

PRISCILA MARCONATO DA SILVA

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA:** perfil das adolescentes do  
Ensino Técnico Integrado ao Médio da Escola Técnica Sylvio de Mattos Carvalho – Matão- SP



ARARAQUARA – S.P.

2020

PRISCILA MARCONATO DA SILVA

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA:** perfil das adolescentes do Ensino Técnico Integrado ao Médio da Escola Técnica Sylvio de Mattos Carvalho – Matão - SP

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Sexual da Faculdade de Ciências e Letras – Unesp/Araraquara, como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação Sexual. Exemplar apresentado para exame de defesa.

**Linha de pesquisa:** Sexualidade e educação sexual: interfaces com a história, a cultura e a sociedade.

**Orientadora:** Débora Raquel da Costa Milani

ARARAQUARA – S.P.

2020

Silva, Priscila Marconato da  
GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: perfil das adolescentes  
do Ensino Técnico Integrado ao Médio da Escola Técnica  
Sylvio de Mattos Carvalho – Matão - SP/ Priscila Marconato  
da Silva — 2020. 108 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Sexual) —  
Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho",  
Faculdade de Ciências e Letras (Campus Araraquara)  
Orientador: Débora Raquel da Costa Milani 1.

Adolescência. 1. Gravidez na Adolescência. 2. Título.

Nesta dissertação se utiliza as regras da APA – American Psychological Association  
(Associação Americana de Psicologia).

PRISCILA MARCONATO DA SILVA

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA:** perfil das adolescentes do  
Ensino Técnico Integrado ao Médio da Escola Técnica Sylvio de Mattos Carvalho – Matão- SP

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Sexual da Faculdade de Ciências e Letras – Unesp/Araraquara, como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação Sexual. Exemplar apresentado para exame de defesa.

**Linha de pesquisa:** Sexualidade e educação sexual: interfaces com a história, a cultura e a sociedade

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr. Débora Raquel da Costa Milani

Data da defesa: **29/01/2020**

**MEMBROS COMPONENTES DA BANCA EXAMINADORA:**

---

**Presidente e Orientador:** **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Débora Raquel da Costa Milani**  
UNESP – Faculdade de Ciências e Letras – Campus de Araraquara-SP.

---

**Membro Titular:** **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fátima Elisabeth Denari**  
UFSCAR – Universidade Federal de São Carlos – SP - Departamento de Psicologia – Professora Voluntária.

---

**Membro Titular:** **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Euzania Batista Ferreira Andrade**  
UNIP – Universidade Paulista – Campus de Araraquara-SP.

**Local:** Universidade Estadual Paulista  
Faculdade de Ciências e Letras UNESP – Campus de Araraquara

## AGRADECIMENTOS

É o momento de agradecer a todos que de alguma forma contribuíram para a realização desta pesquisa.

Trago em meu coração pessoas que trilharam comigo este percurso e pelas quais tenho gratidão. Agradeço desta forma,

Primeiramente a Deus, pelo dom da vida, por conceder sabedoria nas minhas escolhas, por me fortalecer para não desistir nos momentos mais difíceis.

À Professora Orientadora Dra. Débora Raquel da Costa Milani pela confiança, paciência, carinho e dedicação, contribuições e orientações para a realização deste estudo.

Às Professoras Dr<sup>a</sup> Fátima Elisabeth Denari e à Professora Dra. Euzania Batista Ferreira Andrade pelas orientações na qualificação que foram essenciais para aprimorar a pesquisa. E agora pelo aceite em participar da banca de defesa.

Agradeço, de modo especial, a todos os docentes do Programa de Pós-Graduação em Educação Sexual, pelas ricas contribuições nas aulas, que foram importantes para reflexões e para construção da pesquisa.

À direção da ETEC Sylvio de Matos Carvalho por permitir que a pesquisa fosse aplicada às alunas do ensino médio integrado ao técnico e as mesmas que tão prontamente participaram, o meu muito obrigada.

Aos amigos agradeço de forma geral por me apoiarem e incentivarem, em especial ao querido Luiz Fernando que trilhou este caminho ao meu lado.

À minha mãe, Lizete, pelas orações, pelos incentivos, pelas preocupações, pelo amor incondicional, você é minha base para absolutamente tudo na vida.

Enfim, a todos que, de alguma maneira, auxiliaram na execução deste trabalho, minha gratidão!

## RESUMO

Estudo com abordagem quantitativa que teve como objetivo investigar a percepção das adolescentes referente à gravidez na adolescência. Participaram 81 adolescentes do sexo feminino com idade entre 14 e 18 anos do curso ETIM/ ETEC com habilitação profissional em informática. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário autoaplicável com 28 questões em novembro de 2018. As seguintes categorias emergiram da análise e interpretação: Não ocorrência de gravidez entre as adolescentes. Comprovação de que a frequência escolar e a renda familiar são fatores de prevenção de gravidez precoce. Precocidade de iniciação sexual. A primeira relação foi planejada, prazerosa e o parceiro mantinha vínculo amoroso com a adolescente. As adolescentes consideram-se informadas sobre sexualidade e buscam os mesmos sujeitos como fonte de informação e interlocução. A maioria das adolescentes conhecem os métodos contraceptivos (98,8%), entretanto entre aquelas que já iniciaram a vida sexual apenas 42% os utilizam. Os métodos mais conhecidos foram a pílula anticoncepcional de uso diário, a camisinha masculina e feminina. A responsabilidade pela prevenção da gravidez cabe tanto aos meninos como às meninas em 85,2% e somente as meninas em 14,8%. Pensamento mágico de que não aconteceria uma gravidez foi o motivo mais relatado como causa de uma gravidez não-planejada; em segundo lugar: vergonha de pedir ao parceiro para usar camisinha; em terceiro: desconhecimento de métodos contraceptivos (1,2%); em quarto: não esperava ter relação naquele momento. Desejo de engravidar e solução de problemas financeiros também foram relatados. Consciência das consequências que uma gravidez não planejada pode trazer: abandono dos estudos; necessidade de trabalhar; interrupção de projetos futuros e perda de liberdade.

**Palavras-Chave:** Adolescência. Gravidez na adolescência

## ABSTRACT

Study with a quantitative approach that had as objective to investigate the perception of adolescents regarding pregnancy. Eighty one female teenagers aged between 14 to 18 years from ETIM/ETEC with computer skills take part of the sample. The data collect was performed through a self administered questionnaire with 28 questions on ,November, 2018. The following descriptive categories emerged from the analysis and interpretation: No pregnancy occurrence among the teenagers. Proof that school attendance and family income are factors that prevent early pregnancy. Sexual initiation precocity. The first sexual relationship was planned, pleasurable and the partner has a love affair with the teenager. Teenagers consider themselves informed about sexuality and look for the same subjects as a source of information and interlocution. Most of the teenagers know the contraceptive methods (98,8%), however among those who had already started the sex life only 42% use them. The most known contraceptive methods are contraceptive pill for daily use, male and female condoms. The responsibility of preventing pregnancy rest both boys and girls in 85,2% and only to girls in 14,8%. Marginal thinking that a pregnancy wouldn't happen was the most related reason of unplanned pregnancy, in second place: shame to ask partner to use condom; in third place: don't know contraceptive methods (1,2%); in fourth place: didn't expect to have sex at that moment. Desire to get pregnant and solving financial problems were related too. Awareness of the consequences that an unplanned pregnancy can bring: dropping out of school; need to work; interruption of future projects and loss of liberty.

**Key Words:** Teenage. Teenage pregnancy

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ACHO – Anticoncepcional Hormonal Combinado Oral**

**AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome ( Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)**

**BEMFAM – Sociedade Civil Bem Estar Familiar**

**CAISM – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher**

**DIU – Dispositivo Intra – Uterino**

**DSTs - Doenças Sexualmente Transmissíveis**

**EC – Anticoncepcional de Emergência**

**ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente**

**ETEC – Escola Técnica Estadual**

**ETIM – Ensino Técnico Integrado ao Ensino Médio**

**HIV – Human Immunodeficiency Virus ( Vírus da Imunodeficiência Humana)**

**IDH – Índice de Desenvolvimento Humano**

**ONU – Organização das Nações Unidas**

**OMS – Organização Mundial da Saúde**

**OPAS – Organização Pan Americana de Saúde**

**RNPI – Rede Nacional da Primeira Infância**

**SPE – Saúde e Prevenção nas Escolas**

**SUS – Sistema Único de Saúde**

**UFC – Universidade Federal do Paraná**

**UNFPA – United Nations Population Fund ( Fundo da População das Nações Unidas)**

**UNICEF – United Nations Children’s Fund ( Fundo das Nações Unidas para a Infância)**



## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

**Quadro 1 Países com maior índice de gravidez na adolescência na América do Sul .....29**

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 Distribuição numérica e percentual das características sociodemográficas das adolescentes .....</b>	<b>58</b>
<b>Tabela 2 Distribuição numérica e percentual das adolescentes quanto a informações recebidas sobre sexualidade .....</b>	<b>60</b>
<b>Tabela 3 Distribuição numérica e percentual das adolescentes quanto às primeiras informações sobre sexualidade/ gravidez/métodos contraceptivos/DSTs e AIDS.....</b>	<b>61</b>
<b>Tabela 4 Distribuição numérica e percentual das adolescentes quanto à preferência de interlocutor para conversas sobre sexualidade .....</b>	<b>62</b>
<b>Tabela 5 Distribuição numérica e percentual das adolescentes quanto à vida sexual e reprodutiva .....</b>	<b>64</b>
<b>Tabela 6 Distribuição numérica e percentual das adolescentes quanto ao conhecimento sobre métodos contraceptivos .....</b>	<b>65</b>
<b>Tabela 7 Distribuição numérica e percentual das adolescentes quanto aos cuidados para evitar uma eventual gravidez.....</b>	<b>65</b>
<b>Tabela 8 Distribuição numérica e percentual das adolescentes quanto à responsabilidade pela prevenção da gravidez através de métodos contraceptivos. ....</b>	<b>66</b>
<b>Tabela 9 Distribuição numérica e percentual das adolescentes quanto aos métodos contraceptivos mais conhecidos .....</b>	<b>67</b>
<b>Tabela 10 Distribuição numérica e percentual das adolescentes quanto aos métodos contraceptivos considerados como mais seguros para evitar a gravidez.....</b>	<b>68</b>
<b>Tabela 11 Distribuição numérica e percentual das adolescentes quanto à percepção sobre a acessibilidade aos métodos contraceptivos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).....</b>	<b>68</b>
<b>Tabela 12 Distribuição numérica e percentual das adolescentes quanto à percepção dos motivos que levam à gravidez precoce .....</b>	<b>69</b>
<b>Tabela 13 Distribuição numérica e percentual das adolescentes quanto à percepção das consequências que uma gravidez precoce traz para a vida futura.....</b>	<b>70</b>
<b>Tabela 14 Distribuição numérica e percentual das adolescentes quanto à identificação de possíveis mudanças que uma gravidez inesperada pode acarretar .....</b>	<b>71</b>
<b>Tabela 15 Distribuição numérica e percentual das adolescentes quanto à percepção dos motivos que podem levar à reincidência da gravidez na adolescência .....</b>	<b>72</b>

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A ADOLESCÊNCIA.....</b>	<b>16</b>
1.1 Construção do termo adolescência .....	16
1.2 Conceito de Adolescência .....	18
<b>2 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA .....</b>	<b>25</b>
2.1 Histórico da gravidez na adolescência como um problema social.....	25
2.2 Incidência da gravidez na adolescência .....	27
<b>3 FATORES DE RISCO PARA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.....</b>	<b>31</b>
3.1 Precocidade do início da prática sexual e exercício imaturo da sexualidade .....	31
3.2 Conhecimento e método contraceptivo .....	33
3.2.1 Saúde sexual / reprodutiva e acessibilidade aos métodos contraceptivos gratuitos	39
3.3 Baixa renda.....	40
3.4 Baixa escolaridade .....	42
3.5 Família uniparental/ monoparental .....	45
<b>4 REINCIDÊNCIA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA .....</b>	<b>46</b>
<b>5 ACESSO À INFORMAÇÃO EM CONTRASTE COM O NÚMERO DE GRAVIDEZ ADOLESCENTE .....</b>	<b>48</b>
5.1 Fontes de informação sobre sexualidade .....	50
<b>6 MÉTODO .....</b>	<b>54</b>
6.1 Participantes.....	54
6.1.1 Perfil dos alunos da ETEC .....	54
6.2 Coleta de dados .....	55
6.3 Análise dos dados .....	56
<b>6.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>56</b>
6.4.1 Perfil sociodemográfico das adolescentes .....	56
6.4.2 Informações recebidas sobre sexualidade.....	59
6.4.3 Vida sexual e reprodutiva .....	62
6.4.4 Conhecimento sobre métodos contraceptivos, responsabilidade pela contracepção e acesso aos métodos contraceptivos gratuitos .....	65

<b>6.4.5 Motivos da gravidez adolescente não-planejada, consequências e possíveis mudanças na trajetória de vida .....</b>	<b>69</b>
<b>6.4.6 Reincidência da gravidez na adolescência .....</b>	<b>71</b>
<b>7 DISCUSSÃO.....</b>	<b>73</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>83</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>87</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>100</b>
<b>APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO .....</b>	<b>101</b>

## APRESENTAÇÃO

Durante os vários anos de trabalho como enfermeira por alguns serviços de saúde que passei e também nos trabalhos que estou atualmente, Etec Sylvio de Mattos Carvalho como coordenadora do curso técnico em enfermagem e no Pronto Socorro do Hospital Carlos Fernando Malzoni, como enfermeira da classificação de risco de vida na unidade de emergência, ambos na cidade de Matão, interior do estado de SP, sempre me deparei e ainda me deparo com adolescentes grávidas entre onze e dezenove anos de idade e na maioria dos casos diante de um ato não pensado, ocorreu a gravidez que irá mudar suas rotinas desde o momento da descoberta da gestação até o restante de suas vidas, isso sempre me levou a pensar de forma geral mais nas garotas do que nos garotos, pois através de um filho o gênero feminino passará por mudanças radicais na vida, como na escola, ambiente familiar, relacionamentos, o corpo, absolutamente tudo muda com a questão de saber que está grávida em um período de buscas que é a adolescência.

Consciente do meu papel como coordenadora do curso técnico em enfermagem e de que, dentre outras atribuições, também tenho a tarefa de formar, decidi buscar suporte teórico e metodológico para encaminhar, junto às pessoas que atuo, de forma mais adequada, temas envolvendo a sexualidade das adolescentes.

Desta forma a presente pesquisa, no intuito de entender as questões sobre orientação da gravidez na adolescência sempre esteve presente em meus pensamentos mais como forma de questionamento e de buscar entender um pouco o “ mundo” das garotas e seus pensamentos e conhecimentos com relação a prevenção de uma gravidez não desejada.

## INTRODUÇÃO

Anteriormente ao século XIX não existia restrição à gravidez antes da idade adulta. Foi somente a partir do século XX, com o surgimento da política higienista, modalidade de biopoder, que os casamentos de conveniência da época colonial passaram a ser substituídos pelos casamentos higiênicos (CORREIA, 2014).

Na época do Brasil colonial, era comum o casamento de uma menina de doze anos com um homem de sessenta anos. Tais uniões visavam tão somente critérios econômicos e sociais. Os médicos higienistas passaram a condenar tais práticas alegando que as uniões conjugais deveriam basear-se em critérios biológicos e afetivos. Nesta época, o intervalo entre 18 e 20 anos era considerado como o período mais higiênico para a gestação (CORREIA, 2014).

Contemporaneamente, a gravidez na adolescência é considerada como um problema de saúde pública e motivo de preocupação tanto pela possibilidade de ocorrência de gravidezes indesejadas, como também pela propagação de DSTs e AIDS (TABORDA et al., 2014).

Na América Latina e no Caribe a taxa de natalidade entre as adolescentes vem diminuindo mais lentamente se comparadas com Estados Unidos e Canadá. Entre os países da América do Sul, o Brasil é o quarto país com maior número de adolescentes grávidas, ou seja, em cada grupo de mil meninas com idade entre 15 e 19 anos, 68,4% engravidam (LISBOA, 2018).

A maior parte dos estudos que embasaram teoricamente esta pesquisa apontam para o impacto negativo que a gestação não planejada traz não somente para a família, como também para a sociedade (GODINHO et al., 2000; GUIMARÃES, 2001; DAMIANI,

2003; BELO; SILVA, 2004; YAZZLE, 2006; MAGALHÃES, 2007; SOUZA; GOMES, 2009; TABORDA et al., 2014; SILVA et al., 2017 ).

Entretanto, outros estudos propõem uma abordagem ampliada sobre o tema questionando a abordagem tradicional apresentada pela concepção biomédica que considera a gravidez adolescente como um problema de saúde pública. Estes estudos evidenciam consequências positivas, especialmente entre as adolescentes que vivenciam problemas socioeconômicos, culturais e situações de risco ( DADOORIN, 2003; PANTOJA, 2003; GONTIJO; MEDEIROS, 2004; PRESADO, CARDOSO, CARMONA, 2004; OLIVEIRA, 2005; HOGA, 2008; FALCÃO, SALOMÃO, 2008, PATIAS et al. 2011 ).

Entre as múltiplas possibilidades de abordagem envolvendo a gravidez adolescente, esta pesquisa propôs-se a traçar o perfil das adolescentes do curso ETIM – Informática da Escola Técnica Sylvio de Mattos Cravalho da Cidade de Matão - SP.

Os adolescentes deste início de século XXI vivem cercados por tecnologia que lhes permite o acesso a qualquer tipo de informação, entretanto esta não está atingindo o seu objetivo, ou seja, informar corretamente sobre a prevenção da gravidez e problemas correlatos como DSTs e AIDS. Deste modo, esta pesquisa é pertinente em razão da extrema importância do tema, podendo trazer possibilidades de concretização efetivas por meio da implementação de trabalhos de orientação e prevenção da gravidez adolescente junto às adolescentes.

A pesquisa está dividida em quatro sessões. Na primeira é abordada a adolescência: sua construção a partir da concepção de criança estabelecida por Ariès ( 2006 ); sua conceituação sob a perspectiva de diversos autores, ressaltando-se a dificuldade de uma conceituação precisa, já que o recorte da idade cronológica não preenche por si só o critério descritivo ideal envolvendo todos seus aspectos; o histórico da gravidez como um

problema social, perspectiva de abordagem contemporânea contestada por alguns autores; além da incidência da gravidez na adolescência de acordo, principalmente, com fontes advindas de relatórios internacionais.

Na segunda sessão são apresentados os fatores de risco que concorrem para a gravidez na adolescência, tais como: precocidade do início da prática sexual e exercício imaturo da sexualidade; conhecimento e método contraceptivo; baixa renda; escolaridade; família uniparental/ monoparental.

Na terceira sessão são apresentadas reflexões sobre a reincidência da gravidez na adolescência e a necessidade de intervenção com o objetivo de coibi-la.

Na quarta e última sessão é discutido o acesso à informação como fator de prevenção da gravidez adolescente.



## 1 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A ADOLESCÊNCIA

### 1.1 Construção do termo adolescência

De acordo com Ariès (2006), durante a idade média a sociedade não enxergava a criança e muito menos o adolescente. Deste modo:

A duração da infância era reduzida a seu período mais frágil, enquanto o filhote do homem ainda não conseguia abastar-se; a criança então mal adquiria algum desembaraço físico, era logo misturada aos adultos, e partilhava de seus trabalhos e jogos. De criancinha pequena, ela se transformava imediatamente em homem jovem, sem passar pelas etapas da juventude, que talvez fossem praticadas antes da idade média e que se tornaram aspectos essenciais das sociedades evoluídas de hoje [...]. A passagem da criança, pela família e pela sociedade era muito breve e muito insignificante para que tivesse tempo ou razão de forçar a memória e tocar a sensibilidade (ARIÈS, 2006, p. IX- X).

Acrescenta Ariès (2006) que tão somente existia um sentimento superficial em relação às crianças em seus primeiros anos de vida, chamado pelo autor de *papericação*. Assim a criança vivia num anonimato, sendo quase invisível. Quando cresciam um pouco não necessitando mais de cuidados, ingressavam no mundo dos adultos e com eles se misturavam.

A partir do fim do século XVII, a criança foi separada da família e passou a ser educada pela escola. Neste momento, tem início uma afeição entre os cônjuges e entre pais e filhos surgindo um sentimento novo. Os pais começaram a interessar-se pelo estudo de seus filhos, fato esse que se estendeu pelo século XIX e XX. A família começou a organizar-se em

função da criança e a importar-se com ela, tirando-a do anonimato e tornando-a visível (ARIÈS, 2006).

De acordo com Ariès (2006), o conceito de adolescência surge apenas no final do século XVIII e se dissemina somente no século XX. Foi apenas neste século que a juventude, *que então era adolescência*, surge como categoria social diferenciada.

Conforme Correia (2014, p. 52):

Em nossa sociedade [...] persiste a idéia de que a adolescência e a juventude são um tempo de preparação para assumir papéis adultos, que dizem respeito à profissão, ao casamento, à parentalidade, à responsabilidade financeira, civil e política. Essa concepção está associada a uma cronologização do percurso das idades e, ainda que não corresponda à vivência concreta de muitos jovens, serve como referência ( ou como norma ) de um ideal que pauta o imaginário coletivo sobre as idades da vida, oferecendo explicações, inclusive para que os/as jovens interpretem e planejem suas trajetórias biográficas.

No Brasil, o processo de constituição da adolescência foi mais lento e mais recente. As diferenças entre os tempos de vida, ou seja, entre a infância e a idade adulta ocorrem no início do século XX, num ritmo diferente da Europa. Em terras brasileiras, contrariamente à Europa, os meninos ingressavam no mundo dos adultos, a partir dos 10,12 anos de idade, por meio da inserção em atividades laboriais. Já as meninas costumavam casar-se aos 12,13 anos tornando-se mães com esta idade (REIS; ZIDNI, 1993).

Deste modo, foi a partir do século XX, que a ideia de adolescência, no Brasil, foi consolidada como uma etapa da vida com características próprias, propiciando a escolarização;

a profissionalização; a experimentação; além da potencialização da sexualidade (GROSSMAN, 2010).

## 1.2 Conceito de Adolescência

A conceituação de adolescência em termos precisos não é tarefa fácil e unânime, já que cada indivíduo vivencia este período de forma diferente, variando conforme sua maturidade física, emocional, cognitiva, além de outras possíveis contingências. Nem mesmo o início da puberdade, considerado como uma linha de demarcação clara entre infância e adolescência não é suficiente para solucionar a dificuldade do conceito (UNICEF, 2011).

De acordo com Saito (2001a), tanto o conceito de adolescência como o de ser adolescente, evoluíram no tempo, por meio da reflexão de várias áreas do conhecimento. Para a autora, a Sociologia conceitua a adolescência como a dependência da inserção do homem em uma determinada cultura; a Antropologia concebe-a envolvida em rituais de passagem, até chegar à idade adulta; o Direito vê o adolescente de acordo com a legislação vigente, classificando-o em menor ou maior de idade; já a Medicina propõe uma definição mais exata ao conceituar a adolescência como período de crescimento e desenvolvimento caracterizado por grandes transformações biopsicossociais, que começam na puberdade e terminam no fim da segunda década de vida (SAITO, 2001 a).

Conforme Saito 2001b, p.33:

A adolescência aparece como resultante da interação constante entre os processos do desenvolvimento biológico e psicoemocional, intimamente relacionados às tendências socioeconômicas e subordinados à evolução de normas e valores dentro de culturas específicas.

Por sua vez, o componente biológico das transformações próprias da adolescência é denominado de puberdade. Deste modo, adolescência e puberdade não são sinônimos, mas esta é parte daquela, sendo evidenciada pelo surgimento dos caracteres sexuais secundários: (broto mamário, aumento do testículo e/ou desenvolvimento de pêlos pubianos) até o desenvolvimento físico total, interrupção do crescimento e aquisição da capacidade reprodutiva (LEAL; SILVA, 2001).

Melhores condições de vida, em especial no que diz respeito à nutrição, nos últimos 100 anos evidenciam aumento da altura final e antecipação da puberdade (*Aceleração Secular do Crescimento e da Maturação Biológica*). Na Europa, a idade média da menarca era de 17 anos, em 1840, já na década de 1970, diminuiu para 13 anos, ou seja, uma antecipação de 3-4 meses a cada 10 anos. No Brasil, a idade média da menarca era de 13,8 anos, em 1930 e reduziu para 12,5 anos, em 1970 (LEAL; SILVA, 2001).

*A Aceleração Secular do Crescimento e da Maturação Biológica* é um fenômeno observado desde o início do século XIX, cuja característica é o aumento progressivo da estatura de crianças, adolescentes e da estatura final das pessoas. Além da aceleração do crescimento, acontece uma aceleração da maturação biológica, adiantando o início da puberdade (LEAL; SILVA, 2001).

Relatório da Unicef (2011) aponta dados semelhantes: a puberdade está iniciando cada vez mais cedo, ou seja, a idade para a puberdade para ambos os sexos diminuiu em três anos completos no período correspondente aos dois últimos séculos, devido a melhores padrões de saúde e nutrição.

Para Leal; Saito (2001), paralelamente às modificações do corpo, acontecem as de ordem psicoemocionais, que são vivenciadas de modo distinto, singular a cada família ou sociedade. Leal; Silva, (2001) classificam a adolescência, didaticamente, em inicial, média e

tardia, ressaltando que a linha de demarcação não é clara, além do fato de que a idade cronológica não tem grande valor.

- **Adolescência inicial**

Caracterizada por mudanças biológicas, ocorrendo reformulação do esquema e da imagem corporal (intenso narcisismo). Busca de identidade, ensaios de independência, rebeldia, não aceitação dos conselhos adultos e pouco interesse nas atividades dos pais. Acontece o desenvolvimento cognitivo por meio da transição do pensamento lógico e concreto para abstrato (hipotético-dedutivo). As relações interpessoais ocorrem em grupos do mesmo sexo enquanto na evolução da sexualidade, o comportamento é exploratório (atividade masturbatória). Nesta fase, é comum a ambivalência entre a busca de identidade e a aceitação de responsabilidades.

- **Adolescência média**

A maior parte das mudanças corporais já ocorreram e o adolescente passa a ficar mais preocupado com a própria aparência, recebendo grande influência da moda. O processo de separação dos pais, iniciado na fase anterior avança e a vinculação primordial é com o grupo. Os comportamentos de risco surgem da premência em experimentar o novo e desafiar o perigo. Por sua vez o desenvolvimento intelectual propicia a busca por novos valores, através de uma visão crítica da sociedade.

A sexualidade é marcada pela necessidade de experiências sexuais, enquanto as relações ficam mais significativas, acompanhadas por inseguranças e medos diante dos valores sociais e morais. As preocupações com a profissão, decisões e escolhas tornam-se mais sólidas.

- **Adolescência tardia**

Nesta fase, “a consolidação da identidade deve ser alcançada com a separação definitiva do núcleo familiar e o assumir de responsabilidade e papéis adultos” (LEAL; SAITO, 2001,

p.106). Acontece o estabelecimento da identidade sexual, a partir de relacionamentos mais maduros e mais estáveis. É a etapa da escolha profissional.

Simultaneamente, às vivências das diferentes fases, acontecem os lutos que refletem a perda do corpo infantil; a perda dos pais da infância; além da perda de identidade e do papel sociofamiliar infantil. Estas perdas são fundamentais para a transição entre a adolescência e a idade adulta (LEAL, SAITO, 2001).

Conforme Dolto ( 1990, p.23): “ O fato que assinala a ruptura com o estado de infância é a possibilidade de dissociar a vida imaginária da realidade, o sonho das relações reais”. Complementa a autora ( DOLTO, 1999 ) que aos três, quatro anos surge a primeira vida imaginária ( modelo intramuro ) no qual a criança se relaciona com as pessoas mais próximas como pai, mãe, irmãos, irmãs e familiares. Neste período, a visão do mundo exterior é suplantada por seus interesses pela família. Em segundo imaginário, os modelos passam a ser externos ( modelos extramuros), iniciando assim a adolescência.

Durante o processo de elaboração das perdas, anteriormente citadas, o adolescente apresenta diversas manifestações de ordem psicoemocionais as quais podem ser consideradas normais. Amaral ( 2007 ) ressalta que o termo *síndrome* é usado na Medicina para conceituar um conjunto de sintomas relacionados a uma doença. No entanto, Knobel ( 2003 ) utiliza o termo para caracterizar o normal e não o patológico. O autor aglomerou estas características na *Síndrome da Adolescência Normal*,<sup>1</sup> a saber:

- Busca de si mesmo e da identidade adulta, mediante elaboração de lutos.

A resposta à pergunta elaborada pelo adolescente: Quem sou eu? Somente terá resposta quando este atingir a juventude e adultícia jovem, através da elaboração dos lutos.

---

<sup>1</sup> Em Visão Psicológica da Adolescência Normal, Knobel ( 2003, p. 39) afirma que o adolescente atravessa um período turbulento, no qual “comportamentos considerados como anormais ou patológicos em outras fases do desenvolvimento devem ser considerados normais nessa transição para a vida adulta”.

- Tendência e necessidade grupal

Ao buscar a individualidade, o adolescente transfere o sentimento de dependência dos pais para o grupo de amigos; grupo este, no qual todos se identificam. O grupo tem papel profundamente significativo, já que reproduz o degrau intermediário no mundo externo para atingir a idade adulta.

- Necessidade de fantasiar com o futuro imaginário e a saída do presente

Formas clássicas do pensamento adolescente, utilizadas como mecanismos de defesa frente às mudanças que acontecem em seu corpo.

- Questionamento das religiões e religiosidade

As crises religiosas são caracterizadas pelo radicalismo adolescente, quer por meio de atitudes ateístas, quer por meio de atitudes místicas; em ambos os casos permeiam situações extremas, como o fanatismo.

- Deslocação temporal

Na adolescência ocorre uma certa desorientação temporal: as urgências são imperativas e as postergações irracionais.

- Evolução da sexualidade

De acordo com Knobel (2003, p.42):

[...] há um tipo de jogo entre a atividade masturbatória e o começo do exercício genital que tem fundamentalmente caráter exploratório. No início, procura-se tímida, mas intensamente uma parceria. É o momento dos contatos, das carícias mais íntimas e/ou “do amor apaixonado”, porém geralmente transitório e até fugaz.

- Atitude social reivindicatória, agressividade e violência

Atitudes contraditórias e reivindicatórias são inerentes ao processo evolutivo normal e adequado do adolescente. Através destas atitudes buscam ser reconhecidos pelos grupos de referência (família; escola e amigos).

- Contradições sucessivas em todas as manifestações de conduta

Ao experimentar novos papéis na busca pela identidade adulta, o adolescente toma atitudes contraditórias, característica esta frequente no processo evolutivo da adolescência para a idade adulta.

- Separação progressiva ou brusca dos pais

Na adolescência, o relacionamento com os pais considerados, até então como heróis e perfeitos, começa a ser visto de maneira diferente, tendo início os questionamentos. Durante esse processo de luto pela perda dos pais infantis, o grupo passa a ter um importante papel de apoio, já que os adolescentes preferem a companhia dos amigos. Não é raro, os pais angustiarem-se diante do crescimento dos filhos, chegando a negá-lo.

Neste processo de separação é comum a *ambivalência dual*, ou seja, ambas as partes desejam, mas ao mesmo tempo, receiam o crescimento e a inserção do mundo adulto.

- Constantes flutuações de humor e do estado de ânimo, com base depressiva
- Alternância entre momentos de angústia e momentos de euforia. Em um

momento, o adolescente está desesperado; logo depois está feliz.

De acordo com relatório da Unicef (2011), as meninas e em especial alguns meninos chegam à puberdade vivenciando mudanças físicas, antes mesmo de serem considerados como adolescentes pelo critério da Organização das Nações Unidas (ONU), ou seja, indivíduos de 10 a 19 anos de idade. Ainda de acordo com a Unicef (2011), outro fator complicante para a definição de adolescência está na grande oscilação das leis nacionais que estabelecem limites mínimos de idade (maioridade civil) para a participação em atividades exclusivas de adulto como por exemplo: votar; casar; servir o exército; consumir álcool; dirigir.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é um processo essencialmente biológico, durante o qual o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade são intensificados. Compreende as idades entre 10 e 19 anos, divididas em duas



etapas: pré-adolescência, dos 10 aos 14 anos e adolescência, dos 15 aos 19 anos (OMS/OPS,1985).

De acordo com a Unicef (2011), é eficaz separar a pré-adolescência da adolescência, já que as características das duas fases são tão distintas:

- Na fase inicial da adolescência (pré-adolescência) iniciam-se as mudanças físicas, tais como: crescimento dos órgãos sexuais e das características sexuais secundárias. Mudanças internas também ocorrem: o número de células cerebrais pode dobrar no espaço de um ano, ao mesmo tempo em que as redes neurais são reorganizadas em sua totalidade. Neste período, é muito importante que os adolescentes recebam informações sobre Human Immunodeficiency Virus (HIV); outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs); gravidez precoce; violência; além de exploração sexual.

- Na segunda fase (adolescência) o cérebro continua a desenvolver-se e a reorganizar-se. Neste período, amplia-se a capacidade de pensamento analítico e reflexivo. Somente no final da adolescência é que diminui a atitude de enfrentar riscos e paralelamente desenvolve-se a capacidade de avaliação de riscos e de tomada consciente de decisão.

No Brasil, o Art. 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 1990, estabelece a adolescência entre 12 e 18 anos de idade, coincidindo com a maioridade penal (BRASIL,1990).

Eisenstein (2005) afirma que em razão das características da variabilidade e diversidade dos parâmetros biológicos e psicossociais que acontecem na adolescência (assincronia de maturação), o recorte idade cronológica (requisito mais utilizado) não funciona em muitos casos, como o critério descritivo ideal tanto em estudos clínicos, como antropológicos, comunitários ou populacionais.

## **2 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA**

### **2.1 Histórico da gravidez na adolescência como um problema social**

Contemporaneamente, a gravidez na adolescência é considerada como um problema social e, portanto, é alvo de estratégias biopolíticas no intuito de enfrentá-las. Observa-se que a gravidez precoce prejudica o desenvolvimento biológico, psicológico e social da adolescente, já que esta terá de assumir responsabilidades prematuramente (CORREIA, 2014).

Há uma expectativa de transição linear entre a adolescência e a juventude, delineada por alguns rituais, como fim dos estudos, início da vida profissional, saída da casa dos pais, início da vida conjugal e posteriormente maternidade/paternidade. Dentro deste contexto a gravidez na adolescência surge como um fenômeno perturbador deste percurso linear, um tipo de condição desviante que dá origem a sérios problemas sociais (CORREIA, 2014).

De acordo com Gurgel et al. (2008, p. 800):

“A gravidez na adolescência é uma situação de risco psicossocial que pode ser reconhecida como um problema para os jovens que iniciam uma família não intencionada. O problema afeta, especialmente a biografia da juventude e sua possibilidade de elaborar um projeto de vida estável. É especialmente traumático quando ocorre nas classes socioeconomicamente desfavoráveis.”

Taborda et al. (2014), concluíram em estudo com adolescentes que deram a luz entre Junho de 2009 e Junho de 2010 que as principais consequências da gravidez na adolescência considerando-se as diferenças socioeconômicas entre as meninas são a saber:

- Impossibilidade de conclusão da função da adolescência ;
- Conflitos familiares;

- O adiamento ou comprometimento dos estudos;
- Chance inferior de qualificação profissional;
- Menores possibilidades de inserção no mercado de trabalho;
- Impossibilidade de estabelecer uma família autônoma.

No Brasil colonial, as mulheres casavam-se cedo. A norma era os casamentos aos 12 e 13 anos; no entanto o aristocrata escravagista permitia que suas filhas se casassem até mesmo aos 8 anos ( REIS; ZIONI, 1993 ) era uma pratica cultural comum o casamento de uma mulher de 12 anos com um homem de 70 anos, desde que os interesses econômicos e sociais da família fossem preenchidos ( COSTA, 2004). Elas não frequentavam a escola e eram impedidas de serem alfabetizadas em casa: primeiro vivenciavam a tirania dos pais e depois dos maridos (REIS; ZIONI, 1993).

De acordo com Freire ( 2003), a primeira comunhão marcava o início da vida adulta e muito cedo, aos 18 anos, as meninas já apresentavam características de matronas envelhecidas. Reis e Zioni ( 1993 ), acrescentam que o envelhecimento precoce das brasileiras era consequência da higiene escassa, da alimentação irregular, da maternidade precoce sem assistência.

No que diz respeito à menina escrava, a situação era ainda mais cruel já que eram vistas como ventre gerador ( REIS; ZIONI, 1993 ).

Portanto, no período anterior ao século XIX, não havia restrições à gravidez antes da idade adulta. Foi somente a partir do século XX que surgiram as prescrições relacionadas à idade materna e paterna. Tal enfoque está relacionado ao surgimento da política higienista<sup>2</sup>,

---

<sup>2</sup> Política higienista foi um movimento que pretendeu produzir transformações nos hábitos da população, tendo em vista melhorar as condições de saúde; surgiu no início do século XIX, encabeçada, principalmente por médicos. “Consiste numa atenção e intervenção maior do poder público em questões relativas à saúde, associando as doenças e epidemias a padrões de vida, de saneamento, de cuidados com o corpo e demais hábitos e formas de vida da população” (CORREIA, 2014, p.37).

modalidade de biopoder<sup>3</sup> que lentamente substituiu o casamento de conveniência da época colonial, baseado em critérios econômicos e sociais, pelo casamento higiênico, com o objetivo de gerar uma prole saudável e em grande número (CORREIA, 2014).

Posteriormente na transição do século XIX para o século XX, os médicos higienistas passaram a condenar a prática do casamento por conveniência, defendendo a tese de que as uniões conjugais deveriam seguir critérios biológicos e afetivos nas uniões conjugais. A disparidade etária entre o homem e a mulher foi considerada anti-higiênica e a partir de então, a recomendação era de que os filhos fossem gerados por casais jovens, com atestado de saúde pré-nupciais realizados por médicos (ARAUJO, 2014).

Na época, o intervalo de idade entre 18 e 20 anos para a mulher passou a ser considerado como o período mais higiênico para a gestação. Tal limite de idade não é mais realidade nos dias atuais, já que se considera um problema médico-social toda gravidez antes dos 20 anos. Até o início do século XV, não se considerava a maternidade precoce um problema, mas sim a maternidade fora do casamento, nas famílias burguesas (CORREIA, 2014). Nas classes populares, os casamentos demoraram a se enquadrar na modalidade dos casamentos das famílias burguesas, visto que a gravidez na adolescência era frequente e muitas vezes ocorria de união não conjugal (DEL PRIORE, 2009).

## **2.2 Incidência da gravidez na adolescência**

De acordo com o relatório *Aceleração do progresso para a redução da gravidez na adolescência na América Latina e no Caribe*, publicado no dia 28 de fevereiro de 2018, pela

---

<sup>3</sup> Em sua obra *História da Sexualidade I: A vontade do saber*, o filósofo francês Michel Foucault introduziu o conceito de biopoder definido como: “Um poder que se exerce positivamente sobre a vida, que empreende sua gestão, sua majoração, sua multiplicação, o exercício sobre ela, de controles precisos e regulações de conjunto” (FOUCAULT, 1988, p. 149).

Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pelo Fundo da População das Nações Unidas (UNFPA), a América Latina e o Caribe ainda são a sub-região com a segunda maior taxa de gravidez adolescente do mundo. Os índices referem-se ao período compreendido entre 2010 e 2015 (OPAS/OMS; UNFPA; UNICEF, 2016).

Complementa o relatório que a taxa mundial de gravidez adolescente é estimada em 46 nascimentos para cada 1 mil meninas entre 15 e 19 anos, ao passo que a taxa na América Latina e no Caribe é estimada em 65,5 nascimentos, ultrapassada somente pela África Subsaariana. No Brasil, a taxa perfaz um total de 68,4%. Ainda conforme o documento, a América Latina e o Caribe são as únicas regiões do mundo com tendência crescente de gravidez entre as adolescentes com menos de 15 anos. Estima-se que anualmente, 15% de todas as gestações nestas regiões acontecem em adolescentes com idade inferior a 20 anos e que 2 milhões de crianças nasçam de mães com idade entre 15 e 19 anos (OPAS/OMS; UNFPA; UNICEF, 2016).

Comparativamente, as taxas de gravidez entre adolescentes nos Estados Unidos e Canadá estão abaixo da média mundial e vêm caindo de maneira sustentada no período correspondente a última década. Nos EUA, por exemplo, aconteceu uma diminuição recorde da gravidez adolescente em todos os grupos étnicos: uma queda de 8% entre 2014 e 2015, para um mínimo de 22,3 nascimentos a cada 1 mil adolescentes entre 15 e 19 anos. Já na América Latina e Caribe o ritmo de redução da taxa de fecundidade vem acontecendo mais lentamente entre as adolescentes (ao contrário das taxas das mulheres adultas que vêm diminuindo de: 3,95 nascimentos no período de 1980-1985 para 2,15 no período entre 2010-2015). Como a taxa total de fecundidade vem decrescendo na América Latina e no Caribe, as gravidezes adolescentes representam uma proporção maior no número de nascimentos: 15% de todas as gravidezes na América Latina e Brasil ocorrem em menores de 20 anos (OPAS/OMS; UNFPA, UNICEF, 2016).

Entre os países da América do Sul, o Brasil é o quarto com maior número de adolescentes grávidas, isto é, em cada grupo de mil meninas com idade entre 15 e 19 anos, 68,4 engravidaram ( LISBOA, 2018). No ranking da América do Sul, de acordo com relatório conjunto publicado pela OPAS/OMS; UNFPA; UNICEF ( 2016), a Venezuela ocupa o primeiro lugar com 80,9 adolescentes grávidas; o Equador com 77,3; a Bolívia com 72,6. Paraguai e a Colômbia com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) menor que o brasileiro, possuem menos adolescentes grávidas, respectivamente Paraguai com 60,2 e Colômbia com 57,7. Deste modo, os números colocam o Brasil acima da média Sul-Americana, que é de 66 adolescentes grávidas para cada mil ( Quadro 1).

### Quadro 1

#### *Países com maior índice de gravidez na adolescência na América do Sul*

	2005-2010	2010-2015
Venezuela	82,6	80,9
Equador	83,0	77,3
Bolívia	81,9	72,6
Brasil	70,9	68,4
Argentina	60,6	64,0
Paraguai	67,8	60,2
Uruguai	61,2	58,0
Colômbia	63,7	57,7
Peru	54,7	52,1
Chile	52,7	49,3
Média na América do Sul	68,6	66

\* Número de nascimento em cada grupo de 1000 adolescentes entre 15 e 19 anos  
Fonte: OPAS/OMS; UNFPA; UNICEF (2016).

Existem poucos dados disponíveis sobre gravidez em menores de 15 anos. Calcula-se que 2% das mulheres em idade fecunda na América Latina e Caribe tiveram seu primeiro parto antes dos 15 anos (OPAS/OMS; UNFPA; UNICEF, 2016).

Embora o risco de uma gravidez em meninas menores de 15 anos seja altíssimo, o Brasil não avançou na diminuição desses casos. O país vem conseguindo reduzir lentamente o índice de bebês que nascem de mães entre 15 e 19 anos, de 20,1% do total em 2007, para 16,7% em 2016; no entanto a redução na faixa etária inferior a 15 anos é muito mais lenta, ou seja, a

oscilação de 0,94% para 0,85% durante o mesmo período conforme dados do Ministério da Saúde (PALHARES, 2018).

A gravidez na faixa etária de 10 a 14 anos é considerada por especialistas como a de maior risco gestacional tanto para a mãe como para o bebê e no entanto, e aquela que tem pior cobertura pré-natal. As consequências são gravíssimas; síndrome hipertensiva; infecção urinária; hemorragias que podem ocasionar prematuridade. Nesta faixa etária ocorrem 15 óbitos fetais a cada 1000 nascidos (média nacional- 10,9), enquanto a taxa de bebês com baixo peso (inferior a 2,5 quilos) é de 13,7% (média nacional-8,4%) ( PALHARES, 2018).

De acordo com a Cartilha Primeira Infância e Gravidez na Adolescência, (RNPI, 2013/2014) elaborada pela Rede Nacional de Primeira Infância (RNPI), nos casos em que ocorre sexo com crianças pré-púberes ou com adolescentes abaixo da idade do consentimento (no Brasil essa idade é de 14 anos) o abuso sexual é presumido como ato criminoso, quando o parceiro for maior de 18 anos, independente de ter ou não ocorrido violência. O Código Penal Brasileiro ( BRASIL,2009) prevê em seu artigo 217-A o estupro de vulnerável, com pena de reclusão de 8 a 15 anos independente de ter acontecido violência de fato. Ressalte-se que nos casos de estupro ou situação de risco de vida para a gestante, o aborto é previsto pelo Código Penal Brasileiro, em seu artigo 128 ( BRASIL, 1940).

### 3 FATORES DE RISCO PARA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

#### 3.1 Precocidade do início da prática sexual e exercício imaturo da sexualidade

Diferentes estudos evidenciam a precocidade do início da prática sexual permeado pela imaturidade. Há um consenso de que quanto mais precoce for a iniciação sexual, mais vulneráveis à concepção estarão as adolescentes. De acordo com Souza e Gomes (2009, p.646): “[...] a precocidade da atividade sexual e comportamento sexual de risco são reconhecidos como preditores de maior ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e gravidez não planejada [...]”.

Magalhães et al. (2006, p.447) afirmam que: “As adolescentes, pelas próprias características associadas à faixa etária, ainda não são capazes de avaliar e principalmente assumir o ônus da vida sexual ativa”

Estudo realizado por Godinho et al. (2000, p.25) evidencia que:

Na adolescência o indivíduo ainda não possui capacidade para racionalizar as consequências futuras, decorrente do seu comportamento sexual, deparando-se frequentemente, com situações de risco, como gravidez não planejada ou desejada.

*O Manual de Atenção à Saúde do Adolescente* (São Paulo, 2006), também destaca que o início cada vez mais precoce da puberdade e da idade da menarca têm como consequência a antecipação da iniciação sexual. Complementa o texto:

A atitude ambígua da sociedade com relação à sexualidade do jovem, unida à omissão dos adultos, leva a que sua vivência se dê de maneira confusa. Ao mesmo tempo em que a sociedade condena a iniciação sexual precoce há um estímulo ao erotismo. A sexualidade da jovem é



mais reprimida que a dos rapazes, dificilmente a garota assume abertamente o início da vida sexual e é sobre ela que a maior responsabilidade sobre a gravidez irá cair. Os jovens não são educados para a vida sexual responsável. A ausência de projeto de vida faz com que o jovem se relacione com sua sexualidade sem responsabilidade, existe a imaturidade própria da faixa etária, onde há imediatismo emocional, sem visar o bem-estar a longo prazo (SÃO PAULO, 2006, p.154).

Estudo transversal realizado por Borges e Shor ( 2002 ) com 406 jovens de 15 a 19 anos de idade, sendo que 222 ( 54,7% ) eram do sexo feminino e 184 ( 45,3% ) do sexo masculino, evidenciou que:

A primeira relação sexual foi referida como tendo “ simplesmente acontecido” por 72,7% dos adolescentes. O não planejamento da primeira relação sexual foi semelhante em ambos os sexos, assim como sua ocorrência com maior frequência dentro de casa, seja do próprio adolescente, a do parceiro ou de parentes ( BORGES; SHOR, 2002, p. 502 ).

Acrescentam as autoras Borges e Shor ( 2002, p. 501 ) que as adolescentes relataram:

[...] ter iniciado a vida sexual predominantemente com pessoas com quem já tinham um relacionamento afetivo estável como um namorado ( 79,1% ) ou noivado ( 7,0% ), mas este evento foi também observado em relacionamentos de amizade ( 9,9% ) ou com uma pessoa recém conhecida.

Estudo realizado por Pantoja ( 2003 ) também concluiu que dificilmente o início da vida sexual das meninas, acontece antes do namoro ficar firme, durante o que a autora chama de “ficada”.

### **3.2 Conhecimento e método contraceptivo**

De acordo com Guimarães (2001), a experiência sexual na adolescência é marcada pela baixa adesão do uso de contraceptivo, tanto na primeira relação sexual como nas subseqüentes. A autora questiona quais seriam as razões do não uso dos contraceptivos e complementa argumentando que não existem conclusões definitivas, entretanto afirma que há um consenso em alguns aspectos, tais como:

- adolescentes que iniciam a vida sexual mais tardiamente são mais predispostos ao uso de contraceptivos;
- não existe relação de causa e efeito entre o conhecimento e uso de métodos contraceptivos: só o conhecimento não é suficiente;
- associação entre o uso regular de contraceptivos com o uso desde a primeira relação, maior número de relações sexuais, duração de namoro;

Já os adolescentes apontam como principais razões para o não uso de contraceptivos (GUIMARÃES, 2001):

- não esperava ter relação sexual naquele momento;
- pensava que não engravidaria;
- desconhecimento de métodos.

Guimarães (2001) acredita que provavelmente as razões para o não uso de métodos contraceptivos sejam inconscientes, visto que, tanto o planejamento das relações sexuais como as precauções para evitar a gravidez, implicariam no reconhecimento da vida sexual ativa. Para

a autora, em idades precoces, a adolescente ainda não tem condições psíquicas de assumir a responsabilidade na prática sexual.

Estudo realizado por Taborda et al. ( 2014 ) revelou que entre os motivos para a ocorrência de uma eventual gravidez não – planejada está a vergonha de pedir ao parceiro para usar camisinha como é possível observar no relato de uma das adolescentes entrevistadas pelos autores do estudo: “ Como era a primeira vez, tive vergonha de pedir que usasse a camisinha, pois já estava quase noiva ( TABORDA et al., 2014 ).

Estudo realizado por Damiani (2003) aponta que a utilização de métodos contraceptivos resultaria em uma confissão da vida sexual ativa. Acrescenta a autora, que a instabilidade emocional, característica da adolescência também é um fator que colabora para o uso e abandono de métodos anticoncepcionais, visto que a vida sexual das adolescentes é irregular e com troca frequente de parceiros.

Estudo realizado por Belo e Silva (2004) reitera a ideia de que mesmo quando há conhecimento suficiente e acesso a qualquer método contraceptivo, pode ocorrer ambivalência quanto ao seu uso, já que sua utilização implica em assumir e expressar a própria sexualidade, fato este difícil para as adolescentes, que poderia ser justificado pela imaturidade, própria da adolescência.

De um modo geral, as adolescentes têm maior probabilidade de engravidar nos primeiros seis meses de relacionamento, comparativamente às mulheres adultas, em virtude da falta de informação e de acesso aos métodos contraceptivos, somados à ausência de planejamento da vida sexual que acontece de maneira irregular. A princípio, geralmente, são os amigos ou família que orientam sobre os métodos contraceptivos; posteriormente busca-se aconselhamento médico, exame ginecológico e orientação contraceptiva (BOUZAS; PACHECO; EISENSTEIN, 2004).

A partir do surgimento da pílula anticoncepcional estabeleceram-se novos padrões de comportamento sexual. Este método contraceptivo mais eficiente do que os até então utilizados, permitiu a desvinculação entre sexo e função reprodutiva (CANO; FERRIANI; GOMES, 2000). Sob esta ótica, é difícil para o adolescente associar sexo com possibilidade de procriação e, conseqüentemente, adotar um comportamento contraceptivo eficiente (DIAS; GOMES, 1999; DIAS; GOMES, 2000).

Dados do estudo realizado por Amaral e Fonseca (2006) revelam a discrepância entre os padrões sexuais impostos para meninos e meninas. No caso das adolescentes há uma preocupação constante de pais e mães diante da possibilidade da ocorrência de uma gravidez precoce. Percebe-se também o comportamento diferenciado dos pais em relação aos filhos e filhas. Os meninos apresentam interesses mais precoces pela iniciação sexual (12,13,14 anos), são mais desinibidos, não se preocupando com as conseqüências, como doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e gravidez. Dão prioridade ao prazer e são estimulados a terem vida sexual como prova de masculinidade. Já as meninas são mais controladas a terem vida sexual mais tardia. Têm preocupação com relação às DSTs e à gravidez, já que sobre ela recai a responsabilização pela relação sexual.

Estudo realizado por Gregoviski; Silva e Hlavac (2016) aponta que ocorreram mudanças na concepção daquilo que cabe ao homem ou a mulher, entretanto há comportamentos que se cristalizaram e se transformaram em padrões construindo estereótipos de gênero. Conforme os autores citados, as concepções daquilo que é adequado a um bebê do sexo masculino ou feminino são sociais, assim como a definição de gênero traduzida entre a cor rosa e a cor azul e entre a boneca e o carrinho. Desde modo, meninos e meninas dividem-se com objetivos de manter o papel social masculino ou feminino reservado a cada um de acordo com seu sexo biológico.

Gomes (2006) aponta que a prevenção da gravidez é cobrada tão somente como um papel feminino, deixando como papel masculino apenas os cuidados para não contrair DSTs e AIDS. Para a autora a expressão *tome cuidado*, tem conotação diferente quando dita para o/a adolescente.

Estudo realizado por König; Fonseca e Gomes (2008) destaca que a gravidez pode ter significado diferente para homem e para mulher: “[ ... ] para a moça pode representar maior autonomia pessoal e a possibilidade de ‘prender’ o namorado ao seu lado, para o rapaz pode representar a confirmação de sua virilidade” (KÖNIG; FONSECA; GOMES, 2008 p. 407).

Outros estudos mostram que o não uso de contraceptivos em adolescentes está associado à ambiguidade de valores que lhes são transmitidos em relação ao corpo, à sexualidade e ao gênero. É possível perceber essa ambiguidade em relação às expectativas e comportamentos tidos como corretos para cada sexo. Espera-se um comportamento passivo da mulher e um comportamento ativo do homem, fato este, que explicaria o despreparo de muitas adolescentes em sua primeira relação sexual. Adotar um comportamento contraceptivo adequado, implica em um posicionamento ativo da mulher que poderia ser interpretado como experiência sexual ou “vontade de” (GONÇALVES; KNAUTH, 2006).

Amaral e Fonseca (2006) afirmam que os adolescentes do sexo masculino não são educados para serem corresponsáveis pelos cuidados anticoncepcionais; fazendo com que as meninas assumam esta responsabilidade.

A razão do não uso de anticoncepcionais não parece, portanto, ser a ausência de informações sobre a necessidade do uso de métodos contraceptivos nas relações sexuais. Pesquisas demonstram que entre adolescentes grávidas, muitas sabiam sobre o risco de engravidar e, no entanto, não usaram nenhum contraceptivo (DIAS; GOMES, 2000). Percebe-se que ter informação sobre a necessidade do uso de contraceptivos não significa que os adolescentes tenham conhecimento adequado para implementá-lo. Estudos demonstram que os

conhecimentos sobre métodos de contracepção entre adolescentes são muitas vezes insuficientes para uma efetiva implementação (SILVA et al., 2007).

Conforme Bouzas; Pacheco; Eisenstein (2014), indica-se na adolescência, a associação de métodos anticoncepcionais com o objetivo de aumentar a prevenção da gestação não-planejada e reduzir os efeitos colaterais. O mais comum é associar-se o condom e o anticoncepcional hormonal combinado oral (AHCO).

Os métodos dividem-se em comportamentais, de barreira, hormonais, dispositivos intrauterinos e cirúrgicos (BOUZAS; PACHECO; EISENSTEIN, 2014):

- Métodos comportamentais (coito interrompido e tabela)

Conforme Bouzas; Pacheco; Eisenstein (2014), são métodos bastante utilizados pelos adolescentes, mas de maneira incorreta; não sendo indicados para esta faixa de idade, já que o índice de falha é alto. Segundo os autores, os métodos comportamentais necessitam de auto controle e conhecimento do próprio corpo.

- Métodos de barreira (preservativo masculino/condom/camisinha; preservativo feminino/condom feminino; diafragma)

São métodos que evitam a gravidez através de obstáculos mecânicos e/ou químicos, já que impedem o acesso dos espermatozoides ao canal cervical. A camisinha é um método de baixo custo, sem efeitos colaterais, não precisa de receituário médico e é facilmente adquirida em estabelecimentos comerciais e nas unidades de saúde; no entanto em idades mais precoces costuma ser usado incorretamente. Já o uso da camisinha feminina é mais complexo, pois precisa de mais orientação para a manipulação adequada. Ambos os tipos de camisinha previnem a AIDS e as DSTs. Por sua vez, o diafragma deve ser utilizado por adolescentes com mais responsabilidades, geralmente no fim da adolescência; já que é preciso exame ginecológico para determinar o tamanho adequado e para ensinar como operá-lo.

- Métodos Hormonais

Estão disponíveis sob diferentes formas de apresentação, combinações e esquemas terapêuticos e são considerados mais eficazes. A pílula anticoncepcional quando usada corretamente é um método reversível, eficaz e seguro, inclusive para as adolescentes.

As AHCO contêm estrogênio e progesterona e seus possíveis efeitos colaterais relacionam-se à dosagem hormonal, tempo de uso e fatores predisponentes individuais. O aumento de peso e eventuais hemorragias contribuem para o abandono ou uso irregular do método.

Para a adolescente, o ideal é a pílula que contém doses menores de estrogênio e progesterona, uma vez que é eficaz na prevenção; possibilita um controle do ciclo; tem menos efeitos colaterais; além de causar alterações menores nos carboidratos, lipídeos e no sistema de hemostasia.

A anticoncepção de emergência (EC) é um método que pode ser utilizado depois de uma relação sexual sem proteção, com a finalidade de prevenir a gravidez. É um método questionável, já que sua divulgação poderia ter como consequência o descaso pelo uso apenas como caráter de urgência e não como prevenção.

Os anticoncepcionais injetáveis mensais contêm estradiol e progestágeno sintético com doses de longa duração para uso intramuscular e sua forma de aplicação única é bem aceita pelas adolescentes.

Por sua vez o anticoncepcional injetável trimestral contém somente o progestágeno e não é um anticoncepcional de primeira escolha para a faixa etária adolescente, já que pode reduzir a densidade óssea.

- Dispositivo Intrauterino (DIU)

Deve ser usado somente por adolescentes que já tiveram filhos, ou eventualmente quando não há adaptação ao contraceptivo oral.

Apresenta efeitos colaterais como hemorragias, cólicas fortes, cervicites e maior propensão para doenças infecciosas e sexualmente transmissíveis.

- Métodos cirúrgicos

A laqueadura tubária e vasectomia são contraindicados, já que são métodos irreversíveis. Só poderão ser utilizados em casos específicos com razão médica e com suporte legal.

### **3.2.1 Saúde sexual / reprodutiva e acessibilidade aos métodos contraceptivos gratuitos**

De acordo com o relatório do UNFPA ( 2016 ), a distribuição de contraceptivos é umas das estratégias mais importantes adotadas pelos países ( inclusive Brasil ) com o objetivo de promover e garantir os direitos sexuais e reprodutivos, incluindo os adolescentes.

O SUS oferece diversas opções de métodos contraceptivos e ações para auxiliar no planejamento sexual e reprodutivo, tanto para ajudar quem quer ter filhos, como para prevenir uma gravidez indesejada, disponibilizando informações e acesso a recursos para a anticoncepção, além de prevenção de DSTs ( BLOG DA SAÚDE, 2015 ).

Os adolescentes também têm direito ao acesso gratuito aos métodos contraceptivos ( incluindo a pílula de emergência ), à confidencialidade e sigilo sobre sua atividade sexual e prescrição de métodos contraceptivos, não sendo necessário o consentimento ou a participação dos pais/responsáveis na consulta de acordo com o ECA ( BLOG DA SAÚDE, 2015 ).

Os anticoncepcionais oferecidos pelo SUS ( BLOG DA SAÚDE, 2015 ) são:

- pílula anticoncepcional combinada;
- minipílula anticoncepcional;
- anticoncepcionais injetáveis;
- diafragma;
- dispositivo intra – uterino – DIU;



- camisinhas masculina e feminina;
- pílula de emergência ( pílula do dia seguinte )

### 3.3 Baixa renda

Conforme relatório publicado pela UNFPA ( 2016 ), todos os países do Cone Sul ( Argentina; Brasil; Chile; Paraguai; Uruguai ) verificam diferenças na prevalência da maternidade em função da situação sócio econômica e de pobreza das adolescentes.

Relatório posterior publicado pela UNFPA, situação da população mundial 2017: intitulado *Mundos Distantes: saúde e direitos reprodutivos em uma era de desigualdade reitera* que:

Entre as adolescentes que enfrentam as vulnerabilidades adicionais associadas ao fato de serem jovens, aquelas nos domicílios que estão entre os 20% mais pobres nos países em desenvolvimento têm cerca de três vezes mais partos na adolescência do que as adolescentes nos domicílios que estão na camada dos 20% mais ricos. As adolescentes nas áreas rurais têm duas vezes mais partos do que suas contrapartes nas cidades (UNFPA, 2017, p.11).

Complementa o relatório que a confluência com outras formas de desigualdade implica que uma mulher pobre sem instrução, moradora da área rural, que não tem o poder de decisão sobre a gravidez, fatalmente não receberá educação ou fará parte da frente de trabalho. Deste modo, a probabilidade é que ela continue presa à pobreza e à marginalização (UNFPA, 2017).

Nos 96 países em desenvolvimento cujos dados estão disponíveis, as taxas de fecundidade de adolescentes são superiores nas áreas rurais e nos lugares onde as adolescentes são mais pobres e com menor escolaridade (UNFPA, 2017).

De acordo com o relatório *Aceleração do progresso para a redução da gravidez na adolescência na América Latina e Caribe*, publicado em fevereiro de 2018, pela OPAS/OMS; UNFPA e UNICEF, a vinculação da gravidez adolescente com a pobreza, a exclusão social, a violência sexual e/ou de gênero e o matrimônio precoce afeta desproporcionalmente as adolescentes que se encontram marginalizadas; situação esta agravada pela falta de acesso a uma educação sexual integrada aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, como os modernos anticoncepcionais. Grande parte das adolescentes grávidas abandonam a escola e futuramente este comportamento trará repercussões negativas em suas oportunidades, tanto na educação como no trabalho, na segurança, na economia e na participação da vida pública e política. Consequentemente, serão mais vulneráveis à pobreza e à exclusão social. Neste contexto, a gravidez adolescente contribui para perpetuar um “ ciclo intergeracional de pobreza, exclusão e marginalidade”, já que filhos e filhas de mães adolescentes, também terão maior risco de situação de pobreza e atenção precária no que diz respeito à saúde, incluindo a possibilidade de uma gravidez precoce (OPAS/OMS; UNFPA; UNICEF, 2016).

*O Marco Teórico Referencial: Saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*, destaca no mesmo sentido, que:

[...] a gravidez na adolescência tem sido considerada uma situação de risco e um elemento desestruturador da vida de adolescentes e, em última instância, como elemento determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações, ao colocar impedimentos na continuidade de estudos e no acesso ao mercado de trabalho, sobretudo entre as adolescentes (BRASILa, 2016, p.17).

Conforme Yazlle (2006, s.p.): “ É importante na abordagem de medidas preventivas, considerar quais adolescentes estão mais expostas ao risco de engravidar”. Pesquisa realizada pela autora na cidade de Ribeirão Preto- São Paulo, destaca que num total de 7134 partos de

adolescentes, observaram-se cifras maiores entre aquelas atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), correspondente a 80%. Já as que se enquadram na categoria particular perfizeram um total de 2%, enquanto a categoria internação convênio totalizou 17,9%.

Esta amostra realizada por Yazlle (2006) é uma constatação de que a gravidez precoce ocorre principalmente entre as adolescentes de baixa renda, o que é comprovado pela estatística: a região Nordeste concentra o maior número de filhos de mães adolescentes no Brasil (PORTAL BRASIL, 2017).

Yazlle (2006) apresenta conclusões de seu estudo são preocupantes, visto que a gestação precoce pode implicar em possíveis repercussões psicossociais. Para a autora:

Considerando-se que, a gravidez na adolescência pode resultar no abandono escolar e que o retorno aos estudos se dá em menores proporções, torna-se difícil a profissionalização e o ingresso no grupo de população economicamente ativa, com agravamento das condições de vida de pessoas já em situação econômica desfavorável (YAZLLE, 2006,s.p. 444).

### **3.4 Baixa escolaridade**

De acordo com o relatório publicado pelo UNFPA “ *Fecundidade e maternidade adolescente no Cone Sul: anotações para a construção de uma agenda comum*” observa-se, em todos os países do Cone Sul, diferenças nítidas entre as adolescentes que são mães e as que não são, no que diz respeito aos níveis de frequência escolar, analfabetismo e nível de escolaridade atingido, posicionando as primeiras em situação de desvantagem. Segundo relatório, muitos esforços foram realizados com o objetivo de manter as adolescentes grávidas na escola, fato este necessário, visto que, a maioria dos estudos demonstra que a ocorrência da gravidez impede a continuidade dos estudos. Entretanto, estudos posteriores que traçaram a

sequência temporal entre a trajetória educacional, a gravidez e a maternidade evidenciam que grande parte das mães adolescentes já não frequentava a escola quando ficaram grávidas. No Brasil, 40% das mães adolescentes já tinham abandonado a escola antes da gravidez. Os mesmos estudos destacam ainda, que as chances de abandono escolar são altíssimas nos casos de uma eventual gravidez precoce, apesar das adolescentes terem sido contatadas pela escola e da oferta de facilidades para continuar os estudos (UNFPA, 2016).

Em decorrência de ambas situações, quer pela interrupção anterior, quer posterior à ocorrência da gravidez, as mães adolescentes transitam para a fase adulta em condições de maior precariedade (UNFPA, 2016).

O Manual Técnico *“Pré- Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada”* (2006b, p.126), destaca que:

[...] o aumento da gravidez nessa fase da vida (adolescência), que no contexto vigente deveria ser dedicada à preparação para a idade adulta, principalmente relacionada aos estudos e a um melhor ingresso no mercado de trabalho, vem preocupando não só o setor de saúde, como outros setores que trabalham com adolescentes e, também, as famílias, porque as repercussões de uma gravidez em idades precoces, e se desprotegida, podem trazer riscos para as adolescentes.[...]

Acrescenta o texto do Manual Técnico (2006b, p.126):

Os ônus relacionados à maternidade e à constituição da família podem dificultar o progresso da escolarização das mães afetando a sua inserção exitosa no mercado de trabalho, colaborando, assim, para a continuidade do ciclo de pobreza com todas as más consequências para a qualidade de vida dessas jovens.

Pesquisa realizada pela Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), em 1996, com amostra representativa de todas as regiões do Brasil, já correlacionava alta fecundidade com baixa escolaridade: 54,4% das adolescentes que não tinham nenhuma escolaridade, já haviam engravidado alguma vez; 31,3% das que tinham um a três anos de escolaridade; 25,1% das que tinham quatro anos de escolaridade; 18,2% das que tinham cinco a oito anos e 6,4% das que tinham nove a onze anos de escolaridade (BEMFAM, 1997).

Rocha e Minervino (2009) concluíram em seu estudo a relação direta entre baixa escolaridade e maior chance de gravidez precoce. Para as autoras, quanto maior o número de anos de estudo, menores as taxas de gravidez entre as adolescentes, maior o uso de preservativo e provavelmente menor exposição às DSTs, ao HIV e ao abortamento, inclusive em situações de risco.

Estudo realizado por Taborda et al. (2014), com uma amostra de 20 adolescentes estratificadas por classes econômicas e cujos partos ocorreram entre junho de 2006 e junho de 2010, com idade entre 13 e 18 anos mostrou que das 20 adolescentes, 13 pararam de estudar durante a gravidez (1 da classe A; 3 da classe B; 4 da classe C e 5 da classe D) e apenas 4 meninas retornaram à escola logo após o parto (1 da classe A; 2 da classe B e 1 da classe C). Entre todas, apenas 1 não estudava e não voltou à escola. Deste modo, concluíram os autores, que entre as diversas consequências da gravidez não planejada, está a escolarização, já que a gravidez precoce altera negativamente a trajetória educacional da gestante: a pesquisa constatou que as meninas das classes menos favorecidas, totalizaram percentuais inferiores de retorno à escola (TABORDA, et.al., 2014).

Pesquisa realizada por Silva et al. (2017) com 21 adolescentes e jovens parturientes, com idade entre 14 e 18 anos, mostrou que: 15,1% tinham o ensino fundamental completo, 25,1% o ensino fundamental incompleto; 25,1% o ensino médio completo e 40,1% o ensino médio incompleto; dados estes que comprovam a relação entre baixa escolaridade e gravidez

precoce. De um modo geral, a maioria das meninas abandonam a escola, já que encontram grande dificuldade para conciliar as tarefas maternas e a escola.

### **3.5 Família uniparental/ monoparental**

Segundo Guimarães ( 2001 ), pesquisas apontam que a família exerce grande importância no comportamento sexual dos adolescentes. Em famílias uniparentais, constituídas principalmente por mães, é comum a gravidez adolescente, independentemente de outros fatores, como renda familiar, por exemplo, estiverem presentes. Complementa Guimarães ( 2001 ), que as explicações variam: para alguns autores a gravidez seria uma resposta à perda dos pais, real ou simbólica; para outros, poderia ser uma maneira de encontrar amor e carinho, através de substituição de pai ausente, ou para evitar isolamento e solidão.

De acordo com Hertz (1977 apud GUIMARÃES, 2001, p.294):

A circunstância que leva à gravidez das adolescentes, nessas situações familiares, é o fato da mãe estar desesperada devido ao seu próprio sentimento de abandono e frustração em relação ao parceiro, o que é piorado pela sobrecarga no sustento da família. Então, ela desloca sua hostilidade na relação com a filha, levando a uma dificuldade de comunicação. A adolescente, como reação procura resolver seus conflitos fora de casa. A busca do namoro, da relação sexual e conseqüentemente, busca de aceitação, carinho e amor; nestes casos, o prazer sexual não parece ser o principal motivo do engajamento na experiência sexual.

#### 4 REINCIDÊNCIA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Persona, Shimo e Tarallo (2004), observaram em seu estudo algumas características comuns às adolescentes que apresentam gestações sucessivas na adolescência. Os autores agruparam entre as características:

- menarca precoce (até 12 anos);
- primeiro coito logo após a menarca;
- repetência escolar;
- abandono da educação formal;
- ocupação não remunerada, família em condições de pobreza (baixa renda);
- envolvimento com parceiros mais velhos;
- coabitação com o parceiro;
- união consensual com o parceiro;
- um parceiro fixo;
- baixo uso de condon;
- história familiar de gravidez na adolescência (mãe/irmãs/primas);
- ausência do pai por morte ou abandono;
- reação positiva por parte da família à gravidez anterior;
- aborto anterior;
- parto anterior bem-conceituado pela adolescente;
- ausência à revisão pós-parto anterior.

Bruno et al. (2009), realizaram um estudo com adolescentes grávidas atendidas pela Universidade Federal do Ceará (UFC). O estudo abrangeu o período de setembro de 1999 a agosto de 2004. Os critérios de inclusão para a primeira entrevista foram: Ter 19 anos ou menos; estar grávida pela primeira vez e residir na grande Fortaleza. Depois de cinco anos após

o parto, as adolescentes foram entrevistadas novamente e perguntadas sobre a ocorrência de uma nova gestação. Os resultados apresentaram-se da seguinte forma:

- foi constatado que 61% das adolescentes engravidaram novamente nesse período e que 40% engravidaram mais de uma vez durante o período do estudo;
- a faixa etária; estar ou não estudando; estar ou não trabalhando e morar com os pais, não tiveram relação com a reincidência da gravidez;
- o grau de escolaridade teve relação com a repetição de uma ou mais gestações em cinco anos. Quanto maior o grau de escolaridade, menor o risco de gravidez relativo;
- observou-se associação entre a condição marital dos pacientes e o evento gravidez. Contudo, a frequência maior de gravidez ocorreu entre as solteiras com companheiro (namorado);
- uma eventual mudança de companheiro aumentou o número de gravidezes.

Estudo realizado posteriormente por Nery et al. (2015), entre 2008 - 2009, com 639 mulheres de 17 a 22 anos de idade apontou que 87,9% delas tiveram a primeira gestação entre 15 e 19 anos, sendo que a prevalência da reincidência de gravidez no período de 2 anos após o término de uma gestação foi de 25,9% na capital e de 35,4% no interior. Foram observados os seguintes fatores associados: residir no interior; não estudar; dependência financeira; aborto prévio; e renda familiar de até um salário mínimo.

Yazlle; Franco e Michelazzo (2009, p.478) propõem uma proposta de intervenção para coibir a gravidez na adolescência e sua reincidência. Para os autores:

É necessário considerar a inclusão da população adolescente nos programas de assistência à saúde da mulher com ênfase em anticoncepção e orientações sexuais e, considerar a assistência a esta faixa etária como uma das prioridades na atenção básica.



## **5 ACESSO À INFORMAÇÃO EM CONTRASTE COM O NÚMERO DE GRAVIDEZ ADOLESCENTE**

Belo e Silva ( 2004 ) entrevistaram 156 meninas grávidas com idade menor ou igual a 19 anos, atendidas pelo Ambulatório de Pré- Natal de Adolescentes, no período de outubro de 1999 a agosto de 2000. Dados obtidos pela pesquisa derrubaram a crença de que as principais causas da gravidez na adolescência seriam a falta de informação e negligência.

De acordo com Belo e Silva (2004), as conclusões apontaram para a constatação de que 60% das adolescentes conheciam pelo menos seis tipos de contraceptivos. Complementam os autores ( BELO; SILVA, 2004) que embora o conhecimento seja necessário para a utilização, a literatura evidencia a não – relação entre os níveis de conhecimento e as taxas de utilização, ressaltando que a imaturidade psicoemocional, característica da adolescência poderia justificar esse comportamento.

Segundo Belo e Silva ( 2004 ), o percentual elevado era esperado já que as adolescentes da amostra, alvo do estudo, residiam em sua maioria na área urbana e, portanto, tinham maior acesso à escola, a serviços de saúde de melhor qualidade, além de maior acesso às informações da mídia. A idade foi um fator relevante quanto ao conhecimento dos métodos contraceptivos, visto que as adolescentes mais velhas possuem maior capacidade dedutiva e maior nível de escolaridade.

Belo e Silva (2004, p. 486) concluíram que:

O conhecimento, a atitude e a prática relacionados aos métodos anticoncepcionais [...] mostraram que houve significativos avanços na informação disponível e apropriada pelas adolescentes. Entretanto, a disponibilidade do conhecimento, de mais serviços e dos próprios métodos para favorecer a mudança de atitude dos adolescentes em

relação a uma prática de uso eficiente e preventiva aparentemente não foram suficientes.

Estudo realizado por Hoga; Borges e Reberte (2010), investigando a gravidez adolescente na perspectiva dos membros da família, obteve dados sobre o conhecimento e uso dos métodos contraceptivos. Para os entrevistados, as adolescentes tinham amplo conhecimento sobre o tema, no entanto, mesmo assim, ficaram grávidas. Para as autoras: “faz parte do imaginário social acreditar que o simples acesso à informação sobre anticoncepção seria suficiente para garantir práticas contraceptivas consistentes (HOGA; BORGES; REBERTE, 2010, p.155).

Observa-se, pois um descompasso entre o conhecimento e o comportamento na área da contracepção. Hoga; Borges e Reberte (2010) acreditam que este descompasso se deve ao fato de que a contracepção não é uma prática tão somente racional, mas principalmente relacional e subjetiva, condicionada tanto ao tipo de relacionamento afetivo-amoroso que ocorre entre o casal como às aspirações dos sujeitos envolvidos.

Guimarães e Witter (2007, p.177) concluíram em seu estudo com 22 adolescentes gestantes do primeiro filho que:

O não uso de método contraceptivo nem sempre significou que as adolescentes não tiveram conhecimento de sua existência, conhecê-los e ter habilidade no seu uso revelaram ser duas coisas distintas. Na maioria das vezes as adolescentes revelaram pensamentos mágicos de que a gravidez não acontece com ela, que transar sem camisinha é prova de amor, de confiança no parceiro, o uso de pílulas implicaria no conhecimento dos pais sobre sua vida sexual ativa.

Santos e Nogueira (2009) afirmam em estudo de revisão que os adolescentes dispõem de informação sobre métodos contraceptivos, entretanto, paralelamente apresentam dúvidas não só sobre o uso adequado, como também ideias equivocadas a respeito dos métodos, como, por exemplo, a colocação da camisinha, a ingestão correta das pílulas.

O pensamento mágico próprio da adolescência e de sua imaturidade, também é citado por (Santos e Nogueira, 2009 p.56) traduzindo-se pela “ idéia preconcebida de que nada de ruim poderá acontecer independente das ações praticadas [...] é uma exposição ao risco partindo do pressuposto de que o dano não pode acontecer” .

Magalhães (2007) realizou pesquisa com 11 mães adolescentes internadas em um hospital público geral e constatou (entre outros fatores) a desinformação. Conforme a pesquisadora, a desinformação surge na época da iniciação sexual e persiste na gravidez recorrente, quando as mães adolescentes não se previnem no período do puerpério tardio (resguardo) e da amamentação e são surpreendidas por uma nova gravidez não planejada após o primeiro parto.

Para Magalhães (2007, p. 28), percebe-se através do discurso das mães adolescentes que é:

[...] preciso rever os conceitos propagados pelos profissionais que atuam na assistência materno-infantil de que a amamentação funciona como método contraceptivo eficaz, sendo necessária a maior divulgação do uso de contraceptivos orais de baixo teor de estrogênio que não interferem no aleitamento materno.

## **5.1 Fontes de informação sobre sexualidade**

Estudo realizado por Fonseca; Gomes; Teixeira ( 2010 ) evidenciou a importância e a necessidade da abordagem do tema sexualidade entre os adolescentes. Neste sentido, para

as autoras a escola surge como um espaço privilegiado para a promoção da saúde envolvendo questões de sexualidade, tais como: gravidez na adolescência ; abuso sexual; DSTs; infecção por HIV, abortos. As autoras entrevistaram 15 estudantes do ensino médio, com idade entre 15 e 17 anos objetivando identificar a percepção dos adolescentes sobre as ações de orientação sexual , além de conhecer eventuais fragilidades e potencialidades das ações, com o propósito de fortalecer o projeto de Saúde e Prevenção nas Escolas ( SPE ).

Os relatos apresentados no estudo citado anteriormente evidenciaram que : “ [...] o papel ideal da família é de orientar, ensinar, dar segurança e apoio” ( FONSECA; GOMES; TEIXEIRA, 2010 ); entretanto, em contrapartida foram relatadas falas que revelaram “ [...] o que eles realmente vivenciam no seu dia a dia, que é a dificuldade ou ausência de diálogo familiar” ( FONSECA; GOMES; TEIXEIRA, 2010 ).

De acordo com as autoras:

Os pais sentem dificuldade em abordar as questões de sexualidade junto aos filhos não só por constrangimento, mas também por medo que o diálogo franco e aberto possa indicar aos adolescentes que já estão prontos para iniciar a vida sexual ( FONSECA; GOMES; TEIXEIRA, 2010, p. 334).

Estudo realizado por Sehnem et al. ( 2018, p.4 ) apontam que em relação à família:

[...] o diálogo sobre sexualidade ainda é um tabu, o que a restringe ao silêncio e ao secreto. Os adolescentes referiram não conseguir conversar com os pais ou os avós sobre essa temática, o que se deu tanto pela ausência de abertura de espaços para a discussão, quanto pelo receio sobre ajuizamentos dos adultos quanto às suas experiências.

Diante da constatação da dificuldade de conversar sobre sexualidade com os pais, o ambiente escolar surge para os adolescentes entrevistados como um espaço ideal para a

obtenção de informação. Junto aos colegas com os quais convivem no dia a dia sentem-se mais à vontade, visto que conversam entre si e compartilham dúvidas e sensações semelhantes da adolescência em um ambiente acolhedor e capaz de promover conhecimento ( FONSECA; GOMES; TEIXEIRA, 2010 ).

Estudo realizado por Sehnem et al. ( 2018 ) revelou que os depoimentos dos adolescentes confirmaram uma visão reducionista sobre sexualidade dentro da escola. Segundo os adolescentes, as informações foram direcionadas somente para o uso de preservativo, pílula anticoncepcional e DSTs. Entretanto, os adolescentes queriam “ conversar”, tendo como ponto de partida as suas necessidades e experiências.

Sehnem et al. ( 2018 ) concluíram em seu estudo, através de relatos de adolescentes que vivem com HIV/AIDS, que os conhecimentos sobre sexualidade foram constituídos através de relações com amigos, membros da família mais experientes e acesso a fontes midiáticas. “ Os amigos se tornaram fortes referências de validação do conhecimento para os adolescentes e, cada vez mais desempenham um papel expressivo na estruturação de suas condutas” ( SEHNEM et al. 2018 ). Complementam as autoras que as situações geradoras de informação a partir das experiências dos amigos atuam como sinais de alerta e trazem um significado muito importante para o aprendizado da sexualidade ( SEHNEM et al., 2018).

Alguns familiares, como tios e irmãos, foram relatados como fontes de esclarecimento de dúvidas a respeito de sexualidade. Para os adolescentes, a conversa com familiares é mais fácil em decorrência da faixa etária e pela vivência de experiências anteriores no campo da sexualidade ( SEHNEM, 2018).

Os adolescentes recorrem também a fontes midiáticas ( digital e impressa ) para buscar informações para o aprendizado da sexualidade. Conforme Sehnem et al. ( 2018, p. 6 ):

De um lado é inegável o papel que a mídia tem exercido na vida dos adolescentes, sendo cada vez mais atuante em seus cotidianos como fonte de informação. De outro, é necessário considerar que nela é possível acessar informações de todos os tipos sobre sexualidade, o que pode, a depender de onde os adolescentes buscam informações, ajudá-los ou confundí-los ainda mais.

[...] Além disso as informações técnicas que não se aproximam da linguagem dos adolescentes, podem ser geradoras de dúvidas [...]. Desse modo há um estranhamento dos adolescentes acerca de como operar com essas informações no âmbito das vivências que perpassam a sexualidade, o que não implica em um entendimento para o cuidado de si.

## **6 MÉTODO**

De acordo com Marconi e Lakatos (2003, p.83), “não há ciência sem o emprego de métodos científicos”. Acrescentam os autores:

Método é o conjunto de atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo- conhecimentos válidos e verdadeiros-, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista (MARCONI; LAKATOS, 2009, p.31).

Esta pesquisa pauta-se na abordagem quantitativa que visa buscar a relação causa e efeito entre os fenômenos ( PRODANOV; FREITAS, 2013).

### **6.1 Participantes**

Participaram deste estudo 81 alunas ( 42 do primeiro ano; 19 do segundo e 20 do terceiro) do curso ETIM Ensino Técnico Integrado ao Médio da Escola Técnica Estadual ( ETEC ) Sylvio de Mattos Carvalho na cidade de Matão – SP.

Os critérios de inclusão foram: pertencer ao sexo feminino; ter entre 12 e 18 anos; estar regularmente matriculada na ETEC; termo de consentimento livre e esclarecido ( TCLE ) assinado pelos responsáveis e termo de assentimento ( TA ) assinado pelas adolescentes.

Os alunos do sexo masculino foram excluídos já que os participantes alvo do estudo foram as alunas do sexo feminino.

#### **6.1.1 Perfil dos alunos da ETEC**

Os alunos da ETEC possuem um perfil diferenciado dos demais alunos das escolas públicas. São selecionados através de um vestibulinho e desfrutam de um ensino integral

visando tanto a entrada no mercado de trabalho através de uma profissão como a possibilidade de ingressar no ensino superior. A escola fornece duas refeições diárias ( almoço e jantar) permitindo que os alunos não precisem sair para realizar as refeições.

## **6.2 Coleta de dados**

Neste estudo, os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário fechado autoaplicável, cujo conteúdo está relacionado ao tema abordado no referencial teórico.

Gil (2008, p.140) define questionário como:

[...] a técnica de investigação composta por um conjunto de questões que são submetidas a pessoas com o propósito de obter informações sobre conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, expectativas, aspirações, temores, comportamentos presente ou passado, etc [..]

Na maioria dos casos, os questionários são autoaplicados, ou seja, são propostos por escrito aos respondentes. A partir das respostas é possível descrever as características da população alvo da pesquisa ou, ainda, testar hipóteses elaboradas no momento do planejamento da pesquisa (GIL, 2008).

Um questionário fechado autoaplicável, com 28 questões foi elaborado pela pesquisadora e foi aplicado de modo assistido à população alvo da pesquisa, no mês de novembro de 2018. Os questionários não foram identificados, comprometendo-se a autora deste estudo com a ética de anonimato.



### **6.3 Análise dos dados**

A tabulação dos dados deste estudo foi executada através de uma planilha eletrônica, utilizando o software Microsoft Excel 2010.

Neste estudo, os dados foram analisados e interpretados de acordo com os passos propostos por Gil (2008, p. 157), que propõe os seguintes passos:

- estabelecimento de categorias;
- codificação;
- tabulação;
- análise estatística dos dados;
- avaliação das generalizações obtidas com os dados;
- inferência de relações causais;
- interpretação dos dados.

## **6.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS**

### **6.4.1 Perfil sociodemográfico das adolescentes**

Participaram desta pesquisa 81 adolescentes, alunas do curso Técnico em Informática para Internet Integrado ao Ensino Médio (ETIM/ETEC) da escola ETEC Sylvio de Mattos Carvalho, no município de Matão- São Paulo, com idade entre 14 e 18 anos. Este estudo considerou como adolescência, a faixa de idade compreendida entre 12 e 18 anos, de acordo com o ECA. As alunas participantes do estudo preencheram os critérios de inclusão, entre eles: estar matriculada na ETEC; ser do sexo feminino; ter idade entre 12 e 18 anos; TCLE, TA assinado pelas adolescentes.

A adesão de participação na pesquisa foi de 100%, já que não ocorreu ausência no dia da aplicação do questionário, nem descumprimento dos itens anteriores (Tabela 1).

A idade cronológica das adolescentes variou entre 14 e 18 anos de idade, sendo que a idade média encontrada foi de 16,2 anos: 2,4% tinham 14 anos; 43,3% tinham 15 anos; 23,5% tinham 16 anos; 29,8% tinham 17 anos e 1% tinham 18 anos (Tabela 1).

Em relação à cor da pele a predominância foi da raça branca (49,5%), seguida pela raça parda (37%) e pela raça negra (13,5%). Quanto à renda familiar, a maioria (79%), relatou renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos; 14,8%, relataram renda familiar entre 3 e 6 salários mínimos, enquanto 5% informaram renda familiar inferior a 1 salário mínimo (Tabela 1).

Todas adolescentes (100%) se declararam solteiras. Em relação ao grau de escolaridade, todas cursam o Ensino Médio ETIM/ETEC, sendo que 51,9% estão no 1º Ano, 23,4% estão no 2º Ano, enquanto 24,7% estão no 3º Ano (Tabela 1).

Quanto à situação conjugal dos pais, 59% informaram que os pais vivem juntos, 8,8% relataram que os pais nunca viveram juntos; 32,1% informaram que os pais estão separados, enquanto 1% não especificou a situação conjugal dos pais (Tabela 1).

Tabela 1

*Distribuição numérica e percentual das características sociodemográficas das adolescentes*

Variáveis	1º Ano		2º Ano		3º Ano		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Adolescentes participantes da pesquisa</b>								
Participantes	42	100	19	100	20	100	81	100
Ausentes/recusa/não autorização	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Subtotal:</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>100</b>
<b>Idade Cronológica</b>								
14	2	4,8	-	-	-	-	2	2,4
15	33	78,5	2	10,5	-	-	35	43,3
16	7	16,7	10	52,6	2	10	19	23,5
17	-	-	7	36,9	17	85	24	29,8
18	-	-	-	-	1	5	1	1
<b>Subtotal:</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>100</b>
<b>Cor ou raça</b>								
Branca	23	54,8	9	47,3	8	40	40	49,5
Parda	16	38,1	7	36,9	7	35	30	37
Preta	3	7,1	3	15,8	5	25	11	13,5
Amarela (origem asiática)	-	-	-	-	-	-	-	-
Indígena	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Subtotal:</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>100</b>
<b>Renda Familiar</b>								
Menos de 1 salário mínimo	2	4,8	-	-	2	10	4	5
Entre 1 e 3 salários mínimos	33	78,7	15	79	16	80	64	79
Entre 3 e 6 salários mínimos	6	14,2	4	21	2	10	12	14,8
Mais de 6 salários mínimos	-	-	-	-	-	-	-	-
Em branco	1	2,3	-	-	-	-	1	1,2
<b>Subtotal:</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>100</b>
<b>Estado Civil</b>								
Solteira	42	100	19	100	20	100	81	100
Casada	-	-	-	-	-	-	-	-
Separada	-	-	-	-	-	-	-	-
Divorciada	-	-	-	-	-	-	-	-
Amasiada	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Subtotal:</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>100</b>
<b>Grau de Escolaridade</b>								
ETIM/ETEC- 1º Ano	42	100	-	-	-	-	42	51,9
ETIM/ETEC- 2º Ano	-	-	19	100	-	-	19	23,4
ETIM/ETEC- 3º Ano	-	-	-	-	20	100	20	24,7
<b>Subtotal:</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>100</b>
<b>Situação conjugal dos pais: Pais vivem/viviam juntos?</b>								
Sim	22	52,5	16	84,3	9	45	47	59
Nunca	3	7,1	1	5,2	3	15	7	8,8
Estão Separados	16	38,1	2	10,5	8	40	26	32,1
Não conheceu os pais	-	-	-	-	-	-	-	-
Outros	1	2,3	-	-	-	-	1	1
<b>Subtotal:</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

Fonte: Autor (2019)

#### **6.4.2 Informações recebidas sobre sexualidade**

Os dados deste estudo evidenciaram que 28,3% das adolescentes relataram que são muito informadas sobre sexualidade, enquanto 47% relataram ser informadas e 16% relataram ser relativamente informadas. A categoria informada apresentou frequência percentual inferior, ou seja, 8,7%, não sendo relatada pelas adolescentes do 2º Ano. Apenas 8,7% relataram ter poucas informações sobre sexualidade. As categorias muito informada e informada apresentaram percentuais parciais semelhantes nos três anos (Tabela2).

As informações recebidas pelas adolescentes sobre sexualidade foram esclarecedoras para 75,3%. Nos totais parciais, em ordem decrescente: 80% no 3º Ano, 79% no 2º Ano e 71,4% no 1º Ano. Para 18,5% das adolescentes as informações recebidas foram corretas, sendo que a frequência percentual/parcial maior, ocorreu nos 2º e 3º Anos; respectivamente 10,5% e 15%. Somente 5% do total demonstraram que as informações recebidas foram confusas. Não houve referência a informações inexistentes ou incorretas (Tabela 2).

Mais da metade das participantes (53,1%) afirmaram ter conversado com as mães sobre menstruação antes da menarca, sendo que as frequências percentuais parciais foram semelhantes, ou seja, 52,4% no 1º Ano; 52,6%, no 2º Ano e 55% no 3º Ano. No entanto, houve relatos de adolescentes que somente conversaram com as mães após a menarca, perfazendo um total de 37%, com frequências percentuais parciais de 40,5% no 1º Ano; 31,6%, no 2º Ano e 35% no 3º Ano. Uma porcentagem inferior (9,9% ) relatou nunca ter conversado com a mãe sobre menstruação, sendo que a maior incidência correspondente a 15,8% ocorreu no 2º Ano (Tabela 2).

Tabela 2

*Distribuição numérica e percentual das adolescentes quanto a informações recebidas sobre sexualidade*

Variáveis	1º Ano		2º Ano		3º Ano		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Avaliação quanto a ser ou não informada sobre sexualidade</b>								
Nada Informada	-	-	-	-	-	-	-	-
Pouco Informada	5	11,9	-	-	2	10	7	8,7
Relativamente Informada	6	14,3	2	10,5	5	25	13	16
Informada	18	42,8	10	52,7	10	50	38	47
Muito Informada	13	31	7	36,8	3	15	23	28,3
<b>Subtotal</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>100</b>
<b>Predominância das informações recebidas sobre sexualidade</b>								
Inexistentes	-	-	-	-	-	-	-	-
Confusas	1	23,8	2	10,5	1	5	4	5
Incorretas	-	-	-	-	-	-	-	-
Esclarecedoras	30	71,4	15	79	16	80	61	75,3
Corretas	10	2,4	2	10,5	3	15	15	18,5
Outros	1	2,4	-	-	-	-	1	1,2
<b>Subtotal</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>100</b>
<b>Conversas com a mãe sobre menstruação</b>								
Sim, antes da 1ª menstruação	22	52,4	10	52,6	11	55	43	53,1
Sim, depois da 1ª menstruação	17	40,5	6	31,6	7	35	30	37
Não, nunca conversou	3	7,1	3	15,8	2	10	8	9,9
<b>Subtotal:</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

Fonte: Autor (2019)

As primeiras informações sobre sexualidade/gravidez/métodos contraceptivos/DSTs e Aids (Tabela 3) referida pelas adolescentes foram no 1º Ano, em ordem decrescente: 23% escola/professores; 19,6% mídia digital e eletrônica; 18,9% mãe; 14,7% amigos, 9,8% familiares e mídia impressa; pai 1,5%. No 2º Ano, 27,8% escola/professores; 23% mídia digital e eletrônica; 18,5% amigos; 13,8% mãe; 7,7% familiares e mídia impressa; 1,5% pai. No 3º Ano, 22,7% escola/professores; 22,6% mídia digital e eletrônica; 15,5% mãe; 13,2% amigos; 10,7% mídias impressas; 9,5% familiares e 4,8% pai.

Deste modo, as adolescentes relataram um padrão similar nos três anos. Em primeiro lugar: escola; em segundo: mídia digital e eletrônica; em terceiro e quarto: alternância entre mães e amigos; em quinto lugar: familiares e mídia impressa com frequência estatística semelhante. A categoria pai, ficou em último lugar nos três anos.

Tabela 3

*Distribuição numérica e percentual das adolescentes quanto às primeiras informações sobre sexualidade/ gravidez/métodos contraceptivos/DSTs e AIDS.*

<b>Primeiras informações sobre sexualidade/gravidez/ métodos contraceptivos/DSTs e AIDS</b>						
	<b>1º Ano</b>		<b>2º Ano</b>		<b>3º Ano</b>	
	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa</b>
Escola/Professores	33	23	18	27,8	19	22,7
Pai	6	4,2	1	1,5	4	4,8
Mãe	27	18,9	9	13,8	13	15,5
Familiars	14	9,8	5	7,7	8	9,5
Amigos	21	14,7	12	18,5	11	13,2
Mídia Digital e Eletrônica (Internet/redes sociais/TV e Cinema)	28	19,6	15	23	19	22,6
Mídias impressas (revistas/jornais/livros)	14	9,8	5	7,7	9	10,7
Outros	0	-	0	-	1	1
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>	<b>65</b>	<b>100</b>	<b>84</b>	<b>100</b>
<b>Global:</b>						

Fonte: Autor (2019)

As adolescentes revelaram também suas preferências de interlocutor para conversas sobre sexualidade (Tabela 4). No 1ºAno, 55% preferem conversar com os amigos; 39,2% com a mãe; 3,9% com familiares e 1,9% com o pai. No 2ºAno, 60% preferem conversar com os

amigos; 35% com a mãe; 5% com familiares. No 3º Ano, 53,4% preferem conversar com os amigos; 40% com a mãe; 3,3% com o pai e com familiares respectivamente.

Logo, a categoria amigos ocupa o 1º lugar, a categoria mãe o 2º e familiares o 3º.

Novamente a categoria pai ocupa o último lugar.

Tabela 4

*Distribuição numérica e percentual das adolescentes quanto à preferência de interlocutor para conversas sobre sexualidade*

<b>Referência de interlocutor para conversas sobre sexualidade</b>						
	<b>1º Ano</b>		<b>2º Ano</b>		<b>3º Ano</b>	
	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa</b>
Pai	1	1,9	0	-	1	3,3
Mãe	20	39,2	7	35	12	40
Familiares	2	3,9	1	5	1	3,3
Amigos	28	55	12	60	16	53,4
Outros	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>						
<b>Global:</b>	<b>51</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Fonte: Autor (2019)

### 6.4.3 Vida sexual e reprodutiva

Mais da metade das adolescentes ( 54,3% ) relataram não ter iniciado a vida sexual, enquanto 45,7% relataram já ter iniciado a vida sexual. No 1º Ano foram evidenciados 54,8% de não e 45,2% de sim; no 2º Ano foram evidenciados 52,6% de não e 47,4% de sim; no 3º Ano foram evidenciados 54,3% de não e 45,7% de sim. Os resultados apresentados foram, pois, estatisticamente, semelhantes nos três anos (Tabela 5).

A idade de primeira relação sexual variou entre 13 e 17 anos. Em ordem decrescente a idade de 13 anos totalizou 29,7%; a de 15 anos 27%; as de 14 e 16 anos 16% e 2% respectivamente e a de 17 anos 10,9%. Comparativamente, as adolescentes do 1º Ano tiveram a primeira relação sexual mais precocemente, ou seja, 42,1%, enquanto as frequências percentuais para o 2º e 3º Ano foram 11,2% e 22,2% respectivamente (Tabela 5).

A primeira relação sexual foi planejada para 51,3% das adolescentes, ao passo que 48,7% disseram que não. No 2º Ano, 100% das adolescentes responderam sim, já no 1º e 3º Ano, a preponderância foi não: 57,9% e 77,8% respectivamente. Para 67,5% das adolescentes a primeira relação sexual foi prazerosa sendo que a maior frequência percentual parcial (88,9%) ocorreu no 2º Ano. Houve relato de 32,5% de experiência não prazerosa, sendo que a maior frequência percentual parcial (55,6%) foi observada no 3º Ano (Tabela 5).

A iniciação sexual ocorreu em 83,8% com alguém com quem as adolescentes mantinham vínculo amoroso. Nos totais percentuais parciais: 79% do 1º Ano; 100% do 2º Ano e 77,8% do 3º Ano. Nos 1º e 3º Anos houve relato de iniciação sexual com alguém que a adolescente apenas conhecia e com alguém que nem conhecia: 8,1% em ambas as situações (Tabela 5).

Ao serem indagadas sobre uma eventual gravidez 100% das adolescentes relataram que “não”. No entanto, 95% relataram conhecer adolescentes que engravidaram entre 12 e 18 anos. Apenas 5% relataram não ter conhecimento (Tabela 5).



Tabela 5

*Distribuição numérica e percentual das adolescentes quanto à vida sexual e reprodutiva*

Variáveis	1º Ano		2º Ano		3º Ano		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Já teve relação sexual</b>								
Sim	19	45,2	9	47,4	9	45	37	45,7
Não	23	54,8	10	52,6	11	55	44	54,3
<b>Subtotal:</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>100</b>
<b>Idade da 1ª relação sexual (anos)</b>								
12	-	-	-	-	-	-	-	-
13	8	42,1	1	11,2	2	22,2	11	29,7
14	3	15,8	2	22,2	1	11,1	6	16,2
15	7	36,9	2	22,2	1	11,1	10	27
16	1	5,2	2	22,2	3	33,4	6	16,2
17	-	-	2	22,2	2	22,2	4	10,9
18	-	-	-	-	-	-	-	-
Outros	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Subtotal:</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>100</b>
<b>Foi uma experiência planejada?</b>								
Sim	8	42,1	9	100	2	22,2	19	51,3
Não	11	57,9	-	100	7	77,8	18	48,7
<b>Subtotal:</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>100</b>
<b>Foi uma experiência prazerosa?</b>								
Sim	13	68,5	8	88,9	4	44,4	25	67,5
Não	6	31,5	1	11,1	5	55,6	12	32,5
<b>Subtotal:</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>100</b>
<b>Mantinha vínculo amoroso com o parceiro?</b>								
Iniciação sexual com alguém que você mantinha vínculo amoroso	15	79	9	100	7	77,8	31	83,8
Iniciação sexual com alguém que você apenas conhecia	2	10,5	-	-	1	11,1	3	8,1
Iniciação sexual com alguém que você nem conhecia	2	10,5	-	-	1	11,1	3	8,1
<b>Subtotal:</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>100</b>
<b>Você já ficou grávida?</b>								
Sim	-	-	-	-	-	-	-	-
Não	42	100	19	100	20	100	81	100
<b>Subtotal:</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>100</b>
<b>Você tem conhecimento de adolescentes que engravidaram entre 12 e 18 anos?</b>								
Sim	39	92,9	18	94,8	20	100	77	95
Não	3	7,1	1	5,2	-	-	4	5
<b>Subtotal:</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

Fonte: Autor (2019)

#### 6.4.4 Conhecimento sobre métodos contraceptivos, responsabilidade pela contracepção e acesso aos métodos contraceptivos gratuitos

Em relação à contracepção observou-se que 98,8% das adolescentes conhecem os métodos contraceptivos: 97,6% no 1º Ano e 100% nos 2º e 3º Anos (Tabela 6).

Tabela 6

*Distribuição numérica e percentual das adolescentes quanto ao conhecimento sobre métodos contraceptivos*

<b>Você conhece os métodos contraceptivos?</b>								
	<b>1º Ano</b>		<b>2º Ano</b>		<b>3º Ano</b>		<b>Total</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sim	41	97,6	19	100	20	100	80	98,8
Não	1	2,4	-	-	-	-	1	1,2
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

Fonte: Autor (2019)

Com relação aos cuidados para evitar a gravidez, menos da metade das adolescentes (42% ) relataram que tomam cuidado, enquanto 13,5% relataram que não tomam nenhum cuidado e 3,7% relataram que, às vezes, tomam cuidado. A questão não foi respondida por 40,8% das adolescentes. Entre as adolescentes que relataram tomar cuidado para evitar a gravidez, a porcentagem maior concentrou-se no 2º Ano (58%) e a porcentagem maior de “não” se concentrou no 3º Ano (15%) com pequena diferença percentual do 1º Ano (14,3%).

Tabela 7

*Distribuição numérica e percentual das adolescentes quanto aos cuidados para evitar uma eventual gravidez*

<b>Você toma algum cuidado para evitar a gravidez</b>								
	<b>1º Ano</b>		<b>2º Ano</b>		<b>3º Ano</b>		<b>Total</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sim	15	35,7	11	58	8	40	34	42
Não	6	14,3	2	10,5	3	15	11	13,5
Às Vezes	1	2,4	1	5,2	1	5	3	3,7
Em Branco	20	47,6	5	26,3	8	40	33	40,8
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

\*Foram consideradas as respostas em branco.

Fonte: Autor (2019)

Quanto à responsabilidade pela prevenção da gravidez 85,2% relataram que cabe tanto aos garotos como às garotas. Em ordem decrescente: 95% no 3º Ano; 94,8% no 2º Ano e 76,2% no 1º Ano. Já 14,8% relataram que a responsabilidade pela prevenção cabe somente às meninas, sendo que a maior porcentagem parcial (23,8%) foi observada entre as adolescentes do 1º Ano (Tabela 8).

Tabela 8

*Distribuição numérica e percentual das adolescentes quanto à responsabilidade pela prevenção da gravidez através de métodos contraceptivos.*

<b>Responsabilidade pela prevenção da gravidez</b>								
	<b>1º Ano</b>		<b>2º Ano</b>		<b>3º Ano</b>		<b>Total</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Menino	-	-	-	-	-	-	-	-
Menina	10	23,8	1	5,2	1	5	12	14,8
Ambos	32	76,2	18	94,8	19	95	69	85,2
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

Fonte: Autor (2019)

Em relação aos métodos contraceptivos mais conhecidos estão a pílula anticoncepcional de uso diário; a camisinha masculina (condom) e a camisinha feminina. O DIU e a tabelinha são menos conhecidos. No 1º Ano, o condom foi relatado por 23,8% a pílula anticoncepcional de uso diário por 23,2% e a camisinha feminina por 22%. No 2º Ano, o condom, a pílula anticoncepcional e a camisinha feminina foram relatadas com a mesma frequência relativa, ou seja, 22,6%. No 3º Ano, a pílula anticoncepcional foi relatada com frequência relativa de 24,2%; a camisinha masculina com 24,1% e com 22,9% a camisinha feminina (Tabela 9).

O DIU e a tabelinha também foram mencionados pelas adolescentes dos três anos, embora com frequência relativa inferior: no 1º Ano 16,9%- DIU e 14,1% - tabelinha; no 2º Ano 16,7%- DIU e 15,5%- tabelinha; no 3º Ano DIU e tabelinha com 14,4% respectivamente (Tabela 9).

Tabela 9

*Distribuição numérica e percentual das adolescentes quanto aos métodos contraceptivos mais conhecidos*

<b>Métodos contraceptivos mais conhecidos</b>						
	<b>1º Ano</b>		<b>2º Ano</b>		<b>3º Ano</b>	
	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa</b>
Camisinha Masculina	42	23,8	19	22,6	20	24,1
Camisinha Feminina	39	22	19	22,6	19	22,9
DIU	30	16,9	14	16,7	12	14,4
Tabelinha	25	14,1	13	15,5	12	14,4
Pílula Anticoncepcional de uso diário	41	23,2	19	22,6	20	24,2
<b>Total Global:</b>	<b>177</b>	<b>100</b>	<b>84</b>	<b>100</b>	<b>83</b>	<b>100</b>

Fonte: Autor (2019)

Quando questionadas sobre os métodos contraceptivos considerados como mais seguros para evitar a gravidez, as respostas das adolescentes oscilaram entre a pílula anticoncepcional de uso diário e a camisinha masculina (condom), com prevalência da camisinha nos 2º e 3º Anos. No 1º Ano, a prevalência foi da pílula anticoncepcional de uso diário (34,6%), seguida pela camisinha masculina (31,8%). No 2º Ano, a prevalência foi da camisinha masculina (32,7%) seguida pela pílula anticoncepcional de uso diário (30,8%). No 3º Ano, 38,6% optaram pela camisinha masculina, enquanto 31,9% pela pílula anticoncepcional de uso diário (Tabela 10).

No 1º Ano a camisinha feminina e o DIU também foram relatados com 14,4% respectivamente, enquanto a tabelinha aparece somente com 4,8%. No 2º Ano, a camisinha feminina totaliza 23%, enquanto o DIU aparece com 9,6% e a tabelinha com 3,9%. No 3º Ano, a camisinha feminina totaliza 15,9%, enquanto o DIU aparece com 9,1% e a tabelinha com 4,5%. A tabelinha é o método considerado como menos seguro pelas adolescentes (Tabela 10).

Tabela 10

*Distribuição numérica e percentual das adolescentes quanto aos métodos contraceptivos considerados como mais seguros para evitar a gravidez*

<b>Métodos contraceptivos considerados como mais seguros para evitar a gravidez</b>						
	<b>1º Ano</b>		<b>2º Ano</b>		<b>3º Ano</b>	
	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa</b>
Camisinha Masculina	33	31,8	17	32,7	17	28,6
Camisinha Feminina	15	14,4	12	23	7	15,9
DIU	15	14,4	5	9,6	4	9,1
Tabelinha	5	4,8	2	3,9	2	4,5
Pílula Anticoncepcional de uso diário	36	34,6	16	30,8	14	31,9
<b>Total Global</b>	<b>104</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Fonte: Autor (2019)

Com relação ao acesso aos métodos contraceptivos gratuitos disponibilizados pelo SUS, as respostas das adolescentes oscilaram preponderantemente entre regular e bom. Mais da metade das adolescentes ( 58% ) considerou o acesso como regular, enquanto 34,5% a consideraram como boa. Somente no 2º Ano, a prevalência foi da categoria bom (57,9%) em contraponto com a categoria regular (36,9%). A categoria ótimo ficou em último lugar (Tabela 11).

Tabela 11

*Distribuição numérica e percentual das adolescentes quanto à percepção sobre o acesso aos métodos contraceptivos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS)*

<b>Acessibilidade aos métodos contraceptivos gratuitos</b>								
	<b>1º Ano</b>		<b>2º Ano</b>		<b>3º Ano</b>		<b>Total</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Regular	27	64,3	7	36,9	13	65	47	58
Bom	11	26,2	11	57,9	6	30	28	34,5
Ótimo	4	9,5	1	5,2	1	5	6	7,5
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

Fonte: Autor (2019)

#### **6.4.5 Motivos da gravidez adolescente não-planejada, consequências e possíveis mudanças na trajetória de vida**

O motivo mais citado pelas adolescentes para uma eventual gravidez não-planejada foi a percepção de que não aconteceria uma gravidez. As frequências relativas evidenciaram dados próximos nos três anos: no 1º Ano, 26,8%, no 2º Ano 28,8% e no 3º Ano 28,79%. Em segundo lugar, as adolescentes relataram como motivo o fato de que têm vergonha de pedir ao parceiro para usar camisinha; sendo que as frequências relativas também são semelhantes nos três anos: no 1º Ano 22,2%; no 2º Ano 22%; e no 3º Ano 24,24%. O desconhecimento de métodos contraceptivos aparece em 3º lugar: no 1º Ano 22%, frequência relativa igual ao segundo lugar, nos 2º e 3º Anos a frequência relativa é inferior, isto é, 18,8% no 1º Ano e 16,67% no 2º Ano (Tabela 12).

Como quarto motivo referenciado pelas adolescentes, está o pensamento de que não esperavam ter relação sexual naquele momento. Os índices são iguais no 1º e 2º Ano, respectivamente 15,2% e ligeiramente superior no 3º Ano - 16,67% (Tabela 12).

Motivos como desejo de engravidar e solução de problemas familiares são citados igualmente pelas adolescentes do 1º Ano, com 6,8%, respectivamente. Já nos 2º e 3º Anos, a frequência é superior quanto ao desejo de engravidar (8,4%) no 2º Ano e 7,57% no 3º Ano e inferior quanto à solução de problemas familiares (6,8%) no 2º Ano e 6,06% no 3º Ano (Tabela 12).

Tabela 12

*Distribuição numérica e percentual das adolescentes quanto à percepção dos motivos que levam à gravidez precoce*

Motivos da gravidez adolescente	1º Ano		2º Ano		3º Ano	
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Não pensou que iria engravidar	35	26,8	17	28,8	19	28,79
Não esperava ter relação sexual naquele momento	20	15,2	9	15,2	11	16,67
Desconhecimento de métodos contraceptivos	29	22,2	11	18,8	11	16,67
Vergonha de pedir ao parceiro para usar camisinha	29	22,2	13	22	16	24,24
Queria engravidar	9	6,8	5	8,4	5	7,57
Solução de problemas familiares	9	6,8	4	6,8	4	6,06
<b>Total Global:</b>	<b>131</b>	<b>100</b>	<b>59</b>	<b>100</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

Fonte: Autor (2019)

A maior parte das adolescentes (99%), relataram que têm percepção das consequências que uma gravidez na adolescência pode trazer para suas vidas (Tabela 13).

Tabela 13

*Distribuição numérica e percentual das adolescentes quanto à percepção das consequências que uma gravidez precoce traz para a vida futura*

Você tem percepção das consequências que uma gravidez na adolescência traz para a vida adolescente?	1º Ano		2º Ano		3º Ano		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	41	97,6	19	100	20	100	80	99
Não	1	2,4	-	-	-	-	1	1
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

Fonte: Autor (2019)

O abandono dos estudos foi relatado como a principal consequência de uma gravidez adolescente não-planejada pelas adolescentes do 2º Ano (27,7%) e 3º Ano (30,7%). Em segundo lugar, a necessidade de trabalhar: 2º Ano (26,1%) e 3º Ano (29%). No 2º Ano a perda

da liberdade e a interrupção de projetos futuros foram igualmente relatadas (23,1%) em terceiro lugar, enquanto no 3º Ano a interrupção de projetos futuros foi relatada em terceiro lugar (22,6%) e a perda da liberdade em quarto lugar (17,7%). No 1º Ano a necessidade de trabalhar para ajudar nas despesas foi a mais citada (27,5%); em segundo lugar a interrupção de projetos (25,5%); em terceiro o abandono dos estudos (24,9%) e em quarto, com percentual inferior (22,1%) a perda da liberdade (Tabela 14).

Tabela 14

*Distribuição numérica e percentual das adolescentes quanto à identificação de possíveis mudanças que uma gravidez inesperada pode acarretar*

<b>Gravidez inesperada e possíveis mudanças na vida das adolescentes</b>						
	<b>1º Ano</b>		<b>2º Ano</b>		<b>3º Ano</b>	
	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa</b>
Abandono dos estudos	37	24,9	18	27,7	19	30,7
Necessidade de Trabalhar para ajudar nas despesas	41	27,5	17	26,1	18	29
Perda da liberdade	33	22,1	15	23,1	11	17,7
Interrupção de projetos futuros	38	25,5	15	23,1	14	22,6
<b>Total Global:</b>	<b>149</b>	<b>100</b>	<b>65</b>	<b>100</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

Fonte: Autor (2019)

#### 6.4.6 Reincidência da gravidez na adolescência

Condições econômicas, nível de escolaridade e conflitos familiares estão entre os motivos relatados que podem levar à reincidência da gravidez na adolescência.

Os dados obtidos nos 2º e 3º Anos foram mais próximos se comparados com o 1º Ano. Neste, o nível de escolaridade ocupa o primeiro lugar (40,3%); conflitos familiares, o segundo (32,8%) e condições econômicas o terceiro (26,9%). Já no 2º Ano, condições econômicas (41,7%), ocupa o primeiro lugar; enquanto no 3º Ano condições econômicas e conflitos familiares ocupam igualmente o primeiro lugar (40,9%). No 2º Ano conflitos familiares ocupa



o segundo lugar (37,8%) e nível de escolaridade ocupa o terceiro (20,8%). No 3º Ano, o nível de escolaridade ocupa o terceiro lugar com índice de 18,2%, inferior ao primeiro e segundo lugares (Tabela 16).

Tabela 15

*Distribuição numérica e percentual das adolescentes quanto à percepção dos motivos que podem levar a reincidência da gravidez na adolescência*

<b>Motivos que podem levar a reincidência de gravidez na adolescência</b>						
	<b>1º Ano</b>		<b>2º Ano</b>		<b>3º Ano</b>	
	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa</b>
Condições econômicas	18	26,9	10	41,7	9	40,9
Nível de escolaridade	27	40,3	5	20,8	4	18,2
Conflitos familiares	22	32,8	9	37,5	9	40,9
<b>Total Global:</b>	<b>67</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

Fonte: Autor (2019)

## 7 DISCUSSÃO

A análise do perfil sociodemográfico das adolescentes participantes da pesquisa apontou que a idade cronológica é compatível com o grau de escolaridade o que demonstra linearidade na frequência escolar sem períodos de evasão e retorno. Todas as adolescentes estavam regularmente matriculadas e frequentavam normalmente os respectivos anos de acordo com a idade cronológica, no momento da aplicação do questionário.

As pesquisas que embasaram teoricamente o presente estudo apontam a importância da frequência escolar como forma de prevenção da gravidez precoce, além de destacar que o não retorno à escola causado pela maternidade e pela constituição da família dificultam a inserção futura no mercado de trabalho perpetuando o ciclo de pobreza dessas adolescentes (GUIMARÃES, 2001; MANUAL TÉCNICO 2006b; ROCHA e MINERVINO, 2009; TABORDA et. al., 2014; UNFPA, 2016; SILVA et. al, 2017).

Neste estudo, como veremos posteriormente, nenhuma adolescente engravidou, confirmando a relação entre frequência escolar e proteção em relação a uma eventual gravidez.

O predomínio de adolescentes brancas (49,5%) nos três anos, não pode ser considerado como um fator imprescindível para correlacionar a cor com a frequência escolar e a não ocorrência de gravidez, já que a cor parda totalizou 37% e a preta 13,5%, porcentagens inferiores, mas não menos relevantes para efeito de comparação. Independentemente da cor, não ocorreu gravidez. Estes resultados contrariam estudo realizado por Cruz; Carvalho; Irfi (2016), os quais concluíram que a cor branca diminui a possibilidade de uma gravidez precoce e que, comparativamente, não ser branca aumenta a possibilidade de uma gravidez precoce para adolescentes; ressaltando que as mulheres pretas que residem no Norte e Nordeste têm maior probabilidade de engravidar quando comparadas com aquelas que residem na região sul.

A renda familiar predominante entre 1 e 3 salários mínimos (79%) pôde ser apontada neste estudo como um fator importante tanto para a permanência das adolescentes na escola como para prevenir uma gravidez precoce. Vários relatórios e estudos relatam a pobreza como causa e/ou consequência da gravidez na adolescência que perpetua um círculo vicioso de pobreza ( ROCHA, SIMÕES, GUEDES, 1997; YAZLLE, 2006; MARCO TEÓRICO REFERENCIAL, 2016; OPAS/ OMS, UNFPA, UNICEF, 2016; UNFPA , 2017; ).

Um total de 59% dos pais das adolescentes viviam juntos enquanto 32,1% estavam separados no momento da pesquisa. Apenas 8,8% relataram que os pais nunca viveram juntos. Famílias uniparentais formadas geralmente só por mães são citadas na literatura (HERTZ, 1977 apud GUIMARÃES,2001) como fator que pode gerar gravidez precoce; porém neste estudo não foi possível comprovar esta possibilidade, visto que nenhuma das adolescentes já engravidou.

Todas as adolescentes deste estudo se autodeclararam solteiras.

Os resultados apontaram que 91,3% das adolescentes eram informadas sobre sexualidade, variando apenas o grau da informação (informada; relativamente informada; muito informada). A pesquisa evidenciou também que as informações recebidas foram esclarecedoras nos três anos. Outro dado importante foi a constatação de que mais da metade das adolescentes (53,1%), relataram ter conversado com as mães sobre menstruação em um período anterior à menarca, enquanto 37% somente, tiveram essa conversa após a primeira menstruação. Tais dados agrupados permitem concluir que as adolescentes são informadas sobre sexualidade. Neste estudo, conforme será apontado posteriormente não ocorreu nenhuma gestação precoce entre as adolescentes, sendo possível pois, correlacionar acesso a informação versus não-ocorrência de gravidez adolescente.

Belo e Silva (2004), constatam em pesquisa realizada na Unicamp a falsa crença de que uma das principais causas da gravidez na adolescência seria falta de informação. Os autores constatam que 60% das adolescentes conhecem pelo menos seis tipos de contraceptivos. Entretanto, outros estudos como os realizados por Hoga; Borges e Reberte (2010); Guimarães e Witter (2007); Santos e Nogueira (2009), apontam que há um descompasso entre ter conhecimento sobre métodos contraceptivos e saber usá-los corretamente. Já, Magalhães (2007) constata em seu estudo a presença da desinformação, entretanto, o público alvo de sua pesquisa é composto por adolescentes que haviam abandonado precocemente seus projetos relacionados à qualificação profissional, já que as taxas de evasão escolar eram elevadas.

As primeiras fontes de informação sobre sexualidade referida pelas adolescentes obedeceram a um padrão semelhante nos três anos: em primeiro lugar- escola/professores; em segundo- mídia digital e eletrônica; em terceiro e quarto- alternância entre mães e amigos, em quinto- familiares; em último- pai.

Diante de tais conclusões, foi possível observar-se a importância da discussão de temas relacionados a sexualidade para as adolescentes alvo desta pesquisa. Estudo realizado por Fonseca; Gomes e Teixeira (2010) apresenta a mesma conclusão: o ambiente escolar é o espaço ideal para obtenção de informação sobre sexualidade.

Por sua vez, a mídia digital e eletrônica faz parte do cotidiano das adolescentes e assumiram fonte primordial de informação, embora sejam em muitos casos utilizadas sem critério e sem aval de confiabilidade. Sehnem et. Al. (2018) também apresentam a mesma conclusão em seus estudos, ressaltando que, às vezes, a linguagem utilizada é distante dos adolescentes e não se configuraria, portanto, em informações aplicáveis.

Em terceiro e quarto lugares foram relatadas alternadamente, as informações oriundas das mães e amigos. Os amigos exercem papel muito importante como fonte de informação já

que suas próprias experiências atuam como sinalizadoras para os outros (SEHNEM et. al.,2018). Já a categoria mãe, foi reveladora, visto que tanto na pesquisa de Fonseca; Gomes e Teixeira (2010), como de Sehnem et. al. (2018) evidenciaram a dificuldade de diálogos com os pais quando o assunto é sexualidade. A categoria pai, por sua vez, ocupou o último lugar, no caso específico deste estudo, esse resultado, pode ser atribuído ao fato de que a amostra é composta por adolescentes do sexo feminino e, portanto, as meninas têm, na maioria das vezes, maior facilidade em conversar com as mães.

Os familiares aparecem em quinto lugar como opção para conversas com alguém do núcleo familiar mais jovem, embora mais experiente (SEHNEM et. al.,2018). As mídias impressas dividem o quinto lugar com os familiares, não menos importante que a mídia digital eletrônica, embora talvez não tão atraente para as adolescentes, que com apenas um “clique” podem acessar qualquer conteúdo.

Quando questionadas sobre a preferência do interlocutor para conversas sobre sexualidade, a categoria amigos ocupou o primeiro lugar; a categoria mãe o segundo e familiares o terceiro. A categoria amigos já foi justificada anteriormente, assim como a categoria mãe e familiares. Novamente, a categoria pais ficou um último lugar, provavelmente, pelos motivos apontados anteriormente.

Os resultados deste estudo evidenciaram que 45,7% das adolescentes já iniciaram a vida sexual, sendo que a frequência percentual apresentou estatisticamente semelhantes nos três anos, ou seja, 45,2% no 1º Ano; 47,4% no 2º Ano e 45,7% no 3º Ano. A idade da primeira relação sofreu variação entre três anos. Observou-se que as adolescentes do 1º Ano tiveram a primeira relação sexual mais precocemente, ou seja, 42,1% com 13 anos. A idade de 15 anos foi a segunda mais citada pelas adolescentes (36,9%), valor estatisticamente muito superior aos demais anos.

As conclusões apresentadas estão em conformidade com os estudos que embasaram teoricamente esta pesquisa, isto é, a iniciação sexual cada vez mais precoce, um comportamento de risco que pode levar a gravidez não planejada e ocorrência de DSTs ( GODINHO et. al, 2005; MAGALHÃES et.al 2006; SOUZA; GOMES, 2009 ). A precocidade cada vez mais acentuada da menarca atua como agente facilitador que pode favorecer a antecipação da primeira relação em decorrência de mudanças hormonais que acontecem no organismo das adolescentes. Assim, quanto mais tarde acontecer a menarca, mais tarde aconteceria a primeira relação ( LEAL; SILVA, 2001).

Neste estudo, não foi abordada a idade da menarca, no entanto, pressupõe-se que para as adolescentes do 1º Ano, ela teria acontecido mais precocemente.

Para 51,3% das adolescentes a primeira relação foi planejada, sendo que, as frequências percentuais oscilaram significativamente entre os três anos: 100% no 1º Ano; 57,9% no 2º Ano e 77,8% no 3º Ano. Estes resultados diferem dos resultados de Borges e Shor (2002), em que os adolescentes referem a primeira relação como algo que “ simplesmente aconteceu”. Embora o estudo dos autores citados tenha sido realizado com adolescentes de ambos os sexos, o não planejamento da primeira relação foi semelhante.

Os relatos evidenciaram que as adolescentes, em sua grande maioria (83,8%), iniciaram a vida sexual com alguém com quem mantinham um vínculo amoroso: 79% no 1º Ano; 100% no 2º Ano e 77,8% no 3º Ano. Apenas uma pequena porcentagem (8,1%), mas não menos importante e um sinal de alerta, relataram ter iniciado a vida sexual com alguém que apenas conhecia, ou que nem mesmo conhecia. Tais resultados confirmam a pesquisa de Borge; Shor (2002) e Pantoja (2003).

A primeira relação foi prazerosa para 67,5% das adolescentes com diferenças estaticamente significantes entre os três anos: 68,5% no 1º Ano; 88,9% no 2º Ano e 44,4% no 3º Ano.

Nenhuma das adolescentes objeto deste estudo já engravidou, no entanto, a grande maioria (95%) relataram conhecer adolescentes que engravidaram entre 12 e 18 anos. As justificativas já foram exaustivamente discutidas: assim como existem fatores que protegem as adolescentes de uma gravidez precoce, existem tantos outros que as estimulam.

Em relação ao conhecimento dos métodos contraceptivos, os resultados revelaram que 98,8% do total das adolescentes conheciam os métodos contraceptivos. Entretanto, somente 42% relataram que tomam cuidado para evitar a gravidez, enquanto 13,5% relataram não tomar nenhum cuidado e 37% relataram que, às vezes tomam cuidado. É importante salientar que 40,8% do total amostral não respondeu a esta questão, provavelmente porque ainda não iniciaram a vida sexual e, assim acham que não é necessário tomar nenhum cuidado contraceptivo.

Vários estudos evidenciam a mesma conclusão, ou seja, quase todas as adolescentes conhecem os métodos contraceptivos, contudo há um grande hiato entre conhecer e realmente utilizá-los, portanto, não existem relação de causa e efeito entre o conhecimento e o uso dos contraceptivos. Os mesmos estudos relatam também a ambivalência no que diz respeito ao uso de contraceptivos, uma vez que seu uso implica em assumir e expressar a própria sexualidade. As características inerentes à adolescência contribuem para estabelecer esta ambivalência (GUIMARÃES, 2001; DAMIANI, 2003; BELO, SILVA, 2004; SILVIA et. al., 2007).

Conforme outros estudos, o surgimento da pílula anticoncepcional, possibilitou a desvinculação entre sexo e função reprodutiva. Deste modo, o adolescente acaba por não adotar

um comportamento contraceptivo eficaz ( DIAS, GOMES, 1999; DIAS, GOMES, 2000; CANO, FERRIANI, GOMES, 2000).

A responsabilidade pela prevenção da gravidez apontou para conceitos culturalmente enraizados em nossa sociedade, extremamente machistas na qual os garotos não são educados para o compartilhamento da responsabilidade pela prevenção da gravidez. Embora 85,2% das adolescentes deste estudo, tenham relatado que a prevenção cabia tanto aos garotos como as garotas, houve 14,8% de relatos de adolescentes que consideravam que a responsabilidade cabia somente às garotas.

Estes resultados são semelhantes aos resultados de outros estudos que relatam a discrepância entre os padrões sexuais impostos para garotos e garotas. Embora tenham ocorrido mudanças na concepção do que cabe ao homem ou a mulher, ainda permanecem os estereótipos de gênero. Deste modo, a prevenção da gravidez é delegada às garotas, visto que os homens não são ensinados para ser corresponsáveis pelos cuidados anticoncepcionais (AMARAL, FONSECA, 2006; GOMES, 2006; GONÇALVES, KNAUTH, 2006; KONIG, FONSECA, GOMES, 2008; GREGOVISKI, SILVA, HLAVAC, 2016 ).

A pílula anticoncepcional de uso diário, a camisinha masculina (condom) e a camisinha feminina, foram os três métodos contraceptivos mais relatados pelas adolescentes deste estudo. Já o DIU e a tabelinha, foram os menos citados.

A conclusão desta pesquisa é semelhante à orientação de Bouzas; Pacheco e Eisenstein (2014), segundo a qual o mais comum é a associação entre a camisinha (condom) e o anticoncepcional hormonal combinado oral. Talvez, em decorrência de uma maior informação e conscientização dos adolescentes em relação à dupla proteção: previne gravidez, DSTs e AIDS. O destaque percentual dado a camisinha feminina causou estranheza de um certo modo, pois seu uso é mais complexo, precisando de treinamento prévio para que sua manipulação seja



adequada. Entretanto, o fato de a camisinha feminina impedir tanto a gravidez como prevenir DSTs e a AIDS, pode ter sido o motivo para sua referência, já que a garota teria responsabilidade total pelo seu uso, não dependendo do compartilhamento do companheiro.

Já a pílula anticoncepcional de uso diário e a camisinha masculina foram os métodos contraceptivos relatados como mais seguros para evitar gravidez. A tabelinha foi considerada o método menos seguro. As orientações de Bouzas, Pacheco e Eisenstein ( 2014 ) estão de acordo com os resultados desse estudo, embora com ressalvas. Para as autoras a pílula anticoncepcional de uso diário e considerada como um dos métodos hormonais mais eficazes entre os métodos contraceptivos; entretanto é exatamente na faixa etária da adolescência que acontece a maior frequência de uso incorreto e abandono. Complementam as autoras que, embora a camisinha masculina seja amplamente divulgada, na pratica também ocorre seu uso incorreto. Relatos das autoras confirmam dados complementares deste estudo: a tabelinha não funciona na adolescência, visto que as adolescentes têm dificuldade de calcular corretamente o período fértil.

O acesso aos métodos contraceptivos gratuitos oferecidos pelo SUS oscilou entre regular (58%) e bom (34,5%). A categoria ótimo, ocupou a última posição. Conforme o Blog da Saúde do Ministério da Saúde (BLOG DA SAÚDE, 2015) estão disponíveis oito tipos de contraceptivos. Entre os motivos apontados por este estudo para a ocorrência de uma eventual gravidez não planejada foram relatados em ordem de maior incidência: pensamento mágico de que não aconteceria uma gravidez; vergonha de pedir ao parceiro para usar camisinha; desconhecimento de métodos contraceptivos; não esperava ter relação naquele momento. Nos quatro motivos citados não houve diferenças estatísticas relevantes entre os três anos. Estudo realizado por Taborda et. al. (2014) relata a vergonha que as meninas têm de pedir ao parceiro para usar camisinha. Outros estudos relatam exaustivamente os demais motivos ( DIAS, GOMES, 1999; CANO, FERRIANI, GOMES, 2000; DIAS, GOMES, 2000; GUIMARÃES,

2001; DAMIANI, 2003; BELO; SILVA, 2004; AMARAL, FONSECA, 2006; GONÇALVEZ, KNAUTH, 2006; SILVA et. al., 2007; KÖNIG, FONSECA, GOMES, 2008 ).

Desejo de engravidar e solução de problemas financeiros também foram relatados pelas adolescentes, embora com frequências percentuais inferiores. Alguns estudos confirmam estes resultados (PATIAS et. al., 2001; DADOORIN, 2003; PANTOJA, 2003; GONTIJO, MEDEIROS, 2004; PRESADO, CARDOSO, CARMONA, 2004; OLIVEIRA, 2005; HOGA, 2008).

Quase todas as adolescentes (99%), deste estudo relataram ter percepção das consequências que uma gravidez precoce traz para a vida da adolescente.

Entre as consequências de uma gravidez adolescente não-planejada apontada por este estudo, ocorreu uma relativa convergência entre as adolescentes dos 2º e 3º Anos que relataram em ordem decrescente: abandono dos estudos; necessidade de trabalhar; interrupção de projetos futuros; perda de liberdade. Já no 1º Ano foram relatados em ordem decrescente: necessidade de trabalhar; interrupção de projetos futuros; abandono dos estudos; perda de liberdade.

Estudos relatam que a realidade das adolescentes que engravidam é muito impactada com o nascimento do bebê. Muitas adolescentes gostariam de continuar estudando, mas a responsabilidade nos cuidados com o bebê dificulta o retorno à escola, a não ser nos casos das meninas mais favorecidas economicamente. A necessidade de trabalhar para compor a renda familiar é outro motivo que dificulta o retorno à escola. Como em um círculo vicioso, ocorrerá a interrupção de projetos futuros. Portanto, estas três consequências estão interligadas e seus efeitos são observados com maior gravidade nas adolescentes de baixa renda, dando origem a um ciclo contínuo de baixa escolaridade e ausência de perspectiva futura ( BEMFAM, 1997; GIMARÃES,2001; MANUAL TÉCNICO 2006b; ROCHA, MINERVINO, 2009; TABORDA et. al., 2014; UNFPA, 2016; SILVA et. al., 2017).

Embora em último lugar as adolescentes deste estudo também relataram a perda de liberdade como decorrência de uma gravidez precoce. Taborda et. al. (2014) concluem que com o nascimento do bebê tudo muda e a liberdade característica da adolescência é naturalmente cerceada em função dos cuidados com o bebê, já que este será prioridade.

Este estudo evidenciou que vários motivos podem levar à reincidência da gravidez, tais como: condições econômicas; nível de escolaridade e conflitos familiares. Os resultados obtidos nos 2º e 3º Anos foram mais próximos, embora não idênticos, quando comparados ao 1º Ano. Estas mesmas categorias são relatadas em estudos realizados por Persona, Shimo e Tarallo, 2004; Bruno et. al. (2009); Nery et. al. (2015).

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez na adolescência é considerada como um problema social, visto que prejudica o desenvolvimento biológico, psicológico e social da adolescente. Deste modo, a expectativa de transição linear entre a adolescência e a juventude marcada por rituais é rompida e neste contexto a gravidez na adolescência surge como um fenômeno perturbador deste percurso linear, uma espécie de condição desviante originando sérios problemas sociais.

Entre os países da América do Sul, o Brasil é o quarto com maior número de adolescentes grávidas, ou seja, em cada grupo de mil meninas com idade entre 15 e 19 anos, 68,4% engravidam. A realidade apresentada por esta estatística transformou a gestação na adolescência em um problema de saúde pública, pois além dos riscos obstétricos, psicossociais e econômicos, também está associada à disseminação de DSTs e AIDs.

Traçar a percepção que as adolescentes têm com relação à gravidez precoce é imperativo não só para a implementação de políticas públicas direcionadas à prevenção da gravidez precoce, DSTs e AIDs, como também para o cuidado e o amparo das adolescentes que engravidam precocemente, principalmente aquelas que estão em condições mais vulneráveis. Embora os dados conclusivos deste estudo não possam ser generalizados e aplicados indistintamente a todas as adolescentes, ele atinge seu propósito de lançar novos olhares a pessoas tão homogêneas, mas ao mesmo tempo tão heterogêneas como as adolescentes. A maior parte das conclusões deste estudo estão de acordo com conclusões de outros estudos sobre o tema, entretanto, em virtude da escolha do público alvo desta pesquisa, são observadas algumas particularidades que podem não ter ocorrido em outros estudos.

Pôde-se constatar neste estudo que nenhuma adolescente já engravidou embora tenham relatado conhecer outras adolescentes que já engravidaram. Muitos fatores contribuíram para que não ocorresse gravidez precoce, entre eles, a compatibilidade entre a idade cronológica e o grau de escolaridade, a renda familiar e o privilégio de frequentar uma escola técnica

integrada ao ensino médio conceituada no Estado de São Paulo como a ETEC. A cor da pele e a presença de famílias uniparentais não implicaram em gravidez.

Todas as adolescentes deste estudo são solteiras e consideram-se informadas sobre sexualidade reiterando que as informações recebidas foram esclarecedoras. As primeiras fontes de informação sobre sexualidade referida pelas adolescentes obedecem a um padrão relativamente uniforme, evidenciando que algumas características das adolescentes são relativamente homogêneas e que buscam referência e informação com as mesmas pessoas.

A preferência de interlocutor para conversas sobre sexualidade evidenciou que a preferência recai sobre os amigos, pessoas que vivem os mesmos conflitos, ansiedades e dividem as mesmas experiências. A escolha da mãe, em segundo lugar, surpreendeu positivamente neste estudo, já que o diálogo entre mãe e filha nem sempre é fácil, quando o assunto é sexualidade.

A precocidade cada vez mais acentuada da iniciação sexual, em consequência da antecipação da menarca, que vem sendo observada globalmente, também foi evidenciada neste estudo. Embora não tenha sido questionada a idade da menarca, presume-se que tenha acontecido precocemente principalmente entre as alunas do primeiro ano. Para mais da metade das adolescentes a primeira relação foi planejada, prazerosa e aconteceu com alguém com quem mantinham vínculo amoroso.

Outro dado conclusivo importante deste estudo reside no relato de conhecimento de métodos contraceptivos em contraposição a sua não utilização. Estes dados reforçam a tese de que há um grande descompasso entre conhecer e utilizar, não ocorrendo, pois relação de causa e efeito. Cumpre ressaltar também a alta porcentagem de adolescentes que não responderam a questão, permitindo concluir que ainda não iniciaram a vida sexual e, portanto não acham necessário tomar qualquer cuidado contraceptivo.

Outro aspecto relevante evidenciado neste estudo é a responsabilidade pela prevenção da gravidez. Ainda que quase a totalidade das adolescentes tenha relatado o compartilhamento da responsabilidade, uma porcentagem significativa afirma que a responsabilidade cabe somente às garotas reforçando o estereótipo de gêneros.

A pílula anticoncepcional de uso diário, a camisinha masculina (condom) e a camisinha feminina são os métodos mais relatados pelas adolescentes deste estudo. A dupla proteção conferida pela combinação da pílula anticoncepcional de uso diário e pela camisinha é relatada como ideal pela literatura médica, embora ambas apresentem dificuldades de uso entre os adolescentes. As garotas relatam que têm conhecimento da distribuição gratuita de métodos contraceptivos pelo SUS e consideram-na como regular.

O pensamento mágico de que não aconteceria uma gravidez; vergonha de pedir ao parceiro para usar camisinha; desconhecimento de métodos contraceptivos; não esperava ter relação naquele momento são os motivos apontados para a ocorrência de uma eventual gravidez não-planejada. Os motivos referidos são semelhantes em vários estudos encontrados na literatura. O desejo de engravidar e solução de problemas financeiros também são relatados e, igualmente, é possível encontrar-se alguns estudos sobre o tema.

As adolescentes deste estudo revelam ter percepção do impacto que o nascimento do bebê traz para a vida das adolescentes, tais como: abandono dos estudos; necessidade de trabalhar; interrupção de projetos futuros e perda da liberdade.

Os dados encontrados neste estudo evidenciam pois, a complexidade do tema e as suas múltiplas faces. Pensar na gravidez na adolescência apenas como um problema é uma visão muito simplista que reduz a temática a uma resposta homogênea. Comparando-se os dados deste estudo com os dados de outros estudos que embasaram teoricamente esta pesquisa percebe-se que embora seja possível tecer narrativas semelhantes, é importante pensar a importância da contextualização das pessoas envolvidos no estudo, principalmente no que diz

respeito às origens socioeconômicas. Este mesmo estudo realizado em outra região da cidade poderia apresentar resultados divergentes, assim como se tivesse sido realizado nas regiões Norte e Nordeste.

É essencial um olhar de preocupação e cuidado para o descompasso que há entre conhecer e usar os métodos contraceptivos; mesmo com a facilidade de acesso aos métodos, que são, inclusive, distribuídos gratuitamente pelo SUS. Somente ter acesso à informação não é suficiente para evitar a gravidez na adolescência, é preciso utilizar efetivamente os métodos contraceptivos, além de trazer os adolescentes do sexo masculino para a discussão, já que eles devem ser corresponsáveis pela proteção realizada de forma segura. É urgente pois, um trabalho conjunto das equipes de saúde do município, das famílias, das escolas com o objetivo de preencher esta lacuna na aprendizagem que pode gerar infinitas consequências futuras.

## REFERÊNCIAS

- AMARAL, M. A.; FONSECA, R. M. G. da S. Entre o desejo e o medo: As representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual. *Revista Escola de Enfermagem, USP*, v.40, n.4, p. 469-476, 2006. Disponível em :<[www.scielo.br/pdf/reusp/v40n4/v40n4203.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reusp/v40n4/v40n4203.pdf)> Acesso em: 21.out.2017.
- AMARAL, V. L. do. *Psicologia da educação*. Natal: Edufrn, 2007. Disponível em: <[www.ead.uepb.edu.br/arquivos/cursos/Geografia\\_PAR\\_UAB/Fasciculos%20-%20Material/Psicologia\\_Educacao/Psi\\_Ed\\_A0.5\\_J\\_GR\\_20112007.pdf](http://www.ead.uepb.edu.br/arquivos/cursos/Geografia_PAR_UAB/Fasciculos%20-%20Material/Psicologia_Educacao/Psi_Ed_A0.5_J_GR_20112007.pdf)>. Acesso em: 28 ago.2018.
- ARIÉS, P. *História social da criança e da família*, Tradução de Dora Flaksman. 2. Ed. Rio de Janeiro; LTC, 2006.
- BELO, M. A. V.; SILVA, J. L. P. Conhecimento, atitude prática sobre métodos anticoncepcionais em adolescentes gestantes. *Revista Saúde Pública*, v.34, n.4, p. 449-487, 2004. Disponível em :<[www.scielo.br/pdf/rsp/v38n4/21075.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n4/21075.pdf)> Acesso em: 05.nov.2017.
- BENFAM. *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde*. 1966. Rio de Janeiro, 1997.
- BORGES, A. L. V.; SHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo. *Caderno de Saúde Pública*, v. 21, n.2, p. 499-507, mar./ abr. 2005. Disponível em: < [www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/16.pdf)>. Acesso em: 10 dez.2018.
- BOUZAS, S. I.; PACHECO, A.; EISENSTEIN, E. Orientação dos principais contraceptivos durante a adolescência. *Adolescência e Saúde*, v.1, n.2, p. 27-33, ab./jun.2004.



Disponível em: <[www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=218](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=218)> Acesso em: 20.ago.2018.

BLOG DA SAÚDE. Ministério da Saúde. Conheça mais sobre os métodos contraceptivos distribuídos gratuitamente no SUS – Parte I. Brasília, 2015. Disponível em: <[www.blogsauade.gov.br?35440-conheca-mais-sobre-os-metodos-contraceptivos-distribuidos-gratuitamente-no-sus-psrte-:.html](http://www.blogsauade.gov.br?35440-conheca-mais-sobre-os-metodos-contraceptivos-distribuidos-gratuitamente-no-sus-psrte-:.html)>. Acesso em: 10 jan. 2019.

BRASIL. Código Penal – Decreto lei nº 2848/1940. Brasília, DF. Disponível em: <[www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/529748/codigo\\_penal\\_1ed.pdf](http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/529748/codigo_penal_1ed.pdf)>. Acesso em 23 out. 2018.

BRASIL, Lei nº8069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF, jul 1990. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.html](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.html)> Acesso em: 10.out.2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Ações Programáticas Estratégicas. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva dos adolescentes e jovens. Brasília, Ministério da Saúde, 2006 a. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/07\\_0471\\_m.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/07_0471_m.pdf)> Acesso em: 14.mar.2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília, Ministério da Saúde, 2006 b. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/maual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/maual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf)> Acesso em: 14.mar.2018.

BRASIL. Lei nº 12015, de 07 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto - Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940 – Código Penal e o art. 1º da Lei nº

8.072 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata da corrupção de menores. Disponível em: < [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato\\_2007-2010/2009/lei/112015.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato_2007-2010/2009/lei/112015.htm)>. Acesso em: 23 out.2018.

BRASIL, Rede Nacional Primeira Infância. Cartilha primeira infância e gravidez na adolescência, biênio 2013/2014. Fortaleza. 2013/2014. Disponível em:<[primeirainfancia.org.br/wrp\\_content/uploads/2015/01/cartilha\\_Gravidez\\_adol\\_FINAL\\_HD.pdf](http://primeirainfancia.org.br/wrp_content/uploads/2015/01/cartilha_Gravidez_adol_FINAL_HD.pdf)> Acesso em 28.out.2018.

BRUNO, Z. V. et. al. Reincidência da gravidez em adolescentes. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v.31, n.10, não paginado, 2009. Disponível em :<[www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n10/02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n10/02.pdf)>Acesso em: 11.nov.2017.

CANO, M. A. T.; FERRIANI, M. das G. C.; GOMES, R. Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. Revista Latino- Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, v.8, n.2, p.18-24, 2000. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n2/12413>> Acesso em: 10.out.2017.

CORREIA, V. A. Gravidez na adolescência: construção discursiva de uma condição desviante?, 2014. 128f. Dissertação (Mestrado em Filosofia)\_ Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em:< [www.teses.usp.br/teses/disponiveis/100/100135/tde-03062014-173127/pt.br.php](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/100/100135/tde-03062014-173127/pt.br.php)> Acesso em: 16.set.2018.

COSTA, J. F. Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 2004.

CRUZ, M.S. da; CARVALHO, F.J.V; IRFFI, G. Perfil Socioeconômico demográfico, cultural, regional e comportamental da gravidez na adolescência no Brasil. Planejamento e

Políticas Públicas, n. 46; jan./jun. 2016. Disponível em: < repositório. Ipea.gov.br/bitstream/11058/6577/1/ppp\_n46\_perfil\_socioeconomico.pdf>. Acesso em: 16 dez.2018.

DADOORIAN, D. Gravidez na adolescência: um novo olhar. *Psicologia, Ciência e Profissão*. v.21, n.3, p. 84-91, 2003. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/pcp/v23n1/v23n1a12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/pcp/v23n1/v23n1a12.pdf)> Acesso em: 18.jun.2018.

DAMIANI, F. E. Gravidez na adolescência: a quem cabe prevenir? *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre. v.24, n.2, p.161-168, 2003. Disponível em: <<https://ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem/article/viewFile/4469/2403>>. Acesso em: 2.set.2018.

DEL PRIORE, M. *Ao Sul do Corpo*. 2 ed. São Paulo: Unesp, 2009.

DIAS, A. G. G.; GOMES, W. B. Conversas em família sobre sexualidade e gravidez na adolescência: percepção de jovens gestantes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Porto Alegre, v.13, n.1, p. 109-125, 2000. Disponível em: <[https://www.scielo.php?script=sci\\_artlex&prd=S0102-79722000000100013&Ing=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.php?script=sci_artlex&prd=S0102-79722000000100013&Ing=en&nrm=iso&tlng=pt)> . Acesso em: 6.out.2017.

DIAS, A. G. G.; GOMES, W. B. Conversas sobre sexualidade na adolescência: a percepção dos pais. *Estudos de Psicologia*. Porto Alegre, v.4, n.1, p. 79-106, 1999. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/epsic/v4n1/206v04n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/epsic/v4n1/206v04n1.pdf)> Acesso em: 26.out.2017.

DOLTO, F. *A causa dos adolescentes*, tradução de Julieta Leite. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1990.

EISENSTEIN, E. *Adolescência: definições, conceitos e critérios Adolescência e Saúde*. Rio de Janeiro, v.2, n.2, p. 6-7, 2005. Disponível

em:<[https://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?rd=167](https://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?rd=167)> Acesso em: 01.nov.2017.

FALCÃO, D. V. S.; SALOMÃO, N. M. Mães adolescentes de baixa renda: um estudo sobre as relações familiares. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v.58, n.2, p.11-23. Disponível em:<[pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v58n2/v58n2a03.pdf](https://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v58n2/v58n2a03.pdf)> Acesso em: 24.nov.2018.

FONSECA, A.D.; OLIVEIRA GOMES, V.L. de; TEIXEIRA, K.C. Percepção de adolescentes sobre uma ação educativa em orientação sexual realizada por acadêmicos ( as ) de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*, v. 14, n.2, p.330-337, abr./jun.2010. Disponível em : [www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/16.pdf). Acesso em: 10 dez. 2018.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: a vontade do saber*. São Paulo:Ed. Graal, 1998.

FREYRE, G. *Casa grande e senzala*. 48 ed. São Paulo: Ed. Global, 2003.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GODINHO, R. A. et. al. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v.8, n.2, p.25-32, 2000. Disponível em:<[www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n8/02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n8/02.pdf) > Acesso em: 22.ago.2018.

GOMES, S. M. T. de A. Maternidade e paternidade responsáveis. *Adolescência e Saúde*, v.3, n.3, p.11-17, 2006. Disponível em: <[www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=126](https://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=126)> Acesso em: 8.fev.2019.

GONÇALVES, H.; KNAUTH, D. R. Aproveitar a vida, juventude e gravidez. *Revista de Antropologia*. São Paulo, v.49, n.2, p. 626-643, 2006. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/ra/v49n2/04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ra/v49n2/04.pdf)> Acesso em: 20.out.2017.

GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M. Gravidez/ maternidade e adolescentes em situação de risco social e pessoal: algumas considerações. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.6, n.3, p. 394-399, 2004. Disponível em: < Arquivo/file:///C:Users/User/Downloads/830\_Texto%20do%20artigo-4654-110-20061222%20(4).pdf> Acesso em: 20.ago.2018.

GREGOVISKI, V. R.; SILVA, F. L. da; HLAVAC, L. A. B. É menino ou menina?: a construção da identidade de gênero através de brinquedos. *Perspectiva*. Erechim, v.40, n.152, p. 89-90, 2016. Disponível em: < [www.unicer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/152\\_597.pdf](http://www.unicer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/152_597.pdf)> Acesso em: 10.fev.2019.

GROSSMAN, E. A construção do conceito de adolescência no Ocidente. *Adolescência e Saúde*, v.7, n.3, p. 47-51, jul./set., 2010. Disponível em: <[www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id = 235](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id = 235)> Acesso em: 6.set.2018.

GUIMARÃES, E.B. Gravidez na adolescência: fatores de risco. In: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V. da (Coord.). *Adolescência: prevenção e risco*. São Paulo: Atheneu, 2001. cap. 28, p.291-298.

GUIMARÃES, E. A.; WITTER, G. P. Gravidez na adolescência: conhecimentos e prevenção entre jovens. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*. v.27, n.2, p.167-180,2007. Disponível em:< [pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v27n2/v27n2a14.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v27n2/v27n2a14.pdf)> Acesso em: 5.dez.2018.

GURGEL, M. G. I. et. al. Gravidez na adolescência: tendência na produção científica. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*, v.12, n.4, p. 799-805, dez. 2008. Disponível em:<[www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a27.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a27.pdf)> . Acesso em: 20.jan.2019.

HERTZ, D. G. Psychological implications of adolescent pregnancy: palterns of family interaction in adolescent.mothers- to be. In. GUIMARÃES, E.B. Gravidez na

- adolescência: fatores de risco. In: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V. da (Coord.). Adolescência: prevenção e risco. São Paulo: Atheneu, 2001. cap. 28, p.291-298.
- HOGA, L. A. K. Maternidade na adolescência em uma comunidade de baixa renda: experiências reveladas pela história oral. Revista Latino- Americana de Enfermagem, v.12, n.2, não paginado, 2008. Disponível em:<[www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt\\_17](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_17)> Acesso em: 21.nov.2017.
- HOGA, L. A. K; BORGES, A. L. V.; REBERTE, L. M. Razões e reflexos da gravidez na adolescência: narrativas dos membros da família. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v.14, n.1, p. 151-157, jan-mar 2010. Disponível em:<[www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a22](http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a22)> Acesso em: 2.dez.2018.
- KNOBEL, M. Visão psicológica da adolescência normal. In. COATES, V.; BEZNOS, G. W; FRANÇOSO, L. A. (Coord.) Medicina do adolescente. 2.ed.rev. e ampl. São Paulo: Sarvier, 2003. p.39-44.
- KÖNIG, A. B.; FONSECA, A. D. da; GOMES, V. L. de Representações sociais de adolescentes priméparas sobre ser mãe. Revista Eletrônica de Enfermagem, v.10, n.2, p. 405-413, 2008. Disponível em:<<https://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/pdf/v10n2a12.pdf>> Acesso em: 14.fev.2019.
- LEAL, M. M. ; SAITO, M. I. Síndrome da adolescência normal. In: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V. da (Coord.). Adolescência: prevenção e risco. São Paulo: Atheneu, 2001. cap. 10, p.105-113.
- LEAL, M. M. ; SILVA, L. E. V. da. Crescimento e desenvolvimento puberal. In: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V. da (Coord.). Adolescência: prevenção e risco. São Paulo: Atheneu, 2001. cap. 5, p.41-58.

- LISBOA, G. Gravidez na adolescência no Brasil supera a média da América do Sul. R7 Notícias, São Paulo, 02.mar.2018. Saúde. Disponível em: <  
[https://noticias.r7.com/saude/gravidez na adolescencia no brasil supera media da america do sul\\_02032018](https://noticias.r7.com/saude/gravidez_na_adolescencia_no_brasil_supera_media_da_america_do_sul_02032018)> Acesso em: 25.out.2018.
- MAGALHÃES, M. de L. C. et. al. Gestação na adolescência precoce e tardia: há diferença nos riscos obstétricos? Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v.28, n.8, p.446-452, 2006. Disponível em:< [www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n8/02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n8/02.pdf)> Acesso em: 22.ago.2018.
- MAGALHÃES,R. Gravidez recorrente na adolescência: o caso de uma maternidade pública. Revista Adolescência e Saúde. v.2, n.1, p.23-32, jan-mar, 2007. Disponível em:<[www.adolescenciaesaude.com/detalhe/artigo.asp?id=117](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe/artigo.asp?id=117)> Acesso em: 6.dez.2018.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de metodologia científica. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- NERY, I. S. et. al. Fatores associados à reincidência da gravidez após gestação na adolescência no Piauí, Brasil. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v.24, n.4, p.671-680, out/dez, 2015. Disponível em:<  
[https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/ress/v24n4/2237-9622\\_ress\\_24-04-00671.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/ress/v24n4/2237-9622_ress_24-04-00671.pdf)> Acesso em: 8.fev.2019.
- OLIVEIRA, N. R. de Maternidade de adolescentes de periferias sociais e urbanas: algumas análises à luz da psicologia ambiental. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, v.15,n.1, p.69-77, 2005. Disponível em: [pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v15n1/08.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v15n1/08.pdf)> Acesso em: 26.ago.2018.

OMS/OPS. Organização Mundial de Saúde/ Organização Panamericana de Saúde. La salud del adolescente y el joven em las Americas, D.C.,1985, D.C. OPS. Publicación científica, 489.

OPAS/OMS. Organização Panamericana de Saúde/ Organização Mundial da Saúde; UNFPA. Fundo da População das Nações Unidas; UNICEF. Fundo das Nações Unidas. Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean. Washington D.C., USA, August 29-30,2016. Disponível em: </iris.paho.org.xmlw/bitstream/handle/123456789/34493/9789275119761-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lua=1> Acesso em: 26.out.2018.

PALHARES, I. De risco, gravidez até 14 anos persiste no país. Estadão Conteúdo, Brasil, 08.jan.2018 Geral. Disponível em:<https://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,derisco\_gravidez\_ate\_14anos\_persiste\_no\_pais.70002142242> Acesso em: 26.out.2018.

PANTOJA, A. L. N. Ser alguém na vida: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará. Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.335-343, 2003. Disponível em :<[www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a15v19s2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a15v19s2.pdf)> Acesso em: 30.ago.2018.

PATIAS, N. D. et. al. Considerações sobre a gestação e a maternidade na adolescência Mudanças- Psicologia da Saúde, v.26, n.2, p.31-38, jan/jun.2011. Disponível em:<https://www.metodista.br/revistas/revistas\_ims/indez.php/MUD/article/view/2381/2916> Acesso em: 11.fev.2019.



PERSONA, L.; SHINO, A. K. K.; TARALLO, M. C. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. *Revista latino- Americana de Enfermagem*, v.12, n.5, p. 745-750, 2004. Disponível em:<[repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIT/35854/1/S0104-1162004000500007.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIT/35854/1/S0104-1162004000500007.pdf)> Acesso em: 5.dez.2018.

PORTAL BRASIL. Governo do Brasil. Número de adolescentes grávidas cai 17% no Brasil. Brasília, DF, 2017. Disponível em:<<https://www.brasil.gov.br/2017/05/numero-de-adolescentes-gravidas-cai-17-no-brasil>> Acesso em: 27.set.2017.

PRESADO, M. H.; CARDOSO, M.; CARMONA, A. P. Gravidez na adolescência: projeto de vida ou ausência dele. In. Congresso Ibero-Americano em Investigação Quantitativa, 3, 2004, Badayoz. Livro de Atlas do 3 Congresso Ibero- Americano em Investigação Científica. Lisboa. Edicion Ludimedia. ISBN: 978-972 – 8914-47-9. Disponível em:<<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ/article/view/460/456>> Acesso em: 11.out.2017.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas de pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em:<[www.feevale.br/.../E-book%20metodologia%20Trabalho%20Cientifico.pdf](http://www.feevale.br/.../E-book%20metodologia%20Trabalho%20Cientifico.pdf)> Acesso em: 4.nov.2017.

REIS, A. O. A.; ZIONI, F. O lugar do feminino na construção do conceito de adolescência. *Revista Saúde Pública*, V.27, n.6, p.472-477,1993. Disponível em:<[https://www.scielo.org/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rsp/v27n6/10.pdf](https://www.scielo.org/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v27n6/10.pdf)>. Acesso em: 6 set.2018.

ROCHA, L. C.; MINERVINO, C. A. M. Ser mãe adolescente: sentimentos e percepções.

Revista Brasileira de Medicina. João Pessoa, v.44, n.6, p. 242-247, 2009. Disponível

em:< [https://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=3940](https://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3940)>

Acesso em: 22.nov.2017.

SAITO, M. I. Adolescência, vulnerabilidade e risco. A prevenção em questão. In: SAITO, M.

I.; SILVA, L. E. V. da (Coord.). Adolescência: prevenção e risco. São Paulo: Atheneu,

2001b. cap. 4, p.33-38.

SAITO, M. I. Medicina de adolescentes: visão histórica e perspectiva atual. In: SAITO, M. I.;

SILVA, L. E. V. da (Coord.). Adolescência: prevenção e risco. São Paulo:

Atheneu,2001a. cap.1, p.3-9.

SANTOS, C. A. C.; NOGUEIRA, K. T. Gravidez na adolescência: falta de informação?

Revista Adolescência e Saúde. v.6, n.1, p.48-56, 2009. Disponível

em:<[www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=42](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=42)> Acesso em:

6.dez.2018.

SANTOS, R. de C. A. N. et. al. Realidades e perspectivas de mães adolescentes acerca da

primeira gravidez. Revista Brasileira de Enfermagem, v.71, n.1, p.73-80, 2018.

Disponível em:< [www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/pt\\_0034\\_7167-reben-71-01-](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/pt_0034_7167-reben-71-01-0065.pdf)

[0065.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/pt_0034_7167-reben-71-01-0065.pdf)> Acesso em: 8.fev.2019.

SÃO PAULO (CIDADE) Secretária da Saúde Coordenação do Desenvolvimento de Programas

e Políticas de Saúde\_COODEPPS. Manual de Atenção à Saúde do Adolescente. São

Paulo: SMS, 2006.

SEHNEM, G. D. et al. Sexualidade de adolescentes que vivem com HIV/aids: fontes de

informação delimitando aprendizado Escola Anna Nery, v.22, n.1, p.1-9, 2018.

Disponível em:[www.scielo.br/ean/v22n1/pt1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0120.pdf](http://www.scielo.br/ean/v22n1/pt1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0120.pdf). Acesso em: 12 dez 2018.

SILVA, N. C. B. da et. al. Proposta de instrumento para avaliar conhecimento sobre métodos contraceptivos. Revista Paidéia. Ribeirão Preto, v.17, n.38, p. 365-374, 2007. Disponível em:< [https://file://C:/users/use/downloads/6443-8856-1-PB%20\(1\).pdf](https://file://C:/users/use/downloads/6443-8856-1-PB%20(1).pdf)> Acesso em: 10.out.2017.

SILVA, Q. A. D. da et. al. Fatores socioeconômicos relacionados à gravidez na adolescência. Revista Eletrônica Acervo Saúde. v.sup 5, p. 525-531, 2017. Disponível em:<<https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS10.pdf>> Acesso em: 20.jan.2018.

SOUSA, M. C. R. de; GOMES, K. R. G. Conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes com antecedentes gestacionais. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.25, n.3, p. 645-654, 2009. Disponível em:<[www.scielo.br/pdf/csp/v25n3/19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n3/19.pdf)> Acesso em: 20.ago.2018.

TABORDA, J. A. et. al. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. Caderno Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.22, n.1, p. 16-24, 2014. Disponível em:<[www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-0016.pdf](http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-0016.pdf)> Acesso em: 12.jan.2019.

UNFPA- Fundo da População das Nações Unidas. Situação da população mundial 2017. Mundos distantes: saúde e direitos reprodutivos em uma era de desigualdade. Escritório da UNFPA no Brasil, 2017. Disponível em:< <http://unfpa.org.br/swop2017.pdf>> Acesso em: 29.set.2017.

UNFPA, Fundo da População das Nações Unidas. Fecundidade e Maternidade no Cone Sul: anotações para a construção de uma agenda comum. Escritório Regional da América

Latina e do Caribe do UNFPA, 2016. Disponível em :<[https://www.unfpa.org.br/arquivos/fecundidade\\_maternidade\\_adolescente\\_conesul.pdf](https://www.unfpa.org.br/arquivos/fecundidade_maternidade_adolescente_conesul.pdf)> Acesso em: 29.set.2017.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação mundial da infância 2011. Brasília (DF): Escritório de Representação UNICEF no Brasil,2011. Disponível em:<[https://www.unicef.org.brazil/pt/br\\_sowcr11web.pdg](https://www.unicef.org.brazil/pt/br_sowcr11web.pdg)> Acesso em: 28.set.2017.

YAZZLE, M. E. H. D. Gravidez na adolescência. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v.28, n. 8, p. 443- 445, 2006. Disponível em:< <https://scielo.br/pdf/rbgo/v28n8/01.pdf>> Acesso em: 12.out.2017.

YAZZLE, M. E. H. D.; FRANCO, C.; MICHELAZZO, D. Gravidez na adolescência: uma proposta de intervenção. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v.31, n. 10, p. 477- 479, 2009. Disponível em:< <https://scielo.br/pdf/rbgo/v31n10/01.pdf>> Acesso em: 12.out.2017.

**APÊNDICE**

## APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Campus de Araraquara – SP

Mestrado em Educação Sexual

Priscila Marconato da Silva

Local – Questionário aplicado entre as alunas do Ensino Médio integral Profissionalizante da Etec Sylvio de Mattos Carvalho, na cidade de Matão – SP

Data –

### 1) Idade –

### 2) Estado Civil

- Solteira
- Casada
- Separada
- Divorciada
- Amasiada

### 3) Renda Familiar

- Menos de 1 Salário mínimo
- Entre 1 e 3 Salário (s) mínimo (s)
- Entre 3 e 6 Salário (s) mínimos
- Mais de 6 Salários mínimos

### 4) Cor ou raça definida pela entrevistada

- Branca
- Parda
- Preta
- Amarela (de origem asiática)
- Indígena

### 5) Escolaridade da entrevistada e ano de correspondente

- Ensino médio integral profissionalizante – 1º ano
- Ensino médio integral profissionalizante – 2º ano
- Ensino médio integral profissionalizante – 3º ano

**6) Pais vivem / viviam Juntos**

- Sim
- Nunca
- Estão Separados
- Não conheceu os pais
- Outros

**7) Conversa com a mãe sobre menstruação?**

- Sim, antes da 1º menstruação
- Sim, só depois da 1º menstruação
- Não, nunca conversou

**8) Através de que fontes você obteve as primeiras informações sobre sexualidade, gravidez, métodos de contraceptivos, DST's e AIDS? Assinale todas as alternativas que julgar corretas.**

- Escola/professores
- Pai
- Mãe
- Familiares
- Amigos
- Mídia digital e eletrônica (Internet/Redes Sociais/TV/Cinema)
- Mídias impressas ( livros/ Revistas/Jornais)
- Outros

**9) Você considera que as informações recebidas sobre assuntos relacionados à sexualidade foram predominantemente:**

- Inexistentes
- Confusas
- Incorretas
- Esclarecedoras
- Corretas
- Outros

**10) Com quem você prefere conversar sobre assuntos relacionados à sexualidade?**

- Pai
- Mãe
- Familiares
- Amigos

Outros

**11) Você já teve relação sexual?**

Sim

Não

**12) Com que idade você teve sua primeira relação sexual?**

12 anos

13 anos

14 anos

15 anos

16 anos

17 anos

18 anos

Outros

**Foi uma experiência planejada?**

Sim

Não

**Foi uma experiência prazerosa**

Sim

Não

**Foi uma experiência:**

Com alguém que você mantinha relacionamento amoroso

Com alguém que você apenas conhecia

Com alguém que você nem conhecia

**13) Toma algum cuidado para evitar a gravidez?**

Sim

Não

Às vezes

**14) Já esteve grávida alguma vez? Se responder sim, responda às questões de número 17, 18 e 19. Caso contrário, vá para a questão de número 20**

Sim

Não



Com que Idade?

- 12 anos
- 13 anos
- 14 anos
- 15 anos
- 16 anos
- 17 anos
- 18 anos

**15) Você ficou grávida porque quis? Se responder sim, responda à questão de número 18. Caso contrário, vá para a questão de número 19**

- Sim
- Não

**16) Seu parceiro tomou a decisão com você?**

- Sim
- Não

**17) Você já teve algum aborto?**

- Sim
- Não

Quantos?

- Um
- Outros

**Espontâneo?**

- Sim
- Não

**18) Quanto você se considera, informada atualmente sobre questões relacionadas à sexualidade humana? (Selecione de 1 a 5, sendo 1 nada informada e 5 muito informada)**

Nada informada (1) (2) (3) (4) Muito informada (5)

**19) Conhece adolescentes que engravidaram entre 12 e 18 anos?**

- Sim
- Não

**20) Você conhece os métodos contraceptivos?**

- Sim
- Não

**21) Quais métodos contraceptivos entre os abaixo citados você conhece? Assinalar todas as alternativas que julgar corretas**

- Camisinha masculina
- Camisinha feminina
- DIU
- Tabela
- Pílula anticoncepcional de uso diário

**22) Qual/Quais método (s) contraceptivo (s) entre os abaixo citados você acha mais seguro para evitar a gravidez?**

- Camisinha masculina
- Camisinha feminina
- DIU
- Tabela
- Pílula anticoncepcional de uso diário

**23) O que você acha sobre a acessibilidade aos métodos contraceptivos, preventivos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS)**

- Regular
- Bom
- Ótimo

**24) Quem fica responsável pela prevenção da gravidez através do método contraceptivo?**

- Garotos
- Garotas
- Ambos

**25) Você tem percepção das consequências que uma gravidez na adolescência traz para a vida da adolescente?**

- Sim
- Não

**26) Quais mudanças ocorrem na vida das adolescentes devido a uma gravidez inesperada. Assinale todas as alternativas que julgar corretas**

- ( ) Abandono dos estudos
- ( ) Necessidade de trabalhar para ajudar nas despesas
- ( ) Perda da liberdade
- ( ) Interrupção de projetos futuros

**27) Quais os motivos que levam as adolescentes a engravidar? Assinale todas alternativas que julgar corretas**

- ( ) Não pensou que iria engravidar
- ( ) Não esperava ter relação sexual naquele momento
- ( ) Desconhecimento de métodos contraceptivos
- ( ) Vergonha de pedir ao parceiro para usar camisinha
- ( ) Queria engravidar
- ( ) Solução de problemas familiares

**28) O que você acha que leva uma adolescente à reincidência da gravidez precoce?**

- ( ) Condições econômicas
- ( ) Nível de escolaridade
- ( ) Conflitos familiares