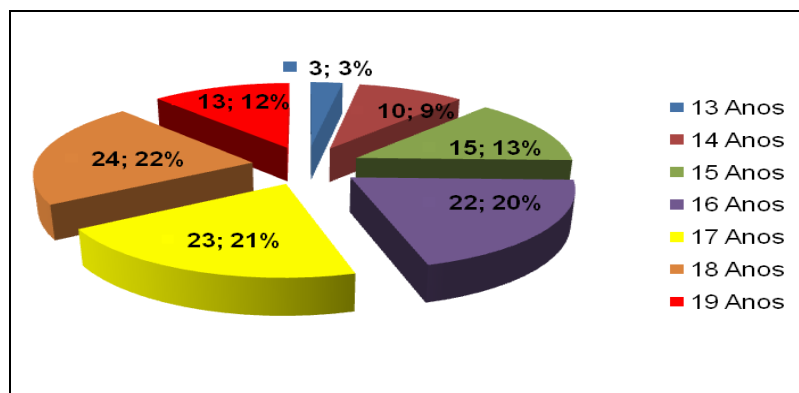


Figura 4.1: Participantes do estudo por idade

4.1.2.– Unidade de Saúde do pré-natal

As 110 adolescentes pertenciam a 37 Unidades de Saúde do Pré-Natal, tendo-se conseguido maior número das unidades de Santa Tereza (19), União (9), Pintolândia (8) e Caranã (7).

4.1.3. - Tipo de moradia

Em relação ao tipo de moradia, 89 adolescentes (80,90%) residiam em casa de alvenaria, 19 de madeira (17,30%) e 02 de taipa (1,80%), sendo 01 o número mínimo

de cômodos, 17 o número máximo, com uma média de 4,85 cômodos por domicílio. Observou-se, também, que em muitas moradias não havia banheiro dentro da residência, estando, este, presente fora do domicílio e sendo compartilhado por outras várias famílias.

4.1.4.– Renda e sustento familiar

Em relação à renda familiar atual, observou-se que existiam 11 (10,00%) famílias sobrevivendo com menos de 01 salário mínimo, 48 (44,00%) sobrevivendo com apenas 1 salário mínimo, 49 (44,00%) com 2 a 4 salários e apenas 2 (2,00%) com 8 a 10 salários mínimos, porém a média encontrada foi de 2,4 salários mínimos por família (Figura 4.2).

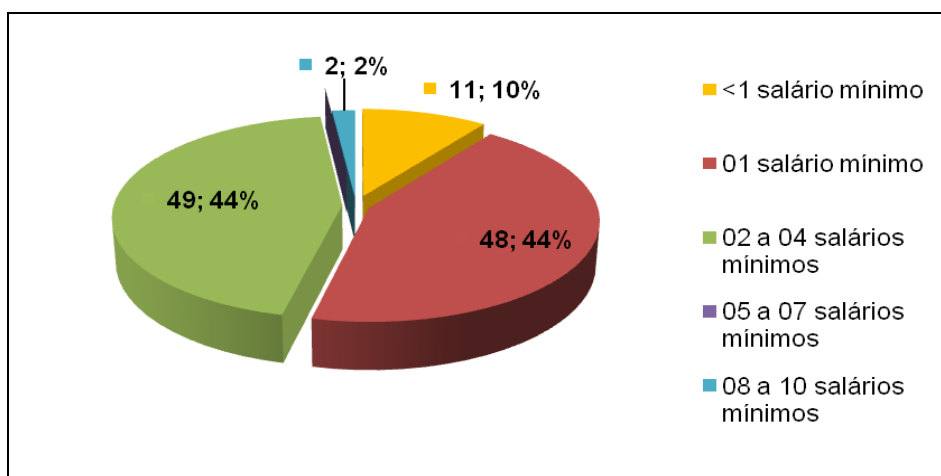


Figura 4.2. Renda familiar (em salários mínimos) – Salário Mínimo: R\$ 545,00

4.1.5 – Pessoa responsável pelo sustento da família

Para 61 adolescentes grávidas (55%) a principal fonte de sustento era proveniente dos seus familiares, enquanto para 25 (23%) provinha dos parceiros. Havia ainda 19 (17%) cujo sustento provinha do parceiro e/ou familiares de seus parceiros (Figura 4.3).

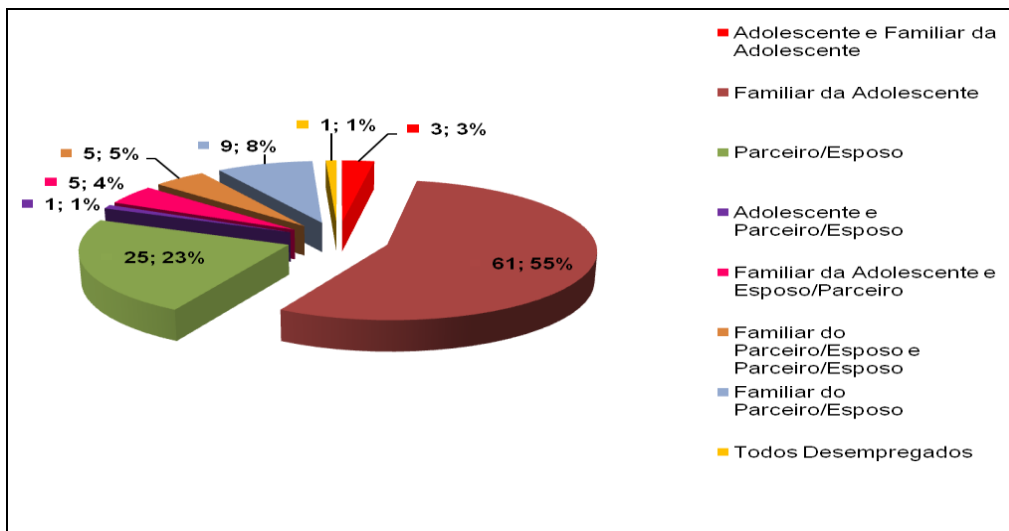


Figura 4.3: Pessoa responsável pelo sustento da família.

4.1.6. – Contributo da adolescente nas despesas da casa

Em relação a ajudar nas despesas observou-se que 95 adolescentes (86,4%) não ajudam nas despesas, que 9 (8,2%) disseram ajudar às vezes e que 6 (5,5%) afirmaram ajudar.

Os motivos pelos quais as adolescentes não ajudam nas despesas da família são apresentados na figura 4.4, sendo eles: 67 (68,00%) pois, não trabalham por conta da gravidez; 21 (21,00%) por não trabalhar; 05 (5,00%) por não trabalhar por conta da gravidez e de outros filhos; 03 (3,00%) por não ter emprego fixo; 02 (2,00%) por não trabalhar por conta da gravidez e dos irmãos menores; 01 (1,00%) por conta da gravidez e de outros irmãos menores.

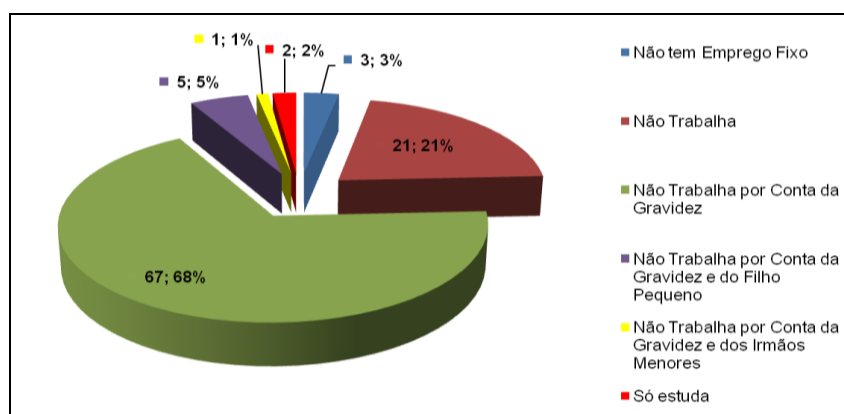


Figura 4.4: Motivos de não ajudar nas despesas.

Algumas jovens (12 – 10,91%) contribuem minimamente nas despesas domésticas, em virtude da responsabilidade com o filho. (Figura 4.5).

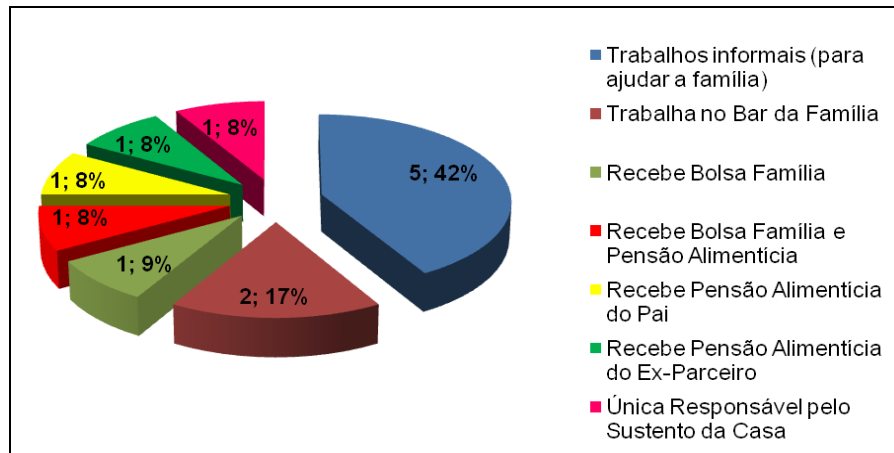


Figura 4.5. Meios de como ajudam nas despesas da casa

Muitas adolescentes precisam conviver com baixa renda familiar, 59 jovens (53,64%) sobrevivem com renda mensal máxima de 01 salário mínimo, não sendo suficiente para a subsistência familiar. Portanto torna-se necessário o complemento da renda através de trabalhos informais e/ou auxílio de programas governamentais.

4.1.7.- Presença de irmãos

Quanto à presença ou não de irmãos observou-se que 01 adolescente (1,00%) não possui nenhum irmão e 109 (99,00%) possuem irmãos, sendo 11 o número máximo encontrado, 01 o número mínimo, com uma média de 4,05 irmãos (Figura 4.6).

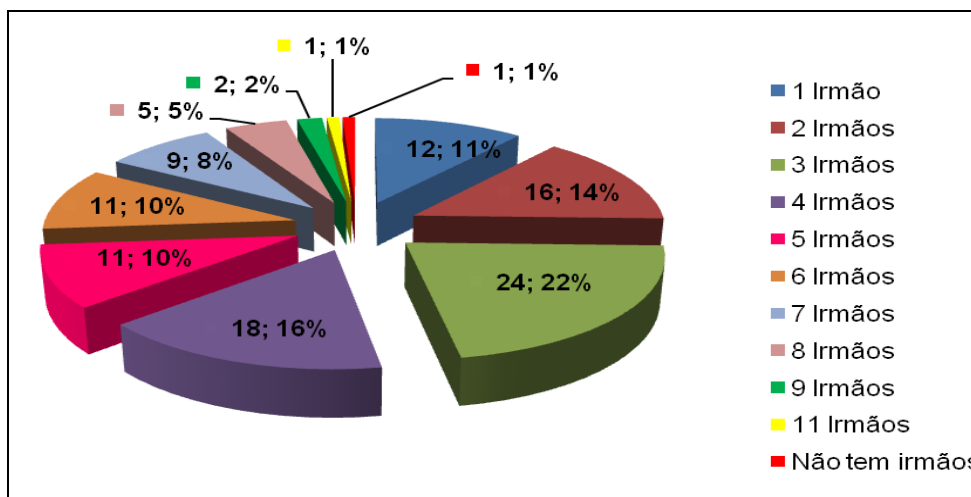


Figura 4.6. Número de Irmãos

Verificou-se, também, que das 109 adolescentes que possuem irmão(s), 61 (55,96%) não possuem os irmãos dos mesmos progenitores e apenas 48 (44,04%) adolescentes que possuem irmãos os tem dos mesmos progenitores.

4.1.8.– Escolaridade da adolescente, de seus pais e do pai do seu filho

Em relação à escolaridade, o estudo demonstrou que 100 (90,91%) das adolescentes entrevistadas, possuem escolaridade inadequada para sua faixa etária. Sendo 01 (1,00%) não alfabetizada, 52 (47,00) possuindo o ensino fundamental incompleto, 11 (10,00%) o ensino fundamental completo, 35 (32,00%) o ensino médio incompleto, 10 (9,00%) o ensino médio completo e 01 (1,00%) o ensino superior incompleto (Figura 4.7).

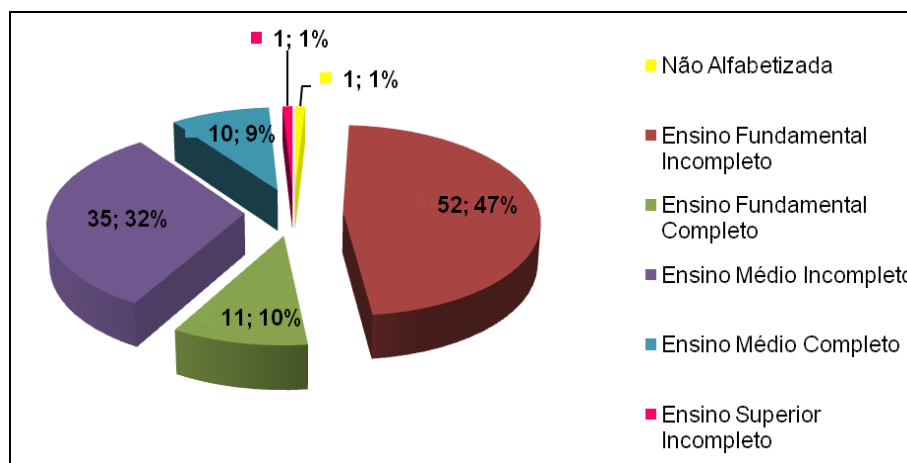


Figura 4.7: Escolaridade da adolescente

Em relação à escolaridade da mãe da adolescente grávida, foi encontrado que 20 (18,00%) adolescentes não souberam informar sobre o grau de escolaridade, para 07 (7,00%) as mães não são alfabetizadas, para 44 (40,00%) possuem o ensino fundamental incompleto, para 08 (7,00%) o ensino fundamental completo, também 08 (7,00%) têm o ensino médio incompleto, 19 (17,00%) o ensino médio completo, 02 (2,00%) o ensino superior incompleto e 02 (2,00%) o ensino superior completo (Figura 4.8).

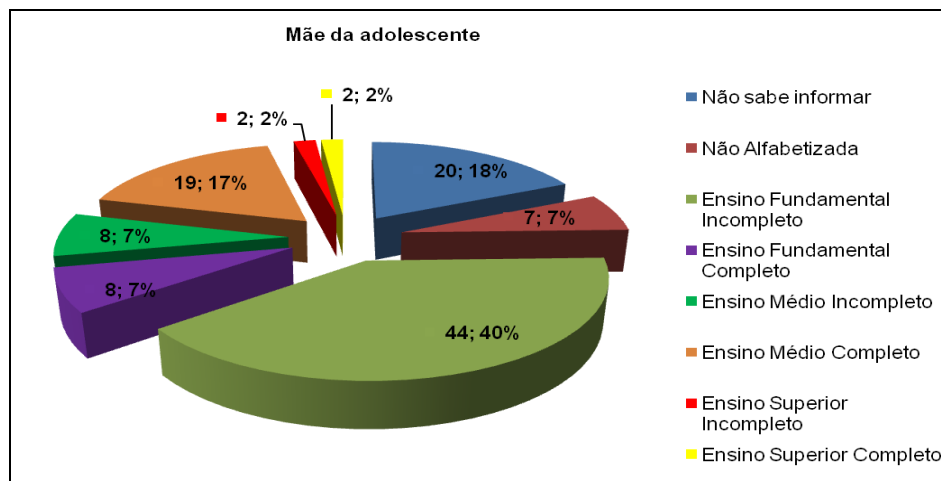


Figura 4.8. Escolaridade da mãe da adolescente

Em relação à escolaridade do pai da adolescente grávida: 51 (46,00%) não souberam informar sobre o grau de escolaridade de seu pai, 07 (6,00%) não são alfabetizados, 32 (29,00%) possuem o ensino fundamental incompleto, 04 (4,00%) o ensino fundamental completo, 03 (3,00%) o ensino médio incompleto, 12 (11,00%) o ensino médio completo, 01 (1,00%) o ensino superior completo e não foi encontrado nenhum com ensino superior incompleto (Figura 4.9).

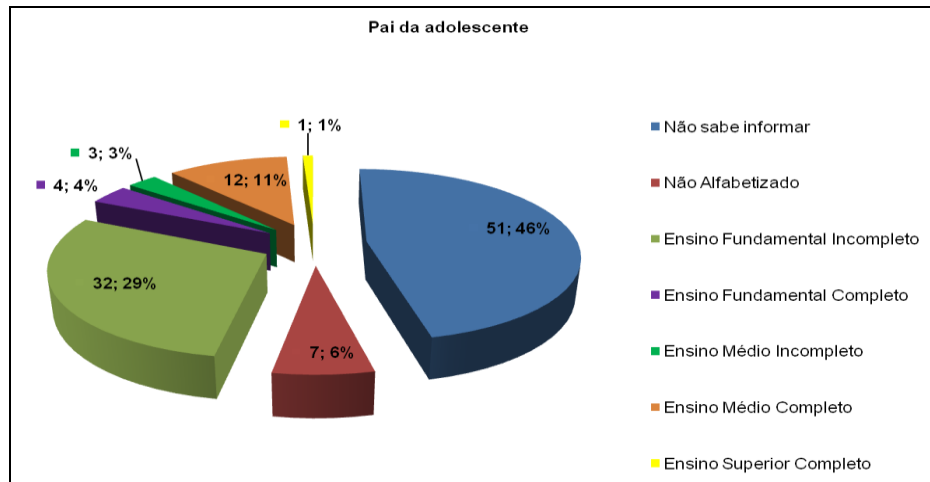


Figura 4.9: Escolaridade do pai da adolescente

O nosso estudo também verificou a situação escolar do parceiro ou pai do filho das adolescentes grávidas, onde 16 (15,00%) adolescentes não conhecem a situação escolar de seu parceiro, 18 (16,00%) possuem ensino fundamental incompleto, 12 (11,00%) ensino fundamental completo, 30 (27,00%) ensino médio incompleto, 32 (29,00%) ensino médio completo, 02 (2,00%) ensino superior incompleto, nenhum não alfabetizado e nenhum com ensino superior completo (Figura 4.10).

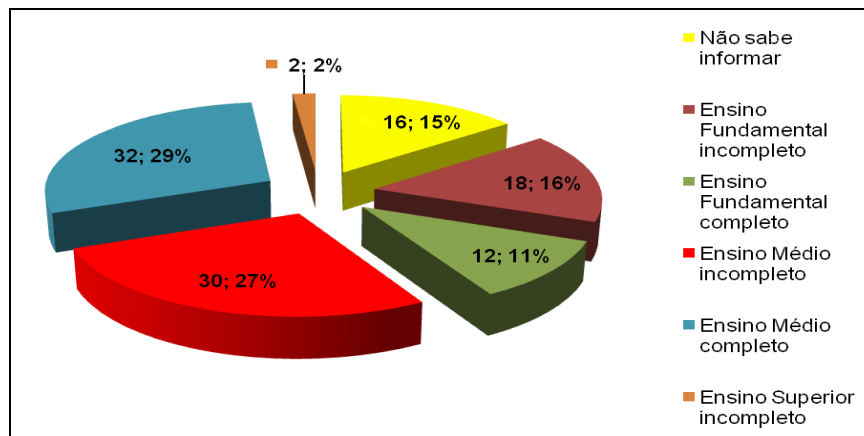


Figura 4.10: Escolaridade do parceiro da adolescente

4.1.9. Adolescente estuda atualmente

No momento da entrevista, 49 (45%) das adolescentes grávidas afirmaram estudar, mas a maior parte (61 – 55%) não estava estudando nesse momento (Figura 4.11).

4.1.10. – Adolescente estudava antes da gravidez

Antes da descoberta da gravidez apenas 06 (5,00%) adolescentes encontravam-se ausentes do sistema educacional. A grande maioria (104 – 95%) estudava. Após a descoberta da gravidez, 61 (55,00%) adolescentes passaram a não frequentar mais a escola, configurando assim 52,88% de evasão escolar, decorrente da gravidez para esse grupo populacional (Figura 4.11).

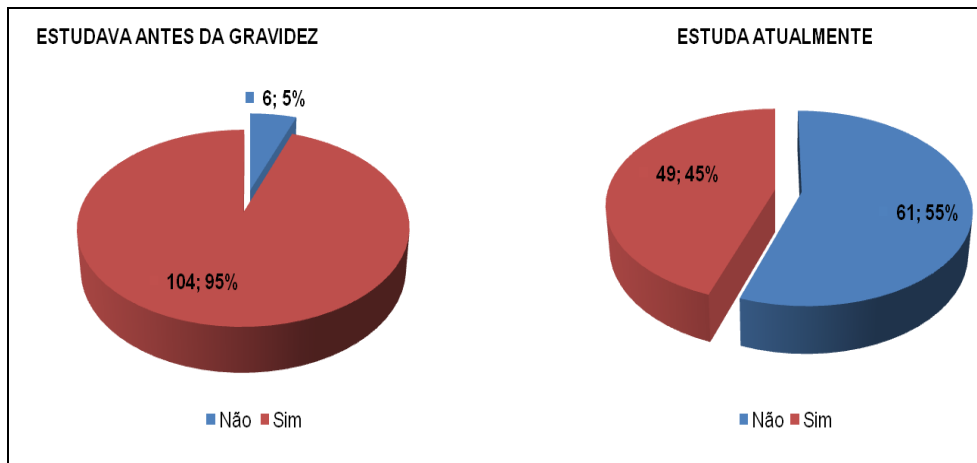


Figura 4.11: Situação escolar antes e após a descoberta da gravidez

Das 67 adolescentes que disseram não estudar atualmente, foram relatados como motivos para 43 (70,00%) a gravidez atual, para 07 (11,00%) também por conta da gravidez atual não tentou vestibular, para outras 07 (11,00%) por conta de outros filhos, 01 (2,00%) por não querer mais estudar, 01 (11,00%) disse que nunca estudou, 01 (11,00%) afirmou que o parceiro não quer que estude mais, 01 (11,00%) por conta da gravidez, foi obrigada, pela diretora, a sair da escola (Figura 4.12).

Observou-se ainda que 06 adolescentes não estudavam antes da gravidez atual e os motivos relatados foram para 04 (67,00%) adolescentes por ter outros filhos, para 01 (17,00%) por não querer mais estudar e também para 01 (17,00%) nunca teve oportunidade de estudar (Figura 4.12).

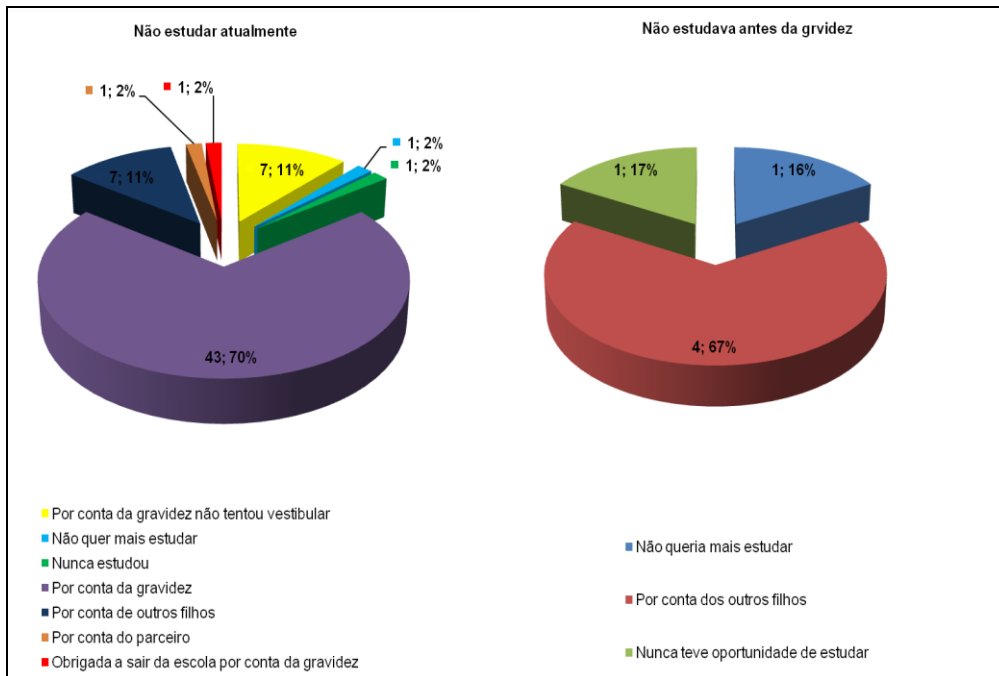


Figura 4.12: Motivos de não estudar antes e após a descoberta desta gravidez

4.1.11.– Adolescente trabalha atualmente

A maioria das adolescentes (103 – 94%) disseram não trabalhar no momento da gravidez (Figura 4.13.)

4.1.12.- Adolescente trabalhava antes de engravidar

Das entrevistadas, 44 (40%) já exerciam alguma atividade remunerada, contra 66 (60,00%) que não trabalhava antes da gravidez. Após a descoberta desta gravidez, 37 (33,64%) adolescentes tiveram que largar seus empregos ficando apenas 07 a trabalhar (Figura 4.13).

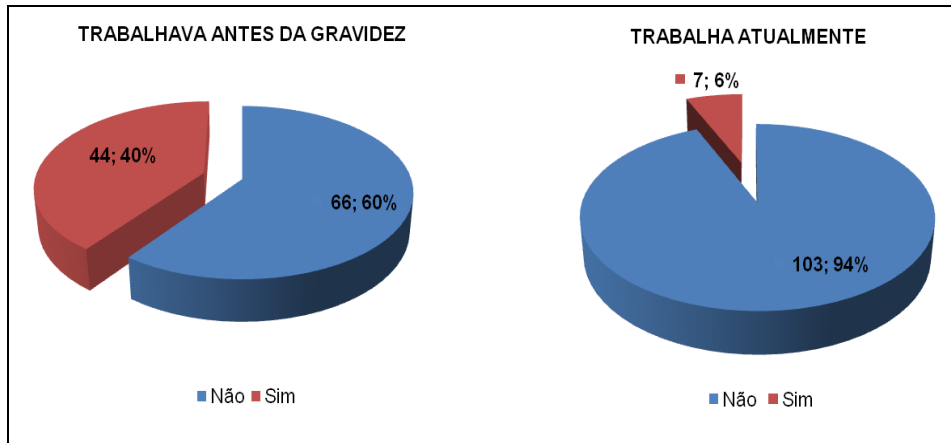


Figura 4.13: Situação de trabalho antes e após a descoberta da gravidez

Dentre os relatos encontrados para explicar os motivos de trabalhar antes dessa gravidez, 39 (83,00%) disseram ser para ajudar nas despesas, 03 (6,00%) para sustentar a família e 02 (4,00%) para ter as coisas que queriam (Figura 4.14).

Já nos relatos para explicar o motivo de não trabalhar antes desta gravidez, foi encontrado que 57 (86,00%) adolescentes só estudavam, 06 (9,00%) nunca trabalharam, 02 (3,00%) não têm idade para trabalhar e 01 (2,00%) tinha que cuidar dos irmãos (Figura 4.14).

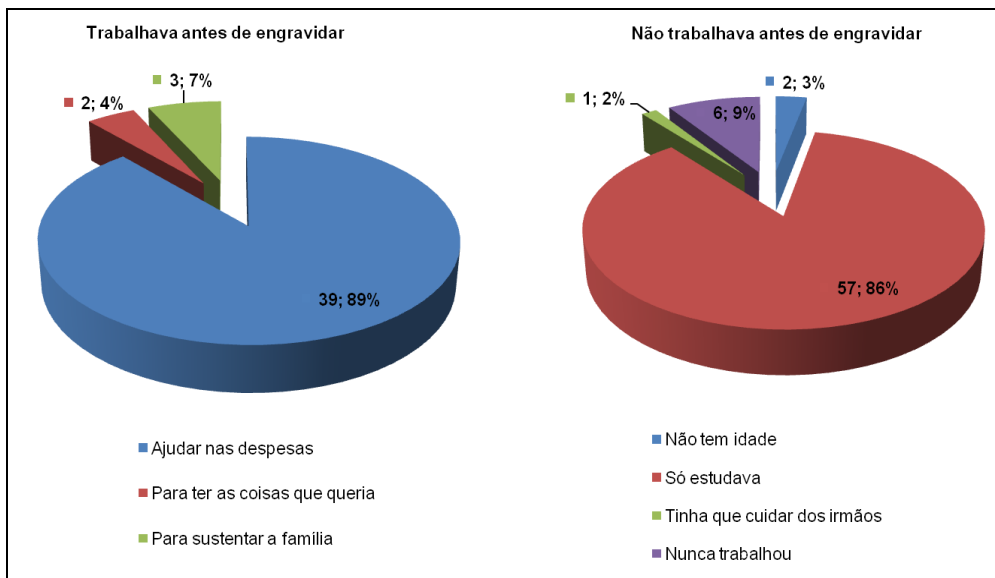


Figura 4.14: motivos de trabalhar ou não trabalhar antes da descoberta da gravidez.

Quanto a trabalhar atualmente foi encontrado que 07 adolescentes o faziam para ajudar a família nas despesas, representando um abandono de trabalho para 59 adolescentes. Quanto a não trabalhar atualmente foi encontrado que 74 (72,00%) não trabalham por conta dessa gravidez, 15 (14,00%) só estudam, 09 (9,00%) por conta do filho pequeno, 03 (3,00%) têm que cuidar dos irmãos e 02 (2,00%) não têm idade para trabalhar (Figura 4.15).

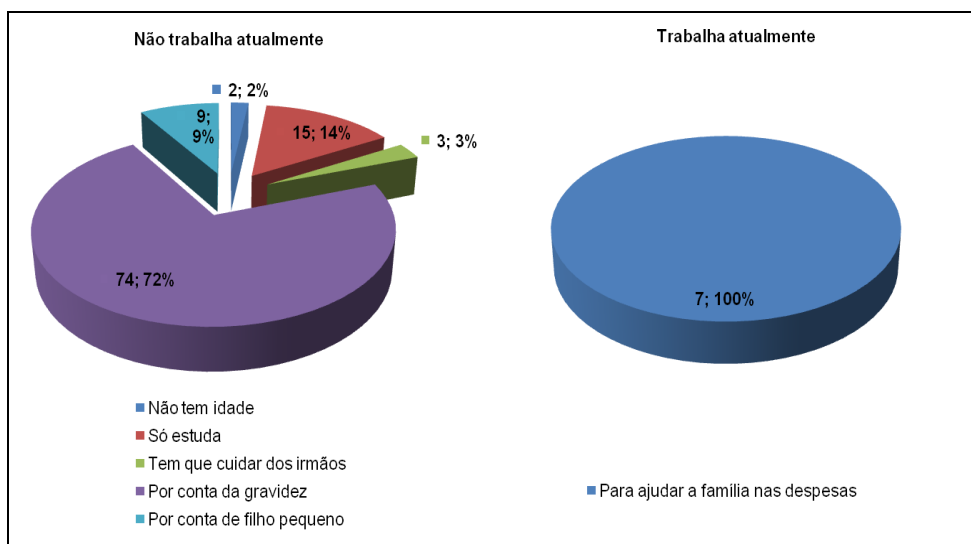


Figura 4.15: Motivos de trabalhar ou não trabalhar atualmente

4.1.13. – Pessoas com quem vivia antes e durante a gravidez

Em relação à estrutura familiar foi observado que, antes desta gravidez, 86 (78,18%) adolescentes moravam com seus familiares, sendo que 11 (10,00%) destas já tinham filho, 02 (1,81%) já tinham o parceiro acrescido ao seu núcleo familiar de origem, configurando novos modelos de núcleos familiares. Apenas 01 (0,91%) era casada legalmente e 16 (14,54%) referiam conviver com seu parceiro, constituindo um núcleo familiar independente, 04 (3,64%) deixaram sua família de origem para se inserir na família de seus parceiros e 01 (0,90%) morava com uma amiga e filho (tabela 1).

Após a descoberta desta gravidez houve uma mudança significativa na estruturação familiar dessas adolescentes. Das 86 adolescentes que moravam com seus familiares apenas 53 (48,18%) continuaram no mesmo núcleo familiar, onde 33 (30,00%) adolescentes mudaram o seu núcleo familiar, 08 (7,27%) passaram a ter

seus parceiros acrescentados à sua família de origem, 04 (3,64%) legalizaram a relação e 28 (25,45%) passaram a conviver, exclusivamente, com seus parceiros, configurando um aumento de 15 (13,64%) o número de adolescentes que conviviam exclusivamente com seus parceiros ou maridos. Também aumentou de 04 para 16 (14,54%) o número de adolescentes que deixaram suas famílias de origem e passaram a conviver com a família de seus parceiros, configurando um aumento de 4 vezes (tabela 1).

Tabela 1. Pessoas com quem residia antes e reside após a descoberta da gravidez

ANTES DA GRAVIDEZ			APÓS A DESCOBERTA DA GRAVIDEZ		
	N	%		N	%
Familiar próprio e filho	11	10,00	Familiar próprio e filho	9	8,18
Familiar próprio	75	68,18	Familiar próprio	44	40,00
Familiar próprio, parceiro e filho	1	0,91	Familiar próprio, parceiro e filho	2	1,81
Marido	1	0,91	Marido	4	3,64
Familiar próprio e parceiro	1	0,91	Familiar próprio e parceiro	6	5,45
Parceiro	11	10,00	Parceiro	20	18,19
Parceiro e filho	5	4,54	Parceiro e filho	8	7,27
Parceiro e familiar do parceiro	4	3,64	Parceiro e familiar do parceiro	13	11,82
Parceiro, familiar do parceiro e filho	0	0,0	Parceiro, familiar do parceiro e filho	3	2,73
Filho	0	0,0	Filho	1	0,91
Amiga e filho	1	0,91	Amiga e filho	0	0,0
Total	110	100	Total	110	100

4.1.14– Presença ou não de outros filhos

Observou-se que das 110 adolescentes grávidas, que fizeram parte deste estudo, 34 (30,91%) já possuíam outros filhos, sendo que 25 (73,00%) já possuíam 01 filho, 07 (21,00%) possuíam 2 filhos e 02 (6,00%) já possuíam 3 filhos (Figura 4.16).

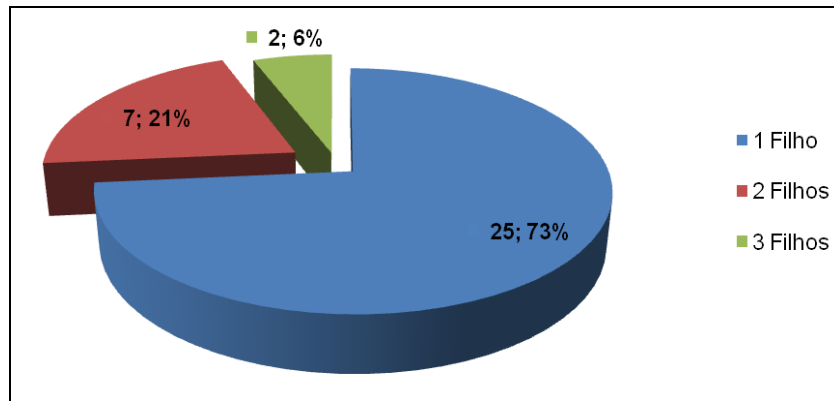


Figura 4.16: Quantidade de filhos que já possui

Das 34 que já possuíam outros filhos, 13 (38,00%) os tinham do mesmo parceiro e 21 (62,00%) os tinham de parceiros diferentes (Figura 4.17).

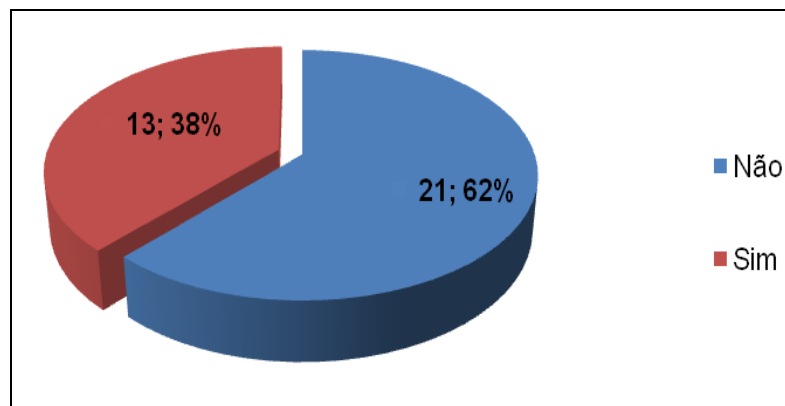


Figura 4.17: Filhos do mesmo parceiro

Em relação à diferença de tempo entre a última gestação e a gravidez atual, obteve-se como tempo mínimo 3 meses, tempo máximo 4 anos e 6 meses (54 meses) e tempo médio 1 ano e 5 meses (17,5 meses). Na tabela 2 apresentam-se todas as frequências para os intervalos encontrados.

Tabela 2: Intervalo entre as gestações

Intervalo entre as Gestações	N	%
3 meses	3	8,82
4 meses	2	5,88
6 meses	1	2,94
9 meses	2	5,88
10 meses	1	2,94
1 ano	9	26,48
1 ano e 6 meses	3	8,82
1 ano e 7 meses	1	2,94
2 anos	9	26,48
2 anos e 6 meses	1	2,94
4 anos	1	2,94
4 anos e 6 meses	1	2,94
Total	34	100

Das 110 adolescentes deste estudo, 34 (30,91%) apresentaram reincidência de gravidez ainda na adolescência, 18 (52,94%) engravidaram novamente até 01 ano após o último parto, 13 (38,23%) engravidaram novamente entre 01 ano e 02 anos, e 16 (47,05%) engravidaram novamente após 02 anos do último parto.

Neste estudo foi observado que 05 (14,70%) adolescentes apresentaram reincidência da gravidez antes dos 6 meses da gravidez anterior e que 13 (38,23%) tiveram reincidência de 6 a 12 meses de intervalo.

4.1.15.- Primeira gravidez da mãe da adolescente grávida

Em relação à idade em que a mãe da adolescente engravidou a primeira vez, obteve-se como idade mínima 10 anos, como idade máxima 32 anos e como média de idade 17,08 anos. Do grupo, 04 (3,64%) adolescentes não souberam informar a idade de sua mãe quando esta engravidou pela primeira vez.

O nosso estudo aponta que das 106 adolescentes que souberam informar a idade de gravidez de suas mães, 91 (85,85%) tiveram suas mães em condições de adolescentes grávidas e apenas 15 (14,15%) tiveram suas mães em situação de gravidez fora da fase da adolescência (Figura 4.18).

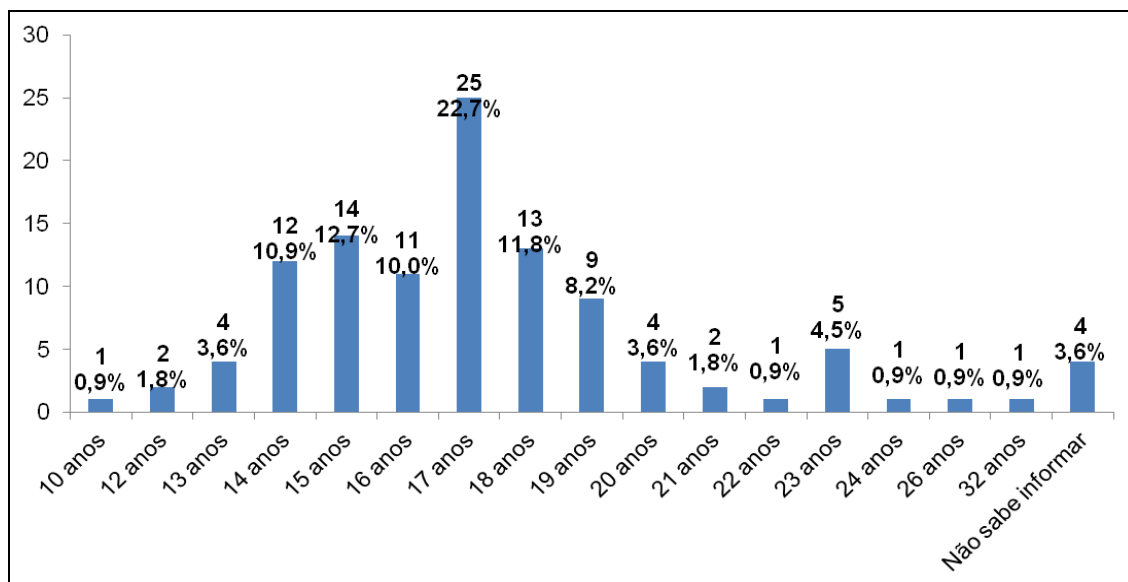


Figura 4.18: Idade da primeira gravidez da mãe da adolescente

4.1.52.- Religião antes de engravidar

Tendo optado por distribuir as questões relativas aos dados sociodemográficos entre o início e o fim da entrevista, as relacionadas com a religião ficaram para o final. No entanto, apresentamos nesta sequência os resultados aí obtidos.

Quanto à religião da adolescente antes de engravidar, nesta amostra houve um predomínio da religião evangélica com 52 casos (47,27%), porém com um número expressivo da religião católica, com 42 casos (38,18%) e 15 adolescentes que não crêem em Deus, representando 13,64% (Tabela 3).

O que chama a atenção é que após a descoberta da gravidez, 07 (6,36%) adolescentes mudaram de religião, 03 (42,86%) por conta do parceiro frequentar outro tipo de religião, 02 (28,57%) perderam o interesse por qualquer religião, 01 (14,29%) por não ter recebido apoio da igreja no momento em que precisou, 01 (14,29%) por ser a igreja atual mais perto de sua casa (Tabela 3).

Tabela 3. Religião, mudança de religião, motivo da mudança de religião

Religião Atual	N	%
Não crente	15	13,64
Evangélica	52	47,27
Católica	42	38,18
Candomblé	1	0,91
Total	110	100

Para qual religião mudou	N	%
Nenhuma	3	42,86
Evangélica	4	57,14
Não mudou	103	93,6

Motivo da mudança de Religião	N	%
Não recebeu apoio da igreja	1	14,29
Falta de interesse	2	28,57
Por conta do parceiro	3	42,86
A Igreja atual é mais perto de casa	1	14,29
Total	7	6,36

4.2.- Educação para a Saúde e para a Sexualidade

4.2.16. - Aula de educação sexual nas escolas

Em relação à oferta ou não de aulas de educação sexual nas escolas, observou-se que apenas 20 (18,00%) adolescentes referiram ter esse tipo de aula nas escolas que frequentavam, 79 (72,00%) referiram não ter essa disciplina e 11 (10,00%) não sabem informar se a tem em sua escola (Figura 4.19).

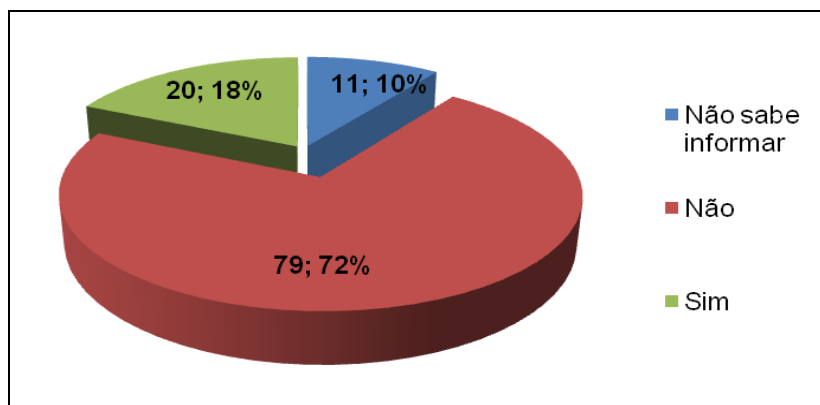


Figura 4.19: Aula de educação sexual na Escola

Das 90 adolescentes que referiram não ter a disciplina de educação sexual na escola ou não saber informar se a tem, 81 (90,00%) relataram ser importante que tivesse e 09 (10,00%) referiram não ser importante a abordagem desse conteúdo nas escolas (Figura 4.20).

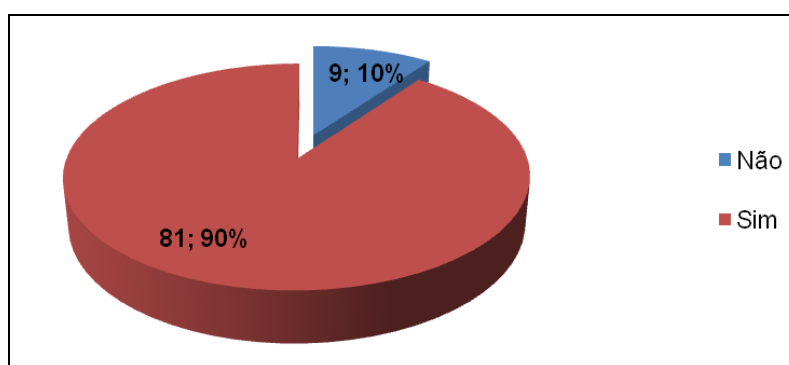


Figura 4.20: Se não tem aula de educação sexual, acha importante

Em relação às 81 adolescentes que acharam importante as aulas de educação sexual nas escolas, 59 (73,00%) relataram ser importante para aquisição de conhecimento, 19 (23,00%) relataram que serve para adquirir esclarecimentos sobre prevenção e 03 (4,00%) para aprender coisas que não têm coragem de conversar com os familiares (Figura 4.21).

Para as 09 (10,00%) adolescentes que informaram não ser importante a abordagem desse conteúdo na escola, 06 (67,00%) relatam que a escola não é lugar para se falar sobre sexo e 03 (33,00%) referem que é porque os alunos não levam a sério essas aulas (Figura 4.21).

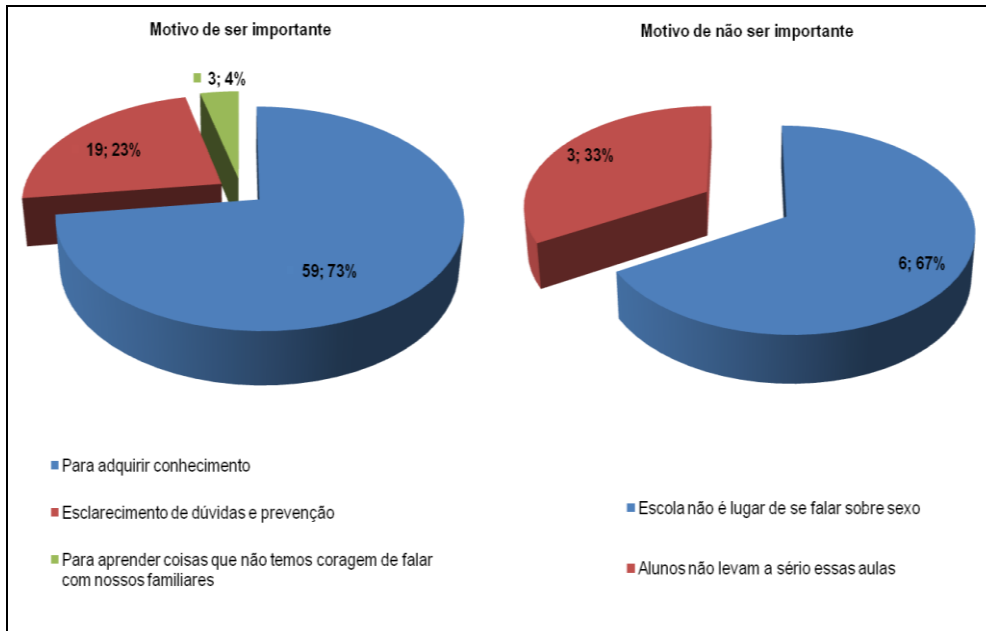


Figura 4.21: Motivo de achar importante ou não ter aula de educação sexual na escola

Observou-se que apenas 20 (18,18%) adolescentes tinham aula de educação sexual. Dessas, 19 (95,00%) referiram frequentar as aulas, sendo que 14 (70,00%) frequentavam para aprender e as outras 05 (25,00%) informaram que o assunto era abordado de forma superficial. A única adolescente que não frequentava a aula de educação sexual que tinha na escola refere que o motivo para a não adesão à aula era porque o assunto era abordado de forma muito chata (Tabela 4).

Tabela 4. Se frequentava a aula de educação sexual na escola e o motivo de frequentar ou não

Se tem aula, freqüentava	N=20	%
Não	1	5,00
Sim	19	95,00
Total	20	18,18

Motivo de freqüentar	N=19	%
Para aprender	14	70,00
Acha importante, mas as aulas eram superficiais	5	25,00
Total	19	17,27

Motivo de não freqüentar	N=1	%
O assunto era abordado de forma muito chata	1	5,00
Total	1	0,90

4.2.17.- Conversas sobre sexo e gravidez

Em relação às conversas sobre sexualidade/sexo e gravidez antes de engravidar observou-se que 62 (56,00%) adolescentes conversavam com alguém e 48 (44,00%) não conversavam com ninguém sobre esses assuntos (Figura 4.22).

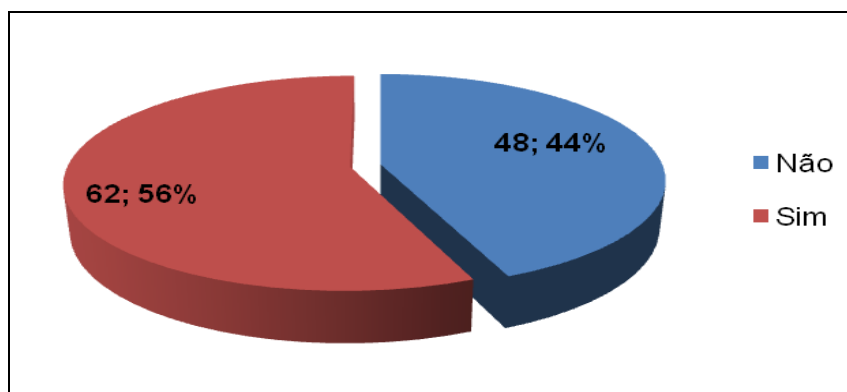


Figura 4.22: Conversas sobre sexo e gravidez

Apenas a vergonha foi o motivo presente na fala de 45 (94,00%) destas adolescentes, a vergonha associada ao medo em 02 (4,00%) dos casos e a vergonha associada à falta de interesse em 01 (2,00%) caso (Figura 4.23).

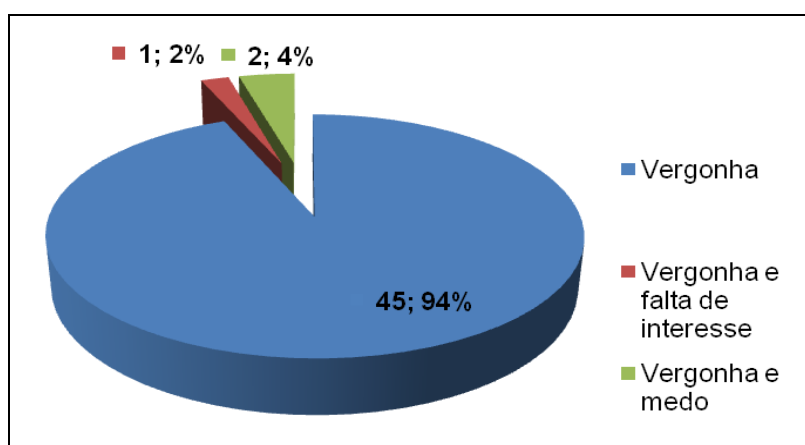


Figura 4.23: Motivo de não conversar sobre sexo e gravidez

Observou-se que, em relação às adolescentes que tinham conversas sobre sexo e gravidez, houve uma diversidade de pessoas com quem essas adolescentes referiram algum tipo de conversa, aparecendo os (as) amigos (as) em 37 (59,68%) dos

casos, as mães em 25 (40,32%), os professores em 07 (11,29%), a irmã em 05 (8,06%), o namorado em 03 (4,84%) e o pai em apenas 01 caso (1,61%) (tabela 5).

Tabela 5: Pessoas com quem falava sobre sexualidade/sexo

Pessoas com quem falava sobre sexualidade/sexo	N=62	%
Amigas	22	35,48
Mãe	10	16,13
Mãe e Amigas	8	12,90
Amigos e Professores	4	6,46
Namorado	2	3,23
Prima	2	3,23
Mãe e Irmã	2	3,23
Avó	1	1,61
Pai e Professores	1	1,61
Mãe e Madrinha	1	1,61
Mãe e Professores	1	1,61
Mãe, Irmã e Amigas	1	1,61
Tia	1	1,61
Irmã	1	1,61
Irmã e Primas	1	1,61
Pais e Amigos	1	1,61
Mãe, Amigas e Professores	1	1,61
Mãe e Parceiro	1	1,61
Total	62	56,36

4.2.18.- Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) com palestras educativas

Observou-se que 48 (44,00%) adolescentes referiram que nas Unidades de Saúde da Família de seus bairros não tem atividades de educação sexual para adolescentes e que 39 (35,00%) não sabem informar sobre esta prática. Apenas 23 (21,00%) referiram ter estas atividades (Figura 4.24).

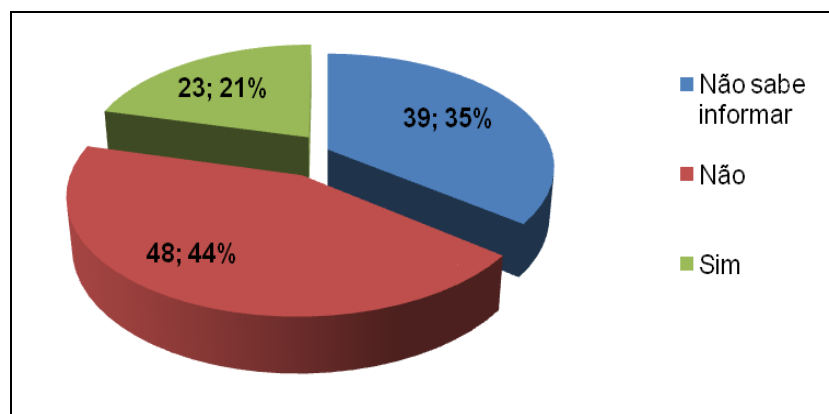


Figura 4.24: Palestras de educação sexual para adolescentes nas UBSF

Em relação às 23 (21,00%) adolescentes que referiram ter atividades educativas na Unidade de Saúde da Família, apenas 09 (39,00%) referiram frequentar essas atividades, contra 14 (61,00%) que não frequentavam as atividades realizadas pelas Equipes de Saúde da Família (Figura 4.25).

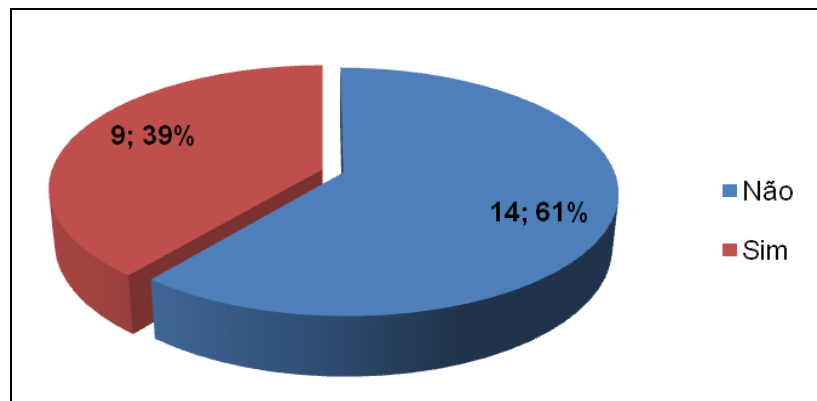


Figura 4.25: Frequentava as palestras nas Unidades Básicas de Saúde da Família

Em relação aos motivos de frequentar as atividades educativas desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família, observou-se que 03 (33,00%) só frequentavam essas atividades quando já estavam no local, 05 (56,00%) mostraram interesse pelas atividades para aprender e 01 (11,00%) referiu que só frequentava, pois era forçada pela Agente Comunitária de Saúde de sua área de abrangência (Figura 4.26).

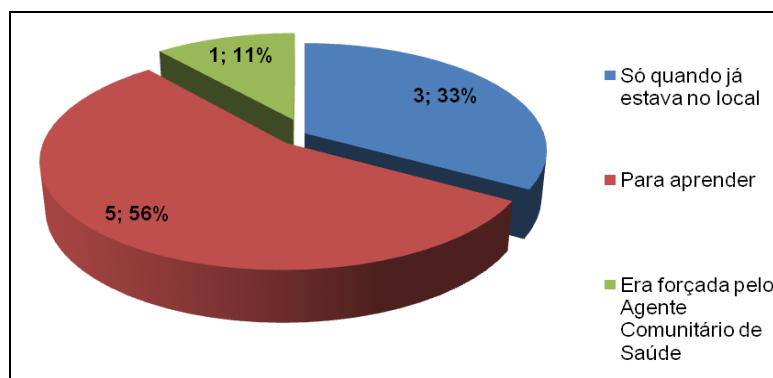


Figura 4.26: Motivos de frequentar as palestras nas Unidades Básicas de Saúde da Família

Quanto aos motivos encontrados para não frequentar as atividades educativas oferecidas pelas Equipes de Saúde da Família, observou-se que 12

(86,00%) adolescentes não podiam frequentar essas atividades, pois aconteciam no mesmo horário em que estavam na escola; para 01 (7,00%) a unidade de saúde encontrava-se muito longe de sua casa e também 01 (7,00%) referiu ser por nunca se interessar mesmo por essas atividades (Figura 4.27).

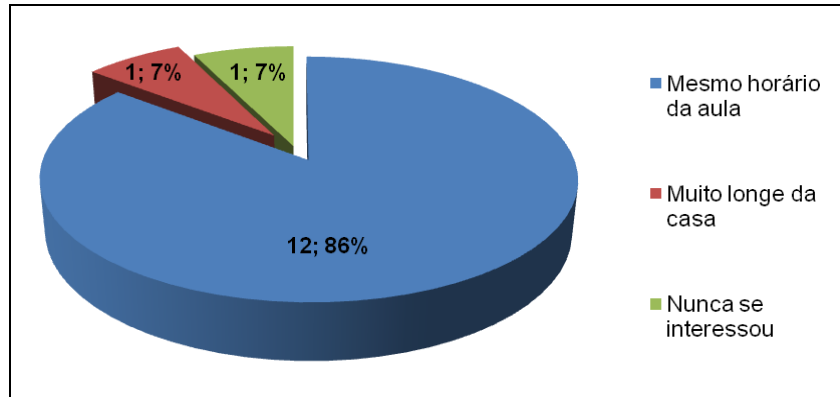


Figura 4.27: Motivos de não frequentar as palestras nas UBSF

4.2.19. – Importância das Atividades Educativas nas UBSF

Em relação à importância, atribuída por parte das adolescentes grávidas, às atividades educativas nas Unidades de Saúde da Família, observou-se que 109 (99,00%) referiram ser importante que se tenham tais atividades, contra apenas 01 (1,00%) que não achou importante (Figura 4.28).

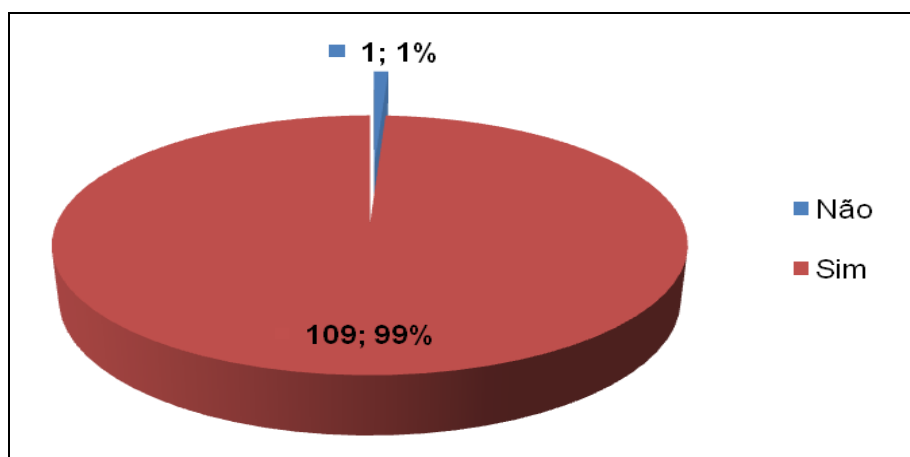


Figura 4.28: Acha importante ter atividades educativas nas Unidades Básicas de Saúde da Família

Os motivos apontados como importantes foram o esclarecimento de dúvidas, o recebimento de informação e orientação sendo, portanto, todos os motivos relacionados com o aprendizado (Figura 4.29).

Em relação à única adolescente que referiu não achar importantes as atividades educativas, realizadas nas Unidades de Saúde da Família, esta relatou como motivo que esses assuntos não devem ser falados com pessoas estranhas, evidenciando uma distância com a equipe de saúde (Figura 4.29).

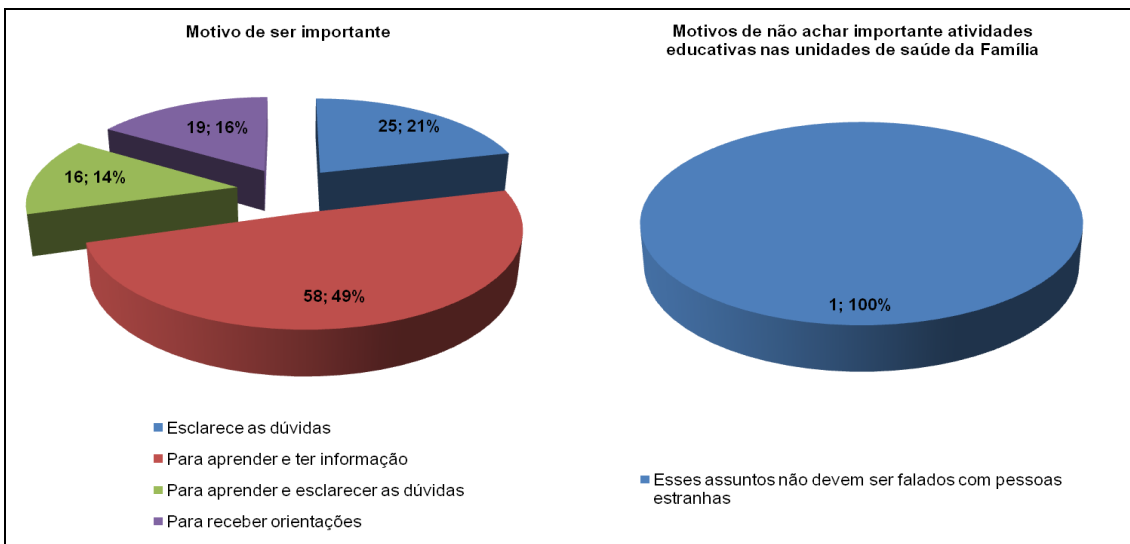


Figura 4.29: Motivos de achar importante ou não ter atividades educativas nas UBSF

4.2.20.- Distribuição de métodos contraceptivos nas UBSF

Em relação à distribuição de métodos contraceptivos nas Unidades Básicas de Saúde da Família, ficou evidenciado que 84 (76,00%) adolescentes referiram ter acesso à distribuição desses métodos, contra 09 (8,00%) que referiram não ter acesso aos métodos e 17 (16,00%) que não souberam informar (Figura 4.30).

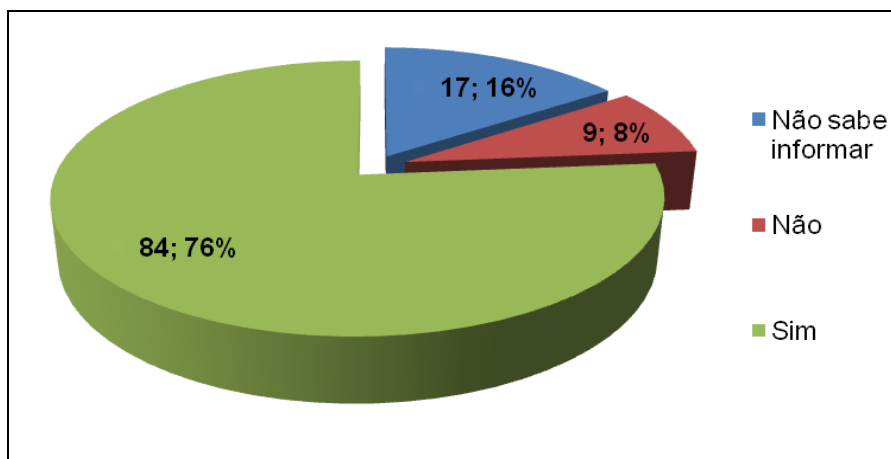


Figura 4.30: Distribuição de métodos contraceptivos nas Unidades Básicas de Saúde da Família

Quanto aos métodos que são fornecidos, na fala das adolescentes verificou-se que não havia distribuição de todos os métodos (Figura 4.31), contrariando a legislação do planejamento familiar vigente no país. O mais referido foi o preservativo.

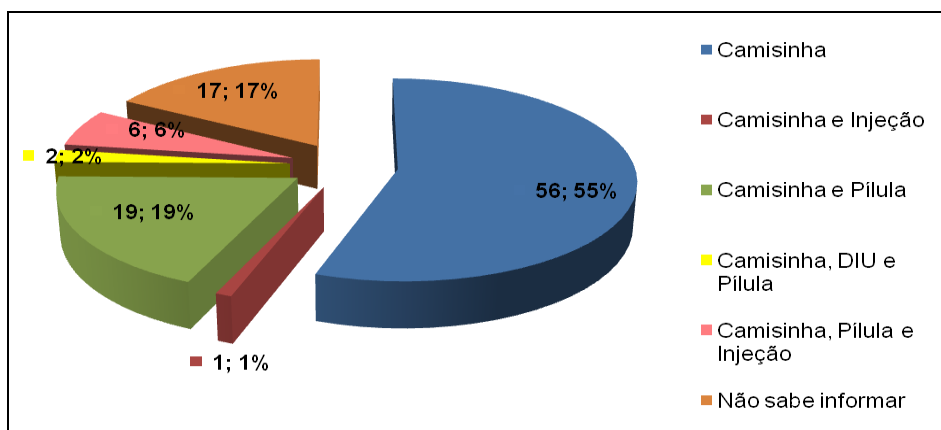


Figura 4.31: Métodos contraceptivos distribuídos nas UBSF

4.2.21.- Frequência da UBSF antes de engravidar

Observou-se que 53 (48,00%) adolescentes não frequentavam a Unidade de Saúde da Família antes desta gravidez, contra 57 (52,00%) que já frequentavam a Unidade de Saúde antes desta gravidez.

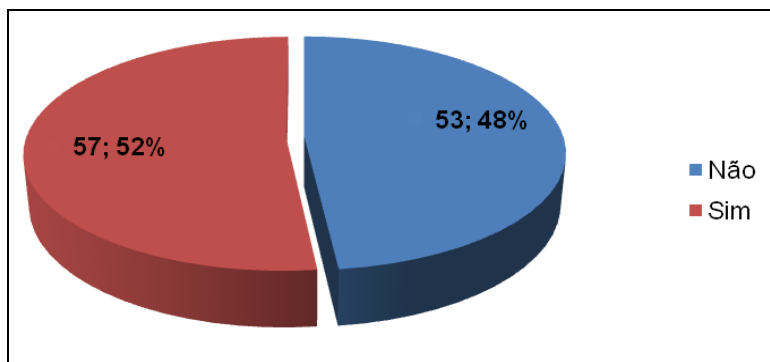


Figura 4.32: Frequentava a UBSF antes de engravidar

Das 53 (48,00%) adolescentes que não frequentavam anteriormente a Unidade de Saúde da Família, 49 (92,00%) referiram como motivo não precisar frequentar por não ficarem doentes (Figura 4.33).

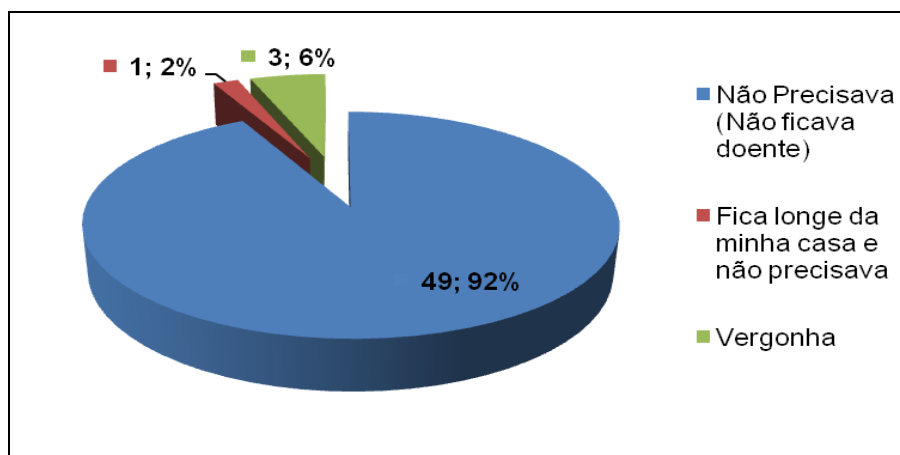


Figura 4.33: Motivos de não frequentar a Unidade Básica de Saúde da Família

Perante as 57 (51,82%) adolescentes que frequentavam a Unidade de Saúde da Família anteriormente à gravidez atual, percebeu-se que os adolescentes pouco utilizam os serviços de saúde e quando os utilizavam, buscavam serviços curativos e não de prevenção (Figura 4.34).

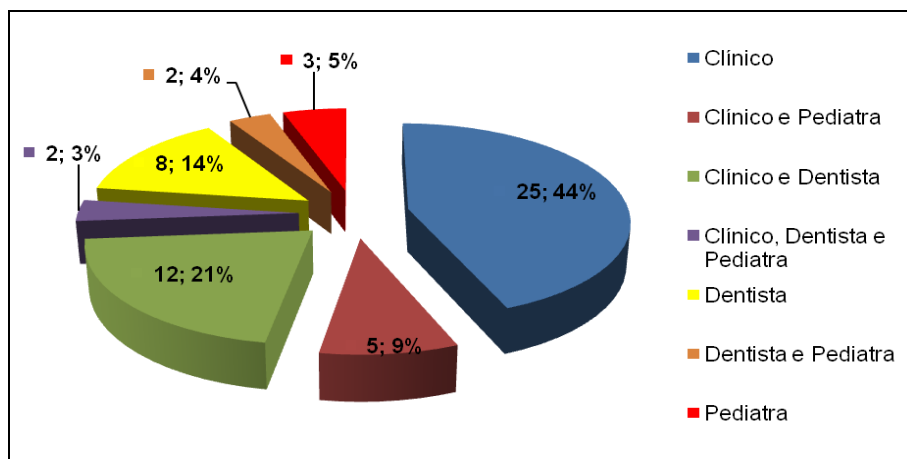


Figura 4.34: Serviços que procurava na UBSF antes de engravidar

4.2.22.- Orientação sobre sexualidade/sexo e gravidez

Em relação à orientação sobre sexualidade, 29 (26,00%) das adolescentes do estudo referiram que houve falta de orientação, 32 (29,00%) referiram que houve um pouco de falta de orientação, que somando totaliza 61 (55,00%) adolescentes sem orientação sexual, contra 49 (45,00%) que referiram não ter tido falta de orientação em relação a assuntos sobre sexo, sexualidade e gravidez (Figura 4.35).

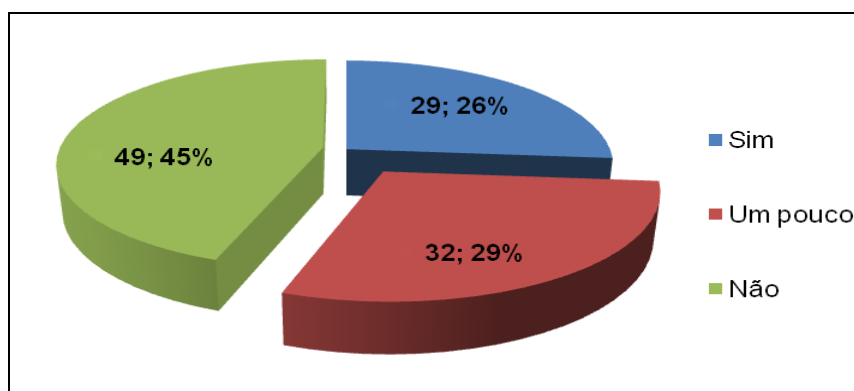


Figura 4.35: Faltou orientação sobre sexualidade/sexo/gravidez

Em relação ao motivo da falta de orientação sobre questões relacionadas ao sexo, muitos foram os motivos citados pelas adolescentes entrevistadas, os quais se apresentam em ordem decrescente: a falta de orientação por parte da mãe; a falta de conversas com qualquer pessoa por vergonha (tendo que aprender tudo sozinha); orientação apenas pela televisão, internet e amigas; orientações recebidas da mãe de forma superficial ou colegas que orientavam não tinham muita experiência (Figura: 4.36).

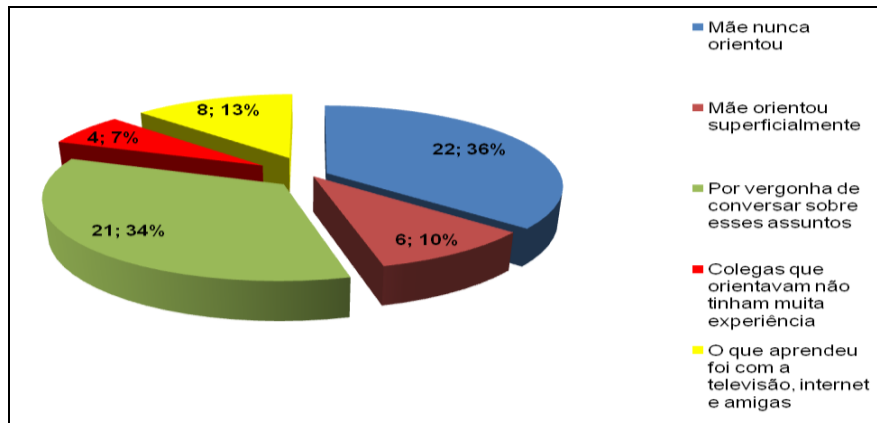


Figura 4.36: Motivo da falta de orientação em relação ao sexo/gravidez

Das 49 adolescentes que disseram não ter tido falta de orientação no que toca aos assuntos sobre sexualidade/sexo/gravidez, notou-se que houve uma diversidade muito grande em relação às pessoas de quem receberam essa orientação, estando a mãe em primeiro lugar seguida dos amigos (Tabela 6).

Tabela 6: Pessoas de quem recebeu orientação em relação ao sexo/gravidez

Pessoas de quem recebeu orientação em relação ao sexo/gravidez	N=49	%
Mãe	11	22,45
Amigos	9	18,37
Mãe e amigas	4	8,16
Professores	4	8,16
Familiares	3	6,12
Namorado	2	4,08
Amigos e televisão	2	4,08
Pais	2	4,08
Irmã	1	2,04
Avó	1	2,04
Mãe, amigas e professores	1	2,04
Mãe e madrinha	1	2,04
Amigos e professores	1	2,04
Prima	1	2,04
Mãe, irmã e amigas	1	2,04
Mãe, amigas e televisão	1	2,04
Mãe, amigas e profissionais das UBSF	1	2,04
Pai e professores	1	2,04
Irmã e prima	1	2,04
Mãe e professores	1	2,04
Total	49	44,50

4.2.23.- Pessoas que deveriam informar sobre sexo/gravidez

Em relação às orientações sobre sexualidade, conforme mostra a tabela 7, observou-se que as adolescentes apresentaram uma diversidade de pessoas de quem esperam tais orientações. Porém, estão sempre presentes a figura materna ou de ambos os pais, dos professores e dos profissionais da saúde.

Tabela 7: Pessoas de quem as adolescentes esperam receber orientações sobre sexo/ gravidez

Pessoas de quem as adolescentes esperam receber orientações sobre sexo/gravidez	N=110	%
Mãe	42	38,18
Pais, escola (professores) e profissionais de saúde	22	20,00
Mãe, escola (professores) e profissionais de saúde	15	13,64
Pais e escola (professores)	6	5,45
Escola (professores)	5	4,54
Familiares	4	3,64
Mãe e profissionais de saúde	3	2,73
Profissionais de saúde	3	2,73
Pais e profissionais de saúde	2	1,82
Mãe e escola (Professores)	2	1,82
Não sabe dizer	2	1,82
Pais, familiares e escola (professores)	1	0,90
Total	110	100

4.2.24.– Estímulo da mídia para o sexo entre os adolescentes

Em relação à interferência da mídia como fonte de estímulo para o sexo/gravidez entre adolescentes observou-se, neste estudo, que 94 (85,00%) das adolescentes a referiram como fator positivo para o ato, contra 16 (15,00%) que referiram que a mídia não configura como fator de estímulo para que ocorra o sexo/gravidez entre adolescentes (Figura 4.37).

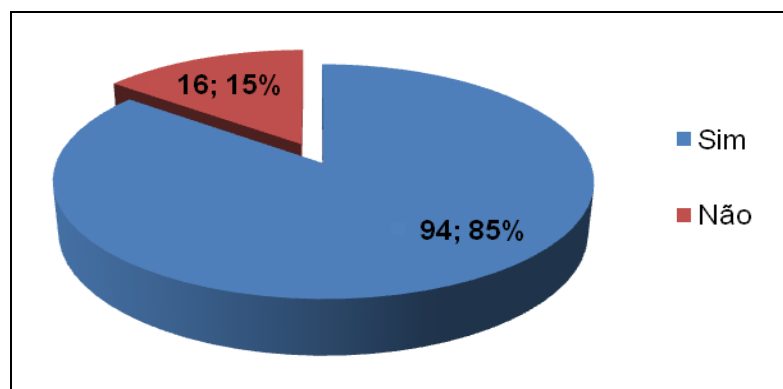


Figura 4.37: Meios de comunicação como estímulo para o sexo

Em relação aos motivos referidos pelas 94 (85,00%) adolescentes que concordaram que a mídia é um fator estimulador para o sexo/gravidez, foi encontrado que: para 49 (52,00%) por despertar a vontade/desejo; para 31 (33,00%) por despertar a curiosidade e desejo; e para 14 (15,00%) por despertar a curiosidade (Figura 4.38).

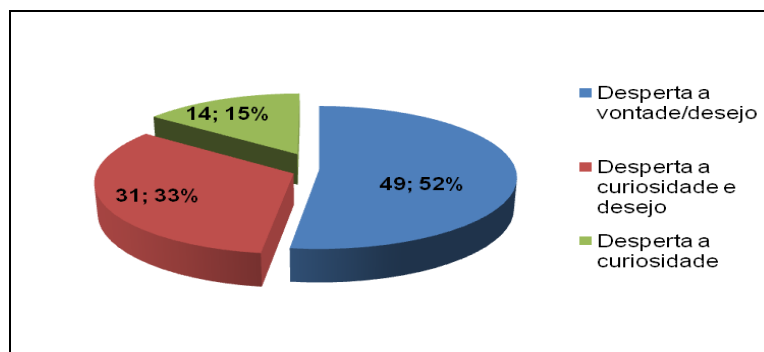


Figura 4.38: Motivo de ser a mídia fonte de estímulo para o sexo/gravidez

A Figura 4.39 mostra que 16 (15,00%) adolescentes deste estudo não apontaram a mídia como fator de influência para a precocidade sexual, visto ser um objeto de importância para a orientação, mostrando formas de prevenção e focando os prejuízos.

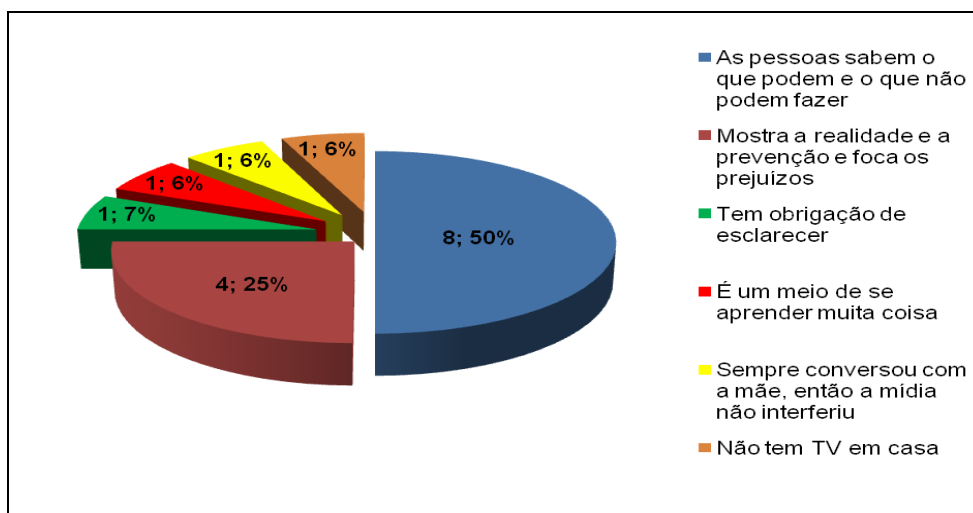


Figura 4.39: Motivo da mídia não ser fonte de estímulo para o sexo/gravidez

4.3.- Comportamentos Sexuais e Relacionamentos Afetivos

4.3.25.- Planejamento da gravidez

Em relação ao planejamento da gravidez, 90 (82,00%) adolescentes referiram não ter planejado a gravidez, contra 20 (18,00%) adolescentes que a planejaram (Figura 4.40).

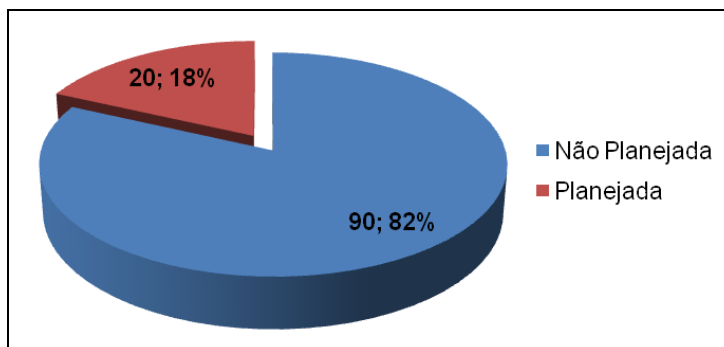


Figura 4.40: Planejamento da gravidez

Verificou-se que muitos são os motivos que levaram as adolescentes deste estudo a planejarem a gravidez: 07 (35,00%) para satisfazer a vontade do namorado/parceiro; 04 (20,00%) tanto para satisfazer a vontade do parceiro quanto a vontade de ser mãe; 03 (15,00%) tanto para satisfazer a vontade de ser mãe quanto para se sentir importante; 03 (15,00%) para satisfazer o sonho de ser mãe; 02 (10,00%) para satisfazer a vontade de ser mãe e por se sentir sozinha. Chama a atenção a situação de 01 (5,00%) adolescente deste estudo que planejou sua gravidez para poder sair de casa por conta de uma situação familiar conflituosa (Figura 4.41).

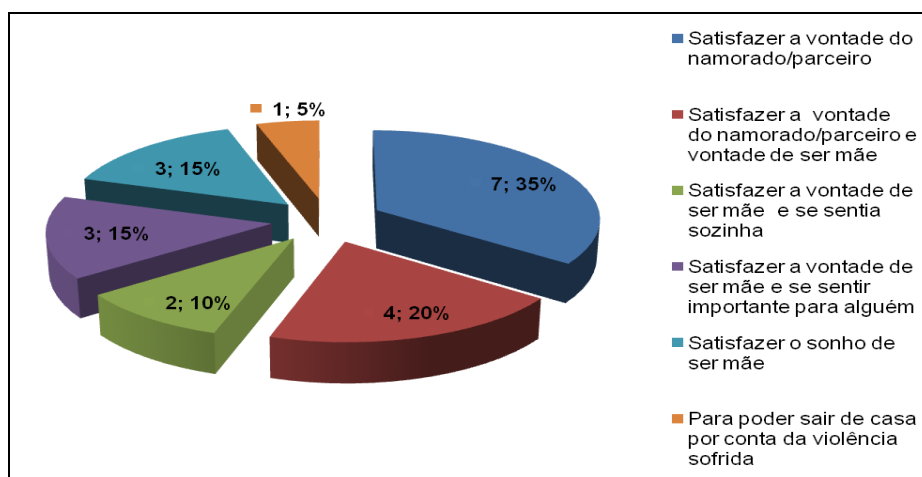


Figura 4.41: Motivo de planejar a gravidez

4.3.26.- Reação ou sentimento da adolescente face à notícia de gravidez

Conforme mostra a Figura 4.42, para 72 (65,45%) adolescentes a reação inicial frente a descoberta da gravidez foi de caráter negativo (medo, tristeza, desespero e raiva). Para 32 (29,08%) a reação inicial foi positiva (alegria). Para 06 (5,00%) adolescentes a reação foi ambivalente (alegre com medo) e houve 02 (2,00%) que referiram reação normal.

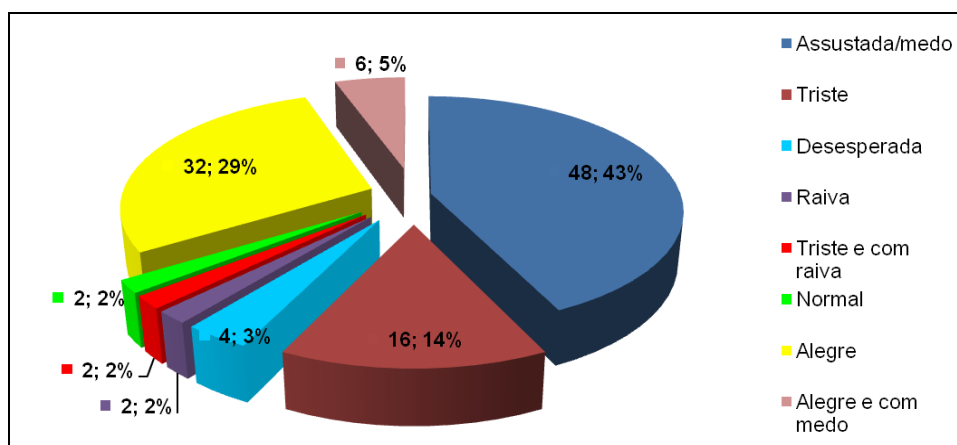


Figura 4.42: Reação e sentimento da adolescente frente à descoberta da gravidez

4.3.27.- Reação ou sentimento dos familiares da adolescente face à notícia de gravidez

Em relação à reação/sentimento evidenciado pelos familiares das adolescentes deste estudo, a Figura 4.43 mostra que 72 (65,00%) referiram uma reação inicial de caráter negativo, 23 (21,00%) uma reação de caráter positivo, 12 (11,00%) uma reação ambivalente e 03 (3,00%) ainda não sabem da gravidez, o que demonstra o medo de dar a notícia.

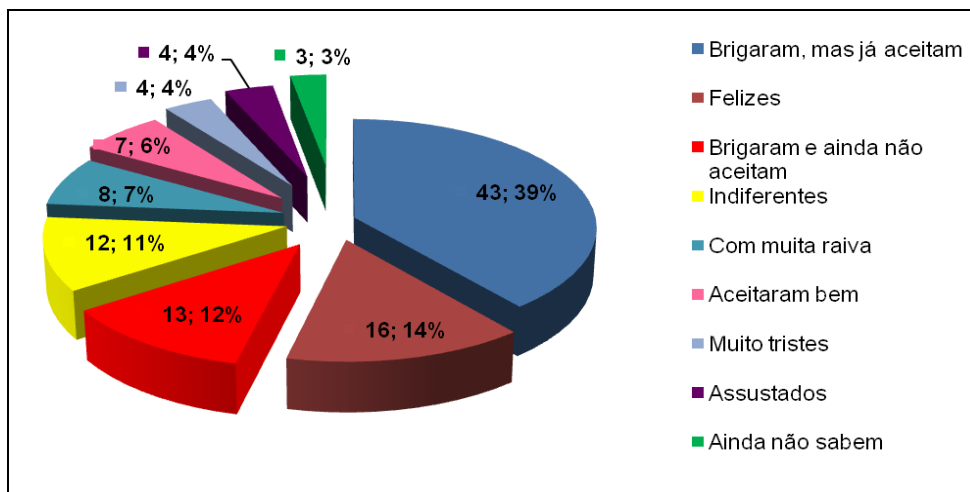


Figura 4.43: Reação da família da adolescente frente à descoberta da gravidez

4.3.28.- Reação do pai da criança em relação à gravidez

Em relação à reação/sentimento evidenciado pelo pai da criança, o estudo demonstrou, conforme apresenta a Figura 4.44, que 70 (64,00%) tiveram uma reação inicial de caráter positivo e 40 (36,00%) uma reação de caráter negativo.

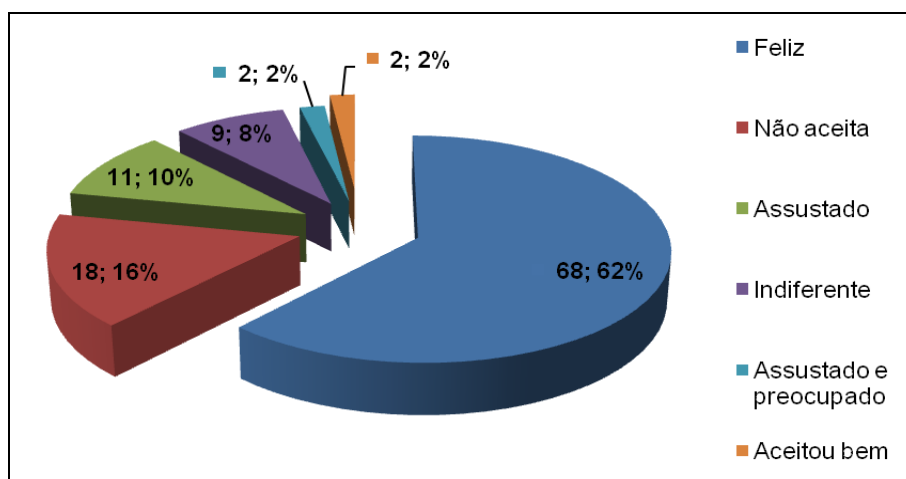


Figura 4.44: Reação do pai da criança frente à descoberta da gravidez

4.3.29.- Reação dos familiares do pai da criança em relação à gravidez

Quanto à reação/sentimento evidenciado pelos familiares do pai da criança, este estudo demonstrou, conforme a Figura 4.45 mostra, que 57 (51,82%) tiveram

uma reação inicial de caráter positivo, 26 (23,64%) uma reação de caráter negativo e 27 (24,54%) ainda não sabem da gravidez.

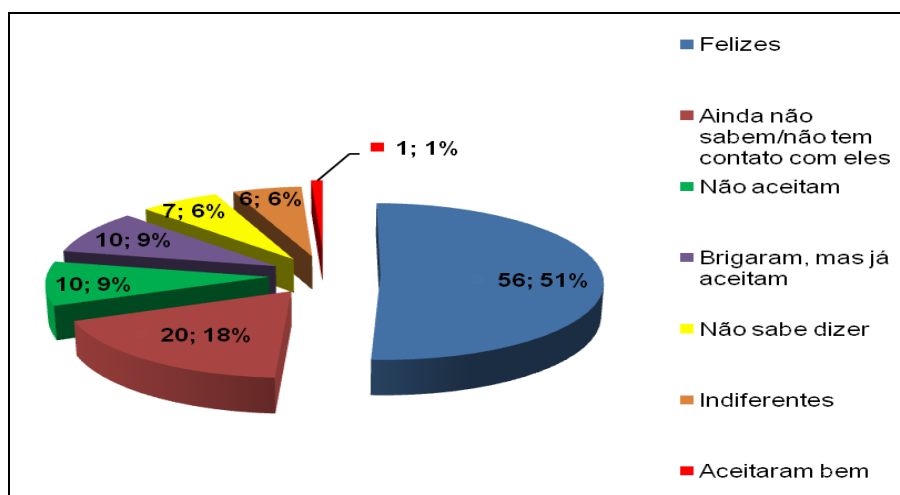


Figura 4.45: Reação dos familiares do pai da criança frente à descoberta da gravidez

4.3.30.- Idade da adolescente quando teve a primeira relação sexual

Quanto à idade da primeira relação sexual foi encontrada, neste estudo, uma média de 14,06 anos, variando de 11 a 18 anos. Nota-se uma incidência mais elevada entre os 13 e os 15 anos, sendo a idade mais frequente aos 13 anos (Figura 4.46).

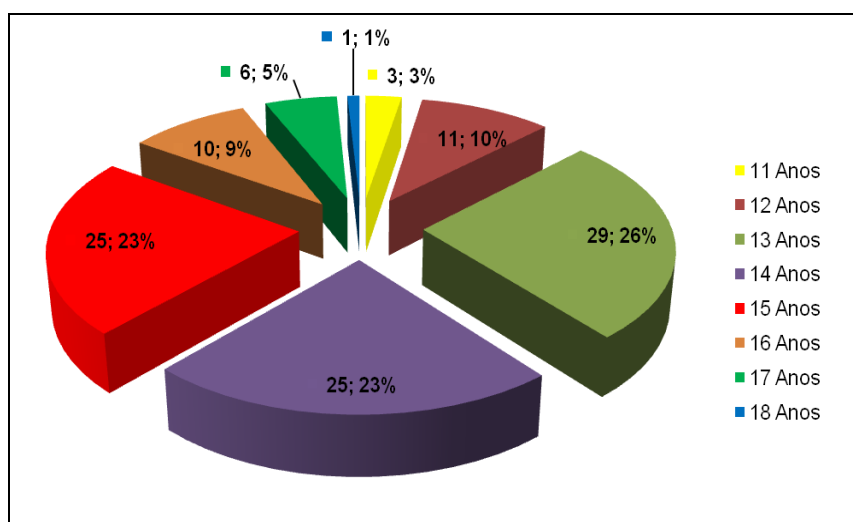


Figura 4.46: Idade da 1ª relação sexual

4.3.31.- Conhecimento da família do início da atividade sexual da adolescente

Quanto ao conhecimento por parte da família sobre a iniciação sexual, os dados mostram que para 76 (69,00%) das adolescentes não havia conhecimento por parte da família e que para apenas 34 (31,00%) das adolescentes alguém da família era ciente da iniciação sexual.

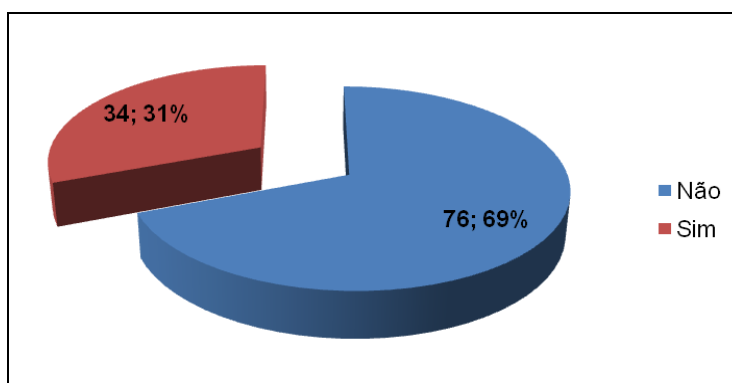


Figura 4.47: Consciência dos familiares em relação ao início das atividades sexuais

Quanto aos motivos que fizeram as adolescentes não contarem a alguém da família sobre o início das atividades sexuais salientam-se, conforme a Figura 4.48, medo e/ou vergonha.

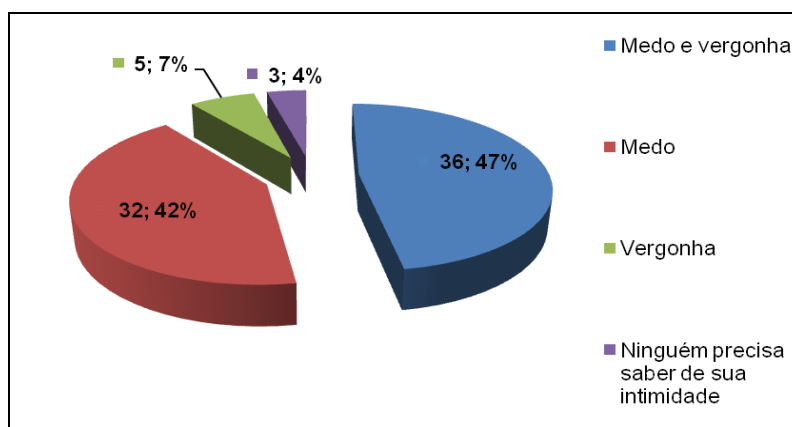


Figura 4.48: Motivos de não tornar a família ciente sobre o início das atividades sexuais

Relativamente aos motivos que levaram a dar conhecimento, destaca-se para 10 (29,00%) adolescentes que o motivo era para que a família não soubesse por outra pessoa, 09 (26,00%) para terem orientações, 03 (9,00%) por não acharem certo esconder, 03 (9,00%) porque os familiares souberam por outras pessoas, 03 (9,00%) porque a mãe sempre pediu para não esconder, 03 (9,00%) porque já foi morar junto

com o parceiro, 02 (6,00%) desconfiaram e perguntaram e 01 (3,00%) teve problemas e precisou contar (Figura 4.49).

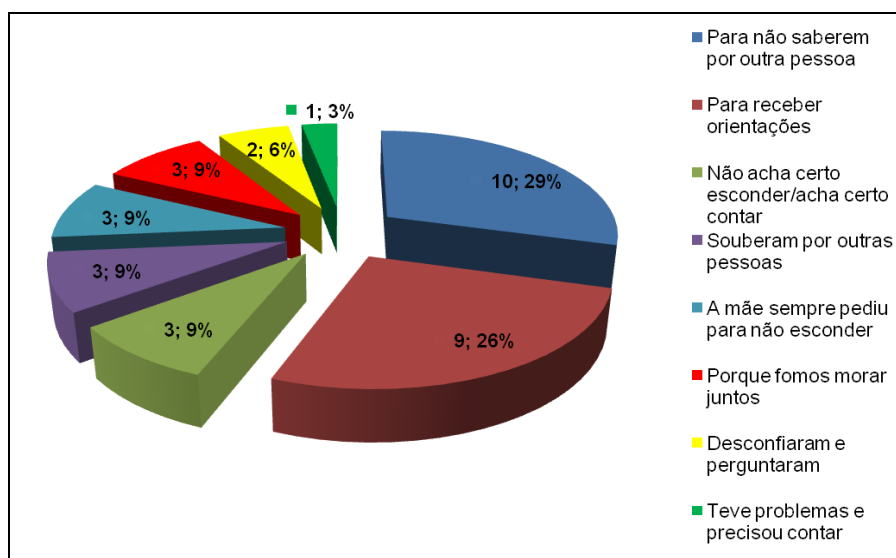


Figura 4.49: Motivos de tornar a família ciente sobre o início das atividades sexuais

A figura 4.50 mostra quem eram as pessoas que se tornaram cientes do início das atividades sexuais das adolescentes, destacando-se a mãe para 50%.

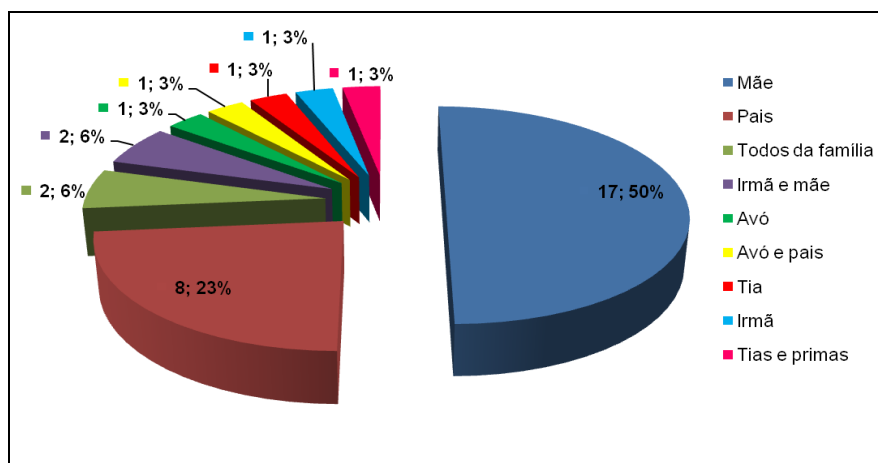


Figura 4.50: Pessoas da família que estavam cientes do início das atividades sexuais

4.3.32.- Idade da adolescente quando engravidou a primeira vez

Observou-se que a idade da adolescente aquando da primeira gravidez foi mais frequentemente na faixa etária de 15 a 19 anos, totalizando aí 75 (68,18%) casos, contra 35 (31,82%) na faixa etária dos 10 aos 14 anos. Encontrou-se como

idade mínima 12 anos e como idade máxima 19 anos, sendo a média de idade de 15,48 anos (Figura 4.51).

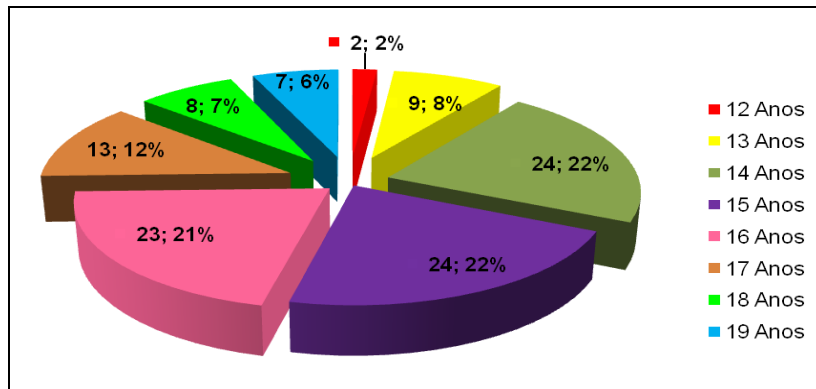


Figura 4.51: Idade quando engravidou a primeira vez

4.3.33.- Idade do parceiro na gravidez atual

Em relação à idade do parceiro, o nosso estudo demonstra uma grande amplitude, sendo 14 anos a idade mínima e 48 a idade máxima, com uma média de 22,25 anos (Tabela 8). Em quase 10% dos casos o parceiro tinha idade acima dos 30 anos.

Tabela 8: Idade do parceiro

Idade do Parceiro	N	%
14 anos	1	0,91
15 anos	2	1,82
16 anos	4	3,64
17 anos	6	5,45
18 anos	15	13,63
19 anos	12	10,9
20 anos	10	9,1
21 anos	9	8,18
22 anos	8	7,27
23 anos	7	6,36
24 anos	4	3,64
25 anos	4	3,64
26 anos	8	7,27
27 anos	2	1,82
28 anos	2	1,82
29 anos	6	5,45
30 anos	1	0,91
31 anos	1	0,91
32 anos	3	2,73
33 anos	1	0,91
34 anos	2	1,82
36 anos	1	0,91
48 anos	1	0,91
Total	110	100

4.3.34.- Tempo de relacionamento com o parceiro

Quanto ao tempo de relacionamento com o parceiro aquando desta gravidez encontrou-se como tempo mínimo menos de 01 mês para 01 adolescente, 72 meses (6 anos) como tempo máximo e 14,9 meses como média de tempo de relacionamento (Tabela 9). A maior ocorrência foi registada aos 2 meses.

Tabela 9: Tempo de relacionamento até à ocorrência da gravidez

Tempo de Relacionamento até a ocorrência da Gravidez	N	%
15 dias	1	0,91
1 mês	7	6,36
2 meses	13	11,83
3 meses	8	7,27
4 meses	6	5,45
5 meses	5	4,54
6 meses	8	7,27
7 meses	4	3,64
8 meses	7	6,36
9 meses	4	3,64
11 meses	1	0,91
1 ano	10	9,1
1 ano e 1 mês	1	0,91
1 ano e 4 meses	1	0,91
1 ano e 5 meses	1	0,91
1 ano e 6 meses	3	2,73
1 ano e 7 meses	2	1,82
2 anos	8	7,27
2 anos e 6 meses	2	1,82
3 anos	6	5,45
3 anos e 4 meses	1	0,91
4 anos	6	5,45
4 anos e 6 meses	1	0,91
5 anos	2	1,82
6 anos	1	0,91
Total	110	100

4.3.35.- Vínculo afetivo com a pessoa de quem engravidou

Quanto ao vínculo afetivo com a pessoa de quem engravidou a Figura 4.52 mostra que apenas 03 (3,00%) adolescentes tinham vínculo oficializado, 67 (61,00%) estavam namorando, 33 (30,00) já eram parceiras (moravam juntos), 01 (1,00%) era amante (o pai da criança era casado), 04 (3,00%) eram conhecidas e 02 (2,00%) eram amigos.

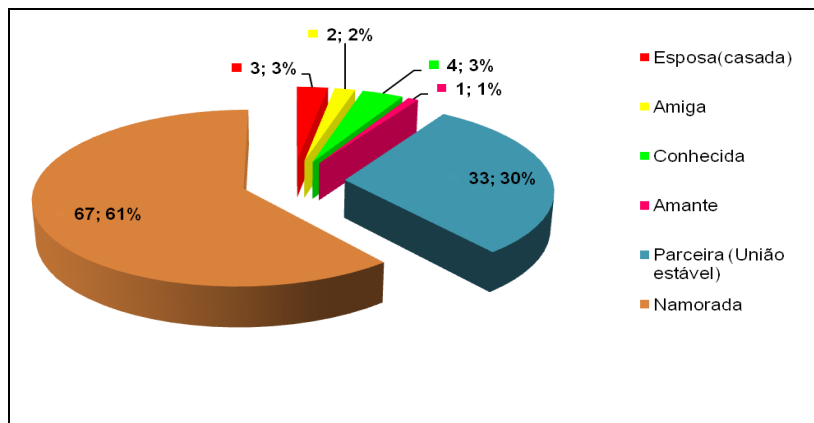


Figura 4.52: Vínculo afetivo com a pessoa de quem engravidou

4.3.36.- Manutenção do vínculo afetivo com a pessoa de quem engravidou

Após a descoberta da gravidez o vínculo afetivo mudou para 58 (53,00%) adolescentes, enquanto para 52 (47,00%) permaneceu o mesmo (Figura 4.53).

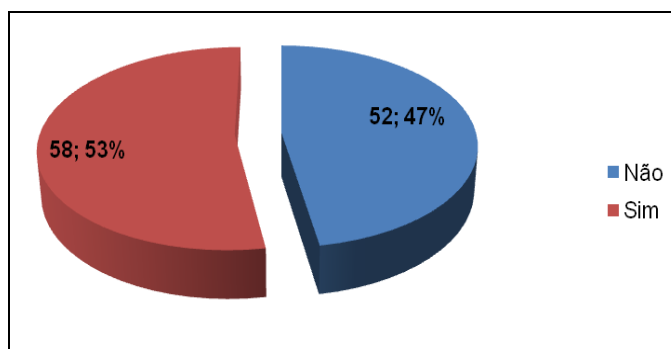


Figura 4.53: Mudança de Vínculo após a descoberta da gravidez

Quanto à mudança de vínculo observou-se que 26 (24,00%) das adolescentes perderam o vínculo afetivo com o pai da criança, houve uma diminuição das adolescentes que mantinham um vínculo consensual de 33 para 28 (decréscimo de 11,78%) e um aumento de 01 adolescente que oficializou o relacionamento (Figura 4.54).

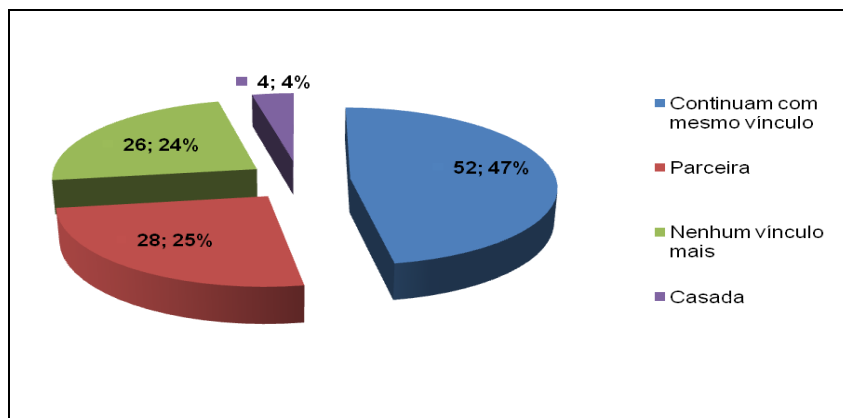


Figura 4.54: Vínculo atual com a pessoa de quem engravidou

4.3.37.- Obrigada a casar/morar com o pai da criança

O nosso estudo evidenciou que para 100 (91,00%) adolescentes não houve uma obrigação de casar e oficializar o vínculo, contra apenas 10 (9,00%) que foram obrigadas a oficializar o vínculo mediante a presença da gravidez (Figura 4.55).

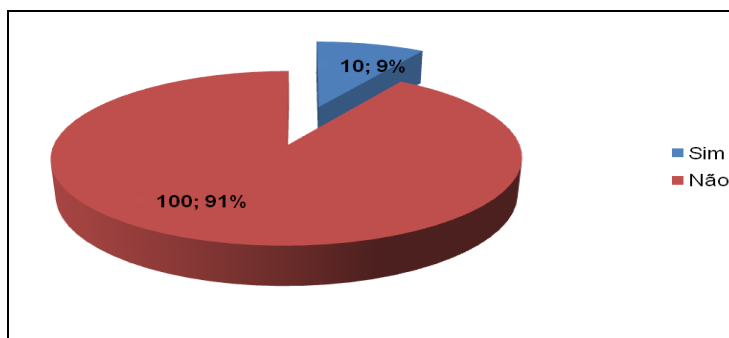


Figura 4.55: Obrigação de casar/morar com a pessoa de quem engravidou

A figura 4.56 mostra os motivos das adolescentes terem sido obrigadas a casar/morar com a pessoa de quem engravidou e mostra, também, os motivos de não terem sido obrigadas a realizar tal atitude.

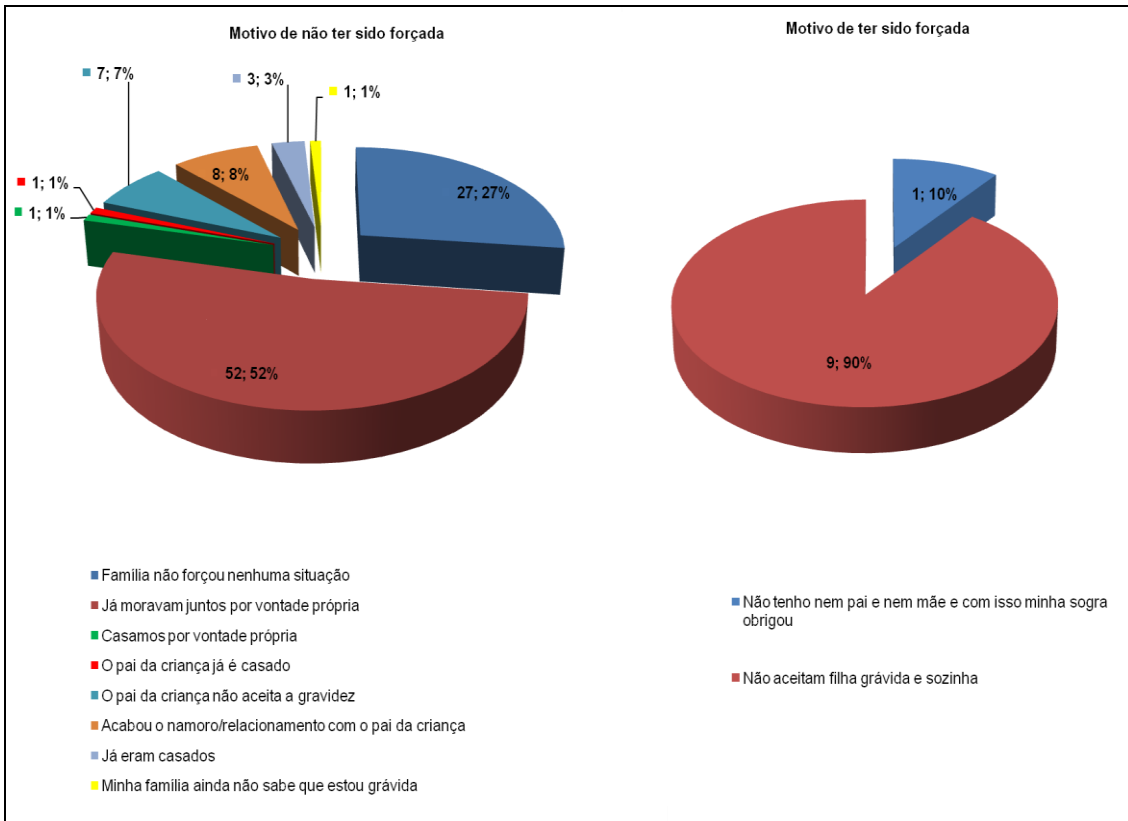


Figura 4.56: Motivos não ter sido/ter sido obrigada a casar/morar com a pessoa de quem engravidou

Quanto à pessoa responsável por quem a adolescente foi obrigada a casar/morar junto, a maioria foi imposta pelos pais ou por pelo menos um deles. Neste estudo, das 10 (9,10%) adolescentes obrigadas a formalizar ou oficializar o relacionamento, 03 (30,00%) foi pela mãe, 02 (20,00%) pelo pai, 04 (40,00%) por ambos os pais e apenas 01 (10,00%) foi obrigada pela família do parceiro, pois a mesma era órfã de pai e mãe e com isso a sogra se sentiu responsável tanto pela adolescente quanto pela criança que estava para nascer (Figura 4.57).

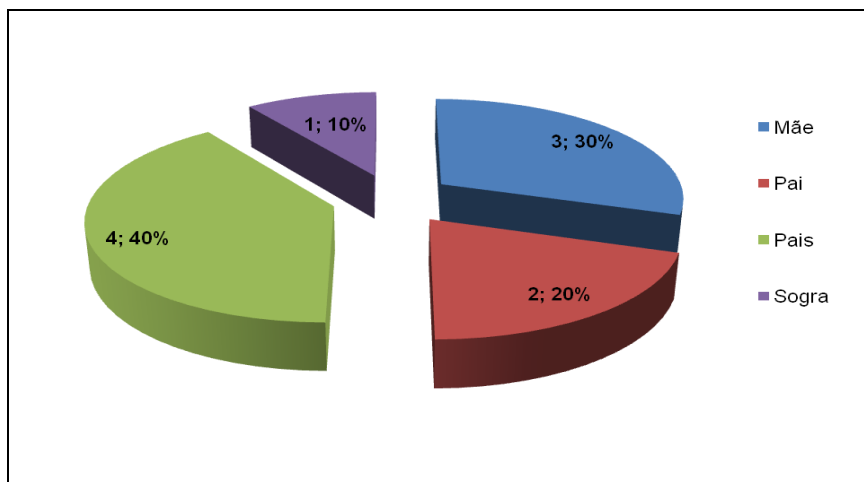


Figura 4.57: Pessoa que obrigou a oficializar o vínculo

4.4. Saúde Sexual e Violência

4.4.38. Prevenção da gravidez

Em relação à prevenção da gravidez, 78 (71,00%) adolescentes referiram ter prevenido a gravidez, contra 32 (29,00%) adolescentes que não preveniam e até planejaram a situação (Figura 4.58).

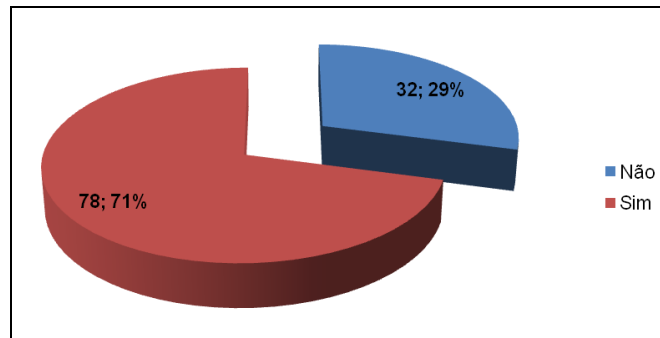


Figura 4.58: Prevenção da gravidez

De entre as 78 adolescentes que faziam a prevenção da gravidez, 54 (69,00%) faziam uso exclusivo de preservativo (camisinha), 15 (19,00%) usavam exclusivamente anticoncepcional oral (pílula), 05 (6,00%) faziam uso exclusivo de anticoncepcional injetável, 02 (3,00%) associavam preservativo com anticoncepcional injetável e 02 (3,00%) associavam anticoncepcional oral e camisinha (Figura 4.59).

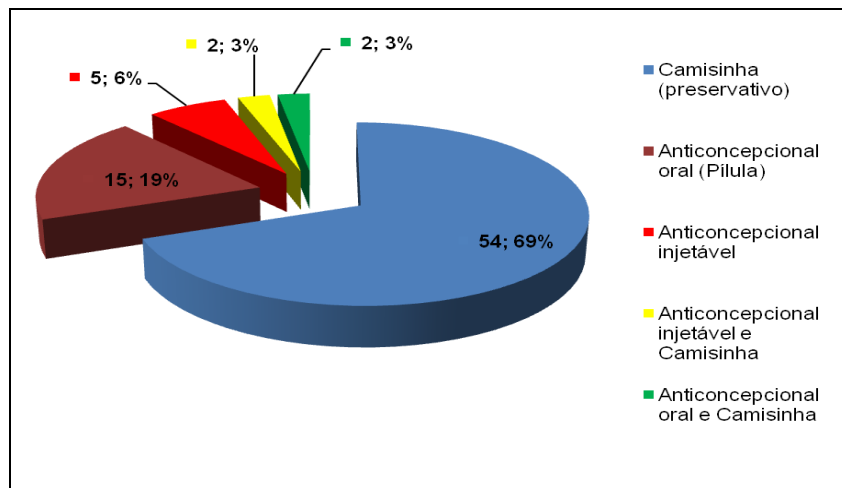


Figura 4.59: Métodos contraceptivos usados

4.4.39.- Frequência do uso de preservativo

Em relação ao uso de preservativo apenas 17 (15,00%) adolescentes da nossa amostra referiram usar sempre o preservativo, contra 93 (85,00%) que referiram nunca usar ou usar em eventuais situações (Figura 4.60).

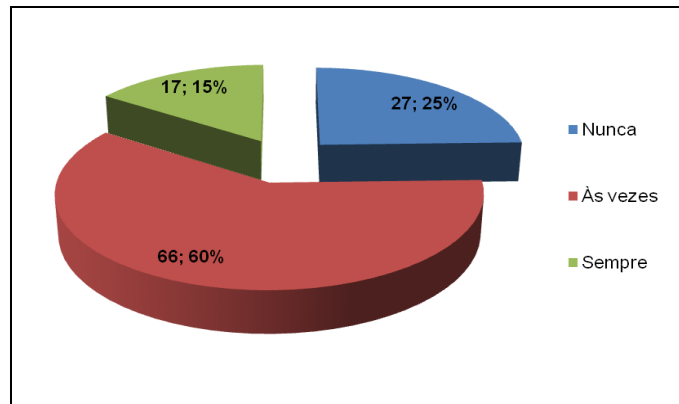


Figura 4.60: Frequência do uso do preservativo

As adolescentes explicaram os motivos para o uso e para o não uso do preservativo (Figura 4.61). Chama atenção o fato de 17 (15,00%) adolescentes terem engravidado, mesmo fazendo o uso do preservativo, referindo que o mesmo estourou. Para 05 (5,00%) adolescentes o uso do preservativo foi referido como algo incômodo e por isso o desuso. Também 10 (9,00%) adolescentes não haviam feito uso do preservativo com o parceiro atual e 05 (5,00%) adolescentes haviam feito uso no início da relação. Para 20 (18,00%) adolescentes deste estudo houve o abandono do preservativo quando existiu a vontade de engravidar.

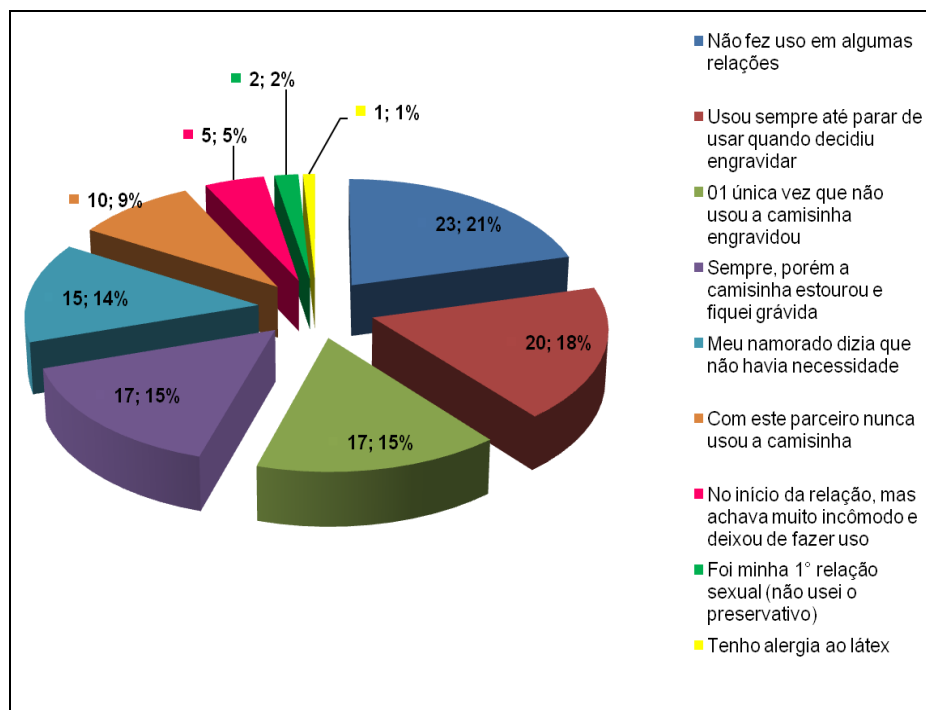


Figura 4.61: Motivos do uso e do não uso do preservativo

4.4.40.- Parceiros sexuais

Partindo para referenciar o número de parceiros sexuais que as adolescentes deste estudo possuíam, observou-se que o mínimo foi 1 parceiro para 38 adolescentes (35,00%) e o máximo foi 30 parceiros sexuais para 01 (1,00%) adolescente. O valor médio registrado foi de 3,04 parceiros sexuais.

Apesar de ter apenas 01 parceiro sexual (38 = 35,00%) ter sido o mais frequente nesta amostra, foi encontrada também uma parcela significativa de adolescentes que possuíam 02 parceiros (26 = 24,00%) e 03 parceiros (19 = 17,00%). (Figura 4.62).

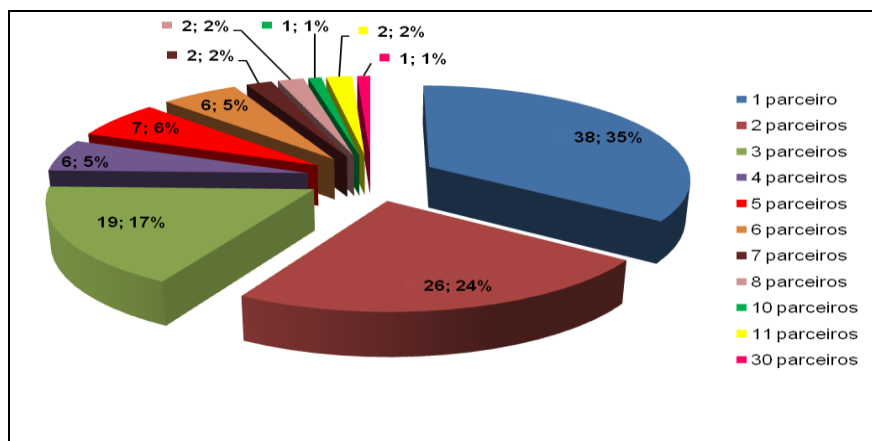


Figura 4.62: Número de parceiros sexuais

4.4.41.- Infecções sexualmente transmissíveis (IST's)

Em relação às IST's, observou-se que apenas 10 (9,00%) das adolescentes referiram ter tido alguma IST antes de engravidar, 12 (11,00%) referiram não saber informar se tiveram alguma IST, contra 88 (80,00%) que disseram que não tiveram IST (Figura 4.63).

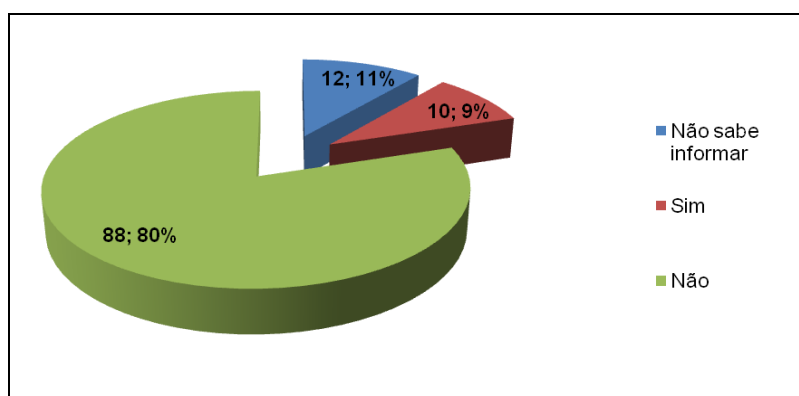


Figura 4.63: Presença de IST

Em relação às IST's, percebeu-se que 03 (30,00%) das adolescentes não souberam informar com qual IST tinham sido acometidas, 02 (20,00%) referiram ter tido HPV; 01 (10,00%) teve cândida, gardnerella, trichomonas e HPV; 01 (10,00%) contraiu cândida, herpes e HPV; 01 (10,00%) HPV e gardnerella, 01 (10,00%) sífilis e 01 (10,00%) Trichomonas e HPV (Figura 4.64).

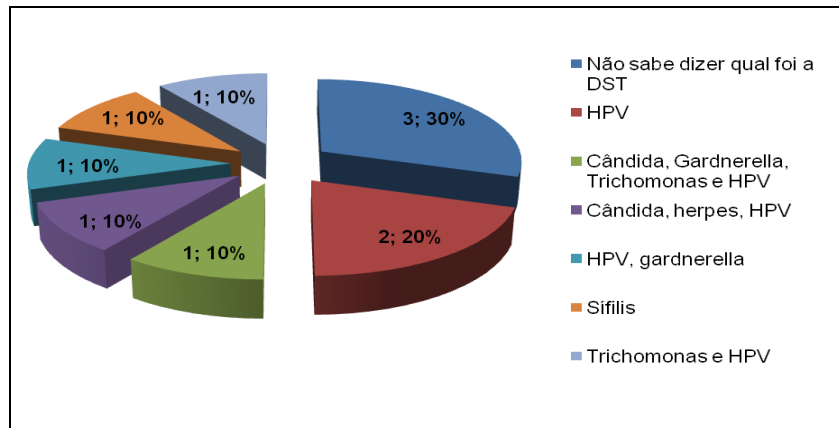


Figura 4.64: Tipo de IST presente

4.4.42.- Pensar em realizar aborto

Em relação ao aborto, 85 (77,00%) adolescentes disseram que não pensaram em realizá-lo, contra 25 (23,00%) que afirmaram que tiveram este pensamento (Figura 4.65).

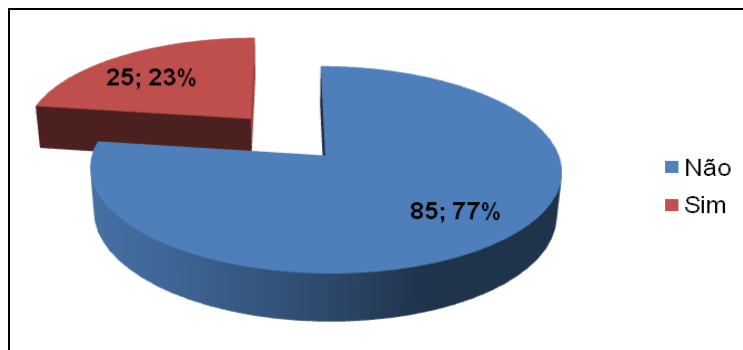


Figura 4.65: Pensar em realizar o aborto

Em relação aos motivos de não pensar em realizar o aborto 44 (51,76%) adolescentes não pensaram em realizar tal procedimento, pois acham que é pecado e/ou errado e/ou crime, 21 (25,00%) são contra esse ato, 18 (21,00%) tiveram a gravidez planejada e 02 (2,00%) porque o parceiro aceitou a gravidez (Figura 4.66).

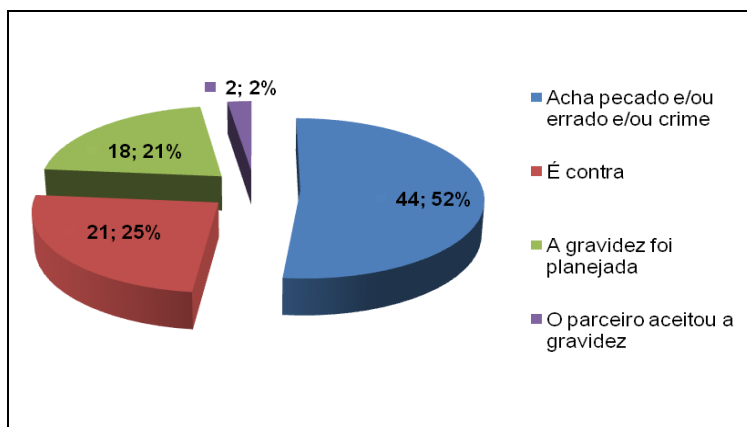


Figura 4.66: Motivo de não ter pensado em realizar o aborto

Em relação aos motivos de pensarem em realizar o aborto, 10 (40,00%) adolescentes referiram ter pensado em realizar tal ato por medo da reação dos pais, 07 (28,00%) pela não-aceitação do parceiro, 02 (8,00%) por medo da reação da família, 02 (8,00%) por não ter condições de sustentar uma família sozinha, 02 (8,00%) porque já tem outros filhos, 01 (4,00%) porque brigou com o parceiro e com a família dele e não quer ter mais vínculo com eles. O que chama atenção é que 01 (4,00%) adolescente referiu ter tentado e mesmo sem ter conseguido afirmou que ia tentar novamente (Figura 4.67) realizar o aborto.

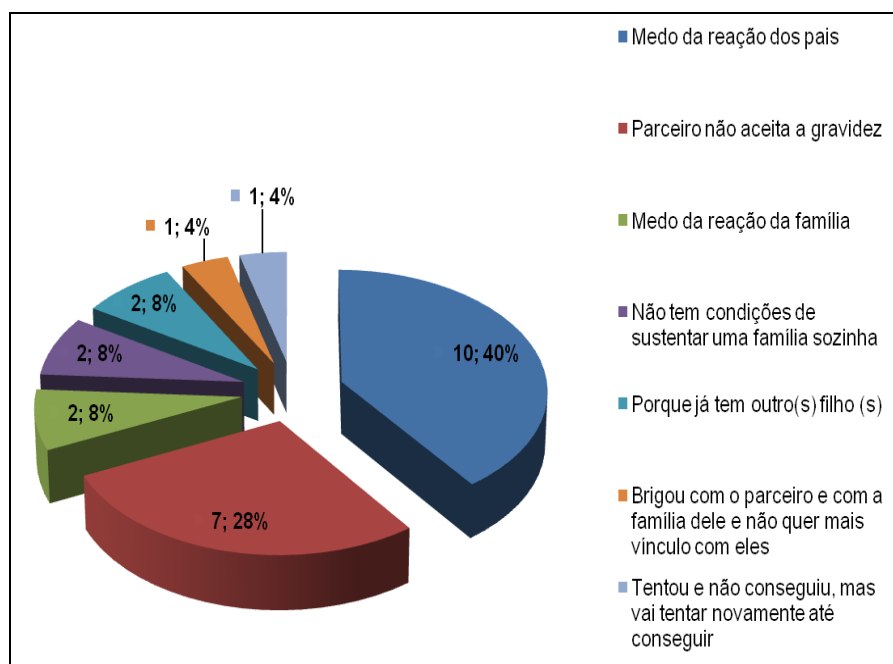


Figura 4.67: Motivo de ter pensado em realizar o aborto

4.4.43.- Estimulada ou obrigada a realizar aborto

Para 83 (75,00%) adolescentes deste estudo, ninguém estimulou a realização do aborto, contra 27 (25,00%) que sofreram influência para a realização deste ato (Figura 4.68).

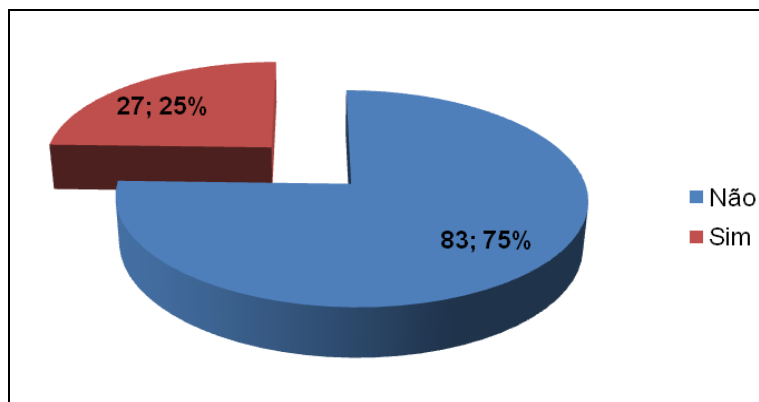


Figura 4.68: Estímulo para realizar o aborto

Em relação às pessoas que estimularam a adolescente a realizar o aborto foi encontrado neste estudo que 08 (32,00%) adolescentes sofreram influência de amigas, 08 (32,00%) foram influenciadas pelo próprio parceiro, 03 (12,00%) pela mãe, 03 (12,00%) pelo parceiro e sua sogra, 02 (8,00%) por um familiar e 01 (4,00%) pelo pai (Figura 4.69).

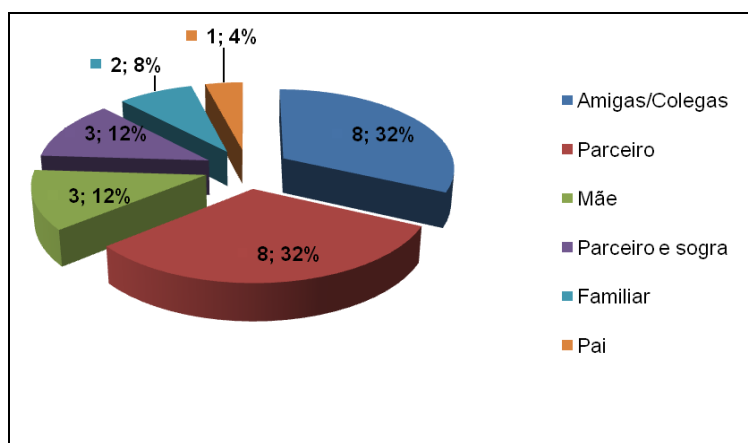


Figura 4.69: Pessoa que estimulou a realização do aborto

4.4.44.- Sofrer agressão antes de engravidar

Em relação à violência ou agressões, observou-se que 12 (11,00%) adolescentes sofreram algum tipo de violência, contra 98 (89,00%) adolescentes que não sofreram violência antes da gravidez (Figura 4.70).

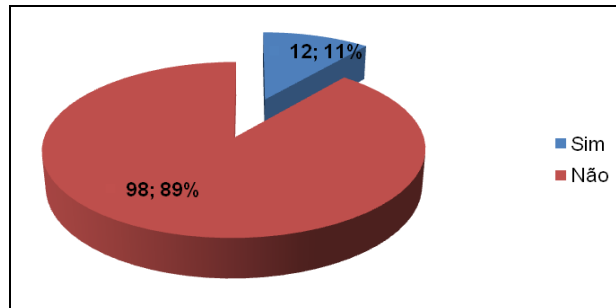


Figura 4.70: Presença de agressão

Para caracterizar o tipo de violência/agressão sofrida, encontrou-se neste estudo que das 12 (10,91%) adolescentes que sofreram algum tipo de violência, 07 (58,00%) foi decorrente de agressão física, 03 (25,00%) agressão sexual e 02 (17,00%) tentativa de estupro (Figura 4.71).

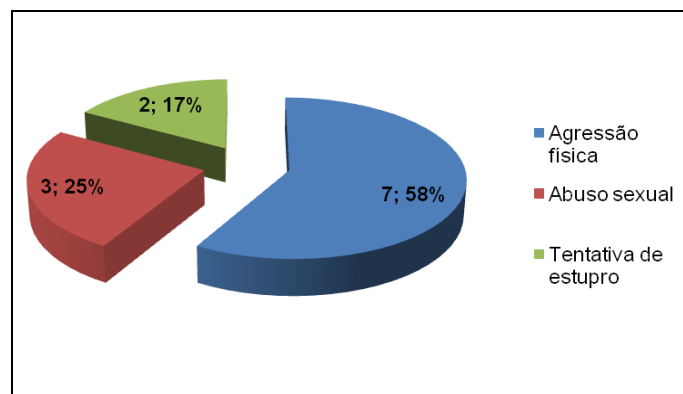


Figura 4.71: Tipo de agressão sofrida

Em relação à pessoa que cometeu o ato violento contra as adolescentes deste estudo, encontrou-se que para 06 (50,00%) das adolescentes foi o parceiro o agressor, para 02 (17,00%) adolescentes o agressor foi desconhecido e para 04 (33,00%) das adolescentes o agressor foi um parente próximo (Figura 4.72).

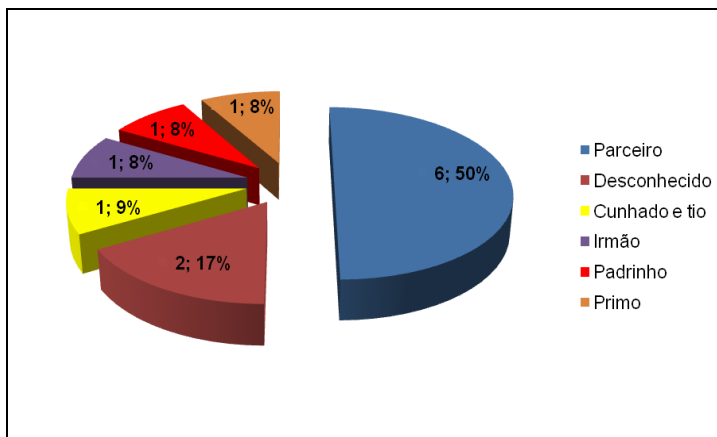


Figura 4.72: Agressor

Ao se questionar sobre a continuação do ato violento após a descoberta da gravidez, 09 (75,00%) adolescentes referiram que não continuam a ser agredidas, 02 (17,00%) disseram que continuam a receber atos violentos e 01 (8,00%) disse que às vezes ainda sofre agressão (Figura 4.73).

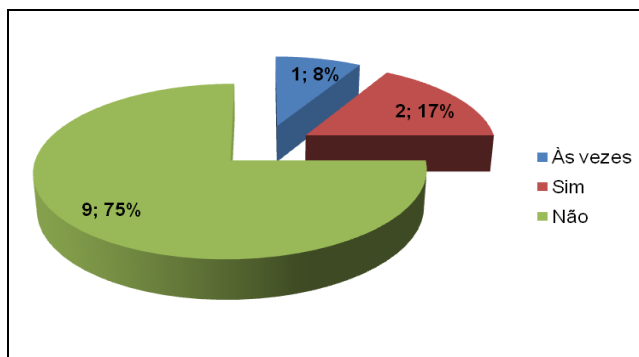


Figura 4.73: Continuação de agressão

Quanto aos motivos relatados para a ocorrência do ato violento, 05 (42,00%) adolescentes responderam que é por motivo de ciúmes de seus parceiros, 04 (34,00%) não sabem o motivo da agressão, 01 (8,00%) por motivo de briga comum de casal, 01 (8,00%) refere que por motivo de desejo e o que chama a atenção é que 01 (8,00%) porque o seu parceiro não aceita a separação (Figura 4.74).

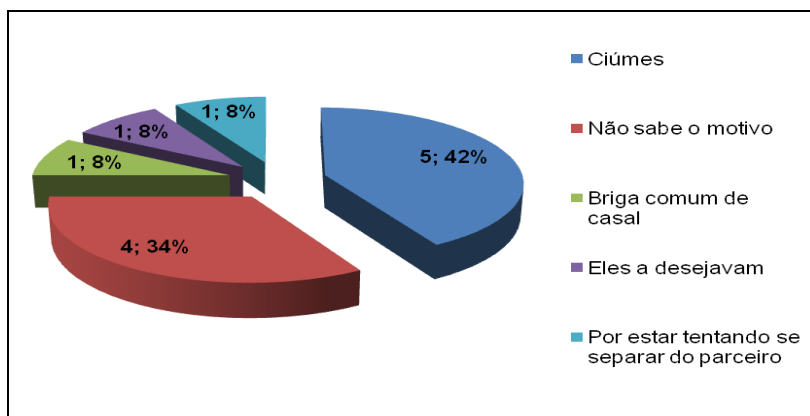


Figura 4.74: Motivo da agressão sofrida

4.4.45.- Motivos que contribuíram para a gravidez

Ao se questionar sobre o que mais contribuiu para que a gravidez ocorresse, ficou claro que para 42 (38,00%) adolescentes foi por falta de informação, para 33 (30,00%) foi por conta de descuido, para 15 (13,00%) por vontade de ser mãe e se sentir importante para alguém, para 10 (9,00%) por falha no método, para 08 (7,00%) para satisfazer a vontade do parceiro de ser pai, para 01 (1,00%) para fugir de uma situação indesejada e forçar a saída de casa, para 01 (1,00%) por curiosidade pelas conversas com amigos e para 01 (1,00%) por influência de bebida alcoólica (Figura 4.75).

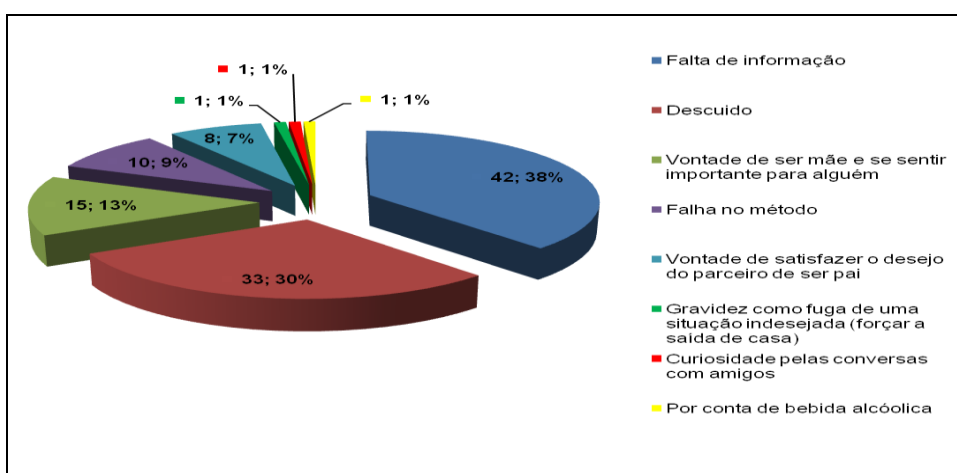


Figura 4.75: Motivo que mais contribuiu para a ocorrência da gravidez

4.5.- Consumo de álcool e drogas

4.5.46.- Consumo de álcool no momento da gravidez

No momento da gravidez foi encontrado que apenas 03 (3,00%) adolescentes consumiam álcool de forma regular e outras 03 (3,00%) de forma não regular, contra 104 (94%) que afirmaram não consumir álcool (Figura 4.76).

4.5.47.- Consumo de álcool antes da gravidez

Com relação ao uso de álcool antes da gravidez percebeu-se neste estudo que 19 (17,00%) adolescentes faziam uso de álcool, 29 (26,00%) usavam de forma não regular e 62 (57,00%) não faziam uso desta substância (Figura 4.76).

Nota-se assim o abandono do consumo de álcool para 42 (38,18%) adolescentes (Figura 4.76).

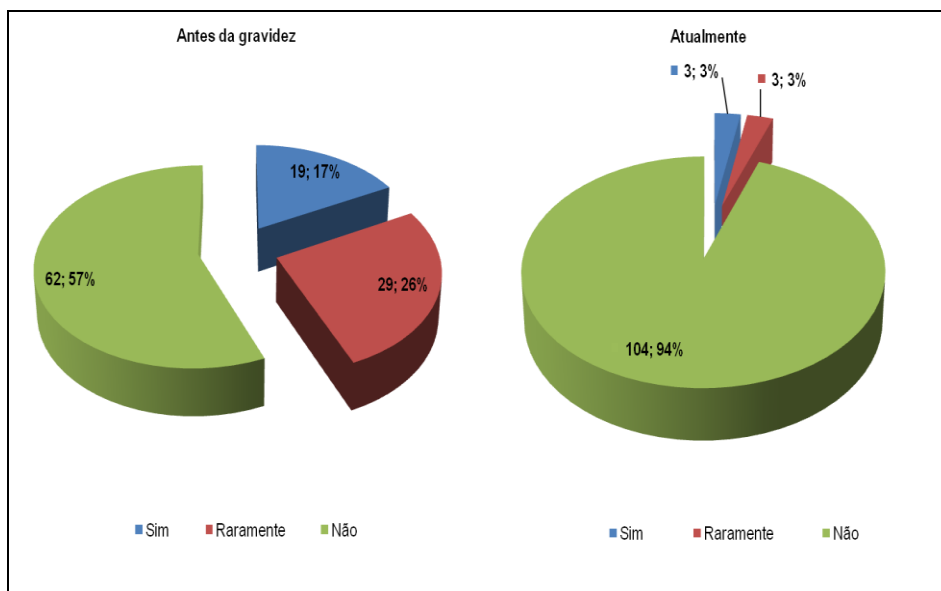


Figura 4.76: Consumo de álcool antes e após a descoberta da gravidez

Quanto ao tipo de bebida mais consumida verificou-se ser a cerveja, em 38 (80,00%) casos (Figura 4.77).

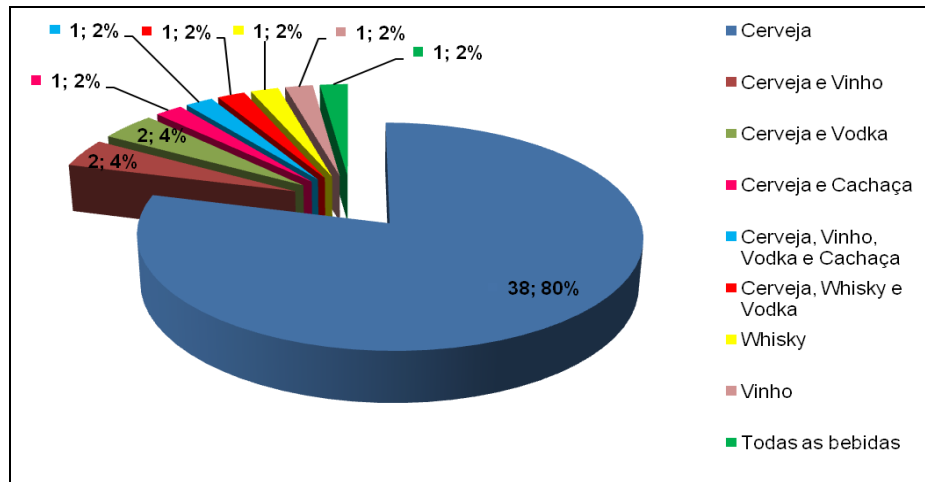


Figura 4.77: Tipo de bebida que consumia

No respeitante à frequência com que consumiam álcool a maioria das consumidoras (63,00%) referiu ser ao fim de semana (Figura 4.78).

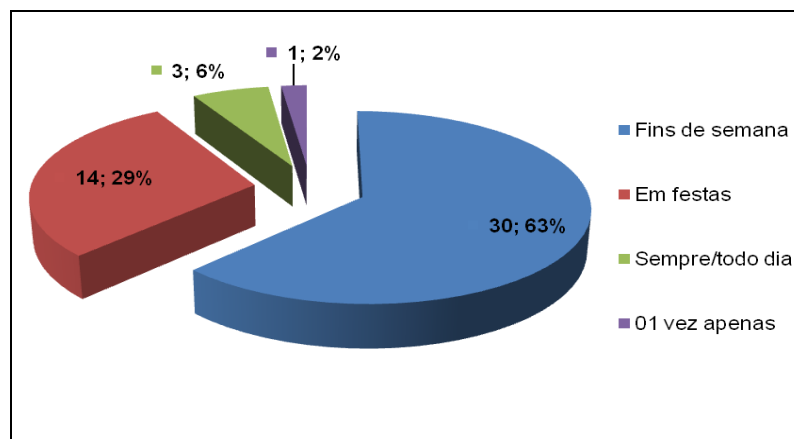


Figura 4.78: Frequência do consumo de bebida alcoólica

Entre as adolescentes que consumiam álcool antes da gravidez observou-se que para 15 (31,00%) adolescentes o consumo desta substância influenciou para que a relação sexual e/ou gravidez acontecesse e para 33 (69,00%) não representou influência para tal situação (Figura 4.79).

Assim, nesta pesquisa, corresponde a 13,6% da amostra total, as que consideraram que este consumo influenciou a ocorrência da relação sexual/gravidez.

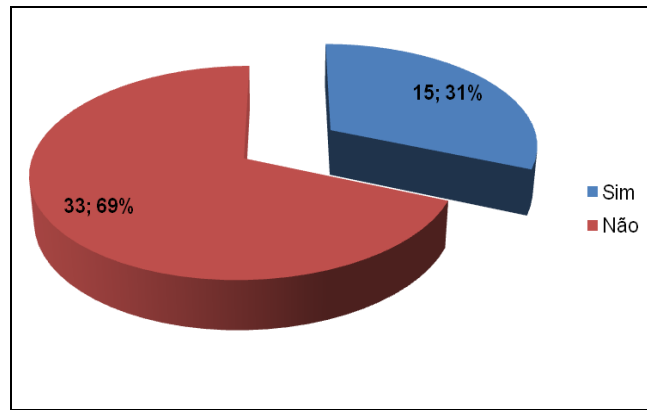


Figura 4.79: Influência do álcool para a ocorrência da relação sexual/gravidez

Quanto ao motivo de ter influenciado salientam-se as afirmações de terem bebido muito, juntamente com o esquecimento. Das adolescentes que disseram que não houve influência, 90,91% justificaram que não estavam sob efeito de álcool. Porém, 02 que consideraram não ter influenciado afirmaram ter bebido muito.

Tabela 10. Motivo do álcool ter ou não influenciado a ocorrência da relação sexual/sexo

Influência do álcool na relação sexual/gravidez	N=15	%
Algumas vezes que tive relação eu havia bebido muito	6	40,00
Algumas relações foram influenciadas pelo álcool sim (tinha bebido muito)	3	20,00
Em algumas relações sexuais eu tinha bebido muito e nem lembrava o que tinha acontecido	3	20,00
Muitas das minhas relações sexuais só aconteceram, pois eu estava bêbada... no dia que eu engravidei nem me lembrava que tinha tido relação sexual.	2	13,33
Minha primeira relação eu estava sob efeito do álcool sim	1	6,67
Total	15	31

Não influência do álcool na relação sexual/gravidez	N=33	%
Não estava sob efeito de álcool	30	90,91
No dia em que tive relação sem o preservativo foi porque eu e meu parceiro havíamos bebido muito	1	3,03
Tanto eu quanto meu namorado, havíamos bebido muito	1	3,03
Tive algumas relações sexuais com alguns conhecidos quando tinha bebido um pouco, mas quando engravidei não estava sob efeito de álcool	1	3,03
Total	33	69

4.5.48.- Consumo de drogas antes da gravidez

Em relação ao uso de drogas foi encontrado neste estudo que apenas 02 (2,00%) adolescentes fizeram uso dessas substâncias antes da gravidez, contra 108 (98,00%) que não faziam uso das mesmas. A maconha foi a única substância relatada (Figura 4.80).

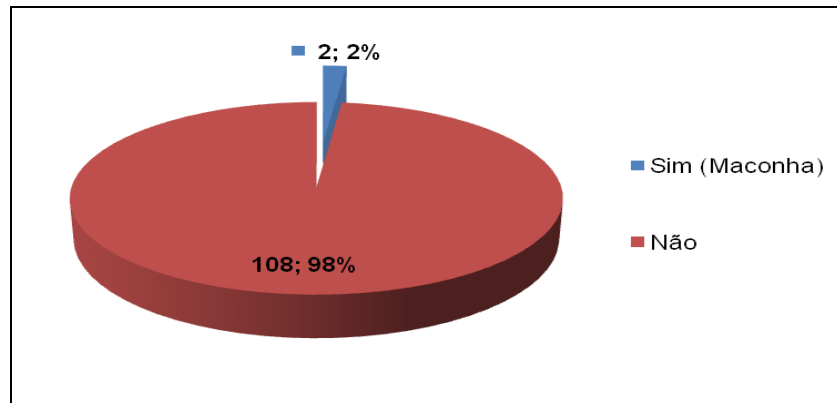


Figura 4.80: Uso de drogas antes da descoberta da gravidez

Na opinião dessas duas adolescentes o uso dessa substância não influenciou para que a relação sexual e/ou gravidez acontecesse visto que não estavam sob efeito da droga quando engravidaram.

4.5.49.- Familiar ciente do uso de drogas pela adolescente

Apenas para 01 (1,00%) adolescente a mãe era conhecedora do uso da droga, a qual relatou que *“Minha mãe sabia, mas ela nem ligava pra mim... só dizia que isso ia acabar com minha vida. Hoje não faço mais uso”*. Para a outra adolescente que fazia uso nenhum familiar era conhecedor visto que temia a reação da família.

4.5.50.- Uso de drogas pelo parceiro da adolescente

Em relação ao uso de drogas pelos parceiros observou-se uma maior proporção. Para 90 (82,00%) das entrevistadas o parceiro não é usuário de drogas, para 16 (14,00%) o parceiro é usuário de drogas e 04 (4,00%) não sabem informar se o parceiro faz uso dessas substâncias (Figura 4.81).

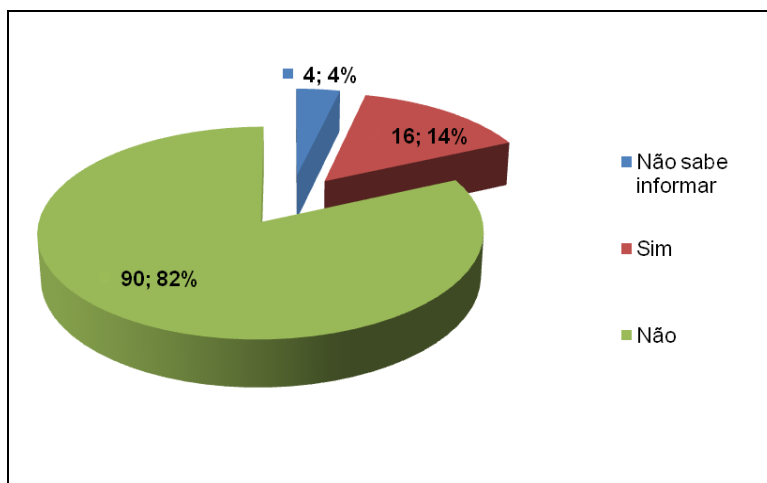


Figura 4.81: Parceiro usuário de drogas

Em relação ao tipo de droga usada pelo parceiro 09 (57,00%) não sabem informar, seguindo-se 05 (31,00%) que disseram ser a maconha (Figura 4.82).

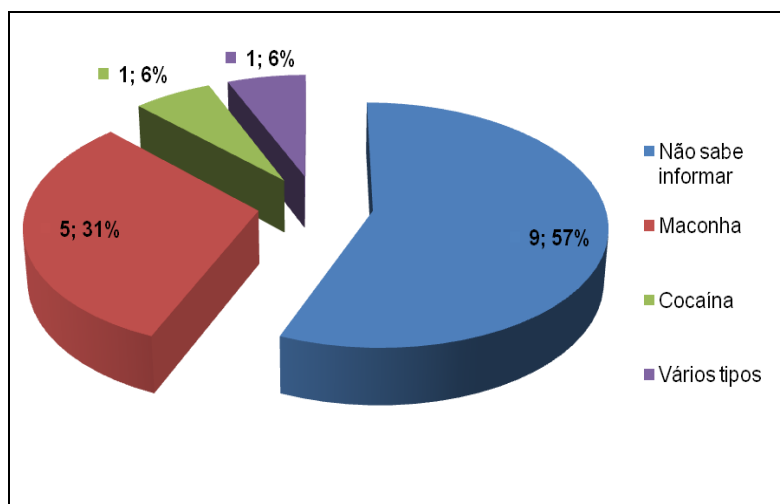


Figura 4.82: Drogas usadas pelo parceiro

4.5.51.- Uso de drogas por parte de algum familiar da adolescente

Em relação ao uso de drogas por parte de algum familiar da adolescente deste estudo, observou-se que 27 (24,00%) das adolescentes tinham algum familiar que fazia uso de drogas, 02 (2,00%) adolescentes não sabiam informar se havia uso de drogas por parte de alguém da família, contra 81 (74,00%) adolescentes que referiram o não uso dessas substâncias por parte de alguém da família (Figura 4.83).

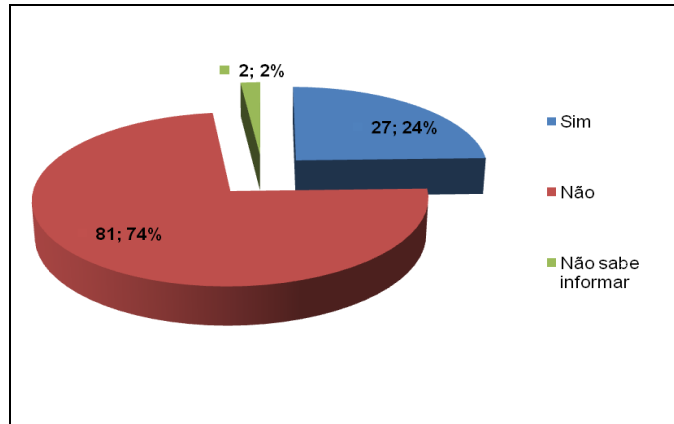


Figura 4.83: Familiar usuário de drogas

Das 27 adolescentes que referiram ter algum familiar usuário de drogas, o maior percentual recaiu sobre os primos (08 – 29,00%), seguido dos irmãos (06 – 22,00%), do tio (04 – 15,00%), do cunhado (03 – 11,00%), do pai (02 – 7,00%), e empatados com 01 caso cada (4,00%) de mãe, irmã, tia e padrasto (Figura 4.84).

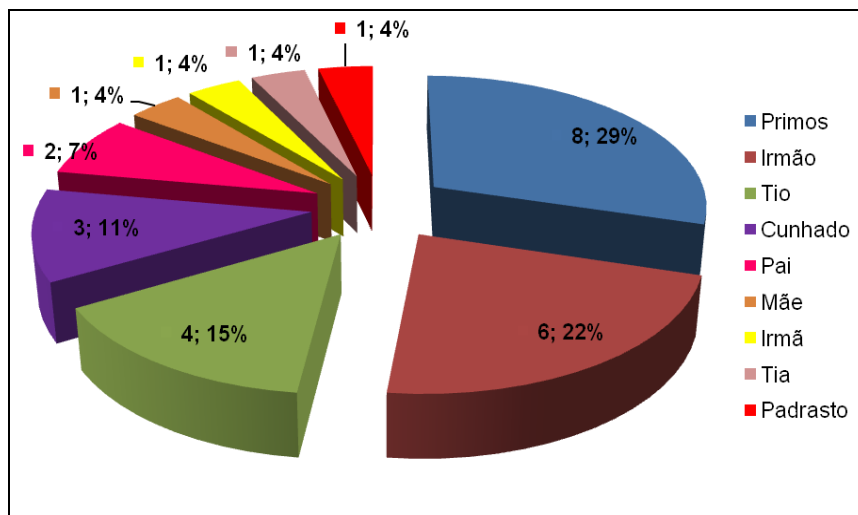


Figura 4.84: Familiar que faz uso de drogas

5.- DISCUSSÃO DOS DADOS

5.1. – Dados Sociodemográficos

5.1.1. – Idade/fecundação

Para este estudo foram entrevistadas, aleatoriamente, 110 adolescentes grávidas, tendo sido encontrada como idade mínima 13 anos e idade máxima 19 anos, sendo a média de 16 anos e 6 meses (Figura 4.1).

Historicamente a adolescência já foi considerada como a fase ideal para a gravidez. Porém, como hoje se demarca a adolescência como uma fase de transição para a vida adulta e que deve ser reservada, prioritariamente, para os estudos, tornou-se como idade precoce para a mulher ter filhos (Heilborn *cit in* Lima et al, 2004).

A quantidade de adolescentes, no mundo, já ultrapassou mais de um bilhão, representando um quinto de toda a população e a cada ano 60 em cada 1000 adolescentes engravidam, representando o nascimento de 17 milhões de crianças geradas por adolescentes (Aguiar *cit in* Caputo & Bordin, 2007).

Segundo Berquó e Cavenaghi *cit in* Altmann (2009) houve um decréscimo nas taxas de fecundidade no Brasil. Porém relata-se também um aumento dessa taxa de 25,4% entre as adolescentes de 15 a 19 anos, correspondendo a 20% do total de filhos tidos pelas mulheres durante o seu período reprodutivo.

Para Saito e Leal (2007) a incidência de gravidez na fase da adolescência, torna-se preocupante visto o aumento desse fenômeno, principalmente, na faixa etária de 10 aos 14 anos.

O IBGE (2008) destaca a gravidez na adolescência, no Brasil, como uma epidemia, visto que, em uma década, de 1995 a 2005, dobrou o número de adolescentes que engravidaram caracterizando, aproximadamente, 70% do total de gestantes do país.

5.1.2.– Tipo de moradia/estrutura familiar

Em relação ao tipo de moradia, foram encontradas neste estudo casas de alvenaria, madeira e de taipa sendo 01 o número mínimo de cômodos, causando um aglomerado extenso no domicílio e 17 o número máximo, com uma média de 4,85 cômodos por domicílio. Observou-se, também, que em muitas moradias não havia banheiro dentro da residência, estando, este, presente fora do domicílio e sendo compartilhado por outras várias famílias, configurando uma situação econômica baixa.

Em relação à estrutura familiar foi observado que antes desta gravidez a maioria das adolescentes morava com seus familiares, algumas já possuíam filhos, outras já tinham o parceiro acrescido ao seu núcleo familiar de origem, configurando novos modelos de núcleos familiares. Apenas 01 era casada legalmente e outras referiam conviver com seu parceiro, constituindo um núcleo familiar independente (tabela 1).

Após a descoberta desta gravidez houve uma mudança significativa na estruturação familiar dessas adolescentes. 53 continuaram no mesmo núcleo familiar, onde 33 adolescentes mudaram o seu núcleo familiar, 08 passaram a ter seus parceiros acrescidos à sua família de origem. Segundo Sarti *cit in* Oliveira (2008) a família continua sendo um espaço de apoio e proteção para as jovens após a descoberta da gravidez. Para Lima et al. (2004) esse suporte se constitui de apoio financeiro, conselhos, carinho e apoio emocional.

Após a descoberta da gravidez 04 legalizaram a relação e 28 passaram a conviver, exclusivamente, com seus parceiros, configurando um aumento de 15 (13,64%) o número de adolescentes que conviviam exclusivamente com seus parceiros ou maridos. Também aumentou de 04 para 16 (14,54%) o número de adolescentes que deixaram suas famílias de origem e passaram a conviver com a família de seus parceiros, configurando um aumento de 4 vezes (tabela 1).

O contexto familiar, no Brasil, vem sofrendo mudanças e se estruturando em várias formas de coexistência, dentro de um espaço comum social, adaptando-se aos novos contextos e assumindo um papel centrado na qualidade das relações entre seus membros, sendo uma referência para o indivíduo (Dias, 2005). Para Falcão e Salomão (2006) a estrutura de família vem sofrendo alterações e o meio familiar se

configurando não apenas pela família nuclear, mas sendo composto por estruturas cada vez mais extensas e diferentes.

Para Peixoto e Cicchelli *cit in* Dias (2005) as mudanças ocorridas na família, não causaram um enfraquecimento e sim uma reorganização e reestruturação surgindo novos modelos de família. Para Chalem et al. (2007) muitas famílias se reorganizam mediante uma gravidez precoce, visto que mãe, bebê e muitas vezes também o companheiro passam a residir com as famílias de origem, constituindo-se, assim, vários núcleos familiares no mesmo espaço físico, compondo e dividindo a organização familiar. Portanto, a gravidez na adolescência contribui para a formação de novos rearranjos familiares.

Com o aumento do número de adolescentes que engravidam e que não tem como suprir o sustento da família visto a situação de desemprego dos jovens, ocorre o rearranjo familiar, que para Woortmann *cit in* Dias (2005, p.61) ocorrem “poucos casos da família nuclear formada apenas pelo jovem casal e filho, havendo predomínio do tipo de família monoparental com chefia feminina”. Pois diante da dificuldade que a jovem tem de constituir um núcleo familiar independente, esta busca apoio material e afetivo na sua família de origem e ao receber este apoio facilita a união do jovem casal (Dias, 2005).

A existência de filhos parece motivar a conjugalidade de homens e mulheres, sem que, no entanto, a formação de uma união signifique necessariamente uma autonomia do novo casal frente às famílias de origem. Comumente, jovens unidos conjugalmente, residindo ou não com seus pais, mantêm uma relação de dependência afetiva e material quer seja da família de origem, quer seja da família do/a parceiro/a; em alguns casos, de ambas, especialmente nas questões de cuidado com a criança e contribuição financeira (Dias & Aquino, 2006, p.5).

Para Dias (2005) apesar de vários estudos evidenciarem a tendência da união do casal mediante a presença de um filho, coabitação entre adolescentes não foi fator de segurança emocional, visto que durou pouco tempo, refletindo a fragilidade da relação.

5.1.3.– Renda e sustento familiar

Em relação à renda familiar atual, observou-se que 98% das adolescentes deste estudo, juntamente com sua família sobrevivem com, no máximo, 4 salários mínimos configurando uma renda muito baixa, não sendo suficiente para a subsistência familiar. Portanto torna-se necessário o complemento da renda através de trabalhos informais e/ou auxílio de programas governamentais.

Segundo dados do IBGE (*cit in* Falcão e Salomão, 2006) houve um aumento do número de nascimentos cujas mães encontram-se na fase da adolescência e pertencentes às classes de baixa renda familiar. Para Ballone *cit in* Zanin, Moss e Oliveira (2011) grande parte dessas adolescentes que engravidam não possuem condições financeiras e nem emocionais de assumir a maternidade. Portanto, para Falcão e Salomão (2006) a maternidade na adolescência vem sendo configurada como um problema de saúde pública e familiar, tendo como consequência a dependência financeira e perpetuação da pobreza.

Em relação a ajudar nas despesas observou-se que a maior parte das adolescentes não ajuda nas despesas e uma minoria ajuda, de alguma forma, nas despesas da família. Sendo a principal fonte de sustento proveniente dos seus familiares (Figura 4.3), estando este trabalho concordante com outros estudos que comprovam que por não possuírem nenhum tipo de renda, as mesmas dependem totalmente do apoio material de familiares.

Para Konig, Fonseca e Oliveira Gomes *cit in* Zanin, Moss e Oliveira (2011) embora a gravidez precoce repercuta em todos os âmbitos da vida da adolescente, entre eles: pessoal, familiar, social e educacional, devido a uma série de mudanças diárias e que, muitas vezes, as jovens não encontrem apoio na família o que agrava o problema, para Falcão e Salomão (2006) o problema pode ser agravado visto que a gravidez torna-se, muitas vezes, valorizada nas classes sociais mais baixas, visto que a adolescente passa a assumir um novo papel social que é o de ser mãe.

O ser humano é o único ser vivo capaz de estar pronto para a reprodução sem estar preparado para a maternidade. Isso significa que adolescentes podem estar anatômica e fisiologicamente aptas a se reproduzir sem ter condições psicológicas, econômicas e sociais indispensáveis à criação das crianças (Konig, Fonseca & Oliveira Gomes *cit in* Zanin, Moss & Oliveira, 2011, p.92).

5.1.4.- Presença de Irmãos

Foi observado que apenas 01 adolescente não possui nenhum irmão e 109 possuem irmãos, sendo 11 o número máximo encontrado, com uma média de 4,05 irmãos. Das 109 que possuem irmãos a maior parte não os possui dos mesmos progenitores.

Para Dias (2005, p.4) a família vem passando por um processo de mudanças sendo, a sua composição e o seu comportamento influenciados por dados sobre “fecundidade, nupcialidade”. Hoje se fala na existência de uma crise nesse setor tendo como fatores de desestruturação do núcleo familiar questões sobre sua composição, onde a família aparece recomposta, estando presentes um maior número de irmãos associados à relação de consanguinidade por parte de mãe ou de pai.

5.1.5.– Escolaridade da adolescente, de seus pais e parceiro

O fenômeno da gravidez na fase da adolescência não é um fato novo no Brasil. Porém, somente há algumas décadas, foi considerado como um problema social sendo considerado como um problema de alta gravidade e risco, passando a apresentar necessidade de ações efetivas para a redução dessa problemática (Pantoja, 2003).

Segundo Villela e Doreto (2006, p.4) “a escolaridade também interfere na fecundidade: quanto mais escolarizada, menor é a fecundidade da jovem”.

Em relação à escolaridade, o estudo demonstrou que 90,91% das adolescentes pesquisadas, possuem escolaridade inadequada para sua faixa etária, demonstrando a perda de oportunidades para o desenvolvimento profissional e pessoal desse grupo populacional.

Segundo o IBGE (*cit in* Caputo e Bordin, 2008) o baixo grau de escolaridade da adolescente torna-se o principal fator de risco para a ocorrência da gravidez nessa faixa etária levando a situações que “dificultam a superação da pobreza, como menores qualificação e chance de competir no mercado de trabalho e a submissão ao trabalho informal e mal remunerado” (p. 403).

Em relação à escolaridade dos pais da adolescente grávida, foi encontrado que, ambos, possuem, também, um grau de escolaridade inadequado para a faixa etária (Figura 4.8 e 4.9).

Porém não se pode fazer uma análise minuciosa a respeito da análise comparativa do grau de escolaridade da mãe e do pai das adolescentes grávidas deste estudo, visto ao grande número de desconhecimento das adolescentes à respeito da situação de escolaridade de seus pais, porém percebeu-se que o desconhecimento maior recaiu sobre o grau de instrução do pai.

Em um estudo realizado no Rio Grande do Sul por Gigante et al. (*cit in* Caputo e Bordin, 2008) ficou evidenciado que a baixa escolaridade do pai de adolescentes serviu como fator de risco para que ocorresse a gravidez na fase da adolescência de suas filhas.

O nosso estudo também verificou a situação escolar do parceiro das adolescentes grávidas, que, também, apresentou uma situação inadequada para a faixa etária dos mesmos (Figura 4.10).

Embora evidenciada a situação inadequada de escolaridade dos parceiros das adolescentes deste estudo, não foi encontrado na literatura algo que possa correlacionar o grau de escolaridade do parceiro com a ocorrência da gravidez da adolescente.

A evasão escolar encontrada neste estudo foi de 52,88%, decorrente da gravidez para esse grupo populacional, sendo, portanto, a gravidez na adolescência uma situação incompatível com a dedicação aos estudos. Para Barn et al. (*cit in* Chalem et al., 2007) essa evasão escolar contribui para aumentar a probabilidade e persistência das diferenças sociais e econômicas (Figura 4.11).

A evasão escolar associada à gestação precoce traz graves consequências para a adolescente e seu filho e para a sociedade em geral, principalmente porque, nessa faixa etária, uma das poucas opções de inserção social e de ascensão econômica se dá por intermédio do sistema educacional (Chalem et al., 2007, p.8).

Observou-se neste estudo que 06 adolescentes não estudavam antes da gravidez atual e os motivos relatados foram a presença de outros filhos, por não querer mais estudar e nunca teve oportunidade de estudar (Figura 4.12).

Neste estudo, foi observado, que 01 adolescente foi obrigada, pela diretora, a abandonar a escola (Figura 4.12). Este fato mostra o quão despreparadas estão as pessoas que atendem a esse grupo populacional, quando deveriam dar um suporte nesta fase de vida.

Sabe-se que muitas adolescentes abandonam os estudos mesmo antes de engravidar, porém o abandono é mais comum em decorrência da gravidez nessa faixa etária e que, frequentemente, essas mães adolescentes não conseguem retornar aos estudos (Molina et al. *cit in* Caputo & Bordim, 2008). Para Sabroza, Leal, Souza Jr. e Gama (*cit in* Caputo & Bordim, 2008) as adolescentes que não frequentam a escola antes da gravidez apresentam sentimentos de auto-desvalorização e pouca expectativa no futuro, o que agrava mais a situação e aumenta mais o risco de uma gravidez na adolescência.

A escola é um espaço onde o cidadão adquire conhecimentos e habilidades capazes de reduzir sua vulnerabilidade social. Jovens fora da escola têm menor chance de enfrentar situações relacionadas à pobreza, oportunidades de vida e crescimento pessoal e profissional (Villela & Doreto, 2006).

A evasão escolar relaciona-se diretamente à condição de ser mãe na adolescência, pois a necessidade de cuidado e sustento do filho torna o projeto de escolarização incompatível com a vida escolar (Dias & Aquino, 2006).

Para Moreira et al. (2008, p.10) “a interrupção dos estudos durante a gestação ou após o nascimento da criança acarreta perdas de oportunidades e piora da qualidade de vida no futuro”. Evidenciou-se que muitas mães adolescentes são obrigadas a parar de estudar, mantendo-se em baixo nível sócio-econômico e com baixa escolaridade, o que dificulta conseguir e manter-se em algum emprego.

Por não dispor de uma estrutura adequada para comportar as adolescentes grávidas, os sistemas educacionais, comumente, induzem essas adolescentes a interromperem o processo de escolarização. Para Silva e Tonete (2006) as jovens sofrem constrangimento e pressões advindas de diretores, professores, colegas e pais

de colegas, daí o abandono escolar como consequência do sentimento de vergonha, causado pela gravidez na adolescência.

Como o cuidado de filhos e irmãos menores passa a ser responsabilidade dessas adolescentes grávidas, a situação escolar passa a não ser prioritária, aumentando a distância entre a evasão e reinserção escolar.

O maior impacto envolve a dimensão psicológica e socioeconômica, uma vez que a gravidez na adolescência interfere negativamente no estilo de vida das adolescentes e de seus familiares, resultando muitas vezes em abandono escolar e diversas outras consequências que perpetuam o ciclo da pobreza (Amorim et al., 2009, p.2).

5.1.6.– Inserção no mercado de trabalho

Após a descoberta desta gravidez, 33,64% das adolescentes tiveram que largar seus empregos configurando um importante processo de exclusão social e contribuindo para aumentar as diferenças sociais (Figura 4.13). Para Villela e Doreto (2006) as fases da juventude e da adolescência são marcadas pela sua inserção social no mundo do trabalho.

Das entrevistadas, 40% já exerciam alguma atividade remunerada, podendo este fato estar associado à evasão escolar. Para Esteves e Menandro (2005) fica evidente que as adolescentes procuram inserir-se no mercado de trabalho, mediante necessidade de ajudar nas despesas da casa, ou mesmo para manter-se.

Para os adolescentes de camadas sociais mais baixas o “trabalho é uma espécie de elo com o mundo social. Trata-se de uma ocupação legítima do espaço público por meio de acesso ao mercado de trabalho” (Oliveira, 2008, p. 3).

A inserção no mercado de trabalho constitui um marco para os jovens, pois decorre daí as condições de sustento (de si e do grupo) e de reconhecimento da capacidade e do respeito necessários para o pertencimento do mundo adulto, um mundo hierarquizado, marcado por diferenças de distribuição de bens e de oportunidades de acesso aos diferentes bens (Bourdieu *cit in* Dias, 2005, p. 53).

Muitas das adolescentes precisam cuidar de filhos, irmãos menores e assumir as tarefas domésticas, configurando este tipo de atividade como uma formação para

uma futura inserção social, visto que o trabalho doméstico propicia rendimentos para muitas adolescentes. Porém a maternidade e o trabalho doméstico são motivos de postergar a inserção ou promover o afastamento do trabalho (Dias, 2005).

A maternidade não apressa a entrada das jovens no mercado de trabalho. Para a maioria delas, a dificuldade de conciliar os estudos com o trabalho, além das responsabilidades domésticas e maternas, complica e impossibilita a retomada da carreira escolar (Heilborn et al. *cit in* Levandowski, Piccinini & Lopes, 2008, p.3).

5.1.7– Presença ou não de outros filhos

Bruno et al. (2009) relatam que a gravidez na adolescência gera uma preocupação que vem de muito tempo. Porém a situação de sua repetição não recebeu a mesma atenção, gerando uma dificuldade de estimar a sua real frequência, estimando em torno de 25% a 50% dos casos.

Em relação à diferença de tempo entre a última gestação e a gravidez atual, obteve-se como tempo mínimo 3 meses, tempo máximo 4 anos e 6 meses (54 meses) e tempo médio 1 ano e 5 meses (17,5 meses).

Das 110 adolescentes deste estudo, 34 (30,91%) apresentaram reincidência de gravidez ainda na adolescência, 18 (52,94%) engravidaram novamente até 01 ano após o último parto, 13 (38,23%) engravidaram novamente entre 01 ano e 02 anos, e 16 (47,05%) engravidaram novamente após 02 anos do último parto. Para Crittenden et al. (*cit in* Bruno et al., 2009) a reincidência da gravidez nesse grupo populacional mediante ausência de acompanhamento pós-parto está em torno de 30% no primeiro ano e até 50% no segundo ano. E taxas de reincidência de 10% a 15% no primeiro ano após o parto, mesmo para adolescentes com acesso facilitado aos métodos contraceptivos e em acompanhamento em serviços especializados.

Neste estudo foi observado que 05 (14,70%) adolescentes apresentaram reincidência da gravidez antes dos 6 meses da gravidez anterior, 13 (38,23%) reincidência de 6 a 12 meses de intervalo, apresentando convergência com o estudo de Persona, Shimo e Tarallo (2004, p.5) em que eles relatam um “intervalo de 6 a 12 meses para 50% das adolescentes e de 11% para intervalo menor que 6 meses”.

Como fatores predisponentes a uma nova gravidez estão fatores sociais e comportamentais, o que para Bruno et al. (2009, p.6) ainda não existe consenso e poucas são as evidências que expliquem essa reincidência. Apontando como fatores de risco a “evasão escolar, baixa escolaridade, saída da casa dos pais, suporte familiar inadequado, idade inferior a 16 anos na primeira gravidez e uso de drogas”.

Para Ximenes Neto et al. (*cit in* Lage, 2008) um dos aspectos associados à ocorrência da gravidez e a sua repetição nessa mesma faixa etária são:

Falta de acesso do jovem a uma assistência de saúde de forma integral e de qualidade, que, além de não captar as jovens para o atendimento às suas demandas para o aprendizado e exercício da sexualidade, não disponibiliza métodos contraceptivos e informações direcionadas às suas reais necessidades (p.76).

Para Persona, Shimo e Tarallo (2004, p.3) em seu estudo sobre o perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendida num ambulatório de pré-natal, relatam que algumas adolescentes apresentam mais de uma gravidez nesse período da vida e todas elas sem ser planejadas. E “parece que a primeira gravidez indesejada não é um recurso significativamente forte para prevenir a ocorrências de outras gestações”.

Para Lage (2008) a reincidência de gravidez em adolescentes se deve:

Para a ocorrência de deficiência do serviço de Saúde da Família na abordagem das demandas das jovens no período interpatal, viabilizando maior vulnerabilidade em seus cotidianos de vida. Sendo assim, são frequentes os retornos das jovens mães aos serviços de saúde, vivenciando experiências relacionadas a novas gestações, ou até ao aborto, em espaço de tempo insuficiente para que ocorra o restabelecimento satisfatório de seu organismo (p.60).

5.1.8.- Gravidez da Mãe da Adolescente Grávida

Em relação à idade em que a mãe da adolescente engravidou a primeira vez, obteve-se como idade mínima 10 anos, como idade máxima 32 anos e como média de idade 17,08 anos. Do grupo, 04 (3,64%) adolescentes não souberam informar a idade de sua mãe quando esta engravidou pela primeira vez.

A figura da mãe, sobretudo da mãe das adolescentes, revela-se como a mais importante referência aos jovens na transmissão de conhecimentos à próxima geração. A gravidez e a maternidade precoce da mãe da adolescente prenunciam uma forte influência no padrão sexual e reprodutivo dos filhos, sobretudo, no gênero feminino (Carvalho, Merighi & Jesus, 2009, p.5).

A presente pesquisa converge com um estudo realizado por Amorim et al. (2009) e com o estudo de Falcão e Salomão (2006), apontando para uma maior incidência de gravidez na adolescência quando se compara a história materna de gestação também na adolescência.

Para Luker (*cit in* Dias & Aquino, 2006) a gravidez na fase da adolescência da mãe da adolescente é um fator de forte influência para que ocorra a gravidez da filha na adolescência, visto que os filhos tendem a repetir a história reprodutiva de sua família.

Para Persona, Shimo e Tarallo (2004) a maioria das adolescentes que engravidam, tiveram suas mães em condição de adolescente grávida, sendo um fenômeno de caráter psicológico, mesmo que de forma inconsciente, de repetição da história materna, podendo ser uma forma de tentativa de uma reconciliação entre mãe e filha.

No estudo de Caputo e Bordim (2008) percebeu-se que a gravidez da mãe da adolescente ter sido também na adolescência serviu como um fator de risco para a ocorrência da gravidez também na adolescência de suas filhas. Para Gigante et al. *cit in* Caputo e Bordim (2008) a chance de uma adolescente que teve sua mãe grávida também na fase da adolescência é de 1,7 vezes maior do que na adolescente que não teve sua mãe grávida nessa fase de vida. Em um estudo realizado em Portugal por Pereira *cit in* Caputo e Bordim (2008), observou-se que a gravidez na adolescência da mãe de adolescentes representou um dos cinco fatores que melhor explicam a ocorrência da gravidez na adolescência.

Quando se compreende a família a partir de um ponto de vista sistêmico, percebe-se que as pessoas estão ligadas por interações específicas e que há a transmissão de padrões a outras gerações em casos de maternidade e paternidade precoces, indicando uma repetição entre as gerações da gravidez na fase da adolescência (Falcão & Salomão, 2006).

5.1.9.- Religião

Quanto à religião, neste estudo houve um predomínio da religião evangélica com 52 casos (47,27%), porém com um número expressivo da religião católica, com 42 casos (38,18%) e 15 adolescentes que não crêem em Deus, representando 13,64% (Tabela 3).

Este estudo apresentou convergência em relação a outros estudos no que diz respeito à religião, em que a frequência maior foi da religião evangélica (Borges, latorre & Schor 2007; Persona, Schimo & Tarallo, 2004).

O que chama a atenção é que após a descoberta da gravidez, 07 (6,36%) adolescentes mudaram de religião, 03 (42,86%) por conta do parceiro frequentar outro tipo de religião, 02 (28,57%) perderam o interesse por qualquer religião e 01 (14,29%) por não ter recebido apoio da igreja no momento em que precisou (Tabela 2).

Para Rangel e Queiroz *cit in* Zanin, Moss e Oliveira (2011, p.92) a gravidez é atrelada a uma dádiva de Deus, refletindo uma dimensão religiosa na sua representação social. Assim, a religião serve de terreno para a compreensão dos acontecimentos cotidianos, em que o imponderável traça o destino humano para a aceitação da subordinação e projeta a Deus a direção de sua vida por intermédio do credo religioso.

Como a gravidez é tida como algo divino, a religião tem sido usada para a racionalização e por ser algo enviado por Deus torna-se aceitável e bom (Zanin, Moss & Oliveira, 2011).

5.2.- Educação para a Saúde e para a Sexualidade

5.2.1. - Aula de educação sexual nas escolas

Em relação à oferta ou não de aulas de educação sexual nas escolas, observou-se que apenas 18,00% adolescentes referiram ter esse tipo de aula nas escolas que frequentavam. (Figura 4.19).

Sabe-se da importância da inclusão da educação sexual nas escolas como contributo para retardar a iniciação sexual, diminuindo o comportamento de risco pela

adesão de métodos contraceptivos durante as atividades sexuais (Romero, Medeiros, Vitalle & Wehba, 2007).

Para Ruzany (2000) o sistema educacional tem relevante importância no adequado desenvolvimento do adolescente, visto ser o local onde acontecem os processos de socialização e de evolução pessoal, porém muitos fatores têm contribuído para que o ensino seja reconhecido como não prioritário.

A identidade sexual e social de cada um de nós é construída, segundo a família (uma miniatura da sociedade), através da visão de mundo e valores que herdamos dos nossos pais [...] é na escola que o jovem entra em contato com outros valores e significados e, ao confrontar ao herdado, elabora sua própria conduta, ou seja, caberia à escola oferecer aos jovens uma realidade diferente da família (Camargo & Ferrari, 2009, p. 2).

Portanto, torna-se a escola responsável por trabalhar conhecimentos, habilidades e mudanças de comportamento, sendo o local em que o adolescente permanece grande parte de seu tempo, configurando-se propício e adequado para se realizarem ações educativas nas diferentes áreas dos saberes humanos (Camargo & Ferrari, 2009).

Para Camargo e Ferrari (2009) torna-se importante aproveitar o interesse que os jovens têm em relação à aquisição de conhecimentos sobre assuntos relacionados à sexualidade e ser incentivado por parte dos educadores na busca do desenvolvimento e preocupação com o autocuidado, o que possibilita aos jovens capacidade de decisão sobre práticas sexuais seguras.

Apesar do avanço científico no que diz respeito ao estudo da sexualidade, este tema é impregnado de mitos, preconceitos e contradições, a ponto de muitas pessoas continuarem afirmando que só deve ser discutido entre adultos, o que é prejudicial para o desenvolvimento e comportamento sexual saudável dos adolescentes (Gir, Nogueira & Pelá *cit in* Camargo & Ferrari, 2009, p. 2).

Tal fato pode ser configurado pelo despreparo por parte dos educadores em abordar temas referentes à sexualidade. Para Furlani (2005, p.2):

No Brasil, no âmbito do currículo escolar oficial, a Educação Sexual não é uma disciplina obrigatória, mas sim, uma temática a ser transversalizada nos diversos conteúdos, onde, o livro paradidático [...] se constitui num recurso metodológico constante e imprescindível no dia a dia da sala de aula.

Tornando a escola como local importante e estratégico na medida em que se constitui local de explicitação e questionamentos das complexas maneiras como as “identidades culturais são construídas, articuladas, experienciadas, transgredidas e rearticuladas no âmbito do social” (Furlani, 2005, p.1).

A educação sexual não deve estar limitada ao fornecimento de informações sobre o funcionamento do sistema reprodutor e/ou sobre métodos para a prevenção das DST's e da gravidez, mas sim preparar os jovens para ingressarem na vida sexual adulta possibilitando a “reflexão sobre os diferentes eventos e situações que poderão experimentar, a fim de torná-los mais habilitados para enfrentar os desafios próprios das relações afetivo-sexuais” (Heilborn et al *cit in* Alves & Brandão, 2009, p.10).

O diálogo é a ferramenta básica no processo de educar para a sexualidade. É preciso que se trate da sexualidade como um aspecto positivo da vida. Uma vez vencida a barreira da questão de discutir o assunto, encarando-o como se faz em outros aspectos da vida, os adolescentes poderão viver sua sexualidade de maneira mais responsável. Mas, ao mesmo tempo sentem-se felizes, sem temores, sem culpas e sem ter que seguir um determinado modelo de conduta sexual que o torne limitado frente ao exercício pleno da sexualidade (Moizés & Bueno *cit in* Moizés, 2010, p. 83).

Para Andrade (1995) o professor deve, antes da abordagem na aula sobre os problemas de saúde, deixar claras as suas posições, certezas e dúvidas, visto que a maneira como se fala ao se fazer Educação para Saúde (EPS) é tão ou mais importante do que o próprio tema em si.

Em um estudo realizado por Borges, Nichiata e Schor (2006) a escola aparece como local de promoção de educação sexual, e tem importante papel como transmissora de conhecimentos onde os jovens recebem as primeiras informações relacionadas à sexualidade.

Porém, para Guimarães et al. (*cit in* Vieira, Saes, Dória & Goldberg, 2006) a escola não tem representado fonte de informação expressiva sobre métodos contraceptivos, tornando importante a informação ainda no ensino fundamental.

5.2.2.- Conversas sobre sexualidade/sexo

Em relação às conversas sobre sexualidade/sexo observou-se que 62 (56,00%) adolescentes conversavam com alguém e 48 (44,00%) não conversavam com ninguém sobre esses assuntos (Figura 4.22).

Em um estudo realizado por Borges, Nichiata e Schor (2006) os adolescentes contavam com uma rede bastante diversa e heterogênea de pessoas com quem mantinham diálogo, compartilhavam informações e questionamentos, porém os amigos sempre aparecem em primeiro lugar. Encontrando convergência com este estudo, visto que apresentou que em 59,68% dos casos as adolescentes procuravam seus amigos.

Há uma deficiência de informação pela falta da educação sexual na escola e família tendo como consequência, os jovens buscarem informações em fontes pouco seguras ou incapazes de ajudá-los (Lins et al. *cit in* Camargo & Ferrari, 2009), sendo essas fontes caracterizadas por amigos, muitas vezes das quais com a mesma idade e experiências não muito positivas em relação à sexualidade. Parker *cit in* Dias (2005, p. 97) refere que esse tipo de informação “é quase sempre parcial, fragmentária e frequentemente contraditória”.

O despreparo e constrangimento por parte dos pais em conversarem com seus filhos sobre sexualidade geram desinformação por parte dos adolescentes em relação ao tema deixando-os em desvantagem em relação à descoberta da sexualidade de forma segura e madura. Para Brêtas e Silva (*cit in* Monteiro, Costa, Nascimento & Aguiar, 2007) os pais encontram-se despreparados para realizar conversas sobre sexualidade/sexo com os filhos adolescentes e acabam por transferir este papel educativo à escola e amigos.

Acredita-se que esse despreparo dos pais em conversarem com seus filhos sobre assuntos relacionados à sexualidade/sexo é decorrente de questões culturais, vergonha, preconceito. Para Monteiro, Costa, Nascimento e Aguiar (2007) a família tanto pode se caracterizar como um meio de possibilidade ao crescimento e desenvolvimento saudável dos seus membros como também apresentar limitações que impedem a compreensão dos valores básicos da formação dos jovens.

Entre as adolescentes que referiram conversar com seus familiares, a maioria revelou ter mais abertura para conversarem com suas mães do que com os pais, sendo irmãs, tias, primas também procuradas para conversas sobre o tema. Para Borges, Nichiata e Schor (2006, p. 6) isto mostra que entre as famílias houve um aumento do espaço para o diálogo sobre sexualidade/sexo, “os pais passam a fazer parte dos recursos de aprendizagem de tais conteúdos, independentemente do tipo de dúvida, havendo, possivelmente, um sinal de confiança mútua”.

Apesar de ter uma parcela significativa de adolescentes que conversavam com seus familiares, essas conversas não serviram para a redução da gravidez na adolescência, o que para Dias (2005) é consequência de conversas que acontecem de forma indireta, pouco clara e de forma muito superficial.

Como no estudo de Borges, Nichiata e Schor (2006) houve a participação de pessoas, também jovens, na informação para as adolescentes, tais como primos, irmãos, tias, tios, os autores referem que esses familiares devem ser considerados nas intervenções de educação em saúde.

Neste estudo, assim como no estudo de Borges, Nichiata e Schor (2006) os parceiros perderam espaço e prioridade entre os adolescentes em relação ao esclarecimento de dúvidas sobre sexualidade/sexo, estando representados aqui em apenas 03 casos (4,84%) (Tabela 5).

Também houve uma parcela significativa de adolescentes que referiram não conversar com ninguém sobre sexualidade/sexo, representando, neste estudo, 48 (43,64) adolescentes. Em um estudo realizado por Borges, Nichiata e Schor (2006) uma porção razoável de adolescentes relatou não conversar com ninguém seja porque já se consideravam detentores de saber suficiente ou por motivos de constrangimento.

Porém, no estudo de Lage (2008) a família apareceu como primeira referência para a maioria das participantes, sendo as mães as mais referidas, seguidas da irmã mais velha e aparecendo também sogra, tia, encontrando-se divergência com este estudo.

Para Aquino et al. (*cit in* Lage, 2008) a comunicação familiar no que diz respeito aos temas em relação à sexualidade e reprodução é assegurada pelas mães,

sendo estas as pessoas privilegiadas pelas adolescentes na transmissão de informações sobre o tema referido.

Para Amaral e Fonseca (2006) falar sobre sexualidade torna-se uma tarefa difícil para os pais e filhas adolescentes, independentemente da faixa etária. Domingues *cit in* Amaral e Fonseca (2006, p.5) relatam ser importante que a “família não esteja alienada em relação à vida sexual de seus adolescentes e de suas descobertas na área da sexualidade, visto que a atividade sexual vem fazendo parte do namoro e cabe ao adolescente decidir quando e como iniciá-la”.

5.2.3.- Unidade básica de saúde da família – UBSF

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil em 1991 juntamente com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) sendo as primeiras Equipes de Saúde da Família formadas apenas em 1994. Porém o PSF deixou de ser um programa passando a ser considerado como uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) com o intuito de substituir as práticas convencionais (Conill, 2008).

Portanto a ESF tem como objetivo a organização da Atenção Primária à Saúde (APS) com ações de promoção e proteção à saúde, orientada pelos princípios da “universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (Portaria 648/GM, 2006, p.3).

Observou-se que 44,00% das adolescentes referiram que nas Unidades de Saúde da Família de seus bairros não tem atividades de educação sexual para adolescentes e que 39 (35,00%) não sabem informar sobre esta prática; contra apenas 23 (21,00%) que referiram ter estas atividades (Figura 4.24). Embora esteja preconizada a educação sexual para adolescentes pelas Equipes de Saúde da Família, nem sempre essa atividade é desenvolvida, o que deixa claro que o setor saúde não está cumprindo com sua função de promoção da saúde da população.

Este estudo encontra convergência com o estudo realizado por Oliveira, Carvalho e Silva (2008) que em praticamente todas as Unidades Básicas de Saúde da Família o programa destinado ao adolescente não foi implantado ou não está atuante

e que cada Unidade encontra-se, precariamente, atendendo as expectativas de atendimento desse grupo populacional.

Em um estudo realizado por Ferrari, Thomson e Melchior (2008) foi observado que existem ações oferecidas aos adolescentes. Porém não estão sendo realizadas de forma sistematizada visto que o imediatismo da demanda do serviço deixa a desejar na qualidade das atividades educativas e preventivas oferecidas e preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS).

Além da barreira geográfica, outros fatores influenciam o acesso a serviços de saúde. Entretanto, a oferta e o uso de serviços de saúde não dependem de sua simples existência, mas das facilidades ou dificuldades de seu acesso que os usuários vivenciam. O acesso à utilização por parte da população deve ser entendido de um modo mais amplo. De um lado as características do serviço no que diz respeito à oferta de atendimentos em horários compatíveis, disponibilidade de profissionais preparados, acolhimento; e do outro, as condições do usuário em relação ao local que reside, sua disponibilidade de tempo, poder aquisitivo, hábitos e costumes, assim como a relação entre eles (Carvacho, Mello, Morais & Silva, 2008, p. 3).

Para que se tenha uma promoção à saúde eficiente e de qualidade torna-se necessário que a população tenha acesso fácil aos serviços de saúde. Para Carvacho, Mello, Morais e Silva (2008) esse sistema tem apresentado alguns obstáculos ao acesso da população impedindo a assistência à saúde, sendo um dos fatores a inacessibilidade de alguns grupos populacionais.

Em relação à importância, atribuída por parte das adolescentes grávidas, às atividades educativas nas Unidades de Saúde da Família, observou-se que 109 (99,00%) referem ser importante que se tenham tais atividades contra apenas 01 (1,00%) (Figura 4.28).

Em um estudo de Jeolás e Ferrari (*cit in* Ferrari, Thomson & Melchior, 2008) em relação à opinião dos adolescentes sobre as atividades oferecidas, ficou observado que, os mesmos consideram o local como propício para falar de assuntos dificilmente tratados em outros espaços institucionais.

Em relação à única adolescente que referiu não achar as atividades educativas, realizadas nas Unidades de Saúde da Família, importantes, esta relatou como motivo que esses assuntos não devem ser falados com pessoas estranhas, evidenciando uma distância com a equipe de saúde.

Em um estudo realizado por Alves e Brandão (2009) percebe-se que ainda há um certo constrangimento por parte dos adolescentes em procurar a Unidade de Saúde próximo à sua residência por medo de expor situações delicadas referentes à sua saúde.

Em relação à distribuição de métodos contraceptivos nas Unidades Básicas de Saúde da Família, ficou evidenciado que 84 (76,00%) adolescentes referem ter acesso à distribuição desses métodos, contra 09 (8,00%) que referem não ter acesso aos métodos e 17 (16,00%) que não sabem informar (Figura 4.31). Porém, não há distribuição de todos os métodos (Figura 4.32) contrariando a legislação do planejamento familiar vigente no país.

O atendimento dos profissionais de saúde, em relação ao Planejamento Familiar, deve estar pautado no Artigo 226, Parágrafo 7, da Constituição da República Federativa do Brasil (1988, p. 89).

§ 7º. Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é de livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”.

Em 1996, foi sancionada a Lei nº 9.263 regulamentando o planejamento familiar, onde ficou estabelecido que as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, devem garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde.

Apesar do programa de planejamento familiar fazer parte da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher preconizada pelo Ministério da Saúde, desde 1984, devendo garantir o acesso aos meios para evitar ou propiciar a gravidez, o acompanhamento clínico-ginecológico e ações educativas para que as escolhas sejam conscientes, ainda hoje a situação de uso dos métodos contraceptivos apresenta falha referente à oferta dos mesmos no país, tendo como métodos quase exclusivos a pílula e o preservativo masculino.

Os serviços de saúde devem fornecer todos os métodos anticoncepcionais recomendados pelo Ministério da Saúde e os profissionais de saúde devem empenhar-se na informação aos usuários oferecendo todas as alternativas de anticoncepção para que possam participar ativamente da escolha do método, ficando evidenciado que há uma falha por parte da equipe de saúde no que diz respeito à parte informativa e por parte do Estado em prover esses métodos para facilitar a livre escolha.

O conhecimento inadequado sobre qualquer método anticoncepcional pode ser um fator de resistência à aceitabilidade e uso desse método. Do mesmo modo, alto nível de conhecimento sobre o método anticoncepcional não determinará nenhuma mudança de comportamento se os métodos contraceptivos não estiverem acessíveis à livre escolha dos adolescentes (Martins et al., 2006, p. 58).

Os profissionais de saúde devem realizar uma assistência educativa baseada na paternidade responsável e com livre escolha do método oferecido. Portanto, para que a política de planejamento familiar tenha efeito deve envolver a atuação do profissional de saúde, juntamente com o fornecimento e acesso regular de todos os métodos contraceptivos autorizados pela política brasileira (Otsuka et al., 2005).

O setor saúde deve organizar seus serviços de forma diferenciada para o acolhimento e acompanhamento de saúde dos adolescentes, contando com uma equipe multidisciplinar motivada e capacitada para trabalhar com pessoas dessa faixa etária (Carniel, Zanolli, Almeida & Morcillo, 2006, p. 7).

Foi observado que as adolescentes não frequentavam anteriormente a Unidade de Saúde da Família, relatando como motivo o não adoecimento, este fato demonstra o desconhecimento, por parte da população, do papel educacional de prevenção e de promoção da saúde que tem a Unidade de Saúde da Família.

Para que se tenha uma assistência à saúde de qualidade e eficiente, torna-se importante que a população tenha acesso aos serviços de saúde. Para Unglert *cit in* Carvacho, Mello, Morais e Silva (2008) o sistema de saúde apresenta dificuldades impedindo a assistência à saúde, visto a inacessibilidade de alguns grupos populacionais a esses serviços.

Um estudo do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) mostra que adolescentes possuem dificuldades de acesso aos serviços de saúde, tendo como um

dos motivos as barreiras geográficas. Porém a oferta e o uso de serviços de saúde dependem não só da sua existência, como também das facilidades ou dificuldades de acesso encontradas pelos usuários (Carvacho, Mello, Morais & Silva, 2008).

Perante as 57 (51,82%) adolescentes que frequentavam a Unidade de Saúde da Família anteriormente à gravidez atual, percebeu-se que os adolescentes pouco utilizam os serviços de saúde e quando os utilizavam, buscavam serviços curativos e não de prevenção. Convergindo com o estudo de Ayres (*cit in* Carvacho, Mello, Morais & Silva, 2008).

Ficou claro neste estudo que os adolescentes pouco se interessam por atividades de prevenção, buscando situações curativas. Para Muza e Costa (2002) há uma certa resistência dos adolescentes na procura pelos serviços de saúde o que gera uma resistência por parte dos serviços em acolher os interesses desse grupo populacional.

Quando se tem acesso aos serviços de saúde há uma redução de comportamentos de risco, aumento de hábitos saudáveis e melhora da saúde, principalmente entre a população de adolescentes. Porém ainda existem poucos serviços no Brasil preparados para atender especificamente as necessidades desse grupo populacional, gerando um obstáculo ao acesso às informações e às ações de prevenção e promoção à saúde dessa população (Carvacho, Mello, Morais & Silva, 2008).

Para Horta (*cit in* Lage, 2008) os adolescentes procuram a Unidade de Saúde para sanar queixas relativas a quadros agudos ou buscam ações institucionalizadas, caracterizando ações pontuais, sem efetiva abordagem integral e holística da situação de saúde desse grupo populacional.

Segundo Loch, Clotet e Goldim (2007) vários são os estudos que revelam que o adolescente retarda ou evita buscar assistência nas Unidades Básicas de Saúde da Família devido à sua preocupação na confidencialidade e constrangimento de que as informações dadas no momento da consulta sejam reveladas aos seus pais pelos profissionais do serviço.

Jeolás e Ferrari *cit in* Lage (2008) referem que para que o adolescente possa aderir ao espaço que lhe é oferecido pela equipe de saúde, torna-se importante que se

permita que ele seja ouvido e que possa expor suas ideias, sentimentos, vivências, para que ele se sinta respeitado e valorizado.

Para Ferrari, Thomson e Melchior (2008) os atendimentos de adolescentes em sua maior frequência se dão pelos profissionais médicos, em detrimento de consultas de enfermagem, visto a demanda diária das especialidades como: “pediatria, clínica geral, ginecologia e obstetrícia”, visto que os adolescentes procuram as unidades de saúde para consulta médica, sendo a proporção de atendimentos de 60% para tratamento de doenças e 40% gravidez (p.4) o que fica claro a pouca ou nenhuma procura por serviços educativos ou de prevenção.

Estudos como o de Pinheiro et al. (*cit in* Ferrari, Thomson & Melchior, 2008) e de Formigli, Costa e Porto *cit in* Ferrari, Thomson e Melchior (2008), também deixam evidentes que a procura dos adolescentes pelas unidades de saúde se dá por motivos de doenças, seguido por gravidez e problemas odontológicos.

Parece que o motivo da procura do adolescente pelo serviço de saúde não tem sido além de problemas clínicos. Mesmo que o serviço ofereça atividades de prevenção ou de promoção à saúde [...] geralmente eles não comparecem e que ganhar a confiança do adolescente não é uma tarefa fácil (Ferrari, Thomson & Melchior, 2008, p.4).

5.2.4.- Orientação sobre sexualidade/sexo/gravidez

Em relação à sexualidade, 29 (26,00%) das adolescentes do estudo referiram que houve falta de orientação, 32 (29,00%) referiram que houve um pouco de falta de orientação, que somando totaliza 61 (55,00%) adolescentes sem orientação sexual, contra 49 (45,00%) que referiram não ter tido falta de orientação em relação a assuntos sobre sexo, sexualidade e gravidez (Figura 4.35).

Em relação ao motivo da falta de orientação sobre questões relacionadas ao sexo, muitos foram os motivos citados pelas adolescentes entrevistadas, os quais surgiram em ordem decrescente: a falta de orientação por parte da mãe; a falta de conversas com qualquer pessoa (tendo que aprender tudo sozinha); orientação apenas pela televisão, internet e amigas; orientações recebidas da mãe de forma superficial ou nenhuma orientação recebida da mãe.

O diálogo entre pais e adolescentes sobre questões que envolvem a sexualidade torna-se deficiente, visto a dificuldade de abertura para essas conversas, devido ao sentimento negativo de medo em relação à reação dos pais (Sousa, Fernandes & Barroso, 2006).

Notou-se que houve uma diversidade muito grande em relação às pessoas de quem as adolescentes desse estudo receberam orientação no que toca aos assuntos sobre sexualidade/sexo/gravidez (Tabela 6). Para Sousa, Fernandes e Barroso (2006) esse motivo é decorrente dos mistérios e tabus que englobam o assunto e mediante a não abertura que o adolescente vivencia em casa, tende a procurar informações com outras pessoas e muitas vezes encontra as informações de outros adolescentes imaturos, o que favorece a prática do sexo inseguro.

A falta de informação e os temores em relação à reação familiar têm contribuído de forma direta para a dificuldade encontrada pelos adolescentes de vivenciarem a experiência sexual de forma natural e segura (Esteves & Menandro, 2005).

As transformações pelas quais passa o adolescente nessa fase da vida são responsáveis pela intensa vivência da sexualidade o que acontece, na maioria das vezes, de forma desprotegida, tornando-se um problema devido à falta de informação, de comunicação entre esses adolescentes e seus familiares, tabus e até mesmo o medo de assumi-la (Camargo & Ferrari, 2009).

“A família é a principal reguladora da sexualidade e suas orientações são indicadoras de proibição. As informações recebidas limitam-se à explicação de regras de conduta e estão apoiadas em valores que priorizam a manutenção do sistema familiar” (Romero, Medeiros, Vitalle & Wehba, 2007, p.6).

Para que o adolescente inicie suas atividades sexuais de forma saudável e segura, torna-se necessário que se tenha orientação e para isso é fundamental uma relação aberta com os familiares, que pode ser percebida pelos adolescentes como uma quebra de sua intimidade podendo gerar certo desconforto ao adolescente por ter que se expor ao julgamento de quem o ouve e por isso, muitas vezes, opta por não buscar essas orientações (Anastácio, 2010).

Observou-se que 49 (44,50%) das adolescentes entrevistadas neste estudo referiram ter recebido orientações sobre assuntos relacionados à sexualidade e mesmo assim engravidaram. Tal fato é explicado por Dodorian *cit in* Lage (2008, p. 64) da seguinte maneira:

O que se evidencia não é a falta de informação das adolescentes, mas a falta de formação. Possibilitar conhecimentos sobre as questões referentes à fisiologia sexual e às práticas contraceptivas é uma política insuficiente e pouco eficaz para se evitar as consequências de uma gravidez não planejada. A informação deve contemplar a complexidade do universo psicossocial das adolescentes, particularizando a significação da gravidez nesse segmento social.

Em relação às orientações sobre sexualidade, conforme mostra a tabela 6, observou-se que as adolescentes apresentaram uma diversidade de pessoas de quem esperam tais orientações. Porém sempre presentes a figura materna ou de ambos os pais, dos professores e dos profissionais da saúde. Para Dias (2005) os adolescentes de todas as camadas sociais valorizam o diálogo com a família.

5.2.5.– Interferência da mídia sobre a sexualidade/sexo entre os adolescentes

Em relação à interferência da mídia como fonte de estímulo para o sexo/gravidez entre adolescentes observou-se, neste estudo, que 94 (85,00%) das adolescentes a referiram como fator positivo para o ato, contra 16 (15,00%) que referiram que a mídia não configura como fator de estímulo para que ocorra o sexo/gravidez entre adolescentes (Figura 4.37).

Convergindo com um trabalho de Amaral e Fonseca (2006), nosso estudo encontrou que uma parcela significativa (85,00%) das adolescentes referiram a mídia como fonte de informação para assuntos relacionados à sexualidade e como fator estimulante para o acontecimento da relação sexual entre adolescentes.

Para Marina (2008) ao se chegar à adolescência, esse grupo populacional é exposto, via comunicação de massa, a muitas informações sobre sexualidade de forma apelativa. Portanto, não é a falta de informação que leva à realização do sexo e da gravidez não planejada e sim a forma como essas informações estão sendo levadas a esses jovens e, principalmente, como estão sendo recebidas e percebidas por esse grupo populacional.

Segundo Moreira, Viana, Queiroz e Jorge (2008) o que está acontecendo é que os adolescentes estão sendo alvos de um bombardeamento intenso pela mídia de informações apelativas ao sexo, fazendo com que esses jovens iniciem suas atividades sexuais de forma insegura e sem consciência das implicações da atividade sexual sem responsabilidade.

O estilo de vida moderno, bem como os fatores do meio ambiente e, principalmente, a mídia tem contribuído de forma significativa para a precocidade sexual nos adolescentes (Berlofi, Alkmin, Barbieri, Guazzelli & Araújo, 2006).

Porém a figura 4.39 mostra que 16 (15,00%) adolescentes deste estudo não apontaram a mídia como fator de influência para a precocidade sexual visto ser um objeto de importância para a orientação, mostrando formas de prevenção e focando os prejuízos.

Porém, para Romero, Medeiros, Vitale e Wehba (2007) a mídia apesar de ser fonte de informação sobre assuntos relacionados à sexualidade para esse grupo populacional, torna-se ineficiente nesse aspecto visto a pequena quantidade de programas educacionais sobre o tema.

5.3.- Comportamentos Sexuais e Relacionamentos Afetivos

5.3.1.- Gravidez

Foi observado que alguns motivos levaram as adolescentes desse estudo a planejarem a gravidez (Figura 4.41) e convergindo com o estudo de Moreira *cit in* Persona, Shimo e Tarallo (2004) a maioria delas engravida não pelo próprio desejo de ser mãe, mas para satisfazer o parceiro, encontrar na pessoa do filho um sentido para sua vida, para resolver seu problema de solidão com a companhia de um filho, para poder sair da casa dos pais e resolver o problema de um clima familiar desagradável.

Chama atenção a situação de 01 (5,00%) adolescente deste estudo que planejou sua gravidez para poder sair de casa por conta de uma situação familiar conflituosa, o que mostra o quão despreparadas psicologicamente encontram-se as adolescentes que planejam engravidar (Figura 4.42).

Muitas adolescentes direcionam suas ações para satisfazer o desejo de ser mãe pensando no fenômeno da maternidade isoladamente, sem levar em consideração as consequências. Outras a planejam quando o desejo latente de ser mãe aparece mediante a vontade do parceiro (Andrade, Ribeiro & Silva, 2006).

Muitas adolescentes assumem o risco da gravidez nessa fase da vida por medo de serem desprezadas pelo parceiro caso não realize o desejo do mesmo em se tornar pai, sendo este medo decorrente da instabilidade afetiva dos relacionamentos vivenciados por esse grupo populacional (Amaral & Fonseca, 2006).

Para Lima et al. (2004) o fenômeno da maternidade é importante para que se construa a identidade feminina e o desejo de ter um filho é decorrente da percepção da criança como sentido da vida. Para Carvalho, Merighi e Jesus (2009) há uma busca de estabilidade através de um filho, revelando uma tentativa de obter autonomia e atingir a maturidade.

Para Dadoorian (*cit in* Zanin, Moss & Oliveira, 2011) por vivenciarem uma situação de solidão, as adolescentes sentem uma carência afetiva o que as levam à gravidez nessa etapa da vida. Em um estudo de Falcão e Salomão (2006) algumas adolescentes buscam a maternidade como forma de suprir uma atenção e proteção que não foi satisfeita pelos pais, passam a ver o bebê como alguém que vai receber todo o carinho que não teve, e que nunca vai abandonar.

Para Silva (*cit in* Falcão & Salomão, 2006) muitas adolescentes, mediante situações de conflito no convívio familiar ou para fugir de uma situação de violência, assumem o risco de engravidar, casar-se precipitadamente, ir morar com o namorado ou com amigas.

São de diversas ordens os motivos que levam uma adolescente a engravidar, desde o início da atividade sexual precoce sem o uso adequado de contraceptivos até a busca de uma identidade relacionada à maternidade numa realidade em que as opções são restritas. O desejo da maternidade nem sempre é o motivo principal. Pode estar relacionado à vontade de perpetuação do namoro, à afirmação da feminilidade através da fertilidade, à vontade de encontrar um objetivo para a vida nos cuidados com o filho, à necessidade de companhia para lidar com a solidão através do relacionamento com o filho (Moreira *cit in* Otsuka et al., 2005, p.91).

Portanto, nem sempre o fenômeno da gravidez, na fase da adolescência, é percebido como indesejado, imprevisto e inoportuno, servindo esse fenômeno como

uma ancoragem para um vínculo social mais seguro. Para Marina (2008) os vínculos afetivos fragilizados introduziram profundas variações na maneira de vivenciar o fenômeno da maternidade e como muitas mulheres não conseguem viver sem nenhum tipo de “ancoragem, de ligação, procuram no filho uma vinculação mais segura do que no parceiro” (p. 109) e ainda “em um mundo de uniões sem compromisso, anseia-se por uma relação comprometida e indissolúvel, como a da maternidade, diante da insegurança afetiva, é vista nela uma possibilidade de relação amorosa clara, segura e inevitável, quase automática” (p.110).

O significado positivo compreendido pela maternidade na fase da adolescência pode ser evidenciado pela desqualificação social das mulheres, tornando-se ainda maior mediante “dificuldade de acesso a bens sociais como educação, trabalho, remuneração e prestígio” (Heilborn, Aquino & Knaut, 2006; Villela & Doreto, 2006, p.4).

Em relação às reações/sentimentos frente à descoberta da gravidez, houve uma diversidade muito grande desses sentimentos para quem recebeu a notícia.

Para Levandowski, Piccinini e Lopes (2008) citando outros estudos, as adolescentes evidenciam três padrões de sentimentos/reações frente à notícia de uma gravidez nesta fase da vida. As reações **positivas** (alegria, felicidade), **negativas** (medo, nervosismo, rejeição, preocupação) e **ambivalentes**. E um sentimento positivo deve-se ao planejamento da gravidez e aceitação familiar.

Para Santos e Schor (*cit in* Falcão & Salomão, 2006, p.3) apesar da visão hegemônica da sociedade e da saúde pública em geral entender os adolescentes como um bloco único e em conflito, e a gravidez na adolescência como indesejada, existem diversas maneiras de viver a maternidade. Para algumas adolescentes, essa experiência é desejada e plena de significados positivos.

Freitas e Botega (*cit in* Otsuka et al., 2005, p. 91) relatam que a gravidez quando desejada e planejada está imbuída de sentimentos positivos com significado de felicidade e realização para as adolescentes. Porém a maioria experimenta sentimento de “tristeza, medo, insegurança e até mesmo desespero” quando esta não foi planejada e nem desejada.

As adolescentes também vivenciam sentimentos negativos, causando-lhes grande sofrimento psíquico, quando a gravidez, além de não ter sido desejada e nem

planejada, está associada a uma reação familiar ruim (Caputo & Bordin, 2008; Sabroza, Leal, Souza Jr & Gama, 2004).

Para Lage (2008, p.57) as adolescentes, mediante uma gravidez precoce, evidenciam um sentimento de desproteção, e relatam “angústias, inseguranças e temores” associados às reações familiares e de colegas de escola.

Muitos são os estudos que relatam os sentimentos negativos enfrentados pelas adolescentes mediante uma gravidez precoce e não planejada. Também inúmeros são os sentimentos negativos vivenciados por essas adolescentes. Amaral e Fonseca (2006, p.7) relatam que:

Dentre os medos apresentados por todos os grupos pelas adolescentes, a possibilidade de gravidez foi o “pior deles” [...] o medo da gravidez mostra-se diretamente relacionado a situações vividas no ambiente doméstico, como a advertência frequente da família quanto às consequências de uma gravidez, o comportamento violento e repressor dos pais, assim como a convivência com mães adolescentes que tiveram de redirecionar suas vidas e de assumir a criação do filho.

Ainda para Amaral e Fonseca (2006) a gravidez nessa fase de vida também traz o medo como consequência da responsabilidade atribuída à mulher durante a maternidade e das mudanças inevitáveis na vida dessas adolescentes.

Sendo a gestação na adolescência, de modo geral, enfrentada com dificuldade porque a gravidez nessas condições significa uma rápida passagem da situação de filha para mãe, do *querer colo* para *dar colo*. Nessa transição abrupta do seu papel de mulher, ainda em formação, para o de mulher-mãe, a adolescente vive uma situação conflituosa e, em muitos casos, penosa. A grande maioria é despreparada física, psicológica, social e economicamente para exercer o novo papel materno, o que compromete as condições para assumir adequadamente e, associado à repressão familiar, contribui para que muitas fujam de casa e abandonem os estudos. Sem contar com as que são abandonadas pelo parceiro, muitas vezes também adolescentes (Moreira, Viana, Queiroz & Jorge, 2008, p.6).

Para Vilar e Gaspar (*cit in* Oliveira, 2008, p.7) a notícia da gravidez da adolescente é “inicialmente recebida, pelos familiares da adolescente, com tristeza”, desgosto, mediante a contrariedade e “preocupação pela reputação da jovem e da família e, também, pela situação financeira após a chegada do bebê”.

Com esta situação, a jovem adolescente contrariou as expectativas existentes no interior da família com relação aos cumprimentos de um modelo ideal relacionado às “fases da vida” e ao estado civil dos filhos. A gravidez precoce

acaba sendo vista como irresponsabilidade, especialmente quando a adolescente não vive em conjugalidade. Nas situações em que a conjugalidade existe, a notícia da gravidez é recebida normalmente, com festividade, uma vez que não contraria a moral tradicional (Vilar & Gaspar *cit in* Oliveira, 2008, p.7).

Em um estudo realizado por Silva e Tonete (2006) em relação ao sentimento da família frente a uma gestação da adolescente solteira é primeiramente evidenciado como um choque por ser um acontecimento não esperado, um problema. Sendo assim entendido por experiências prévias, mas aos poucos passam a aceitar, surgindo uma situação de conformismo. Também há famílias que desejam a gravidez nas suas adolescentes desde que estas tenham um relacionamento de conjugalidade estável com seus parceiros.

Embora a reação inicial, mediante a gravidez da adolescente, seja de caráter desfavorável, percebe-se que há, posteriormente, uma reação de aceitação e de apoio, principalmente pelas mães (Falcão & Salomão, 2006).

Para Lima et al. (2004, p.73) as reações de familiares mediante à adolescente grávida apresentam-se de forma contraditória, sendo bastante “comum a sobreposição dos sentimentos de revolta, abandono e aceitação do inevitável”. Para Dias (2005, p.83) as reações são “motivadas e influenciadas por situações como o tipo e o tempo de relacionamento, condição sócio-econômica, a assunção da paternidade, entre outras”.

Os pais apresentam-se, muitas vezes, de forma divergente em relação à notícia da gravidez, sendo alguns de forma mais tranquila e outros de forma mais exacerbada, prevalecendo o apoio da mãe (Dias, 2005).

Ainda para Dias (2005, p.121) os pais assumem três posições, sendo a “primeira representada por uma postura mais condescendente no sentido de anuir a vontade do outro”, a segunda de “insatisfação no sentido de descontentamento mais comedido, uma decepção provocada pela falta de responsabilidade dos/as filhos/as” e a terceira de “desaprovação, no sentido de uma contrariedade mais exacerbada e nesses casos, algumas situações perduram, mesmo após longos anos após o nascimento da criança”.

Lima et al. (2006) relataram em seu estudo que a gravidez na adolescência pode ser percebida como um objetivo a ser alcançado e com isso melhora os cuidados dispensados à jovem e conseqüentemente há uma melhor aceitação da gravidez, traduzindo em uma relação familiar harmônica.

Em um trabalho realizado por Dias (2005, p.147) a reação de não aceitação por parte do parceiro (pai do bebê) se deve à impropriedade do momento devido a “dureza da responsabilidade, dificuldade em prover e criar o filho”.

Em um estudo de Sabroza et al. (*cit in* Falcão & Salomão, 2006) em relação à aceitação por parte do parceiro e de seus familiares, no início da gravidez da adolescente verificou-se ser de caráter negativo e de não aceitação. Porém melhorava com o passar do tempo mediante a necessidade de apoio à adolescente e ao bebê.

5.3.2.- Relação sexual

O estilo de vida moderno e os diversos estímulos ambientais favorecem a iniciação sexual de forma mais precoce, conseqüentemente, favorecendo aos jovens experimentarem situações de risco, como a gravidez não planejada e não desejada (Berlofi et al., 2006). Podem também correr o risco de adquirir uma DST, visto que a maioria não faz uso consistente de métodos contraceptivos e protetores das doenças (Camargo & Ferrari, 2009).

Quanto à idade da primeira relação sexual foi encontrada, neste estudo, uma média de 14,06 anos, variando de 11 a 18 anos, havendo uma incidência muito alta nas idades mais jovens conforme mostra a Figura 4.47.

Para a UNESCO *cit in* Villela e Doreto (2006) 32,80% dos jovens brasileiros já iniciaram sua vida sexual. Para Persona, Shimo e Tarallo (2004) a média de idade para a primeira relação sexual é de 12 anos. Contrariando o estudo de Berlofi et al. (2006) visto que a média de idade da primeira relação sexual, para moças, era de 15 anos.

O momento para que haja a primeira relação sexual, é esperado pelo adolescente com muita ansiedade e, portanto, a conversa com amigos pode ser um fator desencadeante dessa vontade/curiosidade. Para Longo (*cit in* Alves & Brandão,

2009) o comportamento sexual e reprodutivo dos adolescentes necessita ser entendido com base em aspectos familiares, sociais, de raça e etnia, classe social e religioso que conjuntamente formam o status de consolidar o comportamento sexual.

Os adolescentes vêm iniciando sua vida sexual cada vez mais cedo, podendo ser considerada como uma manifestação de curiosidade natural diante do desenvolvimento físico e da maturação sexual, e, assim, como pode ser expressão de amor e de confiança, pode também estar relacionada com solidão, carência afetiva ou oportunidade de auto-afirmação diante dos amigos. Outros fatores associados vão desde o desequilíbrio familiar, como divórcios, maus-tratos e relacionamento difícil com padrastos e madrastas, até a influência dos amigos (Costa & Souza *cit in* Zanin, Moss & Oliveira, 2011, p.90). Nesse sentido, as consequências são as relações insatisfatórias, com ausência de prazer, que podem comprometer uma vida sexual saudável, aumentar as fantasias, medos e inseguranças, e também contribuir para o aumento da gravidez na adolescência (Neto & Osório *cit in* Zanin, Moss & Oliveira, 2011, p.90).

As adolescentes estão começando cada vez mais cedo sua vida sexual e com isso engravidando cada vez mais cedo, fato que atropela a juventude fazendo-as entrar na vida adulta despreparada fisicamente, emocionalmente e financeiramente (Moreira, Viana, Queiroz & Jorge, 2008).

Muitos são os motivos que levam os adolescentes a realizarem a primeira relação sexual. Em um estudo realizado por Anastácio (2010), foram citados a paixão pelo parceiro, curiosidade, incapacidade de dizer não, por ter sido muito forçado e por que os amigos já tinham tido a primeira relação sexual. Motivos que chamam a atenção pela fragilidade emocional em que se encontra esse grupo populacional.

Os adolescentes reconhecem que a primeira relação sexual é caracterizada pelo coito com penetração vaginal, porém há um momento anterior em que os mesmos experimentam as carícias íntimas representando o momento de aproximação (Brandão *cit in* Dias 2005). Sendo, então, necessária uma aproximação também com os pais em questão de esclarecimento sobre assuntos relacionados à sexualidade.

Quanto aos motivos que fizeram as adolescentes não contarem a alguém da família sobre o início das atividades sexuais estão citados, conforme a Figura 4.49, medo e/ou vergonha, fato este que mostra a imaturidade das adolescentes em relação às atividades sexuais.

Tabus e preconceitos são os motivos que levam aos adolescentes a não buscarem orientações em relação às atividades sexuais com seus familiares. Diante

disso buscam essas orientações com outros adolescentes para a troca de ideias ou mesmo para compartilhar os seus medos (Sousa, Fernandes & Barroso, 2006).

Para Dias (2005) a família conhece ou desconfia do início das práticas sexuais de seus filhos adolescentes, mas, mesmo assim, não toma uma medida positiva em relação ao diálogo com esses jovens e não promove um diálogo com mais intimidade sobre o comportamento sexual de seus filhos, caracterizando a falta de preparo de ambos (familiares e adolescentes) em relação às conversas sobre sexualidade. Para Monteiro, Costa, Nascimento e Aguiar (2007) tanto a família como a sociedade não se agradam com a realidade do início da atividade sexual precoce e nem da gravidez na adolescência. Porém são realidades que não podem ser ignoradas.

A falta de diálogo sobre sexualidade com familiares se justifica por “sentimentos de vergonha em revelar sua intimidade, medo de não serem compreendidas ou de serem repreendidas pelas mães” (Dias, 2005, p.115-6).

A família exerce o papel de informante e mesmo assim apresenta falhas em relação ao esclarecimento na tentativa de redução de dúvidas pelos adolescentes. Isto pela condição de despreparo e pelas dificuldades associadas à falta de informação e não aceitação da sexualidade do adolescente (Silva & Tonete, 2006).

Villela e Doreto (2006, p.5) relatam que muitas jovens iniciam-se sexualmente e engravidam de parceiros também jovens. Para Takiuti *cit in* Villela e Doreto (2006, p.5) há uma proporção de 70% de pais jovens, e 38,70% dos parceiros de mães adolescentes, encontram-se também na adolescência. Havendo uma convergência com este estudo, visto que foram encontrados 36,36% de pais adolescentes.

A percentagem maior foi de parceiros sem estar na fase da adolescência, configurando uma idade superior às das adolescentes. Para Lage (2008, p.62):

Uma grande diferença de idade entre as jovens e seus parceiros pode ocasionar perdas no poder de negociação e autonomia de decisão das jovens, tanto em relação ao momento de iniciar a vida sexual quanto na escolha do uso e dos tipos de métodos contraceptivos.

5.3.3.- Tempo de relacionamento e vínculo afetivo

Quanto ao tempo de relacionamento para que ocorresse a gravidez foi encontrado menos de 01 mês para 01 adolescente, 72 meses (6 anos) como tempo máximo e 14,9 meses como média de tempo de relacionamento (Figura 4.54).

Analisando-se o tempo de relacionamento até a ocorrência da gravidez, observou-se que para 64 (58,18%) adolescentes o tempo foi inferior a 1 ano de relacionamento, caracterizando uma precocidade em termos de ocorrência de relação sexual.

Para Carvalho, Merighi e Jesus (2009, p.7) “a união conjugal e/ou assunção da paternidade pode não somente alterar a percepção da gravidez/maternidade pela adolescente, mas a percepção de toda a família, que passa a ter uma visão mais favorável do evento”.

As consequências da parentalidade na vida conjugal dos adolescentes apresentam-se sob uma ótica positiva – “unir o casal, pela decisão de viverem juntos, promovendo o crescimento de ambos e uma relação afetiva positiva, também, com benefícios à(s) criança(s)” e outra negativa quando “o nascimento de um filho e a decisão de morar juntos poderia desfazer o estado de enamoramento anterior, levando esses casais a experimentarem mais problemas conjugais e separações” (Levandowski & Piccinini *cit in* Carvalho, Merighi & Jesus, 2009, p.7).

Dias e Aquino (2006) relatam que a presença do filho é um fator motivacional para a união dos pais. E para Persona, Shimo e Tarallo (2004) é alto o número de união consensual que se regulariza com a gravidez. Porém, nosso estudo divergiu dos autores visto que 58 adolescentes tiveram seu vínculo mudado em decorrência da gravidez, sendo que para 26 (24,00%) o vínculo foi desfeito.

Para muitos jovens, principalmente os do sexo masculino, há uma recusa em constituir a união conjugal, embora assumam a paternidade do filho. Para outros há uma espera de um momento financeiro adequado para formarem um novo domicílio reunindo a família. Havendo, também os que cedem à coabitação com suas parceiras. Portanto, a “parentalidade em si mesma demarca mais uma esfera de reconhecimento de autonomia, que passa a ser conquistada mais precocemente por crianças e adolescentes” (Dias, 2005, p.137).

Leal e Fachel (*cit in* Dias, 2005) relatam que independentemente da classe social, as famílias não desejam a gravidez de seus adolescentes, havendo uma maior preocupação e investimento nos estudos. Talvez, por isso, muitas das famílias aqui representadas neste estudo, não tenham forçado a união do casal.

Uma das características da adolescência é a tendência em retardar o casamento e privilegiar a modalidade de coabitação (contrariando as formalidades religiosas e legais do casamento), principalmente quando motivada pela chegada de um filho (Torres *cit in* Dias, 2005). Aí os jovens procuram oficializar a união na perspectiva de acolher a criança e pelo afeto em relação ao parceiro (Dias, 2005) convergindo com este estudo sendo observado um alto índice de adolescentes que já coabitavam com seus parceiros por vontade própria (52,00%).

Como algumas jovens não estabelecem uma relação amorosa estável com os parceiros, a gravidez é vivida de uma forma mais solitária. Em alguns casos, o namorado termina o namoro pra não assumir a paternidade. Em outros, é a própria adolescente que o abandona ou o deixa em segundo plano, voltando-se mais para a família e, especificamente, para a mãe” (Dadoorian *cit in* Lage, 2008, p.74).

Convergindo com o estudo de Chalem et al. (2007), observou-se que há um pequeno índice de casamentos formais (3,63%) e um número elevado de uniões consensuais (47,27%) em decorrência da gravidez, caracterizando uma pressão social para que se formalize a união, mesmo sem oficializar o casamento ou ter independência financeira.

Dias (2005) relata que nas camadas mais populares há uma maior exigência, por parte de familiares, para que se concretize a união do casal na vigência de uma gravidez. Este estudo divergiu da autora acima visto que apenas 10 (9,10%) das adolescentes foram obrigadas por seus familiares a concretizar o relacionamento.

São poucas as famílias que aceitam a gravidez em suas adolescentes, procurando compreender a situação, muitas obrigam essas adolescentes a assumirem uma experiência de um casamento, mesmo que não representem sua vontade, conseqüentemente, obrigam essas jovens a abrir mão de seus sonhos e expectativas (Moreira, Viana, Queiroz & Jorge, 2008).

Devido à instabilidade emocional e financeira vivenciadas pelas adolescentes, não deveriam ser obrigados a oficializar um vínculo como consequência de uma gravidez. Caso se perceba que ambos se gostam, deveria se estimular a coabitação e avaliar se a relação teria ou não continuidade (Altmann, 2009).

Os jovens vivem uma instabilidade emocional mediante as incertezas da durabilidade das relações afetivo-sexuais e mesmo diante disso o significado do compromisso assumido com a parentalidade e/ou coabitação os tornam pais e mães de família, fato suficiente para sentirem-se adultos. A durabilidade do relacionamento dependerá do cotidiano dos adolescentes. Há o conhecimento de que a união se dá, muitas vezes, em função da gravidez e embora haja pressão por parte de familiares, os jovens afirmam que se deu por vontade do casal (Dias, 2005).

5.4. Saúde Sexual e Violência

5.4.1. Prevenção da gravidez e métodos contraceptivos

Os diferentes métodos contraceptivos são conhecidos pelos profissionais da saúde, da educação e também pela maioria da população em idade reprodutiva. Porém a eficácia e a utilização correta nem sempre é explorada, principalmente com os adolescentes, os quais têm iniciado cada vez mais precocemente as atividades sexuais sem, contudo receberem ou buscarem informações acerca da contracepção (Vieira, Saes, Dória & Goldberg, 2006, p.3).

Muitos são os motivos referidos pelas adolescentes para justificar o não uso de métodos contraceptivos, e dentre eles estão “dificuldade de diálogo com o parceiro, a qualidade e/ou inadequação da informação a respeito da contracepção e reprodução, assim como sobre o uso correto dos métodos anticoncepcionais” (Vieira, Saes, Dória & Goldberg, 2006, p.4).

Entender os desafios enfrentados pelos adolescentes em relação às práticas contraceptivas é constituir conexão entre o “aprendizado da sexualidade e da contracepção com a conquista gradativa da autonomia individual [...], considerando que ambos os percursos estão relacionados e fazem parte de um processo de amadurecimento e construção de uma identidade social e de gênero” (Alves & Brandão, 2009, p.2).

Em relação ao uso de preservativo apenas 17 (15,00%) das adolescentes deste estudo referiram usar sempre o preservativo, contra 93 (85,00%) que referiram nunca usar ou usar em eventuais situações (Figura 4,63).

Mesmo com as mudanças na Política de Saúde e das práticas profissionais nos serviços básicos de saúde, existe um desafio grande em relação ao uso consistente do preservativo por parte dos adolescentes, que estão iniciando mais cedo suas atividades sexuais e sem proteção (Ferrari, Thomson & Melchior, 2008).

Para Dias (2005), nem sempre os adolescentes fazem uso de preservativo durante as relações sexuais o que os expõe a uma gravidez. Contudo, quando acontece a gestação, esta é percebida como algo inesperado para a maioria desse grupo populacional.

Para Vieira, Saes, Dória e Goldberg (2006, p.3) os jovens iniciam a atividade sexual cada vez mais precocemente e, na maioria das vezes, sem proteção, expondo-se a uma gravidez não planejada, havendo estudos na América Latina em que “menos de 20% dos homens e 15% das mulheres usam algum método anticoncepcional na primeira relação”.

Chama atenção o fato de 17 (15,00%) adolescentes (Figura 4.61) terem engravidado, mesmo fazendo o uso do preservativo, referindo que o mesmo estourou. Este fato mostra que os adolescentes nem sempre são bem informados em relação aos métodos contraceptivos, visto que nenhuma adolescente deste estudo fez menção ao contraceptivo de emergência (pílula do dia seguinte), convergindo com o que dizem Camargo e Ferrari (2009) que os adolescentes não possuem informação adequada em relação aos métodos contraceptivos.

Para 05 (5,00%) adolescentes (Figura 4.61) o uso do preservativo era referido como algo incômodo e por isso o desuso, o que é explicado por Camargo e Ferrari (2009) quando dizem que os adolescentes têm um comportamento negativo ao uso de preservativo visto que interfere no prazer sexual, tornando a relação sexual algo sem naturalidade e espontaneidade, e que nem sempre está disponível no momento.

Ainda os mesmos autores (Camargo & Ferrari, 2009, p.8) citando outros estudos, referem que tanto em “pesquisas nacionais como internacionais, os mais

baixos níveis de uso do preservativo nas relações sexuais continuam sendo entre 15 e 19 anos, principalmente entre as garotas e de baixa escolaridade”.

Jeolás e Ferrari (*cit in* Camargo & Ferrari, 2009) referem que um dos motivos para o não uso do preservativo por parte das adolescentes é a falta de argumento para negociação do uso do preservativo pelo parceiro. O que ficou evidenciado para 15 (14,00%) adolescentes deste estudo (Figura 4.64). Lima et al. (*cit in* Lage, 2008) relatam que há uma dificuldade de negociação das prática contraceptivas entre as adolescentes e seus parceiros, visto que o homem mantém um maior poder de negociação e de decisão sobre as prática sexuais.

Para Bertoni et al. (2009) o abandono do uso do preservativo acontece frequentemente nos relacionamentos considerados como estáveis em que a prevenção das DST's deixa de ser prioridade mediante a confiança no parceiro e o que prevalece é a prevenção da gravidez, sendo o preservativo substituído por outro método contraceptivo como a pílula anticoncepcional. Convergindo com os autores acima, este estudo demonstrou que 10 (9,00%) das adolescentes não haviam feito o uso do preservativo com o parceiro atual e 05 (5,00%) das adolescentes haviam feito uso no início da relação (Figura 4.64).

Em relação às falhas ou esquecimento do uso de métodos contraceptivos, por parte das adolescentes, acredita-se que seja por motivos de vulnerabilidade social e relacional. Para Alves e Brandão (2009, p.2) tais situações podem ser apontadas por “dificuldades de negociação entre gêneros, em razão da vulnerabilidade à dominação masculina; relação médico-paciente que condiciona a prescrição e uso do método; compatibilidade do método indicado com o contexto da vida afetivo-sexual feminina [...] ambivalência do desejo de ter filhos”.

Para 20 (18,00%) adolescentes deste estudo houve o abandono do preservativo quando existiu a vontade de engravidar (Figura 4.61). Para Davim (*cit in* Vieira, Saes, Dória & Goldberg, 2006) os motivos que levam aos adolescentes a abandonarem os métodos contraceptivos são desconhecimento sobre contracepção, dos riscos que envolvem uma gravidez precoce e para a grande maioria o abandono se deu pelo desejo de engravidar.

Muitas adolescentes são conhecedoras dos métodos contraceptivos e mesmo assim se envolvem em uma gravidez precoce, visto que para Neto e Osório *cit in* Zanin, Moss e Oliveira (2011, p.90) esta situação está ancorada em:

causas conscientes ou inconscientes como, por exemplo, a necessidade de uma jovem se afirmar como mulher através da gravidez; a vontade ingênua de segurar ou assegurar o parceiro, definitivamente; um pacto do casal de auto-afirmação como adultos; o testar-se como uma pessoa fértil, capaz de procriar; um erro de cálculo; ou mesmo uma postura onipotente (típica do adolescente) de que comigo não vai acontecer.

5.4.2.- Parceiros sexuais

Partindo para referenciar o número de parceiros sexuais que as adolescentes deste estudo possuíram observou-se que o mínimo foi de 1 parceiro para 38 adolescentes (35,00%), e como máximo foi encontrado 30 parceiros sexuais para 01 (1,00%) adolescente e como média de 3,04 parceiros sexuais para cada adolescente (Figura 4.62).

Chama atenção o número de parceiros sexuais evidenciados neste estudo, visto que se trata de pessoas adolescentes e que com tão pouca idade já possuíram muitos parceiros sexuais o que leva a perceber a instabilidade emocional e a efemeridade envolvida nesses relacionamentos.

A quantidade de parceiros sexuais que um adolescente possui chega a preocupar, visto que para Bruno et al. (2009,p.6) quando as adolescentes engravidam elas são obrigadas a dar uma nova configurada em suas vidas e deixam de morar com os pais, abandonam a escola e, em muitos casos, engravidam de um novo parceiro. Ainda para os autores acima, um terço das adolescentes arruma um novo parceiro, fato que chama atenção, pois há uma incidência muito maior de uma nova gravidez para essas adolescentes do que para adolescentes que não trocaram de parceiro, sendo a mudança de parceiro responsável em 40% por uma reincidência da gravidez.

5.4.3.- Infecções sexualmente transmissíveis

Em relação às IST's, observou-se que apenas 10 (9,00%) das adolescentes referiram ter tido alguma IST, 12 (11,00%) referiram não saber informar se tiveram alguma IST, contra 88 (80,00%) que não tiveram IST (Figura 4.63).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (*cit in* Borges et al., 2010) estima-se anualmente cerca de 340 milhões de casos de DST no mundo, estando fora dessa estimativa os casos de herpes genital e HPV. No Brasil as estimativas são de 937mil casos de sífilis, 1.541.800 casos de gonorréia, 1.967.200 casos clamídia, 640.900 casos de herpes genital e 685.400 casos de HPV. Porém, acredita-se que estas estimativas estejam subnotificadas, visto que apenas a AIDS e a sífilis são de notificação compulsória, pela dificuldade de acesso às unidades de saúde e em razão de muitas dessas doenças serem assintomáticas, principalmente nas mulheres.

Segundo dados da UNAIDS (*cit in* Camargo & Ferrari, 2009) a incidência da AIDS no período de 15 a 24 anos corresponde à metade dos casos, ocorrendo pelas relações sexuais desprotegidas e uso compartilhado de drogas injetáveis.

No Brasil, até 30 de junho de 2004 foram notificados 362.364 casos, sendo 49,30% na faixa etária de 20 a 30 anos o que corresponde a uma contaminação na fase da adolescência, visto ao período de intervalo de aproximadamente 10 a 15 anos de infecção assintomática (Ministério da Saúde *cit in* Borges, Nichiata & Schor, 2006).

“A precariedade de conhecimento sobre as forma de prevenir as DST's é preocupante e pode estar relacionada diretamente a pouca ou a falta da qualidade no âmbito educacional das nossas escolas e outras instituições formadoras de opiniões” (Camargo & Ferrari, 2009, p.7).

5.4.4.- Aborto

O tema “aborto” é bastante polêmico e multidimensional, estando envolvidas questões intrínsecas ao “preconceito, crenças, valores, fatores socioculturais, econômicos e familiares” (Falcão & Salomão, 2006, p.6).

A prática do aborto é considerada ilegal no Brasil, sendo “crime, contravenção, pecado e castigo” e assim divulgada na sociedade brasileira. Apesar disso não há relatos da diminuição dessa prática, sendo muitas vezes cogitada por adolescentes e familiares nos momentos iniciais de confirmação da gravidez, porém o medo das consequências torna-se o principal motivo de sua desistência (Dias, 2005, p. 102).

Ainda para Dias (2005) a prática do aborto faz uma alusão à religião como sendo uma prática do pecado, e à lei, como uma prática criminosa, justificando o prosseguimento da gravidez.

Entre os jovens, a idéia do aborto pode surgir no momento da descoberta da gravidez, como possibilidade de enfrentamento do evento, em decorrência do contexto relacional e das dificuldades inerentes ao exercício da sexualidade com o parceiro e com a família. A essa ideia associam-se ainda as circunstâncias da revelação da gravidez à família, ao parceiro ou aos pares, até a decisão de realizá-lo com os recursos disponíveis. O desfecho tanto pode incluir a escolha pela maternidade como também pelo aborto compartilhado ou solitário (Peres & Heilborn *cit in* Lage, 2008, p. 61).

Leal e Fachel *cit in* Lima et al. (2004) referem que a frequência elevada de aborto, nas camadas populares, pode ser resultante de negociações entre os parceiros mediante a não aceitação de assumir a gravidez.

Quando as adolescentes se vêem diante de uma gravidez indesejada ou por não quererem abrir mão de festas, noites bem dormidas e o corpo esbelto recorrem à prática do aborto, o que pode acontecer em condições impróprias e legalmente não permitidas pela constituição brasileira (Moreira, Viana, Queiroz & Jorge, 2008).

Para Lage (2008) muitas adolescentes receiam não serem mais aceitas na família e por isso pensam na possibilidade de praticarem o aborto como meio viável de resolução do conflito vivenciado.

O impacto gerado com a confirmação da gravidez indesejada gera sentimentos negativos e com isso surge a possibilidade da prática do aborto como solução para o problema enfrentado, principalmente quando esta adolescente não encontra o apoio familiar (Lage, 2008).

O enfrentamento de uma gravidez indesejada como consequência do aprendizado da sexualidade, traz para a adolescente, sentimentos contraditórios, que

a faz perceber o aborto como o horizonte de possibilidade para tal enfrentamento (Lage, 2008).

Em relação à prática do aborto, este trabalho apresentou divergência em relação à literatura. Para Otsuka et al. (2005) a literatura é unânime em afirmar que mediante uma gravidez que ocorre em situação de desinformação, muitas vezes tem como consequência a prática do aborto.

Para Olukoya, Kaya, Ferguson e Felice *cit in* Saito e Leal (2007) a prática do aborto acontece em, aproximadamente, 25% das gestações não planejadas na adolescência, e muitas vezes, sendo praticado de forma clandestina com riscos de mutilação ou, até mesmo, morte.

Quando há a descoberta da gravidez, inicialmente a família reage de forma negativa ocorrendo rejeição e isso pode levar essa família a agir de forma radical e com isso expulsar a adolescente de casa, estimular e/ou forçar o aborto (Lima et al, 2004).

Um fator importante para a manutenção da gravidez entre as adolescentes é o apoio familiar. Para Ortiz e Nuttall *cit in* Lewandowski, Piccinini e Lopes (2008, p.8) a “mãe foi a figura mais influente na manutenção da gestação, embora irmãos, namorados e amigos também tenham tido alguma influência. O que converge com este estudo visto que apenas 12% das mães dessas adolescentes influenciaram na tentativa de aborto.

Para Otsuka et al. (2005) a literatura é unânime em relatar que quando a gravidez ocorre em situação de desinformação ocorre como consequência a prática do abortamento.

5.4.5.- Violência

“Historicamente, os efeitos da violência se fazem sentir, principalmente, nos grupos sociais mais vulneráveis (como crianças, adolescentes e mulheres) pertencentes a estratos sociais menos favorecidos, mas o que não significa que as camadas mais privilegiadas não sejam por elas afetadas” (Gomes, Neto, Viana & Silva, 2006, p.2).

As crianças e os adolescentes estão muito vulneráveis à ocorrência de violência, sendo o domicílio o local mais frequente para tal situação. Muitos deles são submetidos à violência física, mas também a outros tipos de violência, como consequência, estão a saída de casa para a rua, envolvimento com drogas, prostituição infanto-juvenil (Gomes, Neto, Viana & Silva, 2006).

A violência contra a mulher é conceituada como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero que resulte em dano ou sofrimento físico, sexual, emocional ou sofrimento para as mulheres, incluindo ameaça a tais atos, coerção ou privação arbitrária da liberdade, seja na vida pública ou privada” e como violência intrafamiliar como “as distintas formas de relação abusiva que caracterizam, de modo permanente ou cíclica, no vínculo familiar” (Sullca & Schirmer, 2006, p.2).

Chade (*cit in* Sullca & Schirmer, 2006, p.2) relatam que “uma em cada três mulheres sofre alguma forma de violência durante a vida. A violência pode iniciar desde a concepção e perdurar até a velhice, sendo as formas mais comuns os abusos sexuais, emocionais e físicos que muitas vezes são praticados pelos parceiros ou familiares”.

A prevalência e a incidência de maus tratos não são conhecidas na sua totalidade, visto que os casos de abusos continuam sendo subnotificados porque as mulheres sentem vergonha do fato, ou o aceitam, sentem-se inseguras e temem represálias do companheiro ou da família e, também por não encontrarem apoio no sistema jurídico (Chade *cit in* Sullca & Schirmer, 2006).

A violência física se destaca entre os vários tipos de violência contra mulheres e adolescentes. Sendo uma situação complexa, de etiologia multifatorial, é um desafio na área de prevenção. A principal dificuldade para a resolução deste problema está associada à subnotificação, pois tanto a pessoa que sofreu a agressão quanto seus familiares escondem o fato ou o mascaram com outras respostas às lesões corporais deixadas pelo ato violento (Monteiro, Costa, Nascimento & Aguiar, 2007).

Esta pesquisa apresentou divergências com o estudo de Gomes, Neto, Viana e Silva (2006) e entre elas destaca-se que aqui o principal tipo de violência foi a física e não a sexual, tendo como agressor principal o próprio parceiro, seguindo os conhecidos (parentes e amigos próximos) e por último, os desconhecidos.

“Calcula-se que uma entre quatro mulheres será agredida pelo menos uma vez na vida. [...]. Segundo estimativas uma mulher tem mais probabilidade de ser espancada, violada ou assassinada pelo seu parceiro atual ou anterior que por um estranho” (Organização Mundial de Saúde *cit in* Gomes, Neto, Viana & Silva, 2006, p.2).

No Brasil, as crianças até 12 anos de idade sofrem agressão sexual em 83,6% dos casos por pais, padrastos, parentes próximos, amigos ou conhecidos. Em maiores de 12 anos as agressões sexuais são em 59,4% por desconhecidos (Sullca & Schirmer, 2006).

Muitos são os motivos, referidos por crianças e adolescentes, para procurar sair de casa e dentre eles estão “maus-tratos corporais, castigos físicos, violência sexual e conflitos domésticos” (Ballone & Ortolani *cit in* Sullca & Schirmer, 2006, p.3). Sendo assim, os diversos tipos de violência acarretam várias sequelas nas crianças e adolescentes que, por se sentirem fragilizadas e carentes de apoio e de afeto familiar, podem ser estimuladas a procurar na maternidade precoce uma saída para a aquisição de afeto incondicional, de uma família própria e de se sentir importante para alguém (Sullca & Schirmer, 2006).

Os maus tratos contra crianças e adolescentes brasileiros têm origem em uma violência estrutural mediante a extrema desigualdade social, exclusão e privação da cidadania vivenciada pela grande maioria da população brasileira, porém a violência atinge todas as faixas etárias e classes sociais (Minayo *cit in* Gomes, Neto, Viana & Silva, 2006).

“O contato dessas crianças e adolescentes com alguma forma de violência sexual e exposição crônica a ela podem prejudicar seu desenvolvimento psíquico e sexual. Estudos mostram que crianças e adolescentes sexualmente abusados desenvolvem transtornos de ansiedade, sintomas depressivos e agressivos” também apresentam problemas relacionados ao “seu papel e funcionamento sexual” bem como “dificuldades sérias em relacionamentos interpessoais” (Gree *cit in* Gomes, Neto, Viana & Silva, 2006; Yama, Tovey & Fogas *cit in* Gomes, Neto, Viana & Silva, 2006, p.8; Finkelhor *cit in* Gomes, Neto, Viana & Silva, 2006, p.8; Salzinger, Feldman, Hammer & Rosáreo *cit in* Gomes, Neto, Viana & Silva, 2006, p.8; Monteiro, Costa Nascimento & Aguiar, 2007).

O fato de a adolescente continuar a ser agredida mesmo durante a descoberta da gravidez evidencia quão frágil encontra-se essa cidadã nesse período de vida. Para Audi et al. (2008) a violência durante a fase da gravidez pode ocasionar graves problemas para a saúde da mulher e também para a criança.

Muitos são os motivos que podem desencadear o ato violento contra as adolescentes grávidas e dentre eles o ciúme, ameaças e faltas de recursos financeiros, restringindo sua liberdade (Audi et al., 2008).

Em um estudo realizado por Audi et al. (2008, p.5) vários foram os fatores de risco para a ocorrência da violência doméstica contra a adolescente grávida e dentre eles estão a “baixa escolaridade, a união não estável, ser a gestante ou ambos responsáveis pela família e ter na infância presenciado ou sofrido algum tipo de violência”, também sendo encontrado uso regular de álcool, falta de um emprego e baixa renda.

Para Durand e Schraiber *cit in* Audi et al. (2008) a vivência de violência durante a infância e a adolescência passa a ser percebida pela adolescente grávida como parte natural da sua vida, o que contribui para sua baixa estima e falta da autonomia para criar mecanismos que modifiquem essa situação.

5.4.6.- Motivos que levaram à gravidez

Encontrou-se neste estudo que para 42 (38,00%) adolescentes o fator que mais contribuiu para que a gravidez acontecesse, nessa faixa etária, foi a falta de informação. Alves e Brandão (2009, p.7) referem que o comportamento sexual no início das atividades sexuais marca o comportamento sexual e reprodutivo futuro, estando pouco provável que haja uma mudança de comportamento em relação à contracepção de uma jovem. A “decisão mais importante em relação às suas práticas contraceptivas é tomada no início de sua vida sexual. Portanto, o esclarecimento e a conscientização anterior ao início da atividade sexual são cruciais para evitar a gravidez imprevista e práticas sexuais desprotegidas”.

Também neste estudo observou-se que houve falha no método contraceptivo escolhido como forma de prevenção da gravidez para 10 (9,00%) adolescentes. Tal

fato mostra quão desinformadas estão as adolescentes em relação aos métodos contraceptivos, visto que não fizeram uso da pílula de contracepção de emergência.

O tema sobre a gravidez na adolescência é relevante e merece atenção por parte das políticas públicas visto que pouco se sabe sobre suas reais causas e consequências. Destaca-se que o aumento nas taxas de fecundidade desse grupo populacional não se mostrou uniforme em todas as camadas da sociedade, observou-se mais expressiva entre as adolescentes com nível social e de escolaridade mais baixos (Berquó & Cavenaghi *cit in* Altmann, 2009).

5.5.- Consumo de álcool e drogas

Num estudo de Bertoni et al. (2009) o consumo do álcool representou uma influência para que a relação sexual e/ou gravidez acontecesse para 4,1% das adolescentes, porém, nesta pesquisa foi encontrado uma proporção de 31,00% para as consumidoras, o que corresponde a 13,6% da amostra total.

Embora neste estudo não se possa associar a relação droga com o ato sexual, estudos como o de Bertoni et al. (2009), demonstram a associação entre o uso de drogas e o uso não consistente de preservativo. É consenso entre os estudiosos do tema que os indivíduos nesta faixa de idade vivenciam um comportamento de risco não só para a ocorrência da gravidez como para a contaminação de uma DST.

Caputo e Bordin (2008) sugerem a necessidade de estudos sobre a relação do uso de drogas por adolescentes e a gravidez nessa fase da vida. Ainda não se tem estudos sobre a correlação do uso dessas substâncias por integrantes da família e seus efeitos para a gravidez da adolescente.

Ainda para Caputo e Bordin (2008) embora não se tenha encontrado na literatura estudos sobre a correlação entre o uso de drogas por parte de algum familiar como fator de risco para a ocorrência da gravidez, “fatores como “uso de álcool pelo pai da adolescente e dificuldades na interação familiar são condições mais estudadas e comprovadamente associadas à gravidez” (p. 408). Em um estudo de Mena et al. (*cit in* Caputo & Bordin, 2008) constatou-se que “pais da gestante que consumiam bebidas alcoólicas em maior quantidade, tinham mais problemas com a justiça e apresentavam maior grau de disfunção familiar. Portanto, pode-se supor que, esse padrão de

comportamento também possa ser encontrado entre usuários de drogas ilícitas” (p.409).

Portanto, o uso de drogas por integrantes da família funciona como um fator de estresse e com isso torna-se um fator estimulante para a ocorrência da gravidez na adolescência (Caputo & Bordin, 2008).

6.- EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A gravidez na adolescência tem se tornado um problema de Saúde Pública, pois os índices têm aumentado consideravelmente, principalmente, nas classes sociais desfavorecidas. Tendo como fatores contribuintes a “falta de perspectiva de vida do adolescente; a baixa auto-estima; as más condições de educação e saúde; a falta de lazer e a história familiar” (Moreira, Viana, Queiroz & Jorge, 2008, p.10).

A comunicação entre pais e filhos sobre assuntos relacionados ao início das atividades sexuais e sobre sexualidade, bem como escolas com programas de educação sexual são fatores essenciais para que haja uma redução do comportamento de risco e aumentem os índices de uso de métodos preventivos durante as atividades sexuais (Whitaker et al. *cit in* Romero, Medeiros, Vitalle & Wehba, 2007).

A educação sexual faz parte da educação em saúde, sendo fundamental para que haja conscientização, esclarecimento e prevenção. “A educação em saúde é um campo de práticas que se dá ao nível das relações sociais, normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde, entre si, com a instituição e, sobretudo, com o aluno, no desenvolvimento de suas atividades”. Não deve ser abordada, apenas, no sentido biológico e higienista, para que não haja a inibição do domínio e do encorajamento de atitudes favoráveis à própria saúde e não permitindo que novos conhecimentos passem a ser incorporados de forma integrada e duradoura em direção à autoindependência (Moisés, 2010, p.14).

Apesar de importante, não adianta apenas ampliar e facilitar o acesso aos métodos contraceptivos entre as comunidades, esta ação sozinha não tem resposta positiva. Exige-se uma associação com outras políticas de saúde e educacionais, sendo de grande importância que os adolescentes saibam os riscos que correm. Portanto, profissionais de saúde e as instituições de ensino devem se atualizar para que possam orientar quanto à prevenção e comportamento saudável (Conti, Bortolin & Kùlkamp, 2006).

A educação sexual deve começar o mais cedo possível, deve ocorrer de maneira contínua e estar vinculada a formação de todas as crianças e adolescentes, sendo iniciada e assumida pelos pais, complementada pela escola e profissionais de saúde. É fundamental que a equipe da Unidade de

Saúde trabalhe a sexualidade pelo viés da auto-estima, seja durante a consulta individual, seja nos grupos ou nas atividades de parceria com a comunidade e escolas (Oliveira, Carvalho & Silva, 2008, p.3).

A escola é fundamental no processo de educação em saúde, visto que professores conjuntamente com profissionais de saúde podem desenvolver um excelente trabalho nestes locais, pois podem conseguir abranger quase toda a população adolescente, principalmente os rapazes que dificilmente procuram pelos serviços de saúde (Oliveira, Carvalho & Silva, 2008).

A escola, por ser o local onde acontecem os processos de socialização do adolescente, é muito importante para o desenvolvimento saudável desse grupo populacional. Porém, muitos fatores relevantes à crise no processo educacional formal tornam o ensino relegado a um plano inferior nos investimentos sociais (Krauskopf *cit in* Ruzany, 2000).

Pensar em prevenção da gravidez na adolescência é uma tarefa complexa, pois não se trata de orientar sobre abstinência sexual para retardar o início da vida sexual, muito menos de dar orientação sobre os métodos contraceptivos adequados para essa faixa etária. É importante compreender a prática educativa como um processo sistemático que visa orientar para que haja uma reflexão sobre sexualidade e com isso que moças e rapazes possam compreender a relação entre seus desejos e a felicidade e com isso possam tomar decisões acertadas sobre a vida sexual e reprodutiva (Lima et al., 2004).

A Organização Mundial de Saúde conceitua a saúde como o bem-estar físico, psíquico e social, englobando tudo o que oferece equilíbrio ao indivíduo e, portanto, a educação para a saúde integra-se aos moldes da pedagogia moderna o que exige uma educação globalizada, polivalente e holística (Andrade, 1995).

Ao se educar para a saúde os métodos tradicionais de transmissão de conteúdo cedem lugar para o método da escuta ativa, devendo ser encarada como “um estado de espírito, um princípio de ação, uma atitude permanente na vida de todos os dias”. Portanto o professor/educador influencia para que os jovens tanto se responsabilizem por sua vida pessoal e da comunidade como pela evolução social (Andrade, 1995, p.9).

Ao contrário dos conhecimentos tradicionais ou abstratos, que mobilizam pouco a esfera emocional e afetiva, a EPS completa a abordagem dos conhecimentos com uma abordagem de atitudes, envolvimento e compromissos. Por isso se considera esta temática como fazendo parte de uma educação integral, indispensável ao desenvolvimento da personalidade e à promoção de fatores ambientais favoráveis à saúde (Andrade, 1995, p.9).

As causas de um problema de saúde podem ser compreendidas e resolvidas mediante o diálogo entre professores e alunos. Para tanto o professor deve entender que não é um terapeuta, pois “não possui formação para tal, nem a possibilidade institucional de seguir o aluno individualmente, já que ensinar é trabalhar em grupo” e que seu papel é de mediador e para isso tem que ser capaz de referenciá-lo para os serviços adequados e, também, recorrer às “práticas interpessoais, que poderão ajudar o aluno a referenciar-se” (Andrade, 1995, p.10) Daí a importância de um trabalho multidisciplinar entre escola, profissionais de saúde e família para tratar dos problemas vivenciados por esse grupo populacional.

Para Andrade (1995) “o desenvolvimento da EPS em meio escolar implica o desenvolvimento não apenas dos alunos, mas de todos os membros da comunidade escolar: pais, professores, pessoal não docente e técnicos de saúde” (p.10). A participação de toda comunidade torna-se importante, pois permite que se identifiquem e estabeleçam prioridades relativas aos problemas de saúde enfrentados pelos adolescentes.

Ainda para Andrade (1995) os objetivos da educação para a saúde são:

- fazer compreender que a saúde é uma responsabilidade compartilhada e, como tal, propicia à participação coletiva na busca de soluções;
- contextualizar a saúde nas situações sociais e condições de vida que nela influenciam;
- incorporar conhecimentos, atitudes e procedimentos que capacitem para a gestão da saúde;
- adquirir uma mentalidade crítica, a fim de identificar e eliminar os riscos para a saúde (p.11).

É importante que a influência “educativa da família, da escola e da comunidade” no meio escolar desencadeie muitas reflexões, entre elas:

- como fazer passar um saber sobre saúde;
- como situar as abordagens pedagógicas da EPS em relação com diversas concepções educativas;
- como articular as capacidades e competências da comunidade escolar com a dos seus parceiros externos: organismos de prevenção, associações, municipalidades, agregados sócio-profissionais;
- como educar sem impor normas;
- como intervir nos hábitos e estilos de vida dos adolescentes, sem se substituir a família, mas sendo parceiros (Andrade, 1995, p.11).

Ao se pensar em EPS, devem-se levar em consideração as representações dos sujeitos que se traduzem em comportamentos, valores, crenças e sentimentos e que o público alvo deve ser tratado com o objetivo de transformação, portanto, o sujeito que deve apresentar um comportamento de mudança e não a situação de desigualdade (Gazzinelli, M., Gazzinelli, A., Reis & Penna, 2005).

Para se trabalhar a EPS o educador tem que reconhecer o sujeito como um detentor de um valor diferente do seu e que ambos tornam-se aprendiz, havendo uma possibilidade de troca em todo o processo educativo, que hoje extrapola o campo da informação uma vez que integra consideração de “valores, costumes, modelos e símbolos sociais que levam a formas específicas de condutas e práticas” (Gazzinelli, M., Gazzinelli, A., Reis & Penna, 2005, p.5).

6.1.- Sugestões para a Educação para a Saúde (EPS)

As sugestões destacadas neste capítulo visam contribuir para o fortalecimento da sexualidade responsável e medidas de prevenção em âmbito individual (próprio adolescente), familiar, escolar e profissionais da saúde tendo como base a educação permanente, objetivando a promoção em saúde com a participação de toda a comunidade envolvida no processo.

A intervenção educacional, na maioria das vezes, apóia-se na ideia de que se pode educar para a saúde, a julgar pela forma como os projetos na área são concebidos. Grosso modo, esses projetos são voltados para populações pobres e desfavorecidas sócio-econômico-culturalmente. O princípio de se educar para a saúde e para o ambiente, parte da hipótese de que vários problemas de saúde são resultantes da precária situação educacional da população, carecendo, portanto, de medidas “corretivas” e/ou educativas (Gazzinelli, M., Gazzinelli, A., Reis & Penna, 2005, p.2).

6.1.1.- Escola

- Que a escola se articule com o setor saúde para providenciar uma capacitação para todos os professores, a respeito de assuntos relacionados sobre: sexo, sexualidade, métodos contraceptivos, prevenção de DST; prevenção de gravidez na adolescência.

- Que a escola se articule com o MS para capacitar os professores para que possam oferecer uma educação e aconselhamento sexuais aos adolescentes.
- Que a escola se articule com o MS para capacitar os professores para que fiquem aptos a detectar problemas no campo da sexualidade dos adolescentes e poder referenciá-los para tratamento adequado.
- Que a escola promova oficinas com os adolescentes oferecendo um canal aberto de comunicação para que os mesmos possam expor suas ideias, suas dúvidas, seus desejos, seus temores para que fortaleça a formação de sua personalidade.
- Que a escola realize um trabalho de promoção da saúde, com os adolescentes, partindo do princípio sobre o que eles sabem e o que eles podem fazer, estimulando que cada um desenvolva a competência para interpretar o seu cotidiano, para que possam incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida.
- Que a escola cumpra com todas as diretrizes do Programa de Saúde na Escola (que é um programa do Ministério da Saúde e Ministério da Educação que foi instituído, no Brasil, em 2007 pelo decreto presidencial de nº6.286):
 - I. Tratar a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos;
 - II. Permitir a progressiva ampliação intersetorial das ações executadas pelos sistemas de saúde e de educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes;
 - III. Promover a articulação de saberes, a participação dos educandos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social das políticas públicas da saúde e educação;
 - IV. Promover a saúde e a cultura da paz, favorecendo a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;
 - V. Articular as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) às ações das redes de educação pública de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos educandos e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
 - VI. Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
 - VII. Promover a comunicação, encaminhamento e resolutividade entre escolas e unidades de saúde, assegurando as ações de atenção e cuidado sobre as condições de saúde dos estudantes;
 - VIII. Atuar, efetivamente, na reorientação dos serviços de saúde para além de suas responsabilidades técnicas no atendimento clínico, para oferecer uma atenção básica e integral aos educandos e à comunidade (MS, 2011, p.7).
- Que a escola mantenha, constantemente, um grupo efetivo de profissionais de saúde para desenvolvimento ininterrupto das ações propostas.
- Que a escola promova fóruns de debates sobre sexualidade/sexo, violência, drogas, propiciando a participação dos adolescentes em ações educativas permitindo que o grupo se reconheça melhor, assim como reconhecer seu

contexto familiar, comunitário e cultural, e permitindo aos pais, sociedade e educadores um melhor conhecimento sobre o adolescente.

- Que a escola se articule com as áreas de saúde, cultura, esporte, lazer, trabalho e justiça para trabalharem conjuntamente em todos os âmbitos da vida do adolescente e com isso favorecer uma promoção e prevenção em saúde.
- Que a escola promova fóruns de debates com familiares sobre os diversos assuntos relativos aos adolescentes e com isso passar a melhor entender o contexto familiar que deve ser considerado na abordagem, para que se torne um fator facilitador de promoção e prevenção à saúde.

6.1.2.- Profissionais da saúde

- Que os profissionais de saúde se articulem com a escola, para realizar oficinas com o objetivo de desenvolver uma nova metodologia que facilite a abordagem ao adolescente e com isso promova transmissão das informações para esse grupo populacional.
- Que os profissionais das Unidades Básicas de Saúde da Família se articulem para realizar atividades educativas e de prevenção na escola, e assim poder atingir um maior número de adolescentes que receberão as informações.
- Que os profissionais das Unidades Básicas de Saúde da Família se articulem para realizar atividades educativas e de prevenção na escola com o objetivo de oferecer informações claras, acessíveis, fáceis sobre educação sexual e de todos os métodos contraceptivos e de prevenção de doenças.
- Que as Unidades Básicas de Saúde da Família se articulem com o MS para capacitar os seus profissionais para que possam oferecer uma educação e aconselhamento sexuais aos adolescentes.
- Que as Unidades Básicas de Saúde da Família se articulem com o MS para capacitar os seus profissionais para que fiquem aptos a detectar problemas no campo da sexualidade dos adolescentes e poder oferecer um tratamento adequado.
- Que os profissionais da saúde ofereçam atividades de educação para a saúde baseadas no auto-cuidado e cuidado com o (a) parceiro (a), ressaltando o prazer.

- Que as atividades realizadas pela equipe de saúde tenham caráter educativo/explicativo e deixem de ser uma atenção sexual puramente medicalizada.
- Formar parceria com a mídia, para orientar sobre exercício da sexualidade com responsabilidade, envolvendo atividades educativas e preventivas.
- Que os profissionais da saúde trabalhem melhor os programas existentes de educação em saúde para os adolescentes e passem a considerar os aspectos sociais, culturais e econômicos do grupo.
- Que os profissionais da saúde realizem oficinas com os adolescentes oferecendo um canal aberto de comunicação para que os adolescentes possam expor suas ideias, suas dúvidas, seus desejos, seus temores para que fortaleça a formação de sua personalidade.
- Que os profissionais de saúde se articulem com seus gestores, para que se aumente do número de profissionais nas equipes de saúde da família para que se possa trabalhar com mais efetividade as atividades de promoção e prevenção à saúde, voltadas para a família a adolescentes.
- Que os profissionais da saúde fortaleçam a referência e contra-referência com os diversos serviços que atendem o adolescente, favorecendo um melhor atendimento e reduzindo os agravos.

7.- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término desta pesquisa, que teve como objetivo identificar comportamentos e fatores familiares e socioculturais que contribuíram para a gravidez entre as adolescentes inscritas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Município de Boa Vista - Roraima (Brasil) no ano de 2011 foram evidenciados que inúmeros motivos influenciaram as adolescentes a ter relação sexual precoce e desprotegida. Estando, a gravidez na adolescência relacionada a fatores:

- **Biológicos:**

- Idade da Adolescente: encontrado neste estudo 13 anos como idade mínima, 19 anos como idade máxima e 16,6 anos como média de idade para que ocorra a gravidez, tendo como consequência um aumento na taxa de fecundidade nesse grupo populacional;

- Idade do Parceiro da Adolescente: para 70 (63,64%) das adolescentes deste estudo o seu parceiro apresentava idade acima de 20 anos (fora do período da adolescência) sendo um fator que contribui para a gravidez na adolescente visto à perda no poder de negociação tanto em relação ao início das atividades sexuais quanto na escolha dos métodos contraceptivos.

- **Comportamentais:**

- Presença de outros filhos: ocasionando uma reincidência de gravidez ainda na fase da adolescência para 34 (30,91%) das adolescentes deste estudo;

- Falta de diálogo sobre sexualidade: representando aqui uma situação de desinformação para 48 (43,64%) adolescentes, deixando-as em situação de vulnerabilidade e desvantagem em relação à descoberta da sexualidade de forma segura e madura;

- Pouca ou nenhuma procura pelos serviços de saúde: apenas 57 (51,82%) das adolescentes deste estudo frequentava a unidade de saúde da família antes da gravidez, porém a demanda era para serviços curativos e não preventivos. Sabe-se que os serviços de promoção e prevenção é que reduzem o comportamento de risco, melhorando a qualidade da saúde;

- Precocidade de atividades sexuais: aparecendo neste estudo como idade mínima 11 anos, 18 anos como idade máxima e 14,06 anos como média de idade para a primeira relação sexual;

- Falta de uso de métodos contraceptivos: 32 (29,10%) adolescentes não faziam uso de nenhum método contraceptivo e 93 (85,00%) adolescentes não faziam

uso de preservativo ou o faziam de forma irregular, sendo 05 (5,00%) referindo algo incômodo, 15 (14,00%) por dificuldade de aceitação do parceiro, 10 (9,00%) por não fazerem uso com o parceiro atual e 05 (5,00%) só fizeram uso no início da relação;

- Número de parceiros sexuais: encontrado neste estudo 01 como número mínimo, 30 como o número máximo e 3,04 como número médio de parceiros o que aumenta a reincidência de gravidez na fase da adolescência;

- Consumo de álcool: sendo referido como fator contribuinte para a ocorrência da gravidez em 31% dos casos neste estudo.

- **Sociais:**

- Baixa renda: neste estudo tendo sido encontrada uma incidência da baixa situação social em 108 (98,00%) adolescentes, decorrente da pouca ou nenhuma expectativa social percebendo a gravidez como uma valorização no papel de mãe, gerando a dependência financeira e perpetuação da pobreza.

- **Familiares:**

- Desestrutura familiar: visto que neste estudo foram verificados diversos modelos de estruturas familiares, sendo parceiros acrescentados ao núcleo familiar de origem, algumas residirem com amigas e até passarem a residir com seus parceiros no núcleo familiar dos parceiros, estando a estruturação familiar recomposta;

- Presença de irmãos: 109 (99,09%) apresentando irmãos, sendo 01 o número mínimo, 11 o número máximo e a média de 4,05 irmãos. Para 61 (55,96%) os irmãos não são dos mesmos progenitores, mostrando mais uma vez o núcleo familiar recomposto com um maior número de irmãos associado à relação de consanguinidade por parte de mãe ou de pai;

- Gravidez da mãe da adolescente ainda na adolescência: neste estudo a mãe da adolescente esteve grávida também na adolescência para 91 (85,85%) adolescentes, sendo um fator contribuinte para a gravidez da filha ainda na adolescência visto que os filhos tendem a repetir a história reprodutiva da família.

- **Educacionais:**

- Baixa escolaridade: contribuindo para aumentar a fecundidade na fase da adolescência, visto que aqui foi observado que 90,91% das adolescentes apresentavam escolaridade inadequada para a faixa etária, sabendo que se tem uma auto-desvalorização e pouca expectativa no futuro;

- Baixa escolaridade dos pais;

- Baixa escolaridade do parceiro: para 98,18% das adolescentes os seus parceiros apresentavam escolaridade inadequada para a faixa etária;

- Pouca ou nenhuma oferta de aula de educação sexual nas escolas: 90 (81,81%) referiram não ter aula de educação sexual nas escolas, sendo importante essa disciplina para retardar a iniciação sexual e reduzir os comportamentos de risco.

- Falta de orientação sexual: que neste estudo representou uma situação presente para 61 (55,00%) das adolescentes;

- Interferência da mídia: representou neste estudo como fator estimulante para a realização do sexo para 94 (85,00%) adolescentes, fato explicado pela exposição massiva de forma apelativa que os adolescentes estão recebendo as informações de forma a não transformar em atitude responsável e estimulando o início das atividades sexuais de forma insegura e irresponsável.

- **Psicológicos:**

- Gravidez para satisfazer a vontade do parceiro em ser pai e com isso manter a relação – representando aqui 07 adolescentes (35,00%) das que planejaram a gravidez;

- Valorização pessoal na pessoa de ser mãe: referindo a necessidade de se sentir importante para alguém – 02 (10,00%) e ter uma companhia – 03 (15,00%);

- Fuga de situações conflituosas: 01 (5,00%) planejou a gravidez para sair da casa dos pais por conta de situações conflituosas;

- **Contraceptivos:**

- Distribuição inadequada de métodos contraceptivos pela UBSF: 09 (8,00%) informaram que não tem distribuição de métodos contraceptivos, 17 (16,00%) não sabe informar se tem distribuição desses métodos, sendo que 100% referiram que não são todos os métodos contraceptivos distribuídos pelas UBSF o que dificulta na escolha e melhor adequação ao método;

- Aparecendo 78 (71%) das adolescentes que preveniam a gravidez, seja para 54 (69%) adolescentes pelo uso exclusivo do preservativo, 15 (19,00%) anticoncepcional oral, 05 (6,00%) anticoncepcional injetável e para 02 (3,00%) associação de anticoncepcional oral e preservativo.

A precocidade das relações sexuais e, principalmente, sem nenhuma forma de proteção associada com o aumento no índice de gravidez não planejada, muitas vezes com parceiros também jovens, têm mostrado que mesmo sendo conhecedores de assuntos relacionados sobre sexualidade e práticas contraceptivas, esses jovens

mostram-se incapazes de mudar o comportamento e realizar uma prática de sexo seguro. 93 (85,00%) adolescentes deste estudo referiram nunca terem usado o preservativo, ou quando o fazia era de forma eventual. Tendo como alguns motivos para o não uso a não aceitação do parceiro em 15 (14,00%) dos casos, achar o uso incômodo em 05 (5,00%), alergia ao látex em 01 (1,00%).

A construção da identidade social na adolescência está relacionada ao estabelecimento de relações afetivo-sexuais com o grupo de pares (Bozon *cit in* Alves & Brandão, 2009, p.1; Heilborn, Aquino, Bozon & Knauth *cit in* Alves & Brandão, 2009, p.1). A menor influência do discurso religioso na regulação das práticas sexuais, as mudanças sociais no âmbito da família, das relações intergeracionais e de gênero (Brandão & Heilborn *cit in* Alves & Brandão, 2009, p.1) permitem, hoje, aos adolescentes, o exercício da sexualidade fora dos marcos de uma relação conjugal estruturada. A sexualidade torna-se domínio privilegiado para o exercício da autonomia nessa fase de vida, mesmo sob dependência financeira dos pais (Brandão *cit in* Alves & Brandão, 2009, p.2; Brandão & Heilborn *cit in* Alves & Brandão, 2009, p.2). O desafio na regulação da sexualidade juvenil é o aprendizado e interiorização relativos aos métodos contraceptivos, além da capacidade de negociação com o/a parceiro/a (Alves & Brandão, 2009, p.2).

Tratar a sexualidade dos adolescentes como um problema e que a solução encontra-se na proibição e controle, deve ser desmistificado. Para que se tenha o exercício da sexualidade responsável nesse grupo populacional necessita de uma interação entre os adolescentes, seus pais, profissionais da saúde e da educação, objetivando uma mudança de comportamento e aumento no uso de métodos contraceptivos e com isso que se reduza a taxa de gravidez, já que aqui neste estudo 32 (29,00%) das adolescentes não preveniam a gravidez e de DST, ficando evidenciado aqui neste estudo que 10 (9,00%) das adolescentes referiram a presença de alguma DST, sendo 03 (30,00%) as que não souberam informar qual DST; 02 (20,00%) HPV; 01 (10,00%) cândida, gardnerella, trichomonas e HPV; 01 (10,00%) cândida, herpes e HPV; 01 (10,00%) HPV e gardnerella; 01 (10,00%) sífilis; 01 (10,00%) trichomonas e HPV e 12 (11,00%) das adolescentes não souberam informar se já haviam contraído alguma DST nessa faixa etária.

Através de esforços políticos, assistenciais e educacionais é possível romper as barreiras culturais que impedem o diálogo entre os adolescentes com seus pais, professores e profissionais de saúde, tornando o processo da sexualidade menos preconceituoso e mais saudável. Ficando evidenciado que 48 (44,00%) das adolescentes não conversavam com ninguém sobre assuntos relacionados à

sexualidade, referindo como motivos a vergonha (94,00%), vergonha mais medo (4,00%) e vergonha mais falta de interesse (2,00%) e em relação às 62 (56,00%) adolescentes que conversavam com alguém sobre assuntos relacionados à sexualidade tem-se 37 (59,68%) com os amigos, 25 (40,32%) com mães, 07 (11,29%) com professores, 05 (8,06%) com irmã, 03 (4,84%) com namorado e apenas 01 (1,61%) com o pai.

A prevenção da gravidez na adolescência torna-se de extrema importância visto às repercussões causadas em âmbito físico, psicológico, social e educacional para esse grupo etário, visto que neste estudo ficou evidenciado que 61 adolescentes abandonaram o estudo por conta da gestação atual, totalizando 52,88% de evasão escolar, sem contar com 04 adolescentes que já não estudava por conta de gravidez anterior.

A estrutura familiar serve como fator de proteção para o comportamento de risco dos adolescentes, principalmente quando se é dispensado “amor, compromisso, respeito e limites com autoridade e afeto, nunca com autoritarismo, sendo necessários ensinamentos sobre o uso da liberdade vinculado à responsabilidade” (Dias & Gomes *cit in* Romero, Medeiros, Vitalle & Wehba, 2007, p.6).

Torna-se necessário que a família desempenhe seu papel em relação à educação social de seus adolescentes. Os assuntos devem ser abordados de maneira clara, aberta, livre de preconceitos e constrangimentos e com isso será garantida uma orientação adequada aos jovens para a formação de seus conceitos e com isso torná-los aptos para iniciarem uma vida sexual de forma segura, responsável e saudável.

A sociedade necessita de sistemas educacionais competentes para abranger os adolescentes, principalmente na fase da gravidez. Atualmente, o que se tem são educadores e pais com pouca ou nenhuma habilidade para esclarecer essa população sobre assuntos relacionados com a vida sexual, gerando informações equivocadas e constrangimento nas discussões de tais assuntos. Tornando-se importante a comunicação efetiva para que os jovens possam estabelecer relações sólidas antes de assumirem uma maternidade e paternidade (Moreira, Viana, Queiroz & Jorge, 2008).

A escola é um local privilegiado para o esclarecimento e orientação dos adolescentes, visto que esse grupo se sente mais amparado pelo grupo de iguais e

tem mais liberdade para buscar resolver suas dúvidas em relação ao tema da sexualidade. Porém o professor, por não estar bem preparado, ainda encontra muitas barreiras para se trabalhar adequadamente o tema da sexualidade dentro da sala de aula. O assunto passa a ser abordado de forma fragmentada e superficial, deixando os adolescentes com dúvidas e despreparados para assumirem um comportamento adequado em relação à sua sexualidade. Portanto, a escola deve buscar a integração com outros profissionais para capacitar os professores sobre o tema da sexualidade e com isso conseguir orientar melhor os adolescentes, favorecendo a prática sexual responsável.

Os profissionais da saúde estão preparados para abordarem o tema de uma forma mais integral e mais clara. O enfermeiro tem papel de extrema importância nesse processo, pois está mais engajado em ações educativas, desenvolvendo ações de promoção, prevenção e proteção da saúde, no nível individual e coletivo compreendendo a realidade socioeconômica, cultural, política e educacional do país

A realidade encontrada nesta pesquisa reafirma a extrema necessidade de se efetivarem as políticas públicas voltadas aos adolescentes para facilitar o acesso dos mesmos aos serviços de saúde e de mudanças das práticas dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, visto que os modelos tradicionais tanto de atendimento dos profissionais da saúde quanto das políticas públicas encontram-se fragmentadas, não atendendo as necessidades dos adolescentes. Neste estudo ficou evidenciado que apenas 57 (52,00%) adolescentes frequentavam a USF e para 100% das adolescentes deste estudo a procura foi por serviços curativos e não preventivos.

As considerações desta pesquisa fornecem subsídios importantes para que se estabeleçam estratégias específicas objetivando o fortalecimento das políticas públicas preventivas para que se reduza o comportamento de risco da população adolescente.

A partir dos elementos apresentados nesta pesquisa, recomenda-se:

- A intersetorialidade entre as políticas públicas de saúde, educação, cultura e assistência social junto às famílias de crianças e adolescentes em situação de pobreza com prioridade para aquelas que vivenciam situações de risco pessoal e social.

- A qualificação de professores e demais profissionais das áreas afins em matéria de sexualidade de adolescentes.

- A formação de grupos interdisciplinares de estudos e pesquisas sobre o tema sexo/sexualidade/gravidez na adolescência.

- A inclusão das adolescentes (grávidas e mães) em situação de pobreza em programas de transferência direta de renda e de qualificação de mão de obra para o ingresso no mercado de trabalho.

- Por fim, recomenda-se o aprofundamento dos estudos sobre o tema por sua relevância considerando-se que a dinâmica da realidade concorre para novos fatores de influência sobre a questão.

REFERÊNCIAS

- Altmann, H. (2009). Educação sexual em uma escola: da reprodução à prevenção. *Revista Cadernos de Pesquisa*. 39 (136). São Paulo. Recuperado em: 2010, fevereiro 10, de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid+S0100-15742009000100009&lng=pt&nrm=iso>.
- Alves, C. A. & Brandão, E. R. (2009). Vulnerabilidade no uso dos métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 14 (2). Rio de Janeiro. Recuperado em: 2010, Fevereiro 21, de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000200035&lng=pt&nrm=iso>.
- Amaral, M. A., & Fonseca, R. M. G. S. da. (2006). Entre o desejo e o medo: as representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual. *Revista. esc. Enfermagem*. 40 (4). USP, São Paulo. Recuperado em: 2010, Fevereiro 20, de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342006000400004&lng=pt&nrm=iso>.
- Amorim, M. M. R., Lima, L. de A., Lopes, C. V., Araújo, D. K. L. de, Silva, J. G. G., César, L. C., & Melo, A. S. de O. (2009). Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controle. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 31(8). Rio de Janeiro. Recuperado em: 2010, Fevereiro 21, de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032009000800006&lng=en&nrm=iso>.
- Anastácio, Z. (2001). *Educação Sexual: relacionamento entre pais e filhos adolescentes*. Tese de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro
- Anastácio, Z. (2010). Sexualidade na Fase Intermédia da Adolescência: Relacionamentos, Comportamentos e Conhecimentos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. INFAD Revista de Psicologia, N.º 2, 2010. ISSN: 0214-9877, pp.695-705.
- Andrade, M. I. (1995). *Educação para a saúde. Guia para professores e educadores* (1ª ed.). Lisboa: Texto Editora.
- Andrade, P. R. de, Ribeiro, C. A. & Silva, C. V da. (2006). Mãe adolescente vivenciando o cuidado do filho: um modelo teórico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (1), Brasília. Recuperado em: 2010, Fevereiro 21, de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672006000100006&lng=pt&nrm=iso>.
- Aquino, M. L., Heilborn, M. L., Knauth, D., Bozon, M., Almeida, M. da C., Araújo, J., & Menezes, G. (2003). Adolescência e reprodução no Brasil: heterogeneidade dos perfis sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (2). Rio de Janeiro, pp. S377-S388.
- Audi, C. A. F., Segall-Corrêa, A. M., Santiago, S. M., Andrade, M. da G. G. & Pèrez-Escamila, R. (2008). Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*. 42 (5). São Paulo. Recuperado em: 2010,

Fevereiro 20, de < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500013&ing=pt&nrm=iso>.

Barbosa, R. L. L. (2006). Formação de educadores: artes, e técnicas, ciências políticas. São Paulo: editora UNESP.

Berlofi, L.M., Alkmin, E. L. C., Barbieri, M., Guazzelli, C. A. F. & Araújo, F. F de. (2006). Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um programa de planejamento familiar. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*. 19 (2). São Paulo. Recuperado em: 2012, julho 07, de < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a11v19n2.pdf>>.

Bertoni, N., Bastos, F. I., Mello, M. B de., Makuch, M. Y., Sousa, M. H de., Osis, M. J., Faúndes, A. (2009). Uso de álcool e droga e sua influência sobre as práticas sexuais de adolescentes de Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 25 (6). Rio de Janeiro. Recuperado em: 2010, Fevereiro 21, de < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000600017&Ing=pt&nrm=iso>.

Borges, J. B. R., Belintani, M. V. G., Miranda, P. F., Camargo, A. C. M de, Guarisi, R., Maia, E. M. C., Gollop, T. R. (2010). Impacto das palestras educativas no conhecimento das adolescentes em relação às doenças sexualmente transmissíveis e câncer de colo uterino em Jundiaí, SP. *Einstein*. 8 (3). São Paulo. Recuperado em: 2013, Abril 28, de < http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1544-Einsteinv8n3_pg285-90.pdf >

Borges, A. L. V., Schor, N. (2002). Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. *Caderno de Saúde Pública*. 21 (2). Rio de Janeiro. Recuperado em: 2013, Maio 01, de < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/16.pdf>>

Borges, A. L. V., Latorre, M. do R. D. de O., & Schor, N. (2007). Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do Município de São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 23 (7). Rio de Janeiro. Recuperado em: 2010, Fevereiro 21, de < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000700009&Ing=pt&nrm=iso>.

Brandão, E. R. (2001). Gravidez na Adolescência: *Juventude Contemporânea e Laços Familiares*. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

Brandão, E. R., Heilborn, M. L. (2006). Sexualidade e gravidez na adolescência de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 22 (7). Rio de Janeiro. Recuperado em: 2013, maio 01, de < <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n7/07.pdf>>

Bruno, Z. V., Feitosa, F. E. de L., Silveira, K. P., Morais, I. Q. & Bezerra, M de F. (2009). Reincidência de gravidez em adolescentes. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 31 (10). Rio de Janeiro. Recuperado em: 2010, Fevereiro 21, de < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009001000002&Ing=pt&nrm=iso>

- Camarano, A. A., Melo, J. L., Pasinato, M. T., & Kanso, S. (2004). Caminhos para a vida adulta: as múltiplas trajetórias dos jovens brasileiros. *Revista Última Década*, 21. Valparaíso, CIDPA.
- Camargo, E. A. I. & Ferrari, R. A. P. (2009). Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. *Ciência & Saúde Coletiva*. 14 (3). Rio de Janeiro. Recuperado em: 2010, Fevereiro 21, de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000300030&lng=pt&nrm=iso>.
- Caputo, V. G., & Bordin, I. A. (2007). Problemas de saúde mental entre jovens grávidas e não-grávidas. *Revista de Saúde Pública*. 41 (4). São Paulo. Recuperado em: 2010, Fevereiro 20, de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102007000400011&lng=en&nrm=iso>.
- Caputo, V. G. & Bordin, I. A. (2008). Gravidez na adolescência e uso frequente de álcool e drogas no contexto familiar. *Revista de Saúde Pública*. 42 (3). São Paulo. Recuperado em: 2012, Setembro 26, de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102008000300003&lng=en&tlng=pt>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000300003>>.
- Carniel, E. de F., Zanolli, M. de L., Almeida, C. A. A. de, & Morcillo, A. M. (2006). Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*. 6 (4). Recife. Recuperado em: 2010, Fevereiro 21, de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000400009&lng=en&nrm=iso>.
- Carvalho, G. M. de, Merighi, M. A. B. & Jesus, M. C. P de. (2009). Recorrência da parentalidade na adolescência na perspectiva dos sujeitos envolvidos. *Texto & contexto – Enfermagem*. 18 (1). Florianópolis. Santa Catarina. Recuperado em: 2010, Fevereiro 20, de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072009000100002&lng=pt&nrm=iso>.
- Carvalho, I. E., Mello, M. B. de, Moraes, S. S. & Silva, J. L. P e (2008). Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. *Revista de Saúde Pública*. 42 (5). São Paulo. Recuperado em: 2010, Fevereiro 20, de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500014&lng=pt&nrm=iso>
- Castro, M. G., Abramovay, M., & Silva, L. B. (2004). Juventude e sexualidade. Brasília: UNESCO, Brasil.
- Cavalcante, M. B de P.T., Alves, M. D. S., Barroso, M. G. T. (2008). Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 12 (3). Recuperado em: 2013, Maio 01, de <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a24>>
- Cervo, A. L., Bervian, P. A., & Silva, R. da, (2007). *Metodologia Científica*, (6.º ed.). São Paulo: Pearson Prentice Hall. College Press, Bloomington, Indiana.
- Chalem, E., Mitsuhiro, S. S., Ferri, C. P., Barros, M. C. M., Guinsburg, R. & Laranjeira, R. (2007). Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental

de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cadernos de saúde Pública*. 23 (1). Rio de Janeiro. Recuperado em: 2010, Fevereiro 21, de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000100019&lng=pt&nrm=iso>

Congresso Nacional. (2012). *Constituição da República Federativa do Brasil: 1988*. Brasília: Gráfica do Congresso Nacional.

Conill, E. M.(2008). Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de saúde Pública*. 24 (1). Rio de Janeiro. Recuperado em: 2012, Maio 07, de <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>>

Conti, F. S., Bortolin, S. & Külkamp, I. C. (2006). Educação e promoção à saúde: comportamento e conhecimento de adolescentes de colégio público e particular em relação ao papilomavírus humano. *Jornal Brasileiro de Doenças sexualmente transmissíveis*. 18 (1). São Paulo. Recuperado em: 2012, Setembro 09, de <<http://www.dst.uff.br/revista18-1-2006/6.pdf>>

Danieli, G. L. (2010). *Adolescentes grávidas: Percepções e educação em saúde*. Dissertação de Mestrado. Rio Grande do Sul. Universidade Federal de Santa Maria, Faculdade de Ciências da Saúde.

Dayrell, J. (2003). O jovem como sujeito social. *Revista Brasileira de Educação*, (4). Belo Horizonte. pp.40-52.

Dias, A. B. (2005). Parentalidade juvenil e reações familiares em Salvador, BA. Tese de doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Brasil.

Dias, A. B. & Aquino, E. M. L. (2006). Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 22 (7). Rio de Janeiro. Recuperado em: 2010, fevereiro 21, de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006000700009&lng=pt&nrm=iso>.

Dias, D. de S. (2010). *Como Escrever uma monografia: manual de elaboração com exemplos e exercícios*. São Paulo: Atlas.

Domingos, S. R da F. (2011). I significado da ação de provocar o aborto na adolescência: uma abordagem da fenomenologia social sob a perspectiva de mulheres. *Tese de Doutorado*. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem.

Estatuto da criança e do adolescente. (2004). *Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente*. Brasil. Recife.

Esteves, J. R. & Menandro, P. R. M. (2005). Trajetórias de vida: repercussões da maternidade adolescente na biografia de mulheres que viveram tal experiência. *Estudos de Psicologia*. 10 (3). Natal. Recuperado em 2010, fevereiro 21, de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2005000300004&lng=pt&nrm=iso>

- Falcão, D. V. da S. & Salomão, N. M. R. (2006). Mães adolescentes de baixa renda: um estudo sobre as relações familiares. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 58 (2). Rio de Janeiro. Recuperado em: 2012, Setembro 25, de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S180952672006000200003&script=sci_arttext>
- Fernandes, E. C. (2009). *Marco conceitual da adolescência e juventude – uma perspectiva médico-social*. Recuperado em: 2010, Outubro 13, de <<http://www.artigonal.com/ensino-superior-artigos/marco-conceitual-da-adolescencia-e-juventude-uma-perspectiva-medico-social-1054846.html>>.
- Freitas, A. (2009). *História e Geografia de Roraima*. Ed. rev. e ampl. Boa Vista.
- Furlani, J. (2005). *Sexos, sexualidades e gêneros – monstruosidades no currículo da educação sexual*. Recuperado em: 2010, Dezembro 28, de <www.anped.org.br/reunioes/28/textos/ge23/ge23975int.rtf>.
- Gazzinelli, M. F., Gazzinelli, A., Reis, D. C. dos, & Penna, C. M. de M. (2005). Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Caderno de Saúde Pública*. 21 (1). Rio de Janeiro. Recuperado em: 2010, Dezembro 28, de <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100022&lng=en&nrm=iso>.
- Gomes, M. L. M., Neto, G. H. F., Viana, C. H. & Silva, M. A. da (2006). Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes do sexo feminino vítimas de violência atendidas em um Serviço de Apoio à Mulher, Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de saúde Materno Infantil*. 6 (1). Recife. Recuperado em: 2010, Fevereiro 21, de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-3829200600050004&ing=pt&nrm=iso>
- Guedes, M. V. C., Silva, L. de F., & Freitas, M. C. de. (2004). Educação em saúde: objeto de estudo em dissertações e teses de enfermeiras no Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 56 (6). pp.662-665, Brasília (DF).
- Guimarães, E. M. B. (2001). Gravidez na adolescência: fatores de risco. In: Saito, M. I., & Silva, L. E. V., (Eds). *Adolescência: prevenção e risco*. (1.ª ed.) São Paulo: Atheneu. pp. 291-298.
- Heilborn, M. L., Salem, T., Rohden, F., Brandão, E., Knauth, D., & Victora, C. et al. (2002). Aproximações socioantropológicas sobre gravidez na adolescência. 8 (17). Horizontes Antropológicos. Porto Alegre. pp. 13-45.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2008). Séries estatísticas retrospectivas. Fundação Instituto brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). Recuperado em: 2011, outubro 07, de <<http://sidraibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=3107&z=cd&o=3&i=P>>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011). Recuperado em: 2011, outubro 07, de <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?z=cd&o=5&i=P&c=3107>>

- Lage, A. M. D. (2008). Vivências da Gravidez de Adolescentes. *Dissertação de mestrado*. Universidade Federal de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
- Leal, A. F., & Knauth, D. R. (2006). A relação sexual como técnica corporal: representações masculinas dos relacionamentos afetivo-sexuais. *Cadernos Saúde Pública*. 22 (7). Rio de Janeiro. pp. 1375 – 1384.
- Leal, D. M. M. (2006). Impacto da gravidez na adolescência no distrito de Guarda. *Dissertação de Mestrado*. Portugal: Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências da Saúde.
- Lei n.º 9.263 de 12 de janeiro de 1996. (12 de janeiro de 1996). Brasília: Gráfica do Congresso Nacional.
- Levandowski, D. C., Piccinini, C. A. & Lopes, R. de C. S. (2008). Maternidade Adolescente. *Estudos de Psicologia*. 25 (2). Campinas, São Paulo. Recuperado em: 2010, Fevereiro 21, de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2008000200010&lng=pt&nrm=iso>
- Lima, C. T. B., Feliciano, K. V de O., Carvalho, M. F. S., Souza, A. P. P de, Menabó, J. de B. C., Ramos, L. S., Cassundé, L. F & Kovacs, M. H. (2004). Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. *Revista Brasileira de saúde Materna e Infantil*. 4 (1). Recife. Recuperado em: 2012, Julho 09, de <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n1/19983.pdf>>
- Loch, J. de A., Clotet, J. & Goldim, J. R. (2007). Privacidade e confidencialidade na assistência à saúde do adolescente: percepções e comportamentos de um grupo de 711 universitários. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 53 (3). São Paulo. Recuperado em: 2010, Fevereiro 21, de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302007000300022&lng=pt&nrm=iso>.
- Louro, G. L. (2000). Sexualidade: lições de casa. In: Meyer, D. E. E. (org.). *Saúde e sexualidade na escola*. (2.º ed.). Porto Alegre: Mediação.
- Magnólia, A. (2010). Gravidez na adolescência: implicação do exercício da sexualidade juvenil. Recuperado em: 2010, Outubro 09, de <<http://www.webartigos.com/articles/32323/1/Gravidez-na-Adolescencia-Implicacao-do-exercicio-da-sexualidade-juvenil/pagina1.html>>.
- Marina, J. A. (2008). *O quebra-cabeça da sexualidade*. Rio de Janeiro, 1ºed. Guarda-Chuva. 308p.
- Martins, L. B. M., Paiva, L. C., Osis, M. J. D., Sousa, M. H., Neto, A. M. P. & Tadini, V (2006). Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. *Revista de saúde Pública*. 40 (1). São Paulo. Recuperado em: 2012, Abril 26, de <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/27116.pdf>>.
- Meirelles, Z., Herzog, R. (sd). *A violência na vida de adolescents e jovens*. (sl). Recuperado em: 2013, Maio 01, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/textos_comp/tc_10.html>.

- Ministério da Saúde (1996). *Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa - CONEP. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa em seres humanos*. Brasília.
- Ministério da Saúde (2000). Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. *Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agenda nacional*. Brasília (DF).
- Ministério da Saúde (2005). *Marco legal - saúde, um direito de adolescentes*. Normas e Manuais Técnicos. Série A. Brasília, DF. 60p.
- Ministério da Saúde (2006). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2011). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Passo a passo PSE – Programa de Saúde na Escola: Tecendo caminhos da intersectorialidade*. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.
- Moizés, J. S. (2010). *Educação sexual, corpo e sexualidade na visão dos alunos e professores do ensino fundamental*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
- Monteiro, F. de S., Costa, N. S. S., Nascimento, P. S. V., Aguiar, Y. A. de, (2007). A violência intra-familiar contra dolescentes grávidas. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 60 (4). Brasília. Recuperado em: 2013, Maio 01, de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400002>
- Moreira, T. M. M., Viana, D. de S., Queiroz, M. V. O., & Jorge, M. S. B. (2008). Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. *Rev. Esc. Enfermagem*. 42 (2). São Paulo. Recuperado em: 2010, Fevereiro 20, de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200015&lng=pt&nrm=iso>.
- Moura, L. N. B de, Gomes, K. R. O., Rodrigues, M. T. P., Oliveira, D. C. de (2011). Informação sobre contracepção e sexualidade entre adolescentes que vivenciaram uma gravidez. *Revista Acta Paulista*. 24 (3). São Paulo. Recuperado em: 2013, Abril 23, de <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/03.pdf>>
- Muza, G. M. & Costa, M. P. (2002). Elementos para elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes: O olhar dos adolescentes. *Cadernos de saúde Pública*. 18 (1). São Paulo. Recuperado em: 2012, Setembro 03, de <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n1/8169.pdf>>
- Oliveira, R. C. (2008). Adolescência, gravidez e maternidade: a percepção de si e a relação com o trabalho. *Revista Saúde e Sociedade*. 17 (4). São Paulo. Recuperado em: 2010, fevereiro 20, de <http://http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902008000400010&script=sci_abstract&tlng=pt>.

- Oliveira, T. (2010). *Gravidez na Adolescência: percepção de jovens grávidas institucionalizadas sobre o seu contexto familiar e a educação sexual em meio escolar*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho. Instituto de Educação. Portugal.
- Oliveira, T. C. de, Carvalho, L. P. & Silva, M. A da. (2008). O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 61 (3). Brasília. Recuperado em: 2010, outubro 13, de <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S034716720080003000005&script=sci_arttext>
- Organização Mundial de Saúde (1977). *Necesidades de Salud de los Adolescentes. Informe de un comité de expertos de la OMS*. Genebra: Série de Informes técnicos. n°. 609, Recuperado em: 2010, Outubro 13, de <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_609_spa.pdf>.
- Otsuka, F., Narahara, J., Ayabe, L. Caccelli, M., Salina, V., Molinos, V., Martins, L. C. & Luiz, O. C. (2005). O programa de saúde da família e a gravidez na adolescência em São Bernardo do Campo. *Arquivo Médico ABC*. 30 (2). São Paulo. Recuperado em: 2012, Julho 12, de <<http://site.fmabc.br/admin/files/revistas/30amabc090.pdf> >
- Pantoja, A. L. N., (2003) “Ser alguém na vida”: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. *Caderno de saúde Pública*. 19 (2). Rio de Janeiro. Recuperado em: 2010, Fevereiro 21, de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000800015&lng=pt&nrm=iso>.
- Persona, L., Shimo, A. K. K. & Tarallo, M. C. (2004). Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto. São Paulo. Recuperado em 2010, Fevereiro 21, de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000500007&lng=pt&nrm=iso>.
- Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006, aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). (28 de Março de 2006). Brasília. Distrito Federal, Brasil: ministério da Saúde.
- Prefeitura Municipal de Boa Vista (2010). Secretaria Municipal de Saúde/Conselho Municipal de Saúde, Plano Municipal de Saúde – 2010-2013.
- Queiroz, I. S., (2010). Determinantes sociais da gravidez na adolescência em município de médio porte no Nordeste do Brasil: um estudo prospectivo. *Dissertação de Mestrado*. Universidade Federal do Ceará. Departamento de Saúde Comunitária.
- Ramos, F. R. S., Pereira, S. M., & Rocha, C. R. M. (2001). Viver e adolecer com qualidade. In: Associação Brasileira de Enfermagem. *Projeto Acolher: compreender, atuar, acolher*. Brasília. pp. 19-32.

- Romero, K. T., Medeiros, E. H. G. R., Vitalle, M. S. S. & Wehba, J. (2007). O conhecimento das adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo. *Revista Associação Médica Brasileira*. 53 (1). São Paulo. Recuperado em: 2010, Fevereiro 21, de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000100012&lng=pt&nrm=iso>.
- Ruzany, M. H. (2000). *Mapa da situação de saúde do adolescente no Município do Rio de Janeiro*. Tese de Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Recuperado em: 2010, Outubro 13, de <http://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00010404&lng=pt&nrm=iso>.
- Sabroza, A. R., Leal, M. do C., Souza Jr, P. R. de & Gama, S. G. N. (2004). Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município o Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Pública*. 20 (1). Rio de Janeiro. Recuperado em 2010, Fevereiro 21, de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000700014&lng=pt&nrm=iso>.
- Saito, M. I., Leal, M. M. (2007). Adolescência e contracepção de emergência: Fórum 2005. *Revista Paulista de pediatria*. 25 (2). São Paulo. Recuperado em: 2010, Fevereiro 21, de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822007000200014&lng=en&nrm=iso>.
- Severino, A. J. (2006). Formação, perfil e identidade dos profissionais da educação: a propósito das diretrizes curriculares do curso de pedagogia. In: Barbosa, R. L. L. (Org.). *Formação de educadores: artes, e técnicas, ciências políticas*. São Paulo: editora UNESP.
- Silva, J. L. L. da. (2005). *Conhecendo o PROSAD*. Recuperado em: 2010, Outubro 13, de <<http://www.uff.br/dsicamep/prosad.htm>>.
- Silva, M. A. L., Melo, D. F. de. & Carlos, D. M. (2009). O adolescente enquanto protagonista no espaço escolar. In: Jorge Bonito. *Educação para a saúde no século XXI: teorias, modelos e práticas*. pp. 589-598. Vol. II.
- Silva, L., & Tonete, V. L. P. (2006). A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 14 (2). Ribeirão Preto. Recuperado em: 2010, Dezembro 23, de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692006000200008&lng=pt&nrm=iso>.
- Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista (2011). Sistema de Informação da Atenção Básica, (SIAB).
- Sousa, L. B. de, Fernandes, J. F. P & Barroso, M. G. T. (2006). Sexualidade na adolescência: análise da influência de fatores culturais presentes no contexto familiar. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*. 19 (4). São Paulo. PP.408-413. Recuperado em: 2012, Abril 26, de <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/ape/v19n4/v19n4a07.pdf>>.
- Sullca, T. F. & Schirmer, J. (2006). Violência intrafamiliar na adolescência na cidade de Puno – Peru. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 14 (4). Ribeirão Preto. Recuperado em: 2010, Fevereiro 21, de

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000400016&ing=pt&nrm=iso>.

Ventura, M., & Correa, S. (2006). Adolescência, sexualidade e reprodução: construções culturais, controvérsias normativas, alternativas interpretativas. *Cadernos de saúde Pública*. 22 (7). Rio de Janeiro. pp. 1505-1509.

Vieira, L. M., Saes, S. de O., Dória, A. A. B., & Goldberg, T. B. L. (2006). Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*. 6 (1). Recuperado em: 2010, Fevereiro 21, de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000100016&lng=en&nrm=iso>.

Villela, W. V., & Doreto, D. T. (2006). Sobre a experiência sexual dos jovens. *Caderno de Saúde Pública*. 22 (11). Rio de Janeiro. Recuperado em: 2010, Fevereiro 21, de <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100021&lng=en&nrm=iso>.

Zanin, M., Moss, A. T. & Oliveira, L. A de (2011). Representação social da gravidez na percepção de adolescentes gestantes de baixa renda. *Unoesc & Ciência*. 2 (1). Joaçaba. pp.89-98.

APÊNDICE 1 – Questionário final



QUESTIONÁRIO GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

I.a) – Dados Sociodemográficos

Iniciais: _____

1. Idade |_|_| anos

2. Unidade de Saúde do Pré Natal: _____

3. Relativamente à sua casa diga-me:

3.1. Qual o tipo de sua moradia?

() Alvenaria;

() Madeira;

() Taipa.

3.2. Quantos cômodos tem a sua casa? |_|_|

3.3. Poderia me descrever os cômodos?

4. Em relação à renda familiar atual, em sua casa recebem:

() Menos de 01 salário mínimo;

() 01 salário mínimo;

() De 02 a 04 salários mínimos;

() De 05 a 07 salários mínimos;

() De 08 a 10 salários mínimos;

() Mais de 10 salários mínimos;

() Não sabe informar.

OBS: Salário Mínimo atual: R\$ 545,00

5. Em sua casa quem é a pessoa responsável pelo sustento da família?

6. Você ajuda nas despesas da casa?

() Não () Às vezes () Sim

6.1. Pode me dizer porquê? _____

7. Você tem irmãos? () Não () Sim.

- 7.1. Se sim, quantos? |_|_|
- 7.2. Se sim, são todos filhos do mesmo pai e da mesma mãe? () Sim () Não
8. Em relação à escolaridade, gostaria que me dissesse:
- 8.1. Qual a sua escolaridade? _____
- 8.2. Qual a escolaridade dos seus pais?
Pai: _____ Mãe: _____
- 8.3. Qual a escolaridade do pai do seu filho? _____
9. Você estuda atualmente? () Não () Sim
- 9.1. Se não estuda pode me dizer porquê? _____
10. E você estudava antes de engravidar? () Não () Sim
- 10.1. Se não estudava pode me dizer porquê? _____
11. Você trabalha atualmente? () Não () Sim
- 11.1. Pode me dizer porquê?

12. E você trabalhava antes de engravidar? () Não () Sim
- 12.1. Pode me dizer porquê? _____
13. Em relação às pessoas com quem vive pode me dizer:
- 13.1. Quais eram as pessoas com quem você morava antes de engravidar?

- 13.2. E quais são as pessoas com quem está morando agora durante a gravidez? _____
14. Quantos filhos você já tem? |_|_|
- 14.1. Se já tem outros filhos, são todos do mesmo parceiro? () Sim () Não
- 14.2. Se já tem mais filhos, qual a diferença de tempo de uma gravidez para a outra? _____
15. Sabe me dizer qual a idade da sua mãe quando ela engravidou pela primeira vez?

II – Educação para a Saúde e a Sexualidade

16. Na escola onde você estuda ou estudou tem aula de Educação Sexual?
() Não Não sabe informar () Sim ()

16.1. Se não tem, acha importante que tivesse?_____. Por quê?_____

16.2. Se tem, você freqüentava?_____. Por quê?_____

17. Antes de engravidar você falava sobre sexo e gravidez com alguma pessoa?

() Não () Sim

17.1. Se não falava com ninguém, porquê?

17.2. Se falava, com quem mais falava sobre sexo e gravidez? _____

18. Na Unidade Básica de Saúde da Família do seu bairro tem grupo de jovem (palestras educativas)?

() Não () Às vezes () Sim () Não sabe informar

18.1. Se tem, você frequenta? _____ Por quê? _____

19. Você acha importante ter atividades educativas voltadas aos adolescentes na Unidade de Saúde da Família do seu bairro?

() Não. Por quê? _____

() Sim. Por quê? _____

20. Na Unidade de Saúde da Família há distribuição de métodos contraceptivos?

() Não.

() Não sabe informar.

() Sim. Quais? _____

21. Antes de engravidar, frequentava a Unidade Básica de Saúde?

() Não. Por quê? _____

() Sim. Quais serviços? _____

22. Acha que lhe faltou orientação em relação ao sexo e gravidez?

() Não () Um pouco () Sim.

22.1 Por quê? _____

23. Quem você acha que deveria lhe dar informações sobre sexo/gravidez?

24. Acha que os meios de comunicação estimulam o sexo/gravidez entre adolescentes?

() Não () Sim

24.1. Por quê? _____

III – Comportamentos sexuais e relacionamentos afetivos

25. Planejou esta sua gravidez?

() Não () Sim

25.1 Se sim, por quê? _____

26. Quando soube que estava grávida qual foi a sua reação ou sentimento em relação a notícia?

27. Qual foi a reação ou sentimento da sua família em relação a sua gravidez?

28. E qual foi a reação do pai da criança em relação a sua gravidez?

29. Sabe me dizer qual foi a reação da família do pai da criança em relação a sua gravidez? _____

30. Pode me dizer qual a sua idade quando teve sua primeira relação sexual? |__|__|

31. Sua família estava ciente do início de suas atividades sexuais?

() Não. Por quê? _____

() Sim. Por quê? _____. Quem? _____

32. Qual a sua idade quando engravidou a primeira vez? |__|__| anos

33. Qual a idade do seu parceiro quando você engravidou (desta vez)? |__|__|

34. Quanto tempo de relação com o parceiro tinha quando você engravidou (desta vez)?

35. Qual era o seu vínculo com a pessoa de quem engravidou?

36. O seu vínculo atual com a pessoa de quem engravidou continua o mesmo?

() Sim.

() Não. Se não, qual é o vínculo atual? _____

37. Foi obrigada a casar/morar com o pai de seu filho quando engravidou?

() Não. Por quê? _____

() Sim. Quem obrigou? _____. Por quê? _____

IV - Saúde Sexual e Violência

38. Prevenia a gravidez?

() Não.

() Sim. Como? _____

39. Com que frequência usava o preservativo?

() Sempre () Muitas vezes () Às vezes () Nunca

40. Pode me dizer o número de parceiros sexuais que já teve? |__|__|

41. Já teve alguma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) antes da gravidez?

() Não () Não sabe informar () Sim.

41.1. Se sim, qual(is)? _____

42. Pensou em realizar o aborto?

() Não. Por quê? _____

() Sim. Por quê? _____

43. Foi estimulada ou obrigada a realizar o aborto?

() Não () Sim

43.1 Se sim, por quem? _____

44. Sofreu algum tipo de agressão antes de engravidar?

() Não () Não lembra () Sim

44.1. Se sim, que tipo de agressão sofreu? _____

44.2. Quem foi o agressor? _____

44.3. Continua a ser agredida por essa pessoa? _____

44.4. Porque motivo é agredida? _____

45. O que ou quem você acha que mais contribuiu para que a sua gravidez acontecesse?

V – Consumo de álcool e drogas

46. Atualmente costuma consumir álcool? () Não () Raramente () Sim
47. Antes de engravidar consumia álcool? () Não () Raramente () Sim
- 47.1. Se sim, que tipo de bebida? _____
- 47.2. Se sim, com que frequência? _____
- 47.3. Se sim, acha que o álcool influenciou para que a gravidez ou relação sexual tivesse acontecido? () Sim () Não
- 47.3.1. Porquê? _____
48. Já usou de algum tipo de droga antes de engravidar? () Não () Sim
- 48.1 Se sim, qual(is)? _____
- 48.2. Se sim, acha que a droga influenciou para que a gravidez ou relação sexual tivesse acontecido? () Não () Sim
- 48.2.1. Por quê? _____
49. Algum familiar é ciente de que é usuária de drogas? () Não () Sim
- 49.1. Se não por quê? _____
- 49.2. Se sim, quem? _____
50. Seu parceiro é usuário de drogas? () Não () Sim
- 50.1. Se sim, qual(is)? _____
51. Algum familiar seu é usuário de drogas? () Não () Sim
- 51.1. Se sim, quem? _____
- 51.2. Se sim, qual(is)? _____

I.b) – Dados Sociodemográficos

52. Qual era a sua religião antes de engravidar? _____
53. Após o conhecimento da gravidez a sua religião mudou? () Não () Sim
- 53.1 Se sim, para qual? _____
- 53.2 Se sim, por quê? _____

Chegamos ao fim da nossa conversa. Para mim foi um prazer. Espero que você também tenha gostado. Muito obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE 2 – Questionário preliminar



ROTEIRO DE ENTREVISTA SOBRE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Nº: _____; Idade: _____

Unidade de Saúde do Pré Natal? _____

1. Qual sua escolaridade? _____

2. Você estuda atualmente?

() Não. Por quê? _____

() Sim.

3. Você estudava antes de engravidar?

() Não. Por quê? _____

() Sim.

4. Planejou a sua gravidez?

() Não.

() Sim. Por quê? _____

5. Prevenia a gravidez?

() Não.

() Sim. Como? _____

6. Quais os tipos de métodos contraceptivos que você conhece?

7. Com que frequência usava o preservativo?

() Sempre. Por quê? _____

() Quase sempre. Por quê? _____

() Nunca. Por quê? _____

8. Qual sua idade quando teve sua primeira relação sexual? _____

9. Nº de parceiros sexuais que já teve? _____

10. Sua família estava ciente do início de suas atividades sexuais?

() Não. Por quê? _____

- () Sim. Por quê? _____ . Quem? _____
11. Qual sua idade quando engravidou? _____
12. Qual a idade do seu parceiro quando você engravidou? _____
13. Quantos filhos você tem? _____
- 13.1 Todos do mesmo parceiro? _____
14. Falava sobre sexo/gravidez com alguma pessoa?
- () Não. Por quê? _____
- () Sim. Com quem mais falava sobre sexo/gravidez? _____
15. Na Unidade Básica de Saúde da Família de seu bairro tem grupo de jovem (palestras educativas sobre sexualidade)?
- () Não.
- () Não sabe informar.
- () Às vezes. Você frequenta? _____; Por quê? _____
- () Sim. Você frequenta? _____; Por quê? _____
16. Você acha importante ter atividades educativas sobre sexualidade voltadas aos adolescentes na Unidade de Saúde da Família do seu bairro?
- () Não. Por quê? _____
- () Sim. Por quê? _____
17. Na Unidade de Saúde da Família do seu bairro há distribuição de métodos contraceptivos?
- () Não.
- () Não sabe informar.
- () Sim. Quais? _____
18. Na escola onde você estuda ou estudou tem aula de Educação Sexual?
- () Não. Acha importante que tivesse? _____. Por quê? _____
- _____
- () Sim. Você freqüentava? _____. Por quê? _____
- () Não sabe informar.
19. Acha que faltou orientação em relação ao sexo/gravidez?
- () Não. Por quê? _____
- () Sim. Por quê? _____
- () Um pouco. Por quê? _____
20. Quem você acha que deveria lhe dar informações sobre sexo/gravidez?
- _____

21. Acha que os meios de comunicação estimulam o sexo/gravidez entre adolescentes?

- () Não. Por quê? _____
() Sim. Por quê? _____

22. O que ou quem você acha que mais contribuiu para que a sua gravidez acontecesse?_____. Por quê? _____

**O questionário acaba por aqui.
Muito Obrigada!**

APÊNDICE 3



PLANO DE AÇÃO

MATRIZ

Matriz - Inventário de Questões da Entrevista sobre Gravidez na Adolescência para aplicação nas Unidades Básicas de Saúde da Família em Boa Vista Roraima- BRASIL

	Categorias	Subcategorias	Questões	Objetivos
PARTE I	Caracterização da Adolescente	Dados Pessoais	Iniciais; 1.Idade; 2.Unidade de Saúde do Pré-natal;	1. Caracterizar a adolescente grávida em função de sua idade.

PARTE II	Informações de Comportamento/cultural Pessoal e Familiar	Dados de Comportamento/cultural Pessoal	<p>14. Quantos filhos você já tem?</p> <p>14.1. Se já tem outros filhos , são todos do mesmo parceiro?</p> <p>14.2. Se já tem mais filhos, qual a diferença de tempo de uma gravidez para a outra?</p> <p>17. Ante de engravidar você falava sobre sexo e gravidez com alguma pessoa?</p> <p>17.1. Se não falava com ninguém, porquê?</p> <p>17.2. Se falava, com quem mais falava sobre sexo e gravidez?</p> <p>19. Você acha importante ter atividades educativas voltadas aos adolescentes na Unidade de Saúde da Família do seu bairro?</p> <p>21. Antes de engravidar, freqüentava a Unidade Básica de Saúde?</p> <p>24. Acha que os meios de comunicação estimulam o sexo/gravidez entre adolescentes?</p> <p>24.1. Porquê?</p> <p>25. Planejou esta sua gravidez?</p> <p>25.1. Se sim, porquê?</p> <p>26. Quando soube que estava grávida qual foi a sua reação ou sentimento em relação à notícia?</p> <p>30. Pode me dizer qual a sua idade quando teve sua primeira relação sexual?</p> <p>32. Qual a sua idade quando engravidou pela primeira vez?</p> <p>34. Quanto tempo de relação com o parceiro tinha quando você engravidou (desta vez)?</p> <p>35. Qual era o seu vínculo com a pessoa de quem engravidou?</p> <p>36. O seu vínculo atual com a pessoa de quem engravidou continua o mesmo?</p> <p>38. Prevenia a gravidez?</p> <p>39. Com que freqüência usava o preservativo?</p> <p>40. Pode me dizer o número de parceiros sexuais que já teve?</p> <p>41. Já teve alguma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) antes da gravidez?</p> <p>41.1. Se sim, qual(is)?</p> <p>42. Pensou em realizar aborto?</p> <p>44. Sofreu algum tipo de agressão antes de engravidar?</p> <p>44.1. Se sim, que tipo de agressão sofreu?</p> <p>44.2. Quem foi o agressor?</p>	<p>1. Caracterizar a influência do contexto sociocultural para a ocorrência da gravidez;</p> <p>2. Registrar o uso e/ou conhecimento dos métodos contraceptivos;</p> <p>3. Identificar comportamentos sexuais de adolescentes em termos de início da atividade, número de parceiros e relacionamento afetivo;</p> <p>4. Relacionar comportamentos sexuais com práticas de consumo de substâncias psicoativas.</p>
-----------------	--	---	---	---

			<p>44.3. Continua a ser agredida por essa pessoa?</p> <p>44.4. Porque motivo é agredida?</p> <p>45. O <u>que</u> ou <u>quem</u> você acha que mais contribuiu para que a sua gravidez acontecesse?</p> <p>46. Atualmente costuma consumir álcool?</p> <p>47. Antes de engravidar consumia álcool?</p> <p>47.1. Se sim, que tipo de bebida?</p> <p>47.2. Se sim com que frequência?</p> <p>47.3. Se sim, acha que o álcool influenciou para que a gravidez ou relação sexual tivesse acontecido?</p> <p>48. Já usou algum tipo de droga antes de engravidar?</p> <p>48.1. Se sim, qual (is)?</p> <p>48.2. Se sim, acha que a droga influenciou para que a gravidez ou relação sexual tivesse acontecido?</p> <p>48.2.1. Porquê?</p> <p>52. Qual era sua religião antes de engravidar?</p> <p>53. Após o conhecimento da gravidez a sua religião mudou?</p> <p>53.1. se sim, para qual?</p> <p>53.2. Se sim, por quê?</p>	
--	--	--	---	--

		<p>Dados de Comportamento/cultural Familiar</p>	<p>7. Você tem irmãos? 7.1. Se sim, quantos? 7.2. Se sim, são todos filhos do mesmo pai e da mesma mãe? 15. Sabe me dizer qual a idade da sua mãe quando ela engravidou pela primeira vez? 27. Qual foi a reação ou sentimento da sua família em relação a sua gravidez? 28. E qual foi a reação do pai da criança em relação a sua gravidez? 29. Sabe me dizer qual foi a reação da família do pai da criança em relação a sua gravidez? 31. Sua família estava ciente do início de suas atividades sexuais? 33. Qual a idade do seu parceiro quando você engravidou (desta vez)? 37. Foi obrigada a casar/morar com o pai de seu filho quando engravidou? 43. Foi estimulada ou obrigada a realizar o aborto? 43.1. Se sim, por quem? 49. Algum familiar é ciente de que era usuária de droga? 49.1. Se não, por quê? 49.2. Se sim, quem? 50. Seu parceiro é usuário de droga? 50.1. Se sim, qual(is)? 51. Algum familiar seu é usuário de droga? 51.1. Se sim, quem? 51.2. Se sim, qual(is)?</p>	<p>1. Caracterizar a influência do contexto familiar para a ocorrência da gravidez;</p>
<p>PARTE III</p>	<p>Informações sobre dados de saúde</p>	<p>Dados da Unidade de Saúde</p>	<p>18. Na Unidade Básica de Saúde da Família de seu bairro tem grupo de jovens (palestras educativas)? 18.1. Se sim, você freqüenta? 20. Na Unidade de Saúde da Família há distribuição de métodos contraceptivos?</p>	<p>1. Registrar o uso e/ou conhecimento dos métodos contraceptivos;</p>

<p>PARTE IV</p>	<p>informações sócioeconômicas</p>	<p>Dados sócioeconômicos</p>	<p>3. Relativamente à sua casa diga-me: 3.1. Qual o tipo de sua moradia? 3.2. Quantos cômodos tem sua casa? 3.3. Poderia me descrever os cômodos? 4. Em relação à renda familiar atual, em sua casa recebem: 5. Em sua casa quem é a pessoa responsável pelo sustento da família? 6. Você ajuda nas despesas da casa? 6.1. Pode me dizer por quê? 11. Você trabalha atualmente? 11.1. Pode me dizer porquê? 12. E você trabalhava antes de engravidar? 12.1. Pode me dizer porquê? 13. Em relação às pessoas com quem vive pode me dizer: 13.1. Quais eram as pessoas com que você morava antes de engravidar? 13.2. E quais são as pessoas com quem está morando agora durante a gravidez?</p>	<p>1. Caracterizar a influência do contexto familiar para a ocorrência da gravidez; 2. Caracterizar a influência do contexto sociocultural para a ocorrência da gravidez;</p>
<p>PARTE V</p>	<p>Informações socioculturais</p>	<p>Dados sócio culturais pessoal.</p>	<p>8. Em relação à escolaridade, gostaria que me dissesse: 8.1. Qual a sua escolaridade? 9. Você estuda atualmente? 9.1. Se não estuda, pode me dizer porquê? 10. E você estudava antes de engravidar? 10.1. Se não estudava pode me dizer porquê?</p>	<p>1. Caracterizar a influência do contexto sociocultural para a ocorrência da gravidez; 2. Identificar o grau de escolaridade e o percentual de evasão escolar das adolescentes grávidas.</p>
<p>PARTE VI</p>	<p>Informações de Educação</p>	<p>Dados de Educação</p>	<p>16. . Na escola onde você estuda ou estudou tem aula de educação sexual? 16.1. Se não tem, acha importante que tivesse? 16.2. Se tem, você freqüentava? 22. Acha que lhe faltou orientação em relação ao sexo/gravidez? 22.1. Por quê? 23. Quem você acha que deveria lhe dar orientação sobre sexo/gravidez?</p>	<p>1. Caracterizar a influência do contexto familiar para a ocorrência da gravidez; 2. Caracterizar a influência do contexto sociocultural para a ocorrência da gravidez;</p>

APÊNDICE 4

Unidades de Saúde do Pré Natal

Unidade de Saúde	Frequência	Porcentagem
13 de Setembro	1	0,9
Alvorada	1	0,9
Aparecida	1	0,9
Aracelis	4	3,6
Asa Branca	4	3,6
Bela Vista	4	3,6
Brigadeiro	2	1,8
Buritis	2	1,8
Caimbé	4	3,6
Calungá	1	0,9
Caraná	7	6,4
Cauamé	4	3,6
Centenário	3	2,7
Centro	1	0,9
Cidade Satélite	1	0,9
Cinturão Verde	1	0,9
Conjunto Cidadão	4	3,6
Equatorial	1	0,9
Jardim Equatorial	1	0,9
Jardim Primavera	1	0,9
Jóquei Clube	2	1,8
Liberdade	1	0,9
Nova Cidade	4	3,6
Olenca	3	2,7
Operário	1	0,9
Pintolândia	8	7,3
Psicultura	1	0,9
Raiar do sol	1	0,9
Santa Luzia	1	0,9
Santa Tereza	19	17,3
São Bento	1	0,9
São Francisco	2	1,8
São Vicente	3	2,7
Senador Hélio Campos	1	0,9
Sílvio Botelho	1	0,9
Sílvio Leite	4	3,6

União	9	8,2
Total	110	100,0

ANEXO A



Ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ensino Superior de Roraima

Envio a V.S^a o projeto de pesquisa intitulado: Gravidez na Adolescência em Boa Vista-Roraima no ano de 2011: Fatores Predisponentes e Medidas de Prevenção, que tem como objetivo caracterizar as repercussões da gravidez precoce, para apreciação deste comitê, viabilizando seu desenvolvimento, como requisito parcial para a conclusão do curso de Mestrado em Educação, na Área de Especialidade de Educação para a Saúde pela Universidade de Évora-Portugal

Segue anexa documentação exigida, em consonância com a resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe em seus artigos da regulamentação da pesquisa envolvendo seres humanos.

Conto com a agilidade de V.S^a na tramitação dos protocolos, para que possa dispor de tempo hábil no desenvolvimento da pesquisa.

Atenciosamente:

Maria de la Paz Perez Sampaio

Boa Vista _____ de _____ de _____

ANEXO B



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
MESTRADO EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa: Gravidez na Adolescência em Boa Vista-Roraima (Brasil) no ano de 2011: Fatores Predisponentes e Medidas de Prevenção.

Eu, _____
abaixo assinado, dou o meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntária do projeto de pesquisa supracitado, sob a responsabilidade da pesquisadora MARIA DE LA PAZ PEREZ SAMPAIO, aluna do Curso de MESTRADO EM EDUCAÇÃO NA ÁREA DE ESPECIALIDADE DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

O objetivo da pesquisa é identificar comportamentos e fatores familiares e socioculturais que contribuíram para a gravidez entre as adolescentes inscritas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Boa Vista-Roraima no ano de 2011. Durante o estudo responderei a uma entrevista para a coleta de dados. Obtive todas as informações necessárias para poder aceitar conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa. Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa, sem nenhuma forma e prejuízo.

A autora da pesquisa se compromete a preservar minha privacidade e me assegurar a confidencialidade dos dados e informações coletadas garantindo que os resultados obtidos serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluindo sua publicação na literatura científica especializada.

Dúvidas ou outras informações posteriores poderão ser obtidas com a pesquisadora nos telefones: (95) 3627-2721 ou (95) 8117-0270; e também no endereço: Travessa C 1, nº 115, Caranã. Boa Vista-Roraima. Cep: 69313-652.

Boa Vista, _____ de _____ de 2011.

Voluntária. RG _____ Responsável. RG _____

Maria de la Paz Perez Sampaio
Pesquisadora. RG: 4.806.735 SSP-PE