

MÁRCIO ALVES VIEIRA BELO

**CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA
EM RELAÇÃO AOS MÉTODOS
ANTICONCEPCIONAIS ENTRE
ADOLESCENTES GESTANTES**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de
Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do
Título de Mestre em Tocoginecologia,
área de Tocoginecologia

ORIENTADOR: Prof. Dr. João Luiz Pinto e Silva

**UNICAMP
2001**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

B418c

Belo, Márcio Alves Vieira
Conhecimento, atitude e prática em relação aos
métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes /
Márcio Alves Vieira Belo. Campinas, SP : [s.n.], 2001.

Orientador : João Luiz Pinto e Silva
Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Anticoncepção. 2. Adolescência. 3. Sexualidade.
I. João Luiz Pinto e Silva. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluno: MÁRCIO ALVES VIEIRA BELO

Orientador: Prof. Dr. JOÃO LUIZ PINTO E SILVA

Membros:

1.

2.

3.

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: 19/07/2001

*“O homem não é outra coisa senão seu projeto,
e só existe à medida em que o realiza.”*

JEAN PAUL SARTRE

Esta dissertação é dedicada...

A minha mãe Zélia,

*que dedicou muito de sua vida a educação
de seus filhos e de seus alunos, a quem eu devo
os ensinamentos de vida, ser humano e filho.*

A minha amiga, ex-preceptora Melania

*que convivi desde a época de acadêmico,
interno e residente.
Minha admiração fez seguir seus passos.
Obrigado por ter sempre me incentivado a acreditar
na ciência como forma de aprendizado e crescimento.*

Camilla, Carollina, Calline,

*em breve adolescentes, esperança de um
mundo melhor ...*

Agradecimentos

*Ao meu orientador **Dr. João Luiz**, minha admiração e respeito por sua dedicação e seus ensinamentos, nesses tempos de convívio me senti um filho em que o pai ensina os primeiros passos para um caminhar sozinho.*

*A todos que formam o **Instituto Materno-Infantil de Pernambuco – IMIP**, **Dr. Luiz Carlos Santos**, **Dra. Ana Porto Feitosa**, **Dra. Vilma Guimarães** e demais preceptores, que me ensinaram com seus conhecimentos e experiências ser ginecologista e principalmente ser médico.*

*À **Regina Sarmiento**, **Ana Maria Faccioli**, **Margarita Diaz**, **Dr. Zailton Motta**, **Maria Virgínia Grassi** e demais professores do **Curso de Especialização em Sexualidade Humana** da **Universidade Estadual de Campinas** que me ensinaram a entender a complexidade e variedade que é o ser humano.*

*À **Marisa Brait** e **Fátima Paiva**, amigas e colegas no estudo da **Sexualidade Humana**, que tanto colaboraram na aplicação dos questionários desse estudo.*

*Ao **Prof. Dr. Aníbal Faúndes** e todos que formam o **CEMICAMP**, desde o momento que cheguei para estagiar no ambulatório de **Reprodução Humana** até o término dessa pesquisa.*

*Aos **Professores do Curso de Pós-graduação** do Departamento de **Tocoginecologia** da **Faculdade de Ciências Médicas** da **Universidade Estadual de Campinas** que contribuíram intensamente desde a elaboração do projeto a conclusão desse trabalho.*

À Equipe Multiprofissional de Assistência à Gestante Adolescente do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher – CAISM da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp pela dedicação e colaboração durante a realização deste trabalho.

Às minha Tias Ilda e Maria de Lourdes, minha irmã Ana, e Gilma, irmã de coração, com vocês aprendi entender o universo feminino de gerações distintas.

A Sérgio Simões, muito obrigado pelo apoio e ajuda desde que cheguei em Campinas, juntamente com Simone me adotaram como filho.

Aos meus amigos, Júnior, Luciana, Guilherme, Molina, Vilma, Glaize e Fernando que conheci aqui em Campinas e me ajudaram a diminuir a saudade da minha casa, da minha família e da minha cidade.

A todos os meus amigos do teatro, que suportaram e compreenderam as minhas desculpas para poder estudar e preparar esse trabalho. Com vocês aprendi que arte e sensibilidade andam juntas.

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP que apoiou e financiou esta pesquisa.

A Deus, que sempre tem me protegido e que tantas dádivas já me concedeu.

*Não sou nada.
Nunca serei nada.
Não posso querer ser nada.
À parte isso, tenho em mim todos os sonhos do mundo.*

FERNANDO PESSOA

Sumário

Símbolos, Siglas e Abreviaturas	
Lista das Tabelas	
Resumo	
Summary	
1. Introdução	23
2. Objetivos	41
2.1. Objetivo Geral	43
2.2. Objetivos Específicos	43
3. Sujeitos e Métodos.....	45
3.1. Desenho Do Estudo	47
3.2. Tamanho Amostral.....	47
3.3. Seleção de Sujeitos	48
3.4. Variáveis	48
3.5. Planos de Análises.....	52
3.6. Instrumento para Coleta de Dados	53
3.7. Coleta de Dados.....	53
3.8. Processamento e Análise dos Dados	54
3.9. Aspectos Éticos.....	55
4. Resultados	57
4.1. Características Sociodemográficas das Gestantes Adolescentes	59
4.2. Antecedentes Reprodutivos e Características da Vida Sexual das Adolescentes Gestantes	62
4.3. Conhecimento, Atitude e Prática dos Métodos Anticoncepcionais e Percepção Acerca do Período Fértil	65
4.4. Análise Múltipla por Regressão Logística	71
5. Discussão.....	73
6. Conclusões	89
7. Referências Bibliográficas.....	93
8. Bibliografias de Normatizações.....	103
9. Anexos	105

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

ABIPEME	Associação Brasileira de Pesquisa de Mercado
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BEMFAM	Sociedade Civil do Bem-Estar Familiar do Brasil
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CAP	Conhecimento, Atitude e Prática
CEMICAMP	Centro de Pesquisa e Controle de Doenças Materno-Infantis de Campinas
DIU	Dispositivo Intrauterino
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EPI-INFO 6.04b	Software de domínio público para análise epidemiológica – versão 6.04b
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAC	Método Anticoncepcional
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNDS	Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde
SPSS/PC	Software de domínio público para análise epidemiológica
SAIA	Serviço de Assistência Integral à Adolescência de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas
@	Conhecimento adequado
n	Tamanho amostral
p	Nível de significância
#	Teste de qui-quadrado de Pearson
*	Teste qui-quadrado de Yates
%	Percentual

Lista das Tabelas

	PÁGINA
Tabela 1: Número e percentual das gestantes adolescentes segundo a idade	26
Tabela 2: Características sociodemográficas das adolescentes grávidas	28
Tabela 3: Motivos alegados pelas adolescentes grávidas para iniciar a vida sexual em porcentagem	29
Tabela 4: Características da prática sexual das adolescentes grávidas. Em porcentagem.	31
Tabela 5: Distribuição percentual do conhecimento de métodos anticoncepcionais espontâneo e induzido entre grávidas adolescentes	32
Tabela 6: Distribuição percentual das adolescentes grávidas segundo conhecimento espontâneo de métodos anticoncepcionais e algumas variáveis sociodemográficas	33
Tabela 7: Distribuição percentual dos de métodos anticoncepcionais utilizados pelas adolescentes antes da gravidez	34
Tabela 8: Distribuição percentual dos motivos alegados pelas adolescentes gestantes para o não uso de métodos anticoncepcionais antes da gravidez atual.	35
Tabela 9: Distribuição percentual das adolescentes segundo uso de algum método anticoncepcional antes da gravidez e variáveis sociodemográficas	36
Tabela 10: Motivos alegados pelas adolescentes para justificar o desejo da gravidez em porcentagem.	37
Tabela 11: Fatores associados ao conhecimento espontâneo adequado de métodos anticoncepcionais.	38
Tabela 12: Fatores associados ao uso de algum método anticoncepcional antes da gravidez.	38

Resumo

OBJETIVOS: estudar o conhecimento, a atitude e a prática em relação ao uso prévio de métodos anticoncepcionais em adolescentes gestantes, bem como algumas características sociodemográficas e da sua vida sexual. **SUJEITOS E MÉTODOS:** estudo observacional, associado a inquérito CAP – Conhecimento, Atitude e Prática envolvendo 156 adolescentes grávidas com idade menor ou igual a 19 anos, que responderam a questionário estruturado com perguntas pré-codificadas e abertas antes da primeira consulta pré-natal, entre outubro de 1999 a agosto de 2000. Foi realizada análise descritiva, univariada, que incluiu a utilização de distribuições de frequência e análise bivariada. Foram utilizados os testes qui-quadrado de Pearson e de Yates e regressão logística considerando-se um erro tipo I de 5% através do pacote estatístico EPI-INFO 6.04b e pelo SPSS/PC para análise da associação entre características sociodemográficas e o conhecimento e o uso de métodos anticoncepcionais. **RESULTADOS:** as adolescentes apresentaram média de idade de 16,1 anos. Em relação ao grau de instrução, 51,9% pararam de estudar e o principal motivo isolado do abandono escolar foi a gravidez (30,9%). Houve predomínio

de primigestas (78,8%) e a idade média da menarca foi 12,2 anos sendo 14,5 anos para a primeira relação sexual. Televisão (83,9%) e rádio (79,4%) foram os meios de comunicação de maior acesso diário, sendo que cartazes (72,9%) e folhetos (70,5%) foram mais usados para obtenção de informações acerca de métodos anticoncepcionais. Condom (99,4%) e anticoncepcional oral hormonal (98%) foram os mais conhecidos. A frequência de utilização de algum método anticoncepcional na primeira relação sexual foi de 54,5%, e o condom (87,1%) foi mais usado. Em relação ao período fértil, 88,5% das adolescentes não conseguiram identificá-lo corretamente. Cerca de 67,3% não estavam utilizando qualquer método antes de ficar grávida. O principal motivo isolado alegado para o não uso foi o desejo de engravidar (24,5%). As adolescentes mais velhas, as que informaram professar alguma religião e as que pertenciam a uma classe socioeconômica mais alta tinham um conhecimento maior dos métodos. As adolescentes múltiparas usaram com mais frequência contraceptivos antes de ficar grávidas. **CONCLUSÃO:** As adolescentes têm conhecimento adequado sobre os métodos anticoncepcionais e concordam com seu uso durante o período da adolescência, apesar de que na prática, previamente a esta gravidez, tenha sido considerada inadequada, muitas justificando por essa atitude, o desejo de engravidar. A religião, a idade e a classe socioeconômica estão relacionadas ao maior ou mais adequado conhecimento dos métodos anticoncepcionais, enquanto a multiparidade a seu maior uso. Proporção elevada de adolescentes usou algum método à primeira relação sexual. Houve decréscimo de sua utilização, tendo um período de tempo curto entre o início da vida sexual e a gravidez.

Summary

Objective: to describe the knowledge, attitude and practice related to previous contraceptive methods used among pregnant teenagers, as well as some socio-demographic characteristics and sexual practices. **Subject and methods:** this is an observational, descriptive study, associated to KAP inquiry (Knowledge, Attitude and Practice), including 156 pregnant teenagers up to 19 years of age, who answered a structured questionnaire with pre-codified and open questions applied before the first prenatal appointment, from October 1999 to August 2000. Descriptive and univariable analysis were performed, including the use of frequency distributions, and bivariable analysis. Pearson, and/or Yates chi-square tests and logistic regression were used, through statistic software program, EPI-INFO 6.04b to correlate socio-demographic characteristics, knowledge and contraceptive method using, accepting an error type I of 5%. **Results:** the adolescents have a medium age of 16.1 years,. Regarding schooling, 51.9% of them interrupted their studies and the main reason for school drop out referred was pregnancy (30.9%). Adolescents whose first pregnancy (78.8%) predominate the research, and the average age of menarche is 12.2 years, and 14.5 years is average age for the first sexual

intercourse. Television (83.9%) and radio (79.4%) are the most accessible daily media and placards (72,9%) and flyers (70.5%) are the most frequent way to get information about contraceptive methods. Condom (99.4%) and oral contraceptive are the most common method between teenagers, and diaphragm is the most unknown method (39.1%). The frequency of contraceptive method use on the first sexual intercourse is (54.5%), and the condom (87.1%) is the most usual method. Regarding the fertile period, 88.5% of female teenagers do not notice it correctly. 67.3% of patients weren't using any contraceptive method before they got pregnant. The main reason for not using a method pointed was the wanting to be pregnant (24.5%). The older adolescents that have some type of religion and belong to a higher socio-demographic class, have some better knowledge about contraceptive methods. The teenagers that have had more than one pregnancy have a greater use of contraceptive method before they became pregnant. **Conclusion:** the pregnant adolescents have adequate knowledge of contraceptive methods and they agree to use them through the teenage years, although that their experience with them are considered inadequate and the main reason not to use them is the desire became pregnant. Religion, age group, and socio-demographic economic class are directly related to the knowledge that each woman has on contraceptive methods, while multiple pregnancies bring more awareness. An elevated proportion of young girls had used contraceptive on first sexual intercourse. However there was a decrease of use of these methods, shortly after, causing pregnancy, and waking period between the first sexual intercourse and their first pregnancy a very short one.

*“Eu tô grávida
Grávida de um beija-flor
Grávida de terra
De um liquidificador
E vou parir
Um terremoto, uma bomba, uma cor
Uma locomotiva a vapor
Um corredor
Eu tô grávida
Esperando um avião
Cada vez mais grávida
Estou grávida de chão
E vou parir
Sobre a cidade
Quando a noite contrair
E quando o sol dilatar
Dar à luz ...”*

MARINA LIMA/ARNALDO ANTUNES

1. Introdução

São complexas a percepção e a vivência da sexualidade dos jovens, relacionadas que estão a valores, crenças e atitudes que determinam o comportamento social do indivíduo. Nesta perspectiva, a gravidez na adolescência tem sido alvo de inúmeros estudos e reflexões, por ameaçar o bem estar e futuro dos adolescentes devido aos riscos físicos, emocionais e sociais (CANNON, 1998).

Adolescência, palavra que deriva do latim *adolescere* significa crescer, cronologicamente pode ser definida como período da vida situado entre 10 a 19 anos, com dois subperíodos de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos (OMS, 1975). É a transição entre a infância e a idade adulta, caracterizado por intenso crescimento e desenvolvimento, apresentando transformações anatômicas, fisiológicas, mentais e sociais (COLLI & DELUQUUI, 1978). Distingue-se como um processo maturativo biopsicossocial do indivíduo, enquanto a puberdade é um fenômeno biológico marcada por modificações corporais resultante da ação hormonal, tanto em meninos como nas meninas (OSÓRIO, 1989).

Diz-se que esse processo maturativo é uma crise vital, portanto essencial para a formação da identidade adulta, embora marcada por sofrimento, contradição e confusão. A crise é definida como um período de tensão, que deve ser transitório, no qual ocorre um desequilíbrio que requer uma resolução. Os resultados desta crise irão depender das condições ambientais e dos recursos de cada indivíduo, podendo ser positivos ou não. Ocorrem, desse modo, mudanças pessoais que afetam o indivíduo, seus familiares e seu meio social (OSÓRIO, 1989; KNOBEL, 1994; SEIXAS, 1999).

O período da adolescência está relacionado, portanto, a questões biológicas e psicossociais, tendo seu início na biologia, com o aparecimento dos caracteres sexuais secundários acompanhado por complexo sistema de produção hormonal que deflagra a puberdade, sendo seu término definido de acordo com o meio cultural (GÜNTHER, 1999).

Alguns indícios psicossociais são apontados para caracterizar o fim da adolescência (OSÓRIO, 1989):

Estabelecimento de identidade sexual e possibilidade de estabelecer relações afetiva estáveis.

Capacidade de assumir compromissos profissionais e manter-se (independência econômica).

Aquisição de um sistema de valores pessoais (“moral própria”).

Relação de reciprocidade com a geração precedente (sobretudo com os pais).

Através destas delimitações e definições, podemos falar em adolescências, reconhecer sua pluralidade e não mais universalidade. O adolescente é definido pelo que está ao seu redor e pela sua realidade (LUZ & CASTRO E SILVA, 1999). “Uma visão unívoca da juventude perde de vista o que é tão flagrante: a grande heterogeneidade social e cultural do cotidiano de toda sociedade moderna” (MONTANARI, 1999).

A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública tanto no Brasil como em muitos outros países do mundo. Sua importância transcendeu a prática assistencial considerando seu formidável aumento no final do século passado. Para entender os possíveis fatores etiológicos ligados ao incremento das gestações nessa faixa etária, é preciso perceber a complexidade e a multicasualidade desses fatores, que tornam os adolescentes especialmente vulneráveis a esta situação (SANTOS JÚNIOR, 1999).

A maternidade no início da vida reprodutiva antecipa a maturidade biológica, e precipita momentos socialmente institucionalizados para a reprodução, com claras implicações para a constituição de família e a organização social dominante (SOUZA,1998). As expectativas sociais diante da idade para o início da reprodução, no entanto, alteram-se cultural e historicamente, e a gravidez, no período modernamente chamado de

adolescência, é abordada de modo diferente daquela de jovens de décadas passadas em outros contextos (HEILBORN, 1998).

No início do século XX, o casamento e a maternidade eram os papéis sociais claramente destinados às jovens. Mudanças ocorridas na segunda metade deste século, como o advento da revolução sexual, o aparecimento dos anticoncepcionais orais e o movimento hippie, contribuíram para modificar e ampliar o papel social esperado para a juventude, incluindo períodos mais prolongados para a realização dos estudos e posterior profissionalização. A liberalização sexual e o sexo pré-marital, fenômenos da época, também contribuíram para deslocar o momento do casamento para após o término dos estudos (MURARO, 1996; DADOORIAN, 2000).

As novas responsabilidades atribuídas às mulheres jovens, como a sua inserção no trabalho fora do lar, passaram a competir com a maternidade. Observa-se na população geral, paralelamente a estas mudanças, que a taxa de fecundidade começa a declinar ao longo do tempo. Em 1960, a taxa de fecundidade era de 6,2 filhos por mulher, em 1980, 3,7 filhos por mulher e em 1996, 2,4 filhos por mulher (BEMFAM/MACRO, 1997).

Esta relação, entretanto, não foi observada de modo claro entre adolescentes. No período de 1935 a 1995, pode-se observar que a fecundidade precoce, aquela entre 15 a 19 anos, tem aumentado em relação a faixa de 20 aos 24 anos, que vem diminuindo paulatinamente, e de forma mais nítida e consistente em relação a faixas superiores do período reprodutivo

(CAMARANO, 1998a). Em inquérito domiciliar realizado no Brasil no ano de 1996, cerca de 18% das mulheres entre 15 a 19 anos de idade já haviam iniciado a vida reprodutiva e referiram pelo menos uma gravidez (BEMFAM/MACRO, 1997).

Estas observações podem ser melhor percebidas estudando-se o número de partos realizados no Brasil, na faixa etária de dez a 14 anos, entre 1993 e 1999, quando se registra em números absolutos um aumento de 26.505 para 31.911 (20,3%), e na faixa etária de 15 a 19 anos, uma variação de 661.608 para 673.512 (1,9%) (FEBRASGO, 2000). Ainda segundo dados de 1996, do Sistema Único de Saúde (SUS), a gravidez, o parto e pós-parto constituíram-se no principal motivo de internação hospitalar nessa faixa etária, chegando a atingir 80% das internações em todas as regiões do país (BRASIL, 1996). No ano de 1999, cerca de 27% dos partos atendidos na rede hospitalar do SUS foram de adolescentes (BRASIL, 2000).

No Estado de São Paulo, entre os recém-nascidos do ano de 1994, 18,2% eram filhos de mães adolescentes, em 1997, este percentual atingiu 20%. Dados da Direção Regional de Saúde (DIR) de Campinas, mostraram que o aumento regional foi semelhante. Em 1994, o percentual foi de 18,7% e chegou em 20,3% no ano de 1997 (SEADE, 1997).

Alguns autores tentam correlacionar algumas variáveis que se constituiriam em fatores de risco potenciais para a ocorrência da gravidez na adolescência, o que se tem mostrado de acordo com a sociedade e os grupos

sociais que são estudados (CUNHA,1998). Algumas variáveis que poderiam ser associadas a fecundidade mais elevada no período: o início precoce da vida sexual o que levaria a maior tempo de exposição a concepção, o nível de escolaridade e socioeconômico baixos, raça, estado civil e o desconhecimento da fisiologia reprodutiva, como a capacidade de identificação do período fértil (BEMFAM/MACRO, 1997).

A idade da iniciação sexual constitui aspecto relevante. No estudo da BEMFAM realizado em 1996, quando se investigou essa variável, cerca de 33% das mulheres entre 15 a 19 anos de idade já haviam tido a sua primeira relação sexual. Ainda segundo este estudo, nos últimos dez anos, houve um aumento da experiência sexual pré-marital entre adolescentes em cerca de 15%. É digno de registro também que quanto menor o nível educacional, maior a proporção de adolescentes com experiência sexual pré-marital (BEMFAM/MACRO, 1997).

Outra variável que poderia influenciar a idade da iniciação sexual e a freqüência dessa experiência antes da união conjugal, é o tipo de religião adotado pela adolescente e o seu comparecimento regular às cerimônias religiosas. Estudos sobre o assunto mostraram que cerca de 56% das adolescentes que tiveram experiências sexuais pré-maritais não freqüentavam serviços religiosos (BEMFAM/MACRO, 1997). Adolescentes que moram com os pais, que têm nível educacional mais alto e que freqüentam cerimônias religiosas tenderiam adiar o primeiro coito, além disso usariam com mais freqüência métodos anticoncepcionais (HOGAN, SUN, CORNWELL, 2000).

Demonstrou-se também que o acesso aos meios de comunicação das adolescentes que engravidaram ou já eram mães, era menor comparativamente ao de outras adolescentes fora desta condição. Também o nível de escolaridade mais baixo associou-se à adolescente com início mais precoce da vida sexual e reprodutiva (BEMFAM/MACRO, 1997). Escolaridade, nível socioeconômico e religião são variáveis que se associam com padrões de atividade sexual diferenciados (BASTOS & MORRIS, 1989).

Em relação à situação domiciliar, observa-se o aumento da fecundidade entre jovens da zona rural comparando-os com os da zona urbana, e que a maioria dos nascidos vivos ocorreria entre mulheres solteiras (CAMARANO, 1998a).

Sabe-se, por exemplo, que homens e mulheres analfabetos unem-se mais cedo, e que existe forte associação entre a escolaridade baixa e união conjugal precoce (BERQUÓ, 1998). Outra associação demonstrada diz respeito ao estado marital e à fecundidade feminina, mostrando-se que a paridade total de mulheres unidas maritalmente de 15 a 19 anos é bem maior do que a das não unidas (BEMFAM, 1987).

A inter-relação destas variáveis e informações, parece revelar que a juventude atual é fortemente afetada pelas mudanças que vêm ocorrendo nas relações entre a família, a escola, o mercado de trabalho e demais agentes sociais. As conseqüências, quando as jovens tornam-se mães precocemente, é perda de liberdade, adiamento ou comprometimento dos projetos de estudos,

limitação de perspectivas de ingresso no mercado de trabalho, e até mesmo a ter opções de vida e oportunidades para um pleno desenvolvimento pessoal a que têm direito (PAIVA, CALDAS, CUNHA, 1998).

Importante destacar que a gestação entre adolescentes nem sempre é fato inconseqüente ou desastroso, principalmente quando ocorre em faixas superiores da adolescência, entre 17 a 19 anos, quando poderá ser resultado de planejamento prévio consciente e ser decorrência da vida afetiva estável (CAVASIN, 1993). Alguns estudos mostram que cerca de 40% das adolescentes gestantes desejavam naturalmente engravidar (BRUNO & BAILEY, 1998). Refere-se a controvérsia de uma gravidez inesperada e não planejada, que poderia provocar um impacto e comoção iniciais, mas em muitos casos com o passar do tempo têm suas conseqüências diminuídas, sua evolução aceita e passam até mesmo a ser desejadas (BOK, 1999).

A gravidez nesta etapa da vida, pode ter vários significados do ponto de vista pessoal: um projeto de vida, a mudança de status social, afirmação de identidade, conquista de novos valores sociais. A carência de afeto em seu meio familiar muitas vezes as levam à maternidade, sendo o filho, o depositário de muitas expectativas, percebido como alguém que não vai abandoná-las, que poderá ter o que eventualmente não tiveram, como carinho, proteção, estudo, família, esperança de uma vida melhor (HEILBORN, 1998; SANTOS JÚNIOR, 1999; DADDORIAN, 2000).

Autores brasileiros têm apontado, entretanto, que a gravidez indesejada chega a uma proporção de 50% entre adolescentes de 15 a 19 anos, como a verificada no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM – Unicamp) que foi de 45,9% (PINTO E SILVA et al., 1980; CAMARANO, 1998b). A principal razão alegada por estas jovens para sua ocorrência foi o não uso de métodos anticoncepcionais. Entre os motivos citados para esta atitude estão a falta de conhecimento sobre os métodos, a objeção de seu uso pelo parceiro, “o pensar que não engravidaria” (famoso pensamento mágico característico do período adolescente), ou por “não esperar ter relações naquele momento” (PINTO E SILVA et al., 1980; NICHOLS et al., 1986; BEMFAM/MACRO, 1997).

Estudo anterior mostrou que 20% das parturientes que pariram no CAISM eram adolescentes, 92% conheciam pelo menos um método anticoncepcional, mas apenas 11,5% usavam algum método antes de ficar grávidas (PINTO E SILVA, 1994). Segundo Gozzano, cerca de 81% das adolescentes puérperas de um município de São Paulo nunca utilizaram um método anticoncepcional, ou por desconhecimento de sua existência ou por medo de fazer mal (GOZZANO et al., 1990).

Já se constatou também que a gravidez não planejada é duas vezes mais comum entre as mulheres que vivem em áreas onde os Serviços de Planejamento Familiar são de baixa qualidade. E essa qualidade foi avaliada por indicadores como: opções de escolha do anticoncepcional, tendenciosidade e treinamento do profissional de saúde, informação aos clientes e privacidade no atendimento (KOLS & SHERMAN, 1998).

As concepções pré-maritais, geralmente precoces e indesejadas, podem resultar em abortos provocados, situação muito complexa, que associada ao impacto e a relativa imaturidade emocional, provoca muitos danos a adolescente. (BASTOS & MORRIS, 1989). Em inquérito domiciliar nacional realizado em 1996, cerca de 50% das mulheres que provocaram o aborto, relataram que a gravidez ameaçaria seus estudos, a possibilidade de ganhar dinheiro, suas relações familiares e vida social futura (BRUNO & BAILEY, 1998).

A interrupção da gestação, isto é, ter ou não ter filhos indesejados inoportunamente, coloca-se como escolha possível entre adolescentes de classe média. Para as adolescentes de situação de rua ou mais pobres na falta de oportunidades semelhantes, o destino – não escolha – é a maternidade, condição que as colocam como agentes de uma situação que se transforma em questão de saúde pública (MONTANARI, 1999).

A morbimortalidade da gestação em adolescentes deve-se principalmente a fatores biopsicossociais e aqueles ligados ao acompanhamento obstétrico inadequado, tais como imaturidade fisiológica, nuliparidade, pobreza, desnutrição e falta de cuidados pré-natais (DOTT & FORT, 1976).

Abortamento, hipertensão gestacional, anemia, distócias de parto, prematuridade, malformações congênitas e baixo peso ao nascer, são algumas complicações obstétricas relacionadas como possivelmente mais prevalentes

nesta faixa etária. A multiparidade na faixa adolescente, situação cada vez mais comum, seria mais um fator agravante tanto para o aumento da morbidade médica como de natureza social (SWEENEY,1996; PINTO E SILVA, 1998; BATISTA, 2001; CONCEIÇÃO, 2001).

Entre as conseqüências da gravidez precoce para lado do feto e o recém-nascido, baixo peso ao nascer teve uma maior prevalência no grupo de mães menores de 19 anos comparadas ao grupo de faixa etária de 20 a 30 anos (BEMFAM/MACRO, 1997) e maior mortalidade infantil é citada pela literatura, independente do nível econômico (CAMARANO, 1998b).

Inúmeros estudos têm procurado demonstrar que as complicações obstétricas e perinatais não estão relacionadas apenas a idade materna, mas a sua associação com fatores socioeconômicos que influenciariam negativamente nesses resultados. Quando se controlam essas variáveis, observa-se que não há diferença entre as adolescentes menor de 15 anos comparadas a adolescentes mais velhas e a mulheres maduras (SCHOLL, HEDIGER, BELSKY, 1994; BERENSON, WIEMANN, MCCOMBS, 1997).

A evasão escolar é citada ora como causa ora conseqüência da gravidez na adolescência. As principais razões citadas para o abandono escolar são as questões ligadas à gravidez (20%), casamento (13%) e necessidade de cuidar dos filhos (7%), enquanto para as adolescentes não grávidas, escola de difícil acesso (5%), não gostar de estudar (5%) e precisar trabalhar (4%) (BEMFAM/MACRO, 1997). Algumas sentem-se envergonhadas porque a

barriga denuncia o início da vida sexual (PAIVA et al, 1998). Com o objetivo de aumentar a renda familiar, a adolescente deixa a escola para trabalhar principalmente quando tem mais de um filho (CAMARANO, 1998b). O abandono escolar limita sua capacitação profissional, já que o grau de escolaridade atingido não ser suficiente para entrada no mercado de trabalho. Esse problema é ainda agravado pela taxa de reincidência da gravidez, que é em torno de 30% (CUNHA et al, 1998).

Em estudo recente realizado no Rio de Janeiro com 10 mil mulheres entre 20 e 34 anos que engravidaram no período da adolescência, comparando-as àquelas que não ficaram grávidas na adolescência, observou que os índices de desemprego, instrução e qualidade de moradia são piores nas mulheres do primeiro grupo (PETRY, 2001).

O impacto social da gravidez foi avaliado em puérperas adolescentes no município de Campinas. Observou-se que a gravidez afetou a situação do trabalho das adolescentes levando 58,1% a pedir demissão, 30,2% a serem demitidas e 11,6% que não perderam o trabalho, mas faltaram muito ou diminuíram a jornada. Em relação aos estudos, 51,8% estavam estudando quando engravidaram, destas, 46,6% deixaram de estudar e 8,1% foram reprovadas ou, mesmo com aprovação, tiveram seus estudos prejudicados (BATISTA, 2001). É de chamar atenção que quase 50% destas jovens, já estavam fora da escola, antes mesmo da ocorrência da gravidez.

Os problemas que surgem pela ocorrência da gravidez na adolescência não devem, portanto, serem vistos como fatos isolados, que levam a exclusão do mercado de trabalho, abandono escolar e progressivo empobrecimento, mas, principalmente decorrentes da pobreza antes mesmo de se tornarem pais ou mães (BARSTED, 1998).

O nível socioeconômico e escolaridade baixos da mãe ou responsável, menor idade, casamento, desejo da primeira gravidez e uso inadequado de MAC são alguns fatores preditivos relacionados à repetição futura da gravidez. Cerca de metade das adolescentes engravidam novamente em dois anos, e a identificação destes fatores de riscos pode ser importante para o desenvolvimento de estratégias de intervenção para prevenir a reincidência (RIGSBY, MACONES, DRISCOLL, 1998).

A gravidez nessa faixa etária deve ser considerada como problema passível de prevenção, através de trabalhos de educação sexual e saúde reprodutiva nas escolas, comunidade e família (ARILHA & CALAZANS, 1998). A maioria dos adolescentes acha que a informação sobre reprodução humana e contracepção devem fazer parte do currículo escolar e de outros programas (NICHOLS et al., 1986).

É importante que os programas de educação sexual estejam disponíveis desde o início da puberdade, uma vez que parte das adolescentes tem sua primeira experiência sexual antes mesmo dos 15 anos de idade (BASTOS & MORRIS, 1989; LAZZARETTI, ANDRADE, REGIANI, 1990).

Admite-se que nem sempre a adolescente engravida por falta de informações sobre sexualidade ou sobre sua saúde reprodutiva, mas por um latente desejo de conquista de status social e autonomia que fazem parte de seu projeto de vida. Nesse contexto, a mudança nos referenciais de cultura e educação poderia levar a uma conquista da autonomia e cidadania do jovem (ARILHA & CALAZANS, 1998). A atividade sexual orientada, reduziu a recidiva de gravidez na adolescência para 5% em dois anos de acompanhamento multidisciplinar (CUNHA et al, 1998).

Não há dúvida que a qualidade e o sucesso dos programas de saúde dirigidos para o adolescente devem basear-se no conhecimento de valores, crenças e atitudes que determinam o seu comportamento (CANNON, 1998). Devem também basear-se em pesquisas quantitativas e qualitativas que subsidiem o planejamento, a implementação e a avaliação destes programas de prevenção a AIDS, DST e gravidez na adolescência (FERNANDES, 1998).

Do ponto de vista de saúde pública, é fácil reconhecer que há uma alta e ascendente taxa de gravidez na adolescência segundo mostram todos os indicadores de saúde. Para modificar esse cenário, é necessário identificar os fatores associados ao fenômeno e dirigir corretamente os esforços para sua prevenção.

Este estudo foi idealizado e dirigido a adolescentes grávidas, com a finalidade de saber qual é o seu conhecimento, atitude e prática em relação aos métodos anticoncepcionais. Foram identificados fatores sociodemográficos,

características da prática sexual, os motivos para o não uso de métodos anticoncepcionais e o conhecimento acerca do período fértil.

Espera-se que as suas conclusões possam servir de subsídios para a formulação de programas de educação sexual e de saúde global da adolescente, proporcionando melhor abordagem no acompanhamento médico de prevenção à gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis, auxiliando o entendimento da sexualidade como meio de enriquecimento pessoal, integração e formação da personalidade e uma forma de obter e proporcionar prazer sem riscos.

*Usamos, na Terra, um falso nome e uma falsa cara.
Nem a cara, nem o nome têm nada a ver com a nossa
identidade profunda.
E, quase sempre, o homem nasce, vive e morre sem ter
contemplado o seu rosto verdadeiro e sem jamais conhecido o seu
nome eterno.*

NELSON RODRIGUES

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Estudar o conhecimento, a atitude e a prática em relação ao uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes, bem como algumas características sociodemográficas e da sua vida sexual.

2.2. Objetivos específicos

1. Estudar algumas características da prática e da função sexual.
2. Avaliar o conhecimento e a atitude em relação aos métodos anticoncepcionais.
3. Investigar a percepção acerca do período fértil.
4. Estudar o uso de métodos anticoncepcionais prévio a gravidez bem como os motivos para o não uso.
5. Determinar a associação de algumas características sociodemográficas com o conhecimento e o uso de métodos anticoncepcionais.

*Enho tanto sentimento
Que é freqüente persuadir-me
De que sou sentimental,
Mas reconheço, ao medir-me,
Que tudo isso é pensamento,
Que não senti afinal.
Temos, todos que vivemos,
Uma vida que é vivida
E outra vida que é pensada,
E a única vida que temos
É essa que é dividida
Entre a verdadeira e a errada.
Qual porém é a verdadeira
E qual errada, ninguém
Nos saberá explicar;
E vivemos de maneira
Que a vida que a gente tem
É a que tem que pensar.*

FERNANDO PESSOA

3. Sujeitos e Métodos

3.1. Desenho do estudo

Este estudo foi observacional, descritivo, associado a inquérito CAP – Conhecimento, Atitude e Prática (WARWICK & LININGER, 1975).

3.2. Tamanho amostral

O tamanho da amostra (n= 156) foi calculado baseando-se em proporção esperada do uso prévio de métodos anticoncepcionais de 11,5% em gestantes adolescentes (PINTO E SILVA et al., 1980). Esse cálculo foi realizado no programa “STATCALC” do software de domínio público EPI-INFO 6.0 (DEAN et al., 1994) , considerando-se um nível de significância de 5% e uma diferença absoluta entre esta proporção na população e na amostra de 5% (KISH, 1965).

3.3. Seleção de Sujeitos

Os sujeitos da pesquisa foram 156 adolescentes grávidas entrevistadas na primeira consulta do Pré-natal de Adolescentes do CAISM ou do Hospital das Clínicas da Unicamp.

3.3.1. Critérios de Inclusão

- adolescentes matriculadas no Pré-natal de Adolescentes do CAISM ou do Hospital das Clínicas da Unicamp
- idade igual ou menor que 19 anos.
- início do acompanhamento obstétrico.

3.3.2. Critérios de Exclusão

- Portadoras de deficiência mental e/ou distúrbios psiquiátricos
- Alterações auditivas ou fônicas.

3.4. Variáveis

Todas as variáveis foram coletadas a partir da informação da paciente.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

- Idade - anos completos desde a data do nascimento até a data da entrevista.

- Estado Marital – condição de ser solteira, casada, viúva, desquitada, viver junto, divorciada ou desquitada.
- Escolaridade dos pais – definida a partir da última série completada na escola nas seguintes categorias: analfabeto, 1º grau incompleto, 1º grau completo, 2º grau incompleto, 2º grau completo, 3º grau incompleto, 3º grau completo.
- Escolaridade da adolescente – definida a partir da última série completada na escola nas seguintes categorias: analfabeto, 1º grau incompleto, 1º grau completo, 2º grau incompleto, 2º grau completo, 3º grau incompleto, 3º grau completo.
- Causas de abandono escolar – motivos que causaram a saída da adolescente da escola, categorizadas em: não gosta de estudar, por causa da gravidez, por causa do casamento, precisou trabalhar, cuidar do(s) filho(s), não gosta da escola, escola de difícil acesso, ajudar a família, outros motivos.
- Religião – qualquer sistema específico de crença, culto, conduta, seguido pela entrevistada, classificada em Espírita/Kardecista, Umbanda/Candomblé, Religiões Orientais, Evangélicas (crente), Protestante Tradicional, Católica Romana, Judaica/Israelita e sem religião.
- Freqüência às cerimônias religiosas – categorizadas em: ao menos uma vez por semana, duas vezes por mês, uma vez por mês, menos de uma vez por mês, não freqüenta e não sabe.
- Cor – segundo a opinião da entrevistada em: branca, parda/mulata/morena/cabocla, preta, amarela/oriental e indígena.

- Trabalho – atividade remunerada e exercida como meio de subsistência, categorizado em: doméstica, comerciária, autônoma, operária, outras.
- Acesso a informações – meio que utiliza para obter informações, categorizado: em rádio, televisão ou leitura de revistas, jornais e folhetos.
- Status socioeconômico – classificado pelo questionário da ABIPEME – Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado em classes A (alta), B (média alta), C (média baixa), D (pobre) e E (muito pobre) (ALMEIDA & WICKERHAUSER, 1991).

CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA EM RELAÇÃO AOS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

- Conhecimento de métodos anticoncepcionais

Adequado ou suficiente - conhecer espontaneamente pelo menos três métodos anticoncepcionais.

Inadequado ou insuficiente – conhecer espontaneamente menos de três métodos anticoncepcionais

- Percepção acerca do período fértil – identificar em que período entre o início de menstruação e o início da menstruação seguinte ocorre a ovulação.
 - Atitude sobre os métodos anticoncepcionais
- Adequada – concordar com o uso de métodos anticoncepcionais durante a adolescência.

Inadequada – não concordar com o uso de métodos anticoncepcionais durante a adolescência.

- Prática dos métodos anticoncepcionais

Adequada – uso de pelo menos um método anticoncepcional antes de ficar grávida.

Inadequada – não ter usado qualquer método anticoncepcional antes da gravidez.

PRÁTICA SEXUAL - descritas pelas características da vida sexual:

- Idade à primeira relação sexual – anos completos em que houve a primeira relação sexual com homem, e com penetração pênis-vagina.
- Iniciativa da relação sexual - se é sempre da adolescente, sempre do parceiro ou dos dois.
- Frequência das relações sexuais - categorizadas em ocasionalmente, 1-2 por mês, 1-2 por semana e 3 ou mais por semana.
- Número de parceiros – quantidade de parceiros com que manteve relações sexuais até o momento da entrevista.
- Funções sexuais (desejo, excitação e orgasmo) – categorizadas em nunca teve, sempre tem e às vezes tem.
- Prática de sexo oral, anal e homossexual - categorizadas em nunca pratica, sempre pratica e às vezes pratica.

3.5. Planos de Análises

3.5.1. Análise de associação entre o conhecimento e prática de métodos anticoncepcionais e as variáveis sociodemográficas

- Variáveis dependentes: conhecimento e prática
- Variáveis independentes: idade, estado civil, escolaridade da adolescente, religião, frequência às cerimônias religiosas, cor, situação ocupacional, escolaridade dos pais, número de gestações e classe socioeconômica.

3.5.2. Análise múltipla por regressão logística

- **Variáveis dependentes:**
 - 1) Conhecimento espontâneo de métodos anticoncepcionais (adequado: 1/ inadequado:0)
 - 2) Uso de algum método anticoncepcional antes da gravidez (sim: 1/ não:0)
- **Variáveis preditoras:**
 - Idade (anos)
 - Estado civil (solteira: 0/ outro: 1)
 - Está estudando atualmente (não: 0/ sim: 1)
 - Possui religião (não: 0/ sim: 1)
 - Frequência às cerimônias (nenhuma, sem religião: 0/ alguma: 1)
 - Cor (branca: 1/ outra: 0)
 - Trabalha (não: 0/ sim: 1)
 - Escolaridade da mãe (analfabeta: 0/ alguma: 1)
 - Número de gestações (uma: 0/ duas ou mais: 1)
 - Classe econômica (até a classe D: 1/ E: 0)

3.6. Instrumento para coleta de dados

Foi elaborado um questionário estruturado com perguntas pré-codificadas e abertas (anexo 1), e foram preparadas instruções para o entrevistador (anexo 2). O questionário foi previamente testado em um grupo de sujeitos similares aos incluídos na pesquisa para confirmar a adequação do instrumento, visando a qualidade das informações obtidas.

3.7. Coleta de Dados

A coleta dos dados com o preenchimento do questionário foi realizada pelo próprio pesquisador, com o auxílio de duas psicólogas entrevistadoras no dia da primeira consulta de pré-natal antes de qualquer contato da adolescente com outros profissionais de saúde do Serviço no período de outubro de 1999 a agosto de 2000. O treinamento das entrevistadoras consistiu na discussão do presente projeto, abordando-se objetivos, metodologia e apresentação do questionário, destacando-se os critérios de inclusão e exclusão. Orientações quanto ao adequado preenchimento das questões pré-codificadas foram minuciosamente transmitidas, logo após o pré-teste dos questionários. Durante a coleta dos dados, as dúvidas existentes foram discutidas com o pesquisador principal.

3.8. Processamento e análise dos dados

3.8.1. Processamento dos dados

Os questionários devidamente preenchidos foram submetidos a revisão manual com relação a qualidade das informações. As respostas textuais foram codificadas. Foi criado um banco de dados no software EPI-INFO 6.04b (de domínio público) (DEAN et al., 1994) com os dados digitados por duas pessoas diferentes e revisados através de um programa para a detecção de erros lógicos e inconsistências nos registros.

3.8.2. Análise dos dados

A análise descritiva, univariada, incluiu a utilização de distribuições de freqüência para as variáveis já apresentadas. Na análise bivariada, foram utilizados os testes qui-quadrado de Pearson, ou de Yates (quando necessário) e regressão logística para análise da associação entre características socioeconômicas e o conhecimento e o uso de métodos anticoncepcionais, considerando-se um erro tipo I de 5% (ARMITAGE, 1974). A análise estatística foi realizada utilizando-se o pacote estatístico EPI-INFO 6.04b (DEAN et al., 1994) e pelo SPSS/PC.

3.9. Aspectos Éticos

O estudo foi desenvolvido com adolescentes grávidas que participaram voluntariamente, após a leitura e assinatura do consentimento livre e esclarecido (Anexo 3) apresentado pelo entrevistador; obedecendo os princípios da pesquisa em seres humanos, contidos na Declaração de Helsinque (WORLD MEDICAL ASSOCIATION, 1996) e as recomendações da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada em 1994 na cidade do Cairo. No parágrafo E do capítulo VII, destas recomendações está dito que “Os Serviços devem salvaguardar o direito dos/as adolescentes à privacidade, confidencialidade, respeito e consentimento expresso, ao mesmo tempo que se respeitam os valores culturais e as crenças religiosas” (BRASIL, 1999b). Foram seguidas ainda as recomendações dos Departamentos de Bioética e Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo, do Conselho Federal de Medicina (BRASIL, 1999a). A partir das determinações das pautas citadas acima, as adolescentes foram esclarecidas sobre o sigilo em relação de foro íntimo e individual para o adequado consentimento. Depois que os questionários foram considerados corretamente preenchidos, as pacientes foram identificadas apenas por um número.

“A sabedoria do homem faz reluzir o seu rosto, e muda-se a dureza da sua face”.

ECLESIASTES, 8

4. Resultados

4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS GESTANTES ADOLESCENTES

A média de idade das adolescentes estudadas foi de 16,1 anos (dp=1,8). A menor idade observada foi 12 anos, sendo que 31,4% das gestantes tinham até 15 anos de idade (Tabela 1).

TABELA 1
NÚMERO E PERCENTUAL DAS GESTANTES ADOLESCENTES
SEGUNDO A IDADE

IDADE (anos)	n°	%	% acumulada
12	1	0,6	0,6
13	4	2,6	3,2
14	16	10,3	13,5
15	28	17,9	31,4
16	32	20,5	51,9
17	60	38,5	90,4
18	10	6,4	96,8
19	5	3,2	100,0
Total	156	100,0	

Em relação ao estado conjugal, 42,3% eram solteiras, 48,1% viviam em união consensual e 9,0% estavam casadas.

No momento da entrevista, 51,9% não freqüentavam a escola e das que freqüentavam (48,1%), 44% estavam no 1º grau e 54,7% cursando o 2º grau. Das adolescentes que abandonaram a escola, 65,4% interromperam os estudos no 1º grau e o principal motivo alegado para o abandono escolar foi a gravidez (30,9%).

Afirmaram ter alguma religião 80,8% das entrevistadas, 58,3% referiram ser católicas e 19,2% evangélicas. Destas, 55,6% comparecem pelo menos uma vez por semana às cerimônias religiosas.

A maioria das adolescentes (57,1%) tinha cor parda, 35,9% eram brancas e 7,1% pretas. Quanto à situação ocupacional, 11,5% estavam trabalhando, sendo como empregada doméstica (33,3%) e comerciária (38,9%) as ocupações mais freqüentes.

Em relação à classe socioeconômica, 54,5% pertenciam à classe média baixa (C), 35,3% eram pobres (D), 10,3% muito pobres (E) e 5,8% eram da classe média alta (B) segundo a classificação da ABIPEME (Tabela 2).

A análise da escolaridade dos genitores das gestantes adolescentes encontrou que 48,7% dos pais e 59,6% das mães tinham apenas o 1º grau incompleto.

Os meios de comunicação mais acessados diariamente pelas adolescentes foram a televisão (83,9%) e o rádio (79,4%) enquanto revistas (13,5%) e jornais (5,1%) foram os menos usados. Quando indagadas sobre

qual o meio de comunicação onde obtiveram informações sobre algum método anticoncepcional nos últimos seis meses, os cartazes (72,9%) e os folhetos (70,5%) foram os mais citados.

TABELA 2
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS
ADOLESCENTES GRÁVIDAS (N=156)

VARIÁVEIS	%
Estado conjugal	
União consensual	48,1
Solteira	42,3
Casada	9,0
Viúva	0,6
Escolaridade	
1º grau	63,4
2º grau	36,0
3º grau	0,6
Religião	
Católica	58,3
Evangélica	19,2
Sem religião	19,2
Outra	1,9
Espírita	0,6
Umbanda/Candomblé	0,6
Cor	
Parda/mulata/morena/cabloca	57,1
Branca	35,9
Preta	7,0
Situação ocupacional	
Não trabalha	88,5
Trabalha	11,5
Classe socioeconômica	
Média baixa (C)	48,7
Pobre (D)	35,3
Muito pobre (E)	10,3
Média alta (B)	5,8
Escolaridade do pai	
1º grau incompleto	48,7
Não sabe	28,8
1º grau completo	8,3
2º grau completo	5,1
Analfabeto	5,1
3º grau	1,9
2º grau incompleto	1,9
Escolaridade da mãe	
1º grau incompleto	59,6
1º grau completo	11,5
Analfabeta	10,3
2º grau completo	6,4
Não sabe	6,4
2º grau incompleto	5,1
3º grau	0,6

4.2. ANTECEDENTES REPRODUTIVOS E CARACTERÍSTICAS DA VIDA SEXUAL DAS ADOLESCENTES GESTANTES

A média de idade da primeira menstruação das adolescentes gestantes foi de 12,2 anos. Em relação a paridade, 78,8% eram primigestas, 21,2% engravidaram mais de uma vez e 12,8% já tinham um filho vivo.

A idade média à primeira relação sexual foi 14,5 anos e os principais motivos que levaram essas adolescentes a iniciar a vida sexual foram: 36,5% disseram que ela e o parceiro queriam, 19,2% porque amavam ou gostavam ou estavam apaixonadas pelo parceiro, 13,5% estavam com vontade e 8,3% por curiosidade (Tabela 3).

TABELA 3

MOTIVOS ALEGADOS PELAS ADOLESCENTES GRÁVIDAS PARA INICIAR A VIDA SEXUAL. EM PORCENTAGEM (N=156)

MOTIVOS	%
Ela e o parceiro queriam	36,5
Gostava do parceiro	19,2
Estava com vontade, queria prazer	14,1
Tinha curiosidade	8,3
Meu parceiro me convenceu, me pressionou, para satisfaze-lo	7,9
É parte do casamento	4,4
Não estava esperando	2,6
Estava na hora	1,9
Outros	1,9
Não sabe	1,3
Agressão sexual	1,3
Queria mudar de vida e sair de casa	0,6
Total	100,0

Nessa primeira relação sexual, 54,5% usaram algum MAC, sendo o condom masculino (87,1%) o mais utilizado, seguido do anticoncepcional hormonal oral (10,6%) e do coito interrompido (2,4%). Das adolescentes que não usaram qualquer MAC na primeira relação sexual (45,5%), as principais razões alegadas foram: não pensaram “nisso” na hora (32,4%), não esperavam ter relação sexual naquele momento (12,7%), não conheciam nenhum MAC (11,3%) e 8,5% afirmaram que os parceiros não quiseram usar.

No momento da entrevista, cerca de 88% informaram que haviam tido um parceiro sexual nos últimos seis meses, e uma frequência de relações sexuais de uma a duas vezes por semana (39,7%), três ou mais vezes por semana (24,4%), ocasionalmente (16,7%), uma a duas vezes por mês (10,9%) e 8,3% não tiveram relações sexuais durante a gravidez (Tabela 4)

Quando perguntamos de quem era a iniciativa para ter a relação sexual, 80,8% afirmaram que às vezes era do parceiro e às vezes da própria adolescente, 18,6% das adolescentes responderam que sempre era do parceiro e 0,6% era da própria adolescente.

Em relação às respostas sexuais, 7,7% nunca tiveram desejo sexual, 6,4% não ficaram excitadas durante a relações sexuais e 12,2% nunca tiveram orgasmo.

Em relação às práticas sexuais, 26,2% faziam sexo oral e 5,7% relataram sexo anal. Nenhuma adolescente teve experiências homossexuais ou relações sexuais com a finalidade de obter dinheiro. Cerca de 11,5% das adolescentes gestantes foram vítimas de agressão sexual. Nenhuma gravidez foi resultante desta violência.

TABELA 4
CARACTERÍSTICAS DA PRÁTICA SEXUAL DAS ADOLESCENTES
GRÁVIDAS. EM PORCENTAGEM (N=156)

VARIÁVEIS	%
Uso de MAC na 1ª relação sexual	
Sim	54,5
Não	45,5
MAC utilizados na 1ª relação sexual (n=85)	
Condom	87,0
Anticoncepcional oral	10,6
Coito interrompido	2,4
Parceiros sexuais nos últimos 12 meses	
1	87,9
2	7,7
3	3,8
4	0,6
Freqüência das relações sexuais	
1-2 por semana	39,7
3 ou mais vezes por semana	24,4
Ocasionalmente	16,7
1-2 vezes por mês	10,9
Não está tendo relação sexual	8,3
Iniciativa para relação sexual	
Às vezes do parceiro e às vezes da adolescente	80,8
Sempre do parceiro	18,6
Sempre da própria adolescente	0,6
Desejo	
Nunca	7,7
Sempre	23,7
Às vezes	68,6
Excitação	
Nunca	6,4
Sempre	60,9
Às vezes	32,7
Orgasmo	
Nunca	12,2
Sempre	34,0
Às vezes	53,8
Sexo oral	
Nunca	73,7
Sempre	0,6
Às vezes	25,6
Sexo anal	
Nunca	94,2
Sempre	0,6
Às vezes	5,2

4.3. CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DOS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS E PERCEÇÃO ACERCA DO PERÍODO FÉRTIL

A distribuição percentual do conhecimento dos MAC, espontâneo e induzido, pode ser observada na tabela 5. Em relação ao conhecimento revelado espontaneamente, 94,2% e 91,7% das adolescentes informaram o anticoncepcional oral e o condom, respectivamente, como os mais freqüentes. Esta relação quase não se modificou com a indução da questão de conhecimento dos MAC pelo entrevistador.

O coito interrompido (62,8%), a tabelinha (60,9%) e o diafragma (39,1%) foram os menos citados, mesmo após a indução do conhecimento.

TABELA 5

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO CONHECIMENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS ESPONTÂNEO E INDUZIDO ENTRE ADOLESCENTES GRÁVIDAS (N=156)

MÉTODO ANTICONCEPCIONAL	ESPONTÂNEO (%)	INDUZIDO (%)	TOTAL (%)
Condom	91,7	7,7	99,4
Anticoncepcional oral	94,2	3,8	98,0
Anticoncepcional injetável	28,2	54,5	82,7
DIU	41,0	35,3	76,3
Coito interrompido	3,8	59,0	62,8
Tabela (Ogino-Knaus)	10,9	50,0	60,9
Diafragma	10,9	28,2	39,1

Quando relacionamos o conhecimento espontâneo dos métodos anticoncepcionais e algumas características sociodemográficas, houve diferença significativa entre conhecimento adequado dos MAC em relação àquelas que

possuíam alguma religião e pertenciam à classe socioeconômica mais alta (Tabela 6).

TABELA 6
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS ADOLESCENTES GRÁVIDAS SEGUNDO
CONHECIMENTO ESPONTÂNEO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS E
ALGUMAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIÁVEL	CONHECIMENTO @			p*
	ADEQUADO	INADEQUADO	(n)	
Idade (anos)				0,23
Até 14	38,1	61,9	(21)	
15 – 19	54,8	45,2	(135)	
ESTADO CIVIL				0,95
Solteira	51,5	48,5	(66)	
Outro	53,3	46,7	(90)	
ESCOLARIDADE				0,13
1º grau incompleto	46,5	53,5	(86)	
1º grau completo ou mais	60,0	40,0	(70)	
Possui religião				0,03
Não	33,3	66,7	(30)	
Sim	57,1	42,9	(126)	
FREQÜÊNCIA ÀS CERIMÔNIAS				0,60 #
RELIGIOSAS				
Nenhuma/ sem religião	48,3	51,7	(58)	
Até 2 vezes ao mês	51,9	48,1	(27)	
Ao menos 1 vez por semana	57,1	42,9	(70)	
COR				0,85 #
Branca	55,4	44,6	(56)	
Parda/ mulata/ morena	50,6	49,4	(89)	
Preta	54,5	45,5	(11)	
TRABALHA				0,60
Não	51,4	48,6	(138)	
Sim	61,1	38,9	(18)	
ESCOLARIDADE DO PAI				0,17 #
Analfabeto	49,1	50,9	(53)	
1º grau incompleto	69,2	30,8	(13)	
1º grau completo ou mais	33,3	66,7	(15)	
ESCOLARIDADE DA MÃE				0,15 #
Analfabeto	75,0	25,0	(16)	
1º grau incompleto	49,5	50,5	(93)	
1º grau completo ou mais	48,6	51,4	(37)	
NÚMERO DE GESTAÇÕES				0,40
1	50,4	49,6	(123)	
≥ 2	60,6	39,4	(33)	
CLASSE SOCIOECONÔMICA				0,04
B, C ou D	55,7	44,3	(140)	
E	25,0	75,0	(16)	

@ Conhecimento adequado: ter referido espontaneamente conhecer 3 ou mais MACs;

inadequado: ter referido espontaneamente conhecer até 2 MACs

* Teste qui-quadrado de Yates

Teste qui-quadrado de Pearson

Quando indagadas em que época seria o período fértil entre o início da menstruação e o início da próxima menstruação, apenas 11,5% conseguiram identificá-lo corretamente.

Sobre a atitude em relação aos MAC, todas as adolescentes (100%) acharam que deveriam usar algum anticoncepcional nessa fase da vida. Cerca de 83% afirmaram que a decisão sobre o uso de MAC deve ser do casal. Na opinião das adolescentes grávidas, 27,7% não concordam em ter relações sexuais antes do casamento, ou antes de morar junto com seu parceiro. Com essa opinião, 8,0% eram solteiras.

Cerca de 32,7% estavam usando algum MAC antes de ficarem grávidas. Os MAC utilizados eram condom (49%), anticoncepcional oral (37,3%), coito interrompido (7,8%), anticoncepcional injetável (3,9%) e DIU (2%) (Tabela7).

TABELA 7
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS UTILIZADOS PELAS ADOLESCENTES ANTES DA GRAVIDEZ ATUAL (N=51)

MÉTODO ANTICONCEPCIONAL	%
Condom	49,0
Anticoncepcional oral	37,3
Coito interrompido	7,8
Anticoncepcional injetável	3,9
DIU	2,0
Total	100

Antes da gestação, 67,3% das adolescentes não estavam usando qualquer MAC e os principais motivos alegados para o não uso foram: 24,5% queriam ficar grávidas, 17,5% achavam que os MAC são inconvenientes para utilizá-los, 10,4% achavam que não ficariam grávidas e 9,4% disseram que nem ela nem o parceiro pensaram nisso na hora (Tabela 8). Entre as que desejavam engravidar, 18,8% viviam em união consensual.

TABELA 8
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS MOTIVOS ALEGADOS PELAS
ADOLESCENTES GESTANTES PARA O NÃO USO DE MÉTODOS
ANTICONCEPCIONAIS ANTES DA GRAVIDEZ ATUAL (N=106)

MOTIVOS	%
Queria ficar grávida	24,5
Inconveniente para usar	17,5
Achava que não ficava grávida	10,4
Os dois não pensaram	9,4
Dificuldade de acesso	8,5
Não estava tendo relações naquela época	3,8
Não se importava em ficar grávida	2,8
Tem efeitos negativos	2,8
Nunca foi ao médico	2,8
Não sabe explicar	2,8
Não conhecia método algum	1,9
Desnecessário	1,9
Não conhecia métodos adequados	1,9
Faz parte do casamento	1,9
Não esperava ter relação naquele momento	1,9
Confiança no parceiro	0,9
Por motivos religiosos	0,9
Violência sexual	0,9
Achava sem graça	0,9
Parou para trocar a marca do ACO	0,9
Estava decidindo com o parceiro qual MAC usaria	0,9
Outro	0,9
Total	100

Na análise da relação entre fatores sociodemográficos e prática de métodos anticoncepcionais, houve diferença significativa apenas entre o uso de um MAC antes da gravidez e o maior número de gestações anteriores (Tabela 9).

TABELA 9

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS ADOLESCENTES SEGUNDO USO DE ALGUM MÉTODO ANTICONCEPCIONAL ANTES DA GRAVIDEZ E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIÁVEL	USO ANTERIOR DE MAC		(n)	p*
	SIM	NÃO		
Idade (anos)				0,49
Até 14	23,8	76,2	(21)	
15 – 19	34,1	65,9	(135)	
ESTADO CIVIL				0,47
Solteira	28,8	71,2	(66)	
Outro	35,6	64,4	(90)	
ESCOLARIDADE				0,37
1º grau incompleto	29,1	70,9	(86)	
1º grau completo ou mais	37,1	62,9	(70)	
POSSUI RELIGIÃO				0,57
Não	26,7	73,3	(30)	
Sim	34,1	65,9	(126)	
FREQÜÊNCIA ÀS CERIMÔNIAS RELIGIOSAS				0,23 #
Nenhuma/ sem religião	27,6	72,4	(58)	
Até 2 vezes ao mês	25,9	74,1	(27)	
Ao menos 1 vez por semana	40,0	60,0	(70)	
COR				0,53 #
Branca	28,6	71,4	(56)	
Parda/ mulata/ morena	33,7	66,3	(89)	
Preta	45,5	54,5	(11)	
TRABALHA				0,39
Não	31,2	68,8	(138)	
Sim	44,4	55,6	(18)	
ESCOLARIDADE DO PAI				0,49 #
Analfabeto	30,2	69,8	(53)	
1º grau incompleto	46,2	53,8	(13)	
1º grau completo ou mais	40,0	60,0	(15)	
ESCOLARIDADE DA MÃE				0,66 #
Analfabeta	37,5	62,5	(16)	
1º grau incompleto	34,4	65,6	(93)	
1º grau completo ou mais	27,0	73,0	(37)	
NÚMERO DE GESTAÇÕES				<0,01
1	26,0	74,0	(123)	
≥ 2	57,6	42,4	(33)	
CLASSE SOCIOECONÔMICA				0,68
B, C ou D	33,6	66,4	(140)	
E	25,0	75,0	(16)	

* Teste qui-quadrado de Yates

Teste qui-quadrado de Pearson

Em relação aos locais ou pessoas que pudessem oferecer MAC, 84% referiram saber onde ir se quisessem utilizá-los. Destas, 55% iriam ao Posto de Saúde, 19,8% ao médico, 13,7% à farmácia, 5,3% ao hospital, 5,3% ao CAISM e 0,9% outro lugar.

A gravidez foi planejada por 27,6% das adolescentes, enquanto 72,4% não a planejaram. Dentre as que desejavam ficar grávidas, 51,2% queriam ser mães, 18,6% disseram que gostavam de crianças, 9,3% referiram ser desejo do casal, 4,7% não queriam perder o parceiro. Os outros motivos citados incluíram: a vontade de ficar grávida (2,3%), queriam uma companhia (2,3%), o fato de que o outro filho já estava crescendo (2,3%), que estava na hora (2,3%), o casal reatou (2,3%), ir se acostumando com o filho (2,3%) e idade do parceiro (2,3%) (Tabela 10).

TABELA 10
MOTIVOS ALEGADOS PELAS ADOLESCENTES PARA JUSTIFICAR
O DESEJO DA GRAVIDEZ - EM PORCENTAGEM (N =43)

MOTIVOS	%
Queriam ser mães	51,2
Gostavam de crianças	18,6
Desejo do casal	9,3
Não queriam perder o parceiro	4,7
Vontade de ficar grávida	2,3
Queriam uma companhia	2,3
O outro filho estava crescendo	2,3
Estava na hora	2,3
O casal reatou	2,3
Queria se acostumar com filhos	2,3
Idade do parceiro	2,3
Total	100

4.4. ANÁLISE MÚLTIPLA POR REGRESSÃO LOGÍSTICA

O conhecimento adequado dos métodos anticoncepcionais mostrou uma relação direta com a classe econômica e a idade (Tabela 11).

TABELA 11

FATORES ASSOCIADOS AO CONHECIMENTO ESPONTÂNEO ADEQUADO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS (N=145)

VARIÁVEL	COEF.	E.P. COEF.	p
Classe socioeconômica (até a classe D)	1,596	0,678	0,019
Idade (anos)	0,292	0,131	0,025
Constante	6,058	2,205	0,006

O uso adequado dos métodos anticoncepcionais antes da gravidez teve relação direta com o número de gestações (Tabela 12).

TABELA 12

FATORES ASSOCIADOS AO USO DE ALGUM MÉTODO ANTICONCEPCIONAL ANTES DA GRAVIDEZ (N=145)

VARIÁVEL	COEF.	E.P. COEF.	p
Número de gestações (2 ou mais)	1,357	0,413	<0,002
Constante	-1,052	0,216	<0,001

*Sentir tudo de todas as maneiras,
Viver tudo de todos os lados,
Ser a mesma coisa de todos os modos possíveis ao mesmo tempo,
Realizar em si toda a humanidade de todos os momentos
Num só momento difuso, profuso, completo e longínquo.*

FERNANDO PESSOA

5. Discussão

Os resultados desta pesquisa mostraram, de modo evidente, que as adolescentes grávidas têm conhecimento elevado em relação a existência de MAC, embora uma prática inadequada para sua utilização.

Entre os MAC mais citados espontaneamente pela grande maioria das adolescentes estão os contraceptivos orais e o condom. Os demais, menos populares, mostraram-se razoavelmente conhecidos quando eram lembrados pelo entrevistador, sendo que mais de 60% conheciam pelo menos seis tipos diferentes de contraceptivos. Apesar do conhecimento ser um elemento necessário para o seu uso, a literatura mostra que não existe associação entre os níveis de conhecimento e taxas de utilização. Uma das razões que poderia justificar esse comportamento, seria a imaturidade psico-emocional, característica da faixa da adolescência (CAVALCANTI, 2000)

Esse percentual alto de conhecimento, de certo modo, já era esperado, considerando que as adolescentes da amostra estudada residem majoritariamente na zona urbana, como a maioria das adolescentes brasileiras, segundo dados do IBGE de 1999 (IBGE, 1999). Admite-se que os jovens nos

centros urbanos mais desenvolvidos, tenham maior acesso à escola, a serviços de saúde de melhor qualidade e às informações da mídia, situação que garantiriam melhor e maior conhecimento.

Atestam estas suposições são os resultados encontrados onde a televisão (83,9%) e rádio (79,4%) foram os meios de comunicação mais acessados diariamente pelas adolescentes grávidas. Os meios de comunicação de massa são bastantes utilizados pelos jovens em todo país, como já demonstrou a Pesquisa de Demografia e Saúde realizada em 1996 (BEMFAM/MACRO, 1997). Embora existam vários programas televisivos e radiofônicos que abordem a sexualidade, alguns especialistas consideram esses programas excessivamente superficiais, pouco informativos e de cunho banalizador (VIVARTA, 1999)

Comparativamente com estudos anteriores, pode-se demonstrar significativo aumento do conhecimento do condom, o que poderia ser em parte justificado pelas campanhas de combate e prevenção às DST/AIDS, muito veiculadas nos últimos anos em todos os meios de comunicação. Estas campanhas não teriam qualquer direcionamento para o tema de procriação. Em 1980, antes do aparecimento do HIV, em pesquisa com desenho muito semelhante a esta, encontrou-se que apenas 12,3% das adolescentes conheciam o condom (PINTO E SILVA et al., 1980); e atualmente, a maioria absoluta conhece o condom.

O coito interrompido não se mostrou conhecido como um MAC (3,8%) entre as adolescentes grávidas. Quando induzimos o conhecimento através da sinonímia popular, houve um aumento para 59%. Esta diferença permite especular sobre a fragilidade dos instrumentos de entrevistas, que nem sempre apresentam perguntas e esclarecimentos com sinonímia e termos adequados ao entendimento da jovem. Associando-se a este argumento, a diversidade dos momentos em que são realizadas essas entrevistas (adolescentes grávidas, puérperas, estudantes ou inquérito domiciliar), podemos entender porque tantas e aparentes discrepâncias nos resultados dessas pesquisas, e o risco das conclusões delas decorrentes para a construção de juízos de valor.

A difusão dos métodos naturais é sempre necessária, apesar de sua eficácia contraceptiva ser claramente inferior aos outros métodos disponíveis. Pode, entretanto, alcançar eficácia aceitável, comparáveis à dos métodos de barreira quando utilizados corretamente. Outra vantagem a considerar, seria a de que permitiria, por suas características peculiares, ser utilizados emergencialmente, situação relatada constantemente na prática sexual dos adolescentes. Seu uso, entretanto, exige maior conhecimento da fisiologia reprodutiva e da maneira adequada para usá-los. São recomendáveis quando são o único recurso disponível, nas situações de relação sexual inesperada e nas dificuldades de acesso, razões alegadas pelas adolescentes em suas explicações tardias para a gravidez inesperada. (DIAZ & DIAZ, 1999).

Na análise múltipla que se realizou, em relação à idade, as adolescentes mais velhas tiveram claramente maior conhecimento dos MAC que as mais

jovens. Este dado reflete provavelmente maior capacidade dedutiva, e melhor nível de escolaridade, como demonstrado por outros estudiosos (CAVALCANTI, 2000).

Uma das hipóteses, considerando sobre os elementos influentes na vida reprodutiva das adolescentes, faz-se através de conceitos morais, éticos e religiosos. A religião, orientando o comportamento e a vida das pessoas, é um fator influente no que tange ao exercício da sexualidade e ao conhecimento e prática contraceptivas (CAVALCANTI & CAVALCANTI, 1996).

Nesta amostra estudada, observamos que o maior conhecimento dos MAC está significativamente relacionado ao fato da adolescente possuir alguma crença religiosa. Entretanto, quanto seu uso anterior, observamos que não houve diferença. Concluímos pela observação desses dados que a religião não interferiu como fator facilitador ou impeditivo para o uso de MAC como mostrado por outros autores (CAVALCANTI, 2000).

Outro aspecto importante de nossos achados relaciona-se ao grau de escolaridade dos pais das adolescentes, que aparentemente não modificou o conhecimento ou influenciou o uso dos MAC entre as adolescentes entrevistadas. Este dado, de certo modo, aponta para as dificuldades ou mesmo para a ineficiência ou inexistência de diálogos familiares acerca da orientação sexual, e obviamente, para as limitações próprias do núcleo familiar. Pesquisa realizada com 240 jovens de 15 a 24 anos na cidade de São Paulo

mostrou que 34% gostariam de poder informar-se sobre sexo principalmente por meio de “conversas com os pais” (VIVARTA, 1999).

As adolescentes com maior nível socioeconômico apresentaram conhecimento significativamente maior sobre os MAC, indicando que as classes consideradas mais privilegiadas teriam maior acesso, e maior contato com os meios de informação mais eficientes. Estes resultados, entretanto, não foram suficientes para induzir diferenças claras em relação à prática contraceptiva entre as mais e menos informadas.

Em nossa observação, as adolescentes múltiparas não mostraram maior conhecimento dos MAC em comparação às primigestas. Na análise múltipla, houve por outro lado, maior uso pelas adolescentes que haviam tido filho anteriormente; e apesar disso, a gravidez tornou-se recorrente. Pode-se perceber que a gravidez anterior não se focalizou com destaque a importância do planejamento familiar, nem das consequências da reincidência futura de outra gravidez. Este fato seria decorrente da falta de acesso aos serviços de saúde especializados na gravidez anterior ou ineficiência dos serviços procurados. Uma das idéias difundidas e aceitas, é a de que uma gravidez ou parto não desejados ou inoportunos, poderiam constituir-se em um poderoso estímulo para modificar comportamentos e práticas futuras.

A maioria das adolescentes (84%) mostram conhecer claramente quais são os serviços de saúde que oferecem planejamento familiar, sendo o posto de saúde (55%) o mais citado. A melhoria da qualidade de atendimento nos

serviços de nível primário, através de uma equipe multidisciplinar capacitada, visando em particular uma atenção integral e diferenciada à saúde do adolescente, poderia suprir com mais eficiência as necessidades dos adolescentes, como também promover saúde e prevenir novos agravos atuais e futuros (SAITO, 1999).

A falta de conhecimento da fisiologia reprodutiva poderia contribuir para um maior risco de gravidez, sendo o desconhecimento do período fértil, uma das causas referidas como associadas ao aumento da fecundidade na população mais jovem. Em nosso estudo, apenas 11,5% das adolescentes grávidas conseguiram identificá-lo de forma apropriada e correta, enquanto para todo o Brasil, a proporção encontrada foi de 17% entre as adolescentes e 22% entre mulheres de 15 a 24 anos (BEMFAM, 1987; FERNANDES, 1998).

A importância do uso dos MAC é evidenciada pela concordância de todas as adolescentes entrevistadas. Apesar disso, a maioria (67,3%) não estava usando qualquer método antes de ficar grávida, indicando a existência de múltiplos e complexos fatores que justificam tal atitude, inclusive o desejo, explícito ou não, de engravidar.

A proporção de gravidez não planejada encontrada foi de 72,4%. Em 1980, em pesquisa semelhante realizada no CAISM, encontrou-se taxa de 45,9% de gravidezes indesejadas (PINTO E SILVA et al., 1980). Os conceitos relacionados a gravidez desejada ou indesejada, podem ter várias dimensões, interpretações e significados, que irão depender do estágio de adaptação e

aceitação da gravidez pela adolescente e particularmente, do momento em que se realiza a entrevista. Justifica-se, assim, as diferenças de resultados quando indagamos sobre o planejamento da gestação e o desejo de se ter o filho.

Muitas vezes a gravidez não foi planejada, o que se pode observar nos 72,4% das adolescentes que referiram a questão, embora possa existir um desejo inconsciente de engravidar. Não apenas o próprio desejo do filho, mas também para testar sua feminilidade, através da confirmação da capacidade reprodutiva (DADOORIAN, 2000). Outras vezes, a gravidez representa um desafio da adolescente ao seu círculo imediato, sua desadaptação, um instrumento utilizado como forma de agressão.

Pesquisa sobre Saúde Reprodutiva e Sexualidade realizada pela BEMFAM entre 1989 e 1990 em três capitais brasileiras, mostrou que nas primeiras gravidezes, cerca de metade não foram planejadas. Em 1996, entre mulheres de 15 a 19 anos, a proporção de nascimentos não planejados foi de 50%, e 46,9% entre mulheres de 20 a 24 anos (CAMARANO, 1998a).

Encontramos um percentual de gravidez não planejada mais alto que os acima mencionados e interpretamos que o achado poderia se justificar pela faixa etária mais jovem das adolescentes entrevistadas (12 a 19 anos). Estes resultados apontam na direção de que o desejo de engravidar é menor entre as mais novas, crescendo nas mais velhas, no período chamado adolescência “florida” (15-19 anos).

Cerca de 10,4% das adolescentes afirmaram que não Ter utilizado MAC porque não acreditavam que poderiam ficar grávidas, evidenciando o que se convencionou denominar “pensamento mágico do adolescente”, inerente ao estágio de desenvolvimento psicológico. Comparativamente, em 1980, essa justificativa apareceu em 26,2% (PINTO E SILVA et al., 1980), mostrando que a disseminação e divulgação dos conhecimentos apropriados poderiam ser construtores de um novo comportamento mais realista e preventivo.

Comparando a idade média à menarca (12,2 anos) e a da primeira relação sexual (14,5 anos), constatamos que as adolescentes iniciaram a vida sexual em torno de dois anos e três meses após o início da menacme. A idade média nesta gravidez, por sua vez, foi de 15,9 anos, um intervalo muito curto em relação ao início da maturidade reprodutiva, da vida sexual e a ocorrência da gravidez. Trabalho realizado no Rio de Janeiro em 1996, também mostrou que a adolescente engravida rapidamente. Cerca de 9,8% engravidaram no primeiro mês de atividade sexual, 39,3% até o sexto mês e 82% até um ano após (MONTEIRO et al, 1998).

No Brasil, em pesquisa realizada entre jovens de 15 a 19 anos encontrou-se que a média de idade da primeira relação sexual para as mulheres foi 16,5 anos. A idade da iniciação sexual seria afetada por diversos fatores. Ocorreria mais cedo nas áreas urbanas, nos jovens de nível educacional mais baixos, em alguns tipos de religião como espírita e seguidoras da umbanda, e entre jovens que não têm o hábito de freqüentar espontaneamente serviços religiosos (FERRAZ & FERREIRA, 1998)

Durante a primeira relação sexual, observamos que houve 54,5% de utilização de MAC, semelhante a proporção (63,1%) que foi encontrada entre adolescentes no município de Maceió (LEITE, 2001). Observamos que houve aumento do uso de contraceptivos no decorrer destes anos, se compararmos com dados nacionais, que foi 14,9% entre mulheres de 15 a 19 anos há mais de dez anos (BEMFAM,1987).

Os motivos declarados para o não uso de MAC na pesquisa de âmbito nacional foram: 40% disseram que não esperavam ter relação sexual naquele momento de sua vida e 30% reportaram desconhecer métodos, enquanto no nosso material, as respostas às mesmas questões foram 32,4% e 12,7% respectivamente. Esses dados parecem indicar que houve melhora no conhecimento do MAC, mas relações sexuais inesperadas, não programadas continuam sendo um dos principais motivos para o que as primeiras relações se façam sem proteção adequada.

Quanto ao tipo de MAC usado à primeira relação sexual, o condom masculino (87,1%) e o anticoncepcional hormonal oral (10,6%) foram os mais utilizados entre as adolescentes grávidas. Em estudo realizado com 2470 adolescentes de ambos os sexos no município de Maceió, o condom e o coito interrompido foram os MAC mais referidos (LEITE, 2001).

Chama atenção, como começam a pontificar nas casuísticas mais recentes, os preservativos como MAC bem aceitos e bastante utilizados pela população jovem, mesmo que as motivações para seu uso sejam claramente

associada à proteção para DST/AIDS e não à prevenção da gravidez indesejada.

Em relação às respostas sexuais, cerca de 12,2% das adolescentes grávidas referiram nunca terem tido orgasmo, 6,4% não relataram excitação durante a relação sexual e 7,7% não tinham desejo sexual. Certamente não é legítimo caracterizar esses dados como disfunções sexuais porque a adolescência é uma fase de muitas expectativas em torno do desempenho sexual, de aprendizado e de exploração de potenciais emotivos, o que produz muita ansiedade e pode gerar resultados negativos. Também é conveniente lembrar que outro fator que pode afetar a função sexual é o tipo e a duração do relacionamento entre os pares, que não foi objeto de avaliação no presente estudo.

Entre mulheres casadas, cerca de 5% nunca apresentaram orgasmo (KINSEY et al, 1985). A incidência das disfunções sexuais é questionada devido às diferenças de nomenclatura, às dificuldades de coleta de material estatisticamente significativo, aos preconceitos existentes e o caráter pessoal do problema, dificultando assim análises comparativas entre os dados disponíveis.

A violência e o abuso sexual têm sido ocorrências mórbidas de alta prevalência no período da adolescência, particularmente nas de menor idade, sendo portanto tema de grande relevância na atualidade, não somente no Brasil, mas em todo mundo. Não temos estimativas nacionais precisas sobre essa ocorrência, pois os levantamentos estatísticos são poucos e limitados,

além de ser um assunto tabu em nossa sociedade. Cerca de 11,5% das adolescentes que estudamos foram vítimas em algum momento de agressão sexual, proporção semelhante a encontrada entre os adolescentes atendidos no Serviço de Assistência Integral à Adolescência de São Paulo (SAIA), que foi de 14,4% (SEIXAS, 1999). Embora nenhuma gravidez tenha sido resultante dessa violência.

O conhecimento, a atitude e a prática relacionados aos MAC observados neste estudo, mostraram que houve significativos avanços na informação disponível e apropriada pelas nossas 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 ou significativas.

Algumas razões para este insucesso, que parece quase imutável no tempo, são de natureza variada: a condição própria das características psico-emocionais deste grupo etário peculiar, com dinâmica especial e culturalmente incomparável, poderia ser a mais destacada. Outras razões poderiam incluir variáveis de caráter ambiental (socioeconômicas – demográficas), que induziriam o papel social que está reservado para cada uma das nossas jovens, as oportunidades sociais ditadas pelas características de seu núcleo familiar, as disponibilidades econômicas, sua formação e práticas religiosas, as mesmas variáveis consideradas na perspectiva de seu parceiro, seus antecedentes

reprodutivos, e principalmente suas expectativas de vida e oportunidades futuras.

A análise destas alternativas, obviamente fica parcialmente comprometida com a utilização para este estudo de uma amostra de adolescentes já grávidas experimentando o fim de certa forma, já de per se significaria uma conseqüência negativa, a contaminar seus valores, reação e juízos de valor. Por outro lado, a inevitabilidade da situação, e a quase totalidade da adequação à nova situação em que se encontram, poderiam funcionar como um elemento de avaliação menos temeroso de críticas ou mesmo de punição outras, propiciando análises mais sinceras, objetivos verdadeiros sobre os acontecimentos que as envolveram.

Os resultados mostram que alguns componentes envolvidos neste fenômeno talvez não possam, definitivamente, ser modificados, ou até mesmo, não deveriam ser modificados. Muitas adolescentes queriam ficar grávidas, desejo compartilhado com seus parceiros, com anuência de seus familiares e núcleo de convivência social imediato, mostrando que a gestação na adolescência nem sempre será um acontecimento indesejado e inoportuno, mas um fenômeno de contribuição para melhor adequação e inserção social de conquista da maturidade e de felicidade pessoal.

Outro componente imutável sempre será aquele que se relaciona com a necessidade biológica de afirmação do ser humano, apoderado de suas

condições plenas de sexualidade e do instinto de procriar e preservação da espécie.

E finalmente, em nossa maneira de ver, a gravidez na adolescência é resultante das mazelas sociais, que estabelecem injustiça na distribuição de seus bens de interesse comum, privando parte importante dos indivíduos que não estão inseridos ainda no mundo dos adultos e das decisões.

*Trago dentro do meu coração,
Como num cofre que se não pode fechar de cheio,
Todos os lugares onde estive,
Todos os portos a que cheguei,
Todas as paisagens que vi através de janelas ou vigias,
Ou de tombadilhos, sonhando,
E tudo isso, que é tanto, é pouco para o que eu quero.*

FERNANDO PESSOA

6. Conclusões

1. Uma proporção elevada de adolescentes usou MAC à primeira relação sexual. Houve um decréscimo de sua utilização, tendo um período de tempo curto entre o início da vida sexual e a gravidez.
2. As adolescentes grávidas têm conhecimento adequado em relação aos MAC e concordam com o seu uso durante o período da adolescência.
3. O uso de MAC antes da gravidez foi considerado inadequado e o principal motivo isolado para a não utilização foi o desejo de engravidar.
4. A falta de conhecimento da fisiologia reprodutiva pelas adolescentes grávidas foi evidenciada pela incapacidade de identificação do período fértil.
5. A religião, a idade e a classe socioeconômica estão relacionadas ao conhecimento adequado dos MAC, enquanto a multiparidade a seu maior uso antes da gravidez.

7. Referências Bibliográficas

ALMEIDA, P. M. & WICKERHAUSER, H. – **O critério ABA/ABIPEME em busca de uma atualização**. São Paulo, 1991. 85p.

ARILHA, M.; CALAZANS, G. – Sexualidade na adolescência: o que há de novo?. In: **Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPD)**, Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília: CNPD, 1998. p687-705.

ARMITAGE, P. – **Statistical methods in medical research**. New York, John Wiley & Sons, 1974, 3rd. 504p.

BARSTED, L. L. – Apresentação. In: VIEIRA, E.M.; FERNANDES, M.E.L.; BAILEY, P.; MCKARA, A. - **Seminário gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde/Family Health International/Associação Saúde da Família, 1998, p13-5.

BASTOS, A. V. B. & MORRIS, L. – Conclusões e algumas implicações do estudo. In: BASTOS, A. V. B. & MORRIS, L. - **Saúde e educação sexual do jovem: um estudo em Salvador**. Salvador, 1989. p101-5.

BATISTA, R. F. L. - **Condições de vida e saúde de gestantes adolescentes residentes no município de Campinas**. Campinas, 2001. [Tese – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas].

BEMFAM. - **Pesquisa nacional sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar (PNSMIPF) 1986**. Rio de Janeiro, BEMFAM – Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, 1987. 152p.

BEMFAM/MACRO. **Pesquisa nacional sobre demografia e saúde 1996**. Rio de Janeiro, BEMFAM – Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil/MACRO, 1997. 181p

BERENSON, A. B.; WIEMANN, C. M.; McCOMBS, S.L. - Adverse perinatal outcomes in young adolescents. *J. Reprod. Med.*, **42**:559-64, 1997.

BERQUÓ, E. - Como, quando e com quem se casam os jovens brasileiros. In: **Comissão nacional de população e desenvolvimento (CNPD) - Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília: CNPD, 1998, p93-108.

BOK, S. D. - A pregação da abstinência sexual – solução para a questão da gravidez na adolescência? In: **Boletim GTPOS**. São Paulo, (17), outubro/dezembro, 1999. p.1-2.

BRASIL. Aspectos éticos do atendimento médico do adolescente. Departamento de Bioética e Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo. *Rev. Paul. Pediatr*, **17**:p95-7, 1999a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. Informações de Saúde.
Sistema de informações hospitalares (SIH/SUS). Brasília, 1996.
Disponível na internet:www.datasus.gov.br

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. Informações de Saúde.
Sistema de informações hospitalares (SIH/SUS). Brasília, 2000.
Disponível na internet:www.datasus.gov.br

BRASIL. Recomendações da ONU sobre saúde sexual e reprodutiva. Rede
Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. **Dossiê**: p8, 1999b

BRUNO, Z. V. & BAILEY, P. E. - Gravidez em adolescentes no Ceará:
maternidade ou aborto. In: VIEIRA, E.M.; FERNANDES, M.E.L.; BAILEY,
P.; McKARA, A. - **Seminário Gravidez na Adolescência**. Rio de Janeiro,
Ministério da Saúde/Family Health International/Associação Saúde da
Família, 1998. p57-66.

CAMARANO, A. A. – Fecundidade e anticoncepção da população de 15 a 19
anos. In: VIEIRA, E.M.; FERNANDES, M.E.L.; BAILEY, P.; McKARA, A. -
Seminário Gravidez na Adolescência. Rio de Janeiro, Ministério da
Saúde/Family Health International/Associação Saúde da Família, 1998a.
p35-46.

CAMARANO, A. A. – Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In:
Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPD), Jovens
acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília: CNPD, 1998b, p109-
33.

CANNON, L. R. C. - Prefácio. In VIEIRA, E.M.; FERNANDES, M.E.L.; BAJLEY, P.; McKARA, A. - **Seminário gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde/Family Health International/Associação Saúde da Família, 1998, p11-2.

CAVALCANTI, R. & CAVALCANTI, M. – Disfunções sexuais. In: CAVALCANTI, R. & CAVALCANTI, M. **Tratamento clínico das inadequações sexuais**. 2^a ed. Roca, São Paulo, 1997. p261-435.

CAVALCANTI, S. M. O. C. - **Fatores associados ao uso de anticoncepcionais na adolescência**. Recife, 2000. 120 p. (Tese - Mestrado - Instituto Materno-Infantil de Pernambuco).

CAVASIN, S. – A gravidez na adolescência e o discurso do risco. **Enfoque feminista, n°4**: 17-19, 1993.

COLLI, A. S. & DELUQUUI, C. G. - Adolescência. In: ALCANTARA, P. & MARCONDES, A.(org.) - **Pediatria básica**. 6^aed., Sarvier, São Paulo, 1978. p.175.

CONCEIÇÃO, I. S. C. - **Gestação na adolescência: a incidência e as causas da deficiência de ferro e suas conseqüências para o recém-nascido**. São Paulo, 2001. [Tese – Doutorado – Universidade de São Paulo].

CUNHA, A. A.; MONTEIRO, D. L. M.; REIS, A. F. F. - Fatores de risco da gravidez na adolescência. In: MONTEIRO, D. L. M.; CUNHA, A. A.; BASTOS, A. C., **Gravidez na adolescência**. 1^a ed., Revinter, Rio de Janeiro, 1998. p.43-55.

- DADOORIAN, D. – **Pronta para voar: um novo olhar sobre a gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro, Rocca, 2000. 177p.
- DEAN, A. G.; DEAN, J. A.; COULOMBIER, D.; BRENDEL, K. A.; SMITH, D. C.; BURTON, A. H.; DICKER, R. C.; SULLIVAN, K.; FAGAN, R. F.; ARNER, T.G - **Epi info, version 6: a word processing database and statistics program for epidemiology on microcomputers**. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, 1994.
- DIÁZ, J. & DIÁZ, M. – Contracepção na adolescência. In: **Cadernos juventude saúde e desenvolvimento**. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999. p.249-57.
- DOTT, A. B. & FORT, A. T. - Medical and social factors affecting early teenage pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol*, **125**:532-6, 1976.
- FEBRASGO. Partos atendidos na rede hospitalar do SUS 1993-1999. In: **Jornal da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo, 2000 n°7.p7.
- FERNANDES, S. R. P. - Educação sexual, conhecimentos sobre doenças sexualmente transmissíveis e anticoncepção. In: BASTOS. A. V. B.; MORRIS, L.; FERNANDES, S. R. P. – **Saúde e educação sexual do jovem: um estudo em Salvador**. Salvador, 1998. p45-54.
- FERRAZ, E. A. & FERREIRA, I. Q. - Início da atividade sexual e características da população adolescente que engravida. In VIEIRA, E.M.; FERNANDES, M.E.L.; BAJLEY, P.; McKARA, A. - **Seminário gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde/Family Health International/Associação Saúde da Família, 1998, p47-54.

GOZZANO, J. O. A.; MORALES, P. H. A.; TARNOVSKY, S.; D'ANDREA NETO, S.; GREGO, P. L. R.; ROZAS, A. – Comportamento sexual e gestação na adolescência. *J. Bras. Ginecol.*, **100**:125-8, 1990.

GÜNTHER, I. A. - Adolescência e projeto de vida. In: **Cadernos juventude saúde e desenvolvimento**. Brasília, Ministério da Saúde, Secretária de Políticas de Saúde, 1999. p.86-92.

HEILBORN, M. L. - Gravidez na adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social. In: VIEIRA, E.M.; FERNANDES, M.E.L.; BAJLEY, P.; MCKARA, A. - **Seminário gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde/Family Health International/Associação Saúde da Família, 1998. p.23-32.

HOGAN D. P.; SUN, R.; CORNWELL, G. T. - Sexual and fertility behaviors of American females aged 15-19 years : 1985, 1990, and 1995. *Am. J. Pub. Health*, **90**:1421-5, 2000.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**. Distribuição da população residente, por Grandes Regiões, segundo a situação do domicílio, o sexo e os grupos de idade - 1999 e 1998. Brasília, 1999. <www.ibge.gov.br>.

KINSEY, A. C.; POMEROY, W. B.; MARTIN, C. E.; GEBHARD, P. H. – **Conduta sexual da mulher**. Atheneu, Rio de Janeiro, 1985.

KISH, L. – **Survey sampling**. New York, John Wiley & Sons, 1965. 643p

- KNOBEL, M. – Desenvolvimento psicológico. In **Adolescência e Saúde/ Comissão de Saúde do Adolescente**. 2^a ed. São Paulo, Secretária de Estado da Saúde de São Paulo, 1994, p.59-69.
- KOLS, A.J. & SHERMAN, J.E - Programas de planejamento familiar: melhoria da qualidade. **Population Reports**.1998. p.1-39.
- LAZZARETTI, C. T.; ANDRADE, R. P.; REGIANI, C. - Contribuição ao estudo psicossocial da adolescência. **R.B.S.H.**, 1:73-82, 1990.
- LEITE, A. P. L. L. - **Sexualidade na adolescência: conhecimentos, atitudes e práticas dos adolescentes estudantes do município de Maceió**. Recife, 2001. [Tese – Mestrado – Universidade de Pernambuco].
- LUZ, M. T. M. & CASTRO E SILVA, R. – Vulnerabilidade e adolescências. In: **Cadernos juventude saúde e desenvolvimento**. Brasília, Ministério da Saúde, Secretária de Políticas de Saúde, 1999. p.93-96.
- MONTANARI, P. M. – Jovens e deficiência. Comportamento e corpos desviantes. In: **Cadernos juventude saúde e desenvolvimento**. Brasília, Ministério da Saúde, Secretária de Políticas de Saúde, 1999. p97-108.
- MONTEIRO, D. L. M.; PIRES, E. S.; SCHETTINI, G. A.; CUNHA, A. A. - Perfil socioeconômico da adolescente e adesão à contracepção. In: MONTEIRO, D. L. M.; CUNHA, A. A.; BASTOS, A. C., **Gravidez na adolescência**. Revinter, Rio de Janeiro, 1998. p.171-85.
- MURARO, R. M. - Introdução. In: MURARO, R. M. **Sexualidade da mulher brasileira: corpo e classe social no Brasil**. 5^a ed., Rosa dos Tempos, Rio de Janeiro, 1996. p.13-7.

NICHOLS, D.; LADIPO, O. A.; PAXMAN, J. M.; OTOLORIN, E. O. – Sexual behavior, contraceptive practice, and reproductive health among Nigerian adolescents. **Stud Fam Plann.**, 17:100-6, 1986.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – El embarazo y el aborto en la adolescencia. **Série de Informes Técnicos**, nº 583, 1975.

OSÓRIO, L. C. – O que é a adolescência, afinal?. In: OSÓRIO, L. C. - **Adolescente hoje**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989. p.10-3.

PAIVA, A. S.; CALDAS, M. L. C. S.; CUNHA, A. A. – Perfil psicossocial da gravidez na adolescência. In: MONTEIRO, D. L. M.; CUNHA, A. A.; BASTOS, A. C., **Gravidez na adolescência**. Revinter, Rio de Janeiro, 1998. p.7-30.

PETRY, S. – Gravidez precoce diminui qualidade de vida no futuro. **Folha de São Paulo**, São Paulo. 06/05/2001. pC8.

PINTO E SILVA, J. L. - Anticoncepção. In: **Adolescência e saúde/Comissão de Saúde do Adolescente**. 2^a ed. São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 1994. p123-30.

PINTO E SILVA, J. L. - Gravidez na adolescência: desejada x não desejada. **Femina**, 26:825-30, 1998.

PINTO E SILVA, J. L.; SARMENTO, R. C.; LANDERER, C.; FAÚNDES, A. - Gravidez na adolescência: conduta frente à anticoncepção e ao sexo. **J. Bras. Ginec.**, 90:283-7, 1980.

- RIGSBY, D. C.; MACONES, G. A.; DRISCOLL, D. A. – Risk factors for rapid repeat pregnancy among adolescent mothers: a review of the literature. **J. *Pediatr. Adolesc. Gynecol.*, 11:115-26, 1998.**
- SAITO, M. I. - Atenção integral à saúde do adolescente: perspectiva histórica e atual. In: ASSUMPÇÃO JR., F. B. & KUCZYNSKI, E. **Adolescência normal e patológica**. Lemos, São Paulo, 1999. p.15-24.
- SANTOS JÚNIOR, J. D. - Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. In: **Cadernos juventude saúde e desenvolvimento**. Brasília, Ministério da Saúde, Secretária de Políticas de Saúde, 1999. p.223-9.
- SCHOLL, T. O.; HEDIGER, M. L.; BELSKY, D. H. - Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: a review and meta-analysis. **J. *Adolesc. Health* 15: p.444-56, 1994.**
- SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. **SP demográfico – Estatísticas vitais do Estado de São Paulo**. Proporção de Nascidos Vivos, por Características selecionadas do Estado de São Paulo e Direções Regionais de Saúde – DIR 1997. São Paulo, 1997.
<www.seade.gov.br>.
- SEIXAS, A. H. - Abuso sexual na adolescência. In: **Cadernos juventude saúde e desenvolvimento**. Brasília, Ministério da Saúde, Secretária de Políticas de Saúde, 1999. p117-134.

- SOUZA, M. M. C. - A maternidade nas mulheres de 15 a 19 anos como desvantagem social. In: VIEIRA, E.M.; FERNANDES, M.E.L.; BAJLEY, P.; McKARA, A. -**Seminário gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde/Family Health International/Associação Saúde da Família, 1998. p.74-91.
- SWEENEY, P. J. – Gravidez na adolescência. In: SANFILIPPO, J. S.; MURAM, D.; LEE, P. A.; DEWHURST, J., **Ginecologia pediátrica e da adolescente**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1996. p.240-7.
- VIVARTA, V. - Mídia: quando a informação é o melhor remédio. In: **Cadernos juventude saúde e desenvolvimento**. Brasília, Ministério da Saúde, Secretária de Políticas de Saúde, 1999. p.63-74.
- WARWICK, D. P. & LINIGER, A. C. - Introduction. In: WARWICK, D. P. & LINIGER, A. C. **The sample survey: theory and practice**. New York, Mc Graw Hill, 1975. p.4-19.
- WORLD MEDICAL ASSOCIATION, World Medical Association Declaration of Helsinki: **Recommendations Guiding Physicians Research Involving Human Subjects**. Adapted by the 18th World Medical Assembly Helsinki, Finland - June, Amended by the 29th World Medical Assembly Tokyo, Japan - October, 1975; 35th World Medical Assembly, Venice, Italy - October, 1983; 41th World Medical Assembly, Hong Kong, and the 48th General Assembly, September, 1989. Somerset West, Republic of South Africa - October, 1996.

8. Bibliografias de Normatizações

1. HERANI, M.L.G. – Normas para apresentação de dissertações e teses. BIREME, São Paulo, 1991. 45p.
2. Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD – OF. CIR/PRP/06/95 – Normas ABNT. 1995. 8p.
3. Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD - OF. CIR/ PRPG/06/95 - Normas ABNT. 1995. 8p.

9. Anexos

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO

IDENTIFICAÇÃO

N° _ _ _

NOME: _____

N° HC: _____

CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA EM RELAÇÃO AOS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS ENTRE ADOLESCENTES GESTANTES

N° _ _ _ _

ENTREVISTADOR: _____

Vamos fazer algumas perguntas sobre você e sua família

1. Fatores socioeconômicos e Demográficos:

1.1 Qual a sua idade? (anos completos): | _ | _ |

1.2 Atualmente você é casada, solteira, separada/divorciada, vive junto ou viúva?

| 1 | SOLTEIRA

| 2 | CASADA

| 3 | AMASIADA

| 4 | SEP/DIVOR/DESQ.

| 5 | VIÚVA

1.3 Você estuda?:

| 1 | SIM | 2 | NÃO (vá para o nº 1.5)

1.4 Está em que série?

| 1 | CURSANDO O 1º GRAU
| 2 | CURSANDO O 2º GRAU
| 3 | CURSANDO O 3º GRAU

} (vá para o nº 1.7)

1.5 Estudou até que série?

Textual _____

1.6 Porque parou de estudar?

| 1 | NÃO GOSTA DE ESTUDAR
| 2 | POR CAUSA DA GRAVIDEZ
| 3 | POR CAUSA DO CASAMENTO
| 4 | PRECISOU TRABALHAR
| 5 | PARA CUIDAR DO(S) FILHO(S)
| 6 | NÃO GOSTA DA ESCOLA
| 7 | ESCOLA DE DIFÍCIL ACESSO
| 8 | PARA AJUDAR A FAMÍLIA FINANCEIRAMENTE
|10| OUTROS MOTIVOS. QUAL _____

1.7 Qual sua religião?

| 1 | ESPÍRITA KARDECISTA
| 2 | UMBANDA/CANDOMBLÉ
| 3 | RELIGIÕES ORIENTAIS
| 4 | EVANGÉLICA(CRENTE)
| 5 | PROTESTANTE TRADICIONAL
| 6 | CATÓLICA ROMANA
| 7 | JUDAICA/ISRAELITA
| 8 | OUTRA _____
|10| SEM RELIGIÃO (vá para o nº 1.9)

1.8 Com que frequência você comparece às cerimônias de sua religião?

- | 1 | AO MENOS 1 VEZ POR SEMANA
- | 2 | 2 VEZES POR MÊS
- | 3 | 1 VEZ POR MÊS
- | 4 | MENOS DE 1 VEZ POR MÊS
- | 5 | NÃO FREQUENTA
- | 6 | NÃO SABE

1.9 Na sua opinião, qual a sua cor?

- | 1 | BRANCA
- | 2 | PARDA/MULATA/MORENA/CABOCLA
- | 3 | PRETA
- | 4 | AMARELA/ORIENTAL
- | 5 | INDÍGENA

1.10 Você trabalha?

- | 1 | SIM
- | 2 | NÃO (vá para o nº1.12)

1.11 Em que você trabalha?

- | 1 | DOMÉSTICA
- | 2 | COMERCIÁRIA
- | 3 | AUTÔNOMA
- | 4 | OPERÁRIA
- | 5 | OUTROS _____

1.12 Seu pai estudou até que série?

- | 1 | ANALFABETO/NUNCA ESTUDOU
- | 2 | 1º GRAU INCOMPLETO
- | 3 | 1º GRAU COMPLETO
- | 4 | 2º GRAU INCOMPLETO
- | 5 | 2º GRAU COMPLETO
- | 6 | 3º GRAU INCOMPLETO
- | 7 | 3º GRAU COMPLETO
- | 8 | NÃO SABE

1.13 Sua mãe estudou até que série?

| 1 | ANALFABETO/NUNCA ESTUDOU

| 2 | 1º GRAU INCOMPLETO

| 3 | 1º GRAU COMPLETO

| 4 | 2º GRAU INCOMPLETO

| 5 | 2º GRAU COMPLETO

| 6 | 3º GRAU INCOMPLETO

| 7 | 3º GRAU COMPLETO

| 8 | NÃO SABE

1.14 Com que frequência você:

	1 vez por semana	2 a 3 vezes por semana	Todos os dias	Nenhuma
LÊ REVISTAS?	1	2	3	4
LÊ JORNAIS?	1	2	3	4
ASSISTE TELEVISÃO?	1	2	3	4
OUVE RÁDIO?	1	2	3	4

Vamos fazer algumas perguntas sobre menstruação, uso de métodos para evitar filhos, gravidez e sua vida sexual

2. Conhecimento, atitude e prática em relação aos métodos anticoncepcionais e prática sexual

2.1 Quantos anos você tinha quando ficou menstruada pela primeira vez? (anos completos):

2.2 Quantas vezes você ficou grávida?

se for apenas 01 vez vá para questão 2.6

2.3 Quantos filhos você tem?

2.4 *Você teve algum aborto?*

| 1 | SIM | 2 | NÃO

2.5 *Você teve alguma cesárea?*

| 1 | SIM | 2 | NÃO

2.6 *Na sua opinião, você concorda em ter relações sexuais antes do casamento ou antes de morar junto com o parceiro?*

| 1 | SIM | 2 | NÃO

2.7 *Na sua opinião, mesmo estando solteira, você acha que adolescentes deve usar algum método para evitar filhos?*

| 1 | SIM | 2 | NÃO

2.8 *Na sua opinião, quem deve decidir sobre o uso do método anticoncepcional?*

| 1 | A MULHER
| 2 | O PARCEIRO
| 3 | AMBOS

2.9 *Que idade você tinha quando teve sua primeira relação sexual com homem e com*

penetração?(anos completos)

2.10 *Quando você teve sua primeira relação sexual, quais os motivos que levaram a você a ter essa relação?*

| 1 | EU E MEU PARCEIRO QUERÍAMOS
| 2 | EU ESTAVA COM VONTADE
| 3 | É PARTE DO CASAMENTO
| 4 | PARA SATISFAZER MEU COMPANHEIRO
| 5 | FUI OBRIGADA
| 6 | MEU PARCEIRO ME CONVENCEU
| 7 | MEU PARCEIRO ME PRESSIONOU
| 8 | NÃO SEI
|10| OUTROS _____

2.11 Quais os métodos anticoncepcionais que você conhece?

	ESPONTÂNEO	INDUZIDO
CONDOM (CAMISINHA)	1 SIM 2 NÃO	3 SIM 4 NÃO
PÍLULA	1 SIM 2 NÃO	3 SIM 4 NÃO
COITO INTERROMPIDO	1 SIM 2 NÃO	3 SIM 4 NÃO
TABELA	1 SIM 2 NÃO	3 SIM 4 NÃO
DIAFRAGMA	1 SIM 2 NÃO	3 SIM 4 NÃO
ANTICONCEPC. INJETÁVEL	1 SIM 2 NÃO	3 SIM 4 NÃO
DIU	1 SIM 2 NÃO	3 SIM 4 NÃO

2.12 Na sua opinião, qual o melhor método anticoncepcional para você usar?

- | 1 | CONDOM (CAMISINHA)
- | 2 | PÍLULA
- | 3 | COITO INTERROMPIDO
- | 4 | TABELA
- | 5 | ANTICONCEPC. INJETÁVEL
- | 6 | DIU
- | 7 | NENHUM
- | 8 | NÃO CONHEÇO
- | 10 | NÃO SEI

2.13 Você ou seu parceiro usaram algum método anticoncepcional quando teve sua primeira relação sexual?

- | 1 | SIM
- | 2 | NÃO (não vá para o n°2.15)

2.14 Qual o método que você usou na sua primeira relação sexual?

| 1 | CONDOM (CAMISINHA)

| 2 | PÍLULA (ANTICONCEPCIONAL HORMONAL ORAL)

| 3 | COITO INTERROMPIDO

| 4 | TABELA

| 5 | DIAFRAGMA

| 6 | ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL

| 7 | OUTROS _____

(vá para o nº2.16)

2.15 Porque não usou nenhum método anticoncepcional na sua primeira relação sexual?

| 1 | NÃO CONHECIA NENHUM

| 2 | ACHAVA QUE NÃO FICAVA GRÁVIDA

| 3 | O PARCEIRO NÃO QUIS USAR

| 4 | NÃO PENSOU NISSO NA HORA

| 5 | NÃO SE IMPORTAVA EM FICAR GRÁVIDA

| 6 | TEME EFEITOS NEGATIVOS

| 7 | TEVE MEDO DE PERDER O PARCEIRO

| 8 | DIFICULDADE DE ACESSO

|10| É CARO

|11| INCONVENIENTE PARA USAR

|12| NÃO SABE ONDE OBTER

|13| MOTIVOS RELIGIOSOS

|14| É RESPONSABILIDADE DO PARCEIRO

|15| NÃO ESPERAVA TER RELAÇÕES NAQUELE MOMENTO

|16|OUTROS _____

2.16 Com quantas pessoas você teve relações sexuais nos últimos 12 meses?

(Caso não lembre, anote o número aproximado) pessoas

2.17 Com que frequência, você tem relações sexuais, ocasionalmente, 1-2 por mês, 1-2 por semana, 3 ou mais por semana?

| 1 | OCASIONALMENTE

| 2 | 1-2 POR MÊS

| 3 | 1-2 POR SEMANA

| 4 | 3 OU MAIS POR SEMANA

2.18 Você tem vontade de ter relação sexual, sempre, às vezes ou nunca?

| 1 | NUNCA

| 2 | SEMPRE

| 3 | ÀS VEZES

2.19 Durante a relação sexual você se excita, isto é, você fica molhada ou a vagina fica molhada, os mamilos ficam endurecidos, sempre, às vezes ou nunca?

| 1 | NUNCA

| 2 | SEMPRE

| 3 | ÀS VEZES

2.20 Você tem orgasmo, isto é, você goza sempre, às vezes, ou nunca?

| 1 | NUNCA

| 2 | SEMPRE

| 3 | ÀS VEZES

2.21 Quando você tem relação sexual, a iniciativa para ter a relação é sempre sua, sempre do parceiro, às vezes sua e às vezes dele ou dos dois?

| 1 | SEMPRE DO PARCEIRO

| 2 | SEMPRE MINHA

| 3 | ÀS VEZES MINHA E ÀS VEZES DELE

2.22 Você pratica sexo oral, sempre, às vezes, ou nunca?

- | 1 | NUNCA
- | 2 | SEMPRE
- | 3 | ÀS VEZES

2.23 Você pratica sexo anal, sempre, às vezes, ou nunca?

- | 1 | NUNCA
- | 2 | SEMPRE
- | 3 | ÀS VEZES

2.24 Alguma vez teve relações sexuais com pessoas do seu sexo?

- | 1 | SIM
- | 2 | NÃO (vá para o nº2.26)

2.25 Você teve relações sexuais com pessoas do seu sexo, exclusivamente, preferencialmente ou esporadicamente?

- | 1 | EXCLUSIVAMENTE
- | 2 | PREFERENCIALMENTE
- | 3 | ESPORADICAMENTE

2.26 Alguma vez você manteve relações sexuais com o objetivo de ganhar dinheiro?

- | 1 | SIM
- | 2 | NÃO

2.27 Alguma vez você foi vítima de agressão sexual?

- | 1 | SIM
- | 2 | NÃO

2.28 Nos últimos 6 meses, você ouviu ou leu sobre como evitar gravidez?

NO RÁDIO?	1 SIM	2 NÃO
NA TELEVISÃO?	1 SIM	2 NÃO
NUMA TELENOVELA?	1 SIM	2 NÃO
EM JORNAL OU REVISTA?	1 SIM	2 NÃO
NUM CARTAZ?	1 SIM	2 NÃO
EM FOLHETOS?	1 SIM	2 NÃO
EM PALESTRAS?	1 SIM	2 NÃO
EM GRUPOS COMUNITÁRIOS?	1 SIM	2 NÃO

2.29 Você sabe onde ir se desejar usar algum método anticoncepcional?

| 1 | SIM | 2 | NÃO (vá para o nº 2.31)

2.30 Onde você consultaria se desejar usar um método anticoncepcional?

Textual _____

2.31 Em que época entre o início de uma menstruação e o início da outra menstruação, uma mulher tem mais chance de engravidar?

| 1 | DURANTE A MENSTRUÇÃO
| 2 | LOGO DEPOIS QUE TERMINA A MENSTRUÇÃO
| 3 | NO MEIO DO CICLO
| 4 | POUCO ANTES DO INÍCIO DA MENSTRUÇÃO
| 5 | EM QUALQUER MOMENTO
| 6 | NÃO SABE
| 7 | OUTRO PERÍODO. QUAL? _____

2.32 Você estava usando algum método anticoncepcional antes de ficar grávida?

| 1 | SIM | 2 | NÃO (vá para o nº2.34)

2.33 QUAL? _____
vá para o nº 2.35

2.34 Porque não estava usando?

| 1 | NÃO ESTAVA TENDO RELAÇÕES NAQUELA ÉPOCA

| 2 | ACHAVA QUE NÃO FICAVA GRÁVIDA

| 3 | NÃO CONHECE MÉTODOS ADEQUADOS

| 4 | TEM EFEITOS NEGATIVOS

| 5 | NÃO SE IMPORTAVA EM FICAR GRÁVIDA

| 6 | QUERIA FICAR GRÁVIDA

| 7 | COMPANHEIRO NÃO QUERIA QUE VOCÊ USASSE

| 8 | POR MOTIVOS RELIGIOSOS

|10| É CARO

|11| NÃO SABE ONDE OBTER

|12| DIFICULDADE DE ACESSO

|13| INCONVENIENTE PARA USAR

|14| NÃO CONHECE MÉTODO ALGUM

|15| OUTRA RAZÃO (especifique)_____

2.35 Você planejava em ficar grávida?

| 1 | SIM (vá para o nº2.36) | 2 | NÃO (fim)

2.36 Porque desejava ficar grávida?

| 1 | QUERIA SER MÃE

| 2 | QUERIA SAIR DE CASA

| 3 | NÃO QUERIA PERDER O PARCEIRO

| 4 | QUERIA SAIR DA ESCOLA

| 5 | OUTROS (especifique)_____

QUESTIONÁRIO DA ABIPEME SOBRE STATUS SÓCIOECONÔMICO

Classificação: "Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre sua família e sua casa"

1. Quem é o chefe-da-família na sua casa?

- |1| A PRÓPRIA ENTREVISTADA
|2| OUTRA PESSOA. Quem? _____

2. Qual é o último ano de escola que _____(ver 1 chefe-da-família) cursou?

- |1| Não estudou/primário incompleto (0 pontos)
|2| Primário completo/ginásial incompleto (5 pontos)
|3| Ginásial completo/colegial incompleto (10 pontos)
|4| Colegial completo/universitário incompleto (15 pontos)
|5| Universitário completo (21 pontos)

TOTAL DE PONTOS = _____

3. Na sua casa tem:

- a) Aparelho de vídeo cassete/VCR? |1| Não|2|Sim (10 pontos) ____
b) Máquina de lavar roupa? |1| Não|2|Sim (8 pontos) ____
c) Geladeira? |1| Não|2|Sim (7 pontos) ____
d) Aspirador de pó? |1| Não|2|Sim (6 pontos) ____

TOTAL DE PONTOS = _____

4. Quantos _____(LEIA CADA ITEM ABAIXO) existem em casa?

Números de item possuídos/pontos

Item	Nenhum	1	2	3	4	5	6ou +	PONTOS
a) Carro	0	4	9	13	18	22	26	_____
b) TV em cores	0	4	7	11	14	18	22	_____
c) Banheiros	0	2	5	7	10	12	15	_____
d) Empregada mensalista	0	5	11	16	21	26	32	_____
e) Rádios	0	2	3	5	6	8	9	_____

TOTAL DE PONTOS = _____

SOMAR O TOTAL DE PONTOS DAS PERGUNTAS 2, 3 e 4

TOTAL GERAL DE PONTOS = _____ + _____ + _____ = _____ PONTOS

ASSINALAR A ALTERNATIVA CORRETA:

- |1| CLASSE A:= 89 PONTOS OU MAIS
- |2| CLASSE B = 59-88 PONTOS
- |3| CLASSE C = 35-58 PONTOS
- |4| CLASSE D = 20-34 PONTOS
- |5| CLASSE E = 0-19 PONTOS

ANEXO 2

INSTRUÇÕES PARA OS ENTREVISTADORES

Esse questionário contém perguntas sensíveis, relativas a sexualidade e intimidade de adolescentes grávidas, portanto é importante seguir as seguintes orientações:

- Tente estabelecer uma relação de confiança com a paciente para ela poder expressar realmente o que sente e o que pensa.
- Reafirme a questão do sigilo das informações, mesmo depois de ter lido o consentimento livre e esclarecido.
- Faça as perguntas com naturalidade. Se a paciente não entender, leia novamente a pergunta. Não tente dá explicações que possam interferir nos resultados.
- Qualquer dúvida entrar em contato com o pesquisador principal.

ANEXO 3

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

PESQUISA: Conhecimento, atitude e prática em relação aos métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes.

RESPONSÁVEL: Dr. Márcio Alves Vieira Belo

Eu, _____, declaro através deste documento que, após esclarecimento, concordei em participar de uma pesquisa realizada nesta Instituição sobre conhecimento, opinião e o uso de métodos para evitar filhos, estando plenamente informada de que:

Esse estudo é para conhecer características socioeconômicas, práticas sexuais e os motivos para o não uso de métodos anticoncepcionais. Tendo como objetivo formular programas para adolescentes se prevenirem de uma gravidez não desejada.

Irei responder a um questionário no dia da minha primeira consulta de pré-natal, no ambulatório especializado de pré-natal de adolescentes, sobre práticas sexuais, conhecimento, opiniões e motivos do não uso de métodos anticoncepcionais.

Para qualquer esclarecimento procurarei o Dr. Márcio Belo ou Marisa Brait, no ambulatório especializado de pré-natal de adolescente do CAISM. (fone: 019 - 7889304, às terças-feiras – 12 às 15 horas ou no Ambulatório de Pré-Natal do Hospital das Clínicas, às quintas-feiras – 12 às 13:30h).

Caso tenha alguma reclamação procurarei a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa, fone: 19 788.8936

Fui informada de que, o meu nome será mantido em sigilo e em caráter confidencial, caso não queira participar da pesquisa, isso em nada prejudicará meu atendimento médico durante o pré-natal.

Campinas, de de

Assinatura:

RG: N° HC:

Pesquisador:.....