



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico

ALESSANDRA LIMA VICENTIM

Aspectos Associados à Gravidez na Adolescência

São José do Rio Preto
2018

Alessandra Lima Vicentim

Aspectos Associados à Gravidez na Adolescência

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP para Defesa Pública de Título. *Área de Concentração*: Processo de Trabalho em Saúde. *Linha de Pesquisa*: Processo de cuidar nos ciclos de vida (PCCV). *Grupo de Pesquisa*: “Núcleo de estudos sobre morbidade referida e gestão em saúde” (NEMOREGES).

Orientadora: Profa. Dra. Natália Sperli Geraldine Marin dos Santos Sasaki

**São José do Rio Preto
2018**

Ficha Catalográfica

Vicentim, Alessandra Lima
Aspectos Associados à Gravidez na Adolescência / Alessandra Lima Vicentim.
São José do Rio Preto; 2018.
81 p.
Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.
Área de Concentração: Processo de Trabalho em Saúde.
Linha de Pesquisa: Processo de cuidar nos ciclos de vida (PCCV).
Grupo de Pesquisa: Núcleo de estudos sobre morbidade referida e gestão em saúde (NEMOREGES).
Orientadora: Profa. Dra. Natália Sperli Geraldine dos Santos Sasaki.
1. Gravidez; 2. Gravidez na Adolescência; 3. Atenção Primária à Saúde; 4. Adolescente.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Natália Sperli Geraldes Marin dos Santos Sasaki
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Profa. Dra. Denise Gonzales Stelluti de Faria
Centro Universitário Padre Albino – UNIFIPA

Profa. Dra. Ana Maria Neves Finochio Sabino
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Profa. Dra. Denise Beretta
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

São José do Rio Preto, ____/____/____

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	i
AGRADECIMENTOS.....	ii
EPÍGRAFE.....	iii
LISTA DE FIGURAS.....	iv
LISTA DE TABELAS E QUADROS.....	v
LISTA DE ABREVIATURAS E SIMBOLOS.....	vi
RESUMO.....	vii
ABSTRACT.....	viii
RESUMEN.....	ix
1.INTRODUÇÃO.....	01
2.OBJETIVOS.....	05
3.MÉTODO.....	07
3.1.Tipo de estudo.....	08
3.2.Local de estudo.....	08
3.3.Sujeitos da pesquisa.....	08
3.4.População e amostra.....	08
3.4.1.Criterios de inclusão e exclusão.....	09
3.5.Coleta de dados.....	09
3.6.Variáveis do estudo.....	11
3.7.Análise dos dados.....	12
3.8.Questões éticas.....	12
3.9.Limitações do estudo.....	12
4.MANUSCRITOS.....	13
4.1.Primeiro manuscrito.....	15
4.2.Editorial.....	25
4.3.Segundo manuscrito.....	27
4.4.Terceiro manuscrito.....	42
5.CONCLUSÕES.....	55
6.REFERÊNCIAS.....	57
APÊNDICE A.....	61
APÊNDICE B.....	62
APÊNDICE C.....	69
ANEXO A.....	72
ANEXO B.....	77
ANEXO C.....	79
ANEXO D.....	80
ANEXO E.....	81

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, que me deu forças quando necessário e iluminou o meu caminho.

Dedico à minha mãe, Maria do Carmo Lima, e ao meu esposo, Bruno Luís da Silveira Guapo, que sempre me apoiaram e me motivaram nesta trajetória.

Dedico à minha família, que esteve comigo o tempo todo, não fisicamente, mas em pensamentos e orações.

Dedico à minha amiga, Glaucy Mara Pelicer Nogueira Saikai, que ouviu todas as minhas angústias, sempre disposta, me oferecendo um ombro amigo e um café quentinho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde e de todas as Unidades de Atenção Primária à Saúde que me receberam, sempre acolhedores e dispostos a contribuir para a realização deste trabalho.

Agradeço a minha orientadora, Natália Sperli Marin dos Santos Sasaki, pois sem ela este trabalho não seria possível.

Agradeço a Alessandra Marinela de Abreu Queiroz, pelo seu auxílio e contribuição na realização desta pesquisa.

Agradeço a Raul Aragão Martins e Renata Galli Barbosa por todo o auxílio, pois se não fosse por nossas conversas sobre prevenção e gravidez na adolescência eu não teria iniciado este trabalho.

Por fim, agradeço aos profissionais do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por toda a ajuda e orientações fornecidas durante esta trajetória.

EPIGRAFE

*“Se em certa altura
Tivesse voltado para a esquerda
em vez de para a direita;
Se em certo momento
Tivesse dito sim em vez de não,
ou não em vez de sim;
Se em certa conversa
Tivesse dito frases que só agora,
no meio-sono, elaboro
Seria outro hoje,
e talvez o universo inteiro
Seria indiscutivelmente
levado a ser outro também”.*

**Fernando Pessoa
(Álvaro de Campos)**

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. População entrevistada após aplicação dos critérios de exclusão. São José do Rio Preto/SP, 2018..... **09**

Primeiro Manuscrito:

Figura 1. Resultado de busca e seleção de artigos para revisão integrativa segundo descritores (DeCS e MeSH) e filtro para os idiomas inglês, português e espanhol, São José do Rio Preto/SP, 2018..... **19**

Terceiro Manuscrito:

Figura 1. População entrevistada após aplicação dos critérios de exclusão. São José do Rio Preto/SP, 2018..... **44**

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Primeiro Manuscrito:

Quadro 1. Distribuição dos estudos por autor, ano de publicação, periódico/revista, Qualis do periódico e nível de evidência.....	19
Quadro 2. Síntese dos artigos selecionados com objetivo, método e principais conclusões.....	20

Segundo Manuscrito:

Tabela 1. Distribuição das variáveis socioeconômicas. São José do Rio Preto-SP, 2018.....	31
Tabela 2. Distribuição das variáveis sobre vida sexual e reprodutiva. São José do Rio Preto-SP, 2018.....	32
Tabela 3. Distribuição das variáveis sobre conhecimento em relação ao ciclo reprodutivo, métodos anticoncepcionais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. São José do Rio Preto-SP, 2018.....	33
Tabela 4. Distribuição das variáveis sobre antecedentes obstétricos e gestação atual. São José do Rio Preto-SP, 2018.....	34
Tabela 5. Distribuição das variáveis sobre relacionamento e apoio após o parto. São José do Rio Preto-SP, 2018.....	35

Terceiro Manuscrito:

Tabela 1. Variáveis socioeconômicas e demográficas segundo a continuidade dos estudos, São José do Rio Preto/SP, 2017-2018.....	47
Tabela 2. Variáveis sobre a vida sexual/reprodutiva, relacionamento e apoio após o parto segundo a continuidade dos estudos, São José do Rio Preto/SP, 2017-2018.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

AIDS – SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

APS – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

BVS – BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE

CINAHL – *CUMULATIVE INDEX TO NURSING & ALLIED HEALTH LITERATURE*

DeCS – DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

DRS – DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE

HIV – VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

IST – INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL

MeSH – *MEDICAL SUBJECT HEADINGS*

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

PubMed – *U.S. NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE*

REBE_n – REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

SciELO – *SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE*

SM – SALÁRIO MÍNIMO

SMS – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SP – SÃO PAULO

US - ULTRASSOM

RESUMO

Introdução: Uma atenção especial deve ser direcionada à fase da adolescência devido às diversas experiências relacionadas ao desenvolvimento físico, biológico, mental, social e emocional. Apesar de biologicamente capacitados para a reprodução, os adolescentes ainda não estão preparados emocionalmente para a prática sexual e a parentalidade. Em São José do Rio Preto-SP, o indicador de gravidez na adolescência está acima da média em diversas Unidades da Atenção Primária à Saúde (APS). Portanto, é necessário dimensionar estratégias para a redução destes indicadores. **Objetivo:** Identificar o perfil socioeconômico e obstétrico das gestantes adolescentes atendidas nas unidades de atenção primária à saúde e analisar os aspectos associados à gravidez na adolescência. **Método:** Estudo descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 100 gestantes adolescentes atendidas na APS do município de São José do Rio Preto-SP, por meio de entrevista semiestruturada e de um Instrumento de Avaliação Socioeconômica. Foram feitas análises estatísticas descritivas com cálculo de números absolutos, percentuais, medidas de tendência central e de variabilidade e análises estatísticas correlacionais (Pearson e *Odds Ratio*) por meio do Software SPSS *Statistics* (versão 19.0) atreladas às funcionalidades da ferramenta Excel. **Resultados:** As adolescentes apresentaram idade média de 17,45 anos, 68,0% não estavam estudando, 65,0% estavam casadas ou em união estável e 79,0% não estavam trabalhando. A primeira relação sexual ocorreu em média com 14,46 anos, 70,0% não estavam utilizando método contraceptivo quando engravidaram, apesar de 99,0% conhecerem algum método, 100,0% procuraram a unidade de saúde quando descobriram a gestação, e 91,0% engravidaram de parceiro fixo. Associou-se a não continuidade dos estudos por gestantes adolescentes com idade entre 15 e 19 anos, estado civil casada ou em união estável, menores faixas salariais, primeira relação entre 15 e 19 anos, recebimento de apoio na gestação, parceiro fixo e relacionamento estável. **Conclusão:** Verifica-se que variáveis socioeconômicas, demográficas, vida sexual e reprodutiva, relacionamento e apoio após o parto interferem na continuidade dos estudos de gestantes adolescentes. Torna-se necessário o empoderamento das meninas e o desenvolvimento de projetos de vida, que possam lhes proporcionar tanto o trabalho quanto o estudo.

Palavras-chave: Gravidez; Gravidez na Adolescência; Atenção Primária à Saúde; Adolescente.

ABSTRACT

Introduction: Special attention should be pointed out to the adolescence phase since it comprises several experiences concerning physical, biological, mental, social and emotional developments. Although biologically empowered for reproduction, adolescents are not yet emotionally prepared for sexual practice and parenting. In São José do Rio Preto-SP, the pregnancy indicator in adolescence is above average in several Primary Health Care Units (PHCs) and strategies to reduce these indicators are necessary. **Objective:** To identify the socioeconomic and obstetric adolescent pregnant profile attending Primary Health Care Units (PHCs) and to analyze the pregnancy in adolescence associated aspects. **Method:** A cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach performed with 100 pregnant adolescents attending the Primary Health Care Units (PHCs) in São José do Rio Preto, Brazil, through a semi-structured interview and a Socioeconomic Assessment Instrument. Descriptive statistical analyzes were performed with absolute numbers, percentages, central tendency and variability measures and correlational statistical analyzes (Pearson and Odds Ratio) using the SPSS Statistics software (version 19.0), linked to Excel tool features. **Results:** The mean age of adolescents was 17.45 years old, 68.0% were not studying, 65.0% were married or in a stable union and 79.0% were not working. The first sexual intercourse occurred on average at 14.46 years, 70.0% were not using contraception when they became pregnant, although 99.0% knew some method, 100.0% sought care at the health unit when they discovered gestation and 91.0% became pregnant with a fixed partner. Non-continuity of studies was associated with adolescent pregnant aged 15 to 19 years, married or in stable union status, lower salary ranges, first relation between 15 and 19 years, support during pregnancy, fixed partner and stable relationship. **Conclusion:** It is verified that socioeconomic, demographic variables, sexual and reproductive life, relationship and support after childbirth interfere in the continuity of the studies of adolescent pregnant. The girl's empowerment and life projects development are needed, which can provide both work and study.

Key words: Pregnancy; Pregnancy in Adolescence; Primary Health Care; Adolescent.

RESUMEN

Introducción: Una atención especial debe dirigirse a la fase de la adolescencia debido a las diversas experiencias relacionadas con el desarrollo físico, biológico, mental, social y emocional. A pesar de biológicamente capacitados para la reproducción, los adolescentes todavía no están preparados emocionalmente para la práctica sexual y la parentalidad. En São José do Rio Preto-SP, el indicador de embarazo en la adolescencia está por encima del promedio en diversas Unidades de la Atención Primaria a la Salud (APS). Por lo tanto, es necesario dimensionar estrategias para la reducción de estos indicadores. **Objetivo:** Identificar el perfil socioeconómico y obstétrico de las gestantes adolescentes atendidas en las unidades de atención primaria a la salud y analizar los aspectos asociados al embarazo en la adolescencia. **Método:** Estudio descriptivo, de corte transversal, con abordaje cuantitativo, realizado con 100 gestantes adolescentes atendidas en la APS del municipio de São José do Rio Preto-SP, por medio de entrevista semiestructurada y de un Instrumento de Evaluación Socioeconómica. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos con cálculo de números absolutos, porcentajes, medidas de tendencia central y de variabilidad y análisis estadísticos correlacionales (Pearson y *Odds Ratio*) a través del software SPSS *Statistics* (versión 19.0) acopladas a las funcionalidades de la herramienta Excel. **Resultados:** Las adolescentes presentaron edad media de 17,45 años, el 68,0% no estaban estudiando, el 65,0% estaban casadas o en unión estable y el 79,0% no estaban trabajando. La primera relación sexual ocurrió en promedio con 14,46 años, el 70,0% no estaba utilizando método anticonceptivo cuando se embarazaron, a pesar de que el 99,0% conocía algún método, el 100,0% buscó la unidad de salud cuando descubrieron la gestación, y el 91,0% se embarazaron de un compañero fijo. Se asoció la no continuidad de los estudios por gestantes adolescentes a la edad entre 15 y 19 años, estado civil casada o en unión estable, menores franjas salariales, primera relación entre 15 y 19 años, recibimiento de apoyo en la gestación, compañero fijo y relación estable. **Conclusión:** Se verifica que variables socioeconómicas, demográficas, vida sexual y reproductiva, relación y apoyo después del parto interfieren en la continuidad de los estudios de gestantes adolescentes. Se hace necesario el empoderamiento de las niñas y el desarrollo de proyectos de vida, que puedan proporcionarles tanto el trabajo y el estudio.

Palabras clave: Embarazo; Embarazo en Adolescencia; Atención Primaria de Salud; Adolescente.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta a adolescência como o período de crescimento e de desenvolvimento humano que ocorre após a infância e antes da vida adulta ⁽¹⁾. Correspondendo à faixa etária dos 10 aos 19 anos, a adolescência pode ser dividida em duas fases: anos iniciais (10-14 anos) e nos anos finais (15-19 anos) ⁽¹⁾. É neste período em que o indivíduo se prepara para a vida adulta, passando por várias experiências fundamentais como os desenvolvimentos físico, biológico, mental, social e emocional ⁽²⁾. Nesse sentido, torna-se necessária uma atenção especial, já que nesta fase há a formulação das características pessoais, passando por mudanças corporais, medos, expectativas, aproximação de questões sexuais e início dos relacionamentos amorosos ⁽²⁾.

Na adolescência, assumem-se os compromissos e as responsabilidades da maioridade civil, além do surgimento de dúvidas, desejos, curiosidades, como a descoberta do próprio corpo e do prazer sexual ⁽³⁾. Dessa forma, todas essas mudanças e descobertas podem resultar em muitos riscos, principalmente uma gravidez indesejada ⁽³⁾. Essa situação tem se mostrado como um entrave social e um grave problema de saúde pública nos países em desenvolvimento devido a diversas complicações como: evasão escolar, reprovação familiar, incentivo ao aborto, abandono do parceiro, discriminação social e gravidez de risco, esta, muitas vezes, associada a um pré-natal inadequado ⁽³⁾.

No entanto, a capacitação biológica para a reprodução não implica necessariamente o preparo psicológico, emocional e social para o exercício sexual e para a parentalidade ⁽⁴⁾. A vulnerabilidade à gestação na adolescência decorre de muitos fatores como impulsividade, pensamento egocêntrico, idade da primeira relação sexual, falta de informação sobre os métodos contraceptivos, uso não frequente ou inadequado desses métodos, frequência escolar, número de parceiros sexuais e crenças pessoais ⁽⁴⁾.

Tem-se ainda contextos nos quais as oportunidades futuras como emprego, estudos e entretenimento são mais restritas, existindo uma valorização maior da maternidade, de forma que esta pode constituir uma escolha possível e viável para jovens que buscam reconhecimento pessoal em contextos nos quais existem poucas opções de ascensão social ⁽⁵⁾. A gravidez pode ser vista pela adolescente

como forma de reconhecimento, como projeto, pois a constituição de uma família pode ser reconhecida como conquista de uma melhor qualidade de vida ⁽⁶⁾.

É comum perceber alterações comportamentais no exercício da sexualidade dos adolescentes, sendo que este exercício de forma inconsequente pode gerar inúmeros conflitos e interferir nos planos futuros desses indivíduos ⁽⁷⁾. A combinação de todos esses conflitos a outros fatores agravantes contextuais podem resultar na gravidez precoce, no aborto, em Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), na Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), no abandono escolar, marginalidade ⁽⁷⁾ e em problemas de saúde mental, tais como: depressão; abuso de substâncias e transtorno de estresse pós-traumático ⁽⁸⁾. Mães adolescentes também são mais propensas a serem empobrecidas e viverem em comunidades e famílias que são socialmente e economicamente desfavorecidas ⁽⁸⁾.

O Fundo de População das Nações Unidas destacou o tema sobre a maternidade na adolescência, relatando que a maioria das gestações em adolescentes ocorre em países em desenvolvimento, porém evidências sugerem que a gravidez na adolescência está ocorrendo com menos frequência, principalmente entre meninas menores de 15 anos, apesar da diminuição nos últimos anos ter sido lenta, e em algumas regiões estar projetada para subir ⁽⁹⁾.

Na África Subsaariana, por exemplo, se as tendências atuais continuarem, o número de meninas com menos de 15 anos que dão à luz deve aumentar de 02 milhões por ano hoje para cerca de 03 milhões por ano em 2030 ⁽⁹⁾. As tendências estatísticas da América Latina mostram que as taxas de fecundidade na adolescência vêm aumentando em alguns países, pois de 30 a 40% de suas adolescentes vem se tornando mães ⁽¹⁰⁾.

O Brasil sofreu importantes transformações na taxa de fecundidade, sendo que o número de filhos por mulher teve declínio ininterrupto desde a década de 1940, com redução de 6,2 para pouco mais de 02 filhos por mulher no início do século XXI ⁽¹¹⁾. Contudo, é possível observar um comportamento diferente no que se refere às adolescentes, já que revelaram declínio bem mais lento no grupo de 15 a 19 anos e aumento no de 10 a 14 anos de idade ⁽¹¹⁾.

Em 2016, o Brasil apresentou 24.135 mães na faixa etária de 10 a 14 anos e 477.246 de 15 a 19 anos ⁽¹²⁾. No estado de São Paulo, esse número foi respectivamente 2.690 e 76.607 ⁽¹²⁾. Na cidade de São José do Rio Preto-SP, em 2015, observou-se que o indicador de mães adolescentes estava acima do indicador

médio do município em diversas unidades de atenção primária à saúde, sendo que o indicador do município foi de 0,35% para mães de 10 a 14 anos e de 10,11% para mães de 15 a 19 anos ⁽¹³⁾.

O alto número de episódios de gravidez na adolescência provoca um maior interesse por parte dos profissionais brasileiros de saúde, já que quando a adolescência e gestação acontecem simultaneamente, há aspectos específicos que devem ser considerados, pois implicam em novas demandas para a adolescente e sua família, além das que já são próprias da adolescência ⁽¹⁴⁾.

Nessa perspectiva, é fundamental dimensionar estratégias para a redução das taxas de fecundidade na adolescência, mediante o desenvolvimento de políticas públicas, ações de planejamento e educação permanente dos profissionais de saúde ⁽³⁾.

Considerando a urgência do estabelecimento de tais estratégias de prevenção e redução da gestação na adolescência, este estudo se justificou pela necessidade de identificar o perfil socioeconômico e obstétrico das gestantes adolescentes atendidas nas unidades de atenção primária à saúde e analisar os aspectos associados à gravidez na adolescência.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

- Identificar o perfil socioeconômico e obstétrico das gestantes adolescentes atendidas nas unidades de atenção primária à saúde;
- Analisar os aspectos associados à gravidez na adolescência.

MÉTODO

3. MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa.

3.2 Local de estudo

O estudo foi realizado em todas as unidades de atenção primária à saúde do município de São José do Rio Preto-SP, pertencentes ao Departamento Regional de Saúde (DRS) XV.

O município conta com 27 unidades de atenção primária à saúde, dentre elas Unidades Básicas de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, divididas quanto a sua localização, na época da pesquisa, entre os Distritos I, II-A, II-B, III, IV e V.

3.3 Sujeitos da pesquisa

Gestantes, com idade entre 10 e 19 anos, que realizavam Pré-Natal nas unidades de atenção primária à saúde do município de São José do Rio Preto-SP no ano de 2017 a 2018, que residiam na área de abrangência destas unidades e concordaram em participar do estudo.

3.4 População e amostra

Foi levantada uma população de 335 gestantes adolescentes a ser entrevistada. É necessário informar que esse número foi definido após a análise das planilhas de gestantes localizadas na Pasta de Gestão entre junho e agosto de 2017.

A Pasta de Gestão é uma pasta compartilhada online da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), onde se localizam as planilhas de acompanhamento e controle de gestantes de cada unidade. A amostragem foi realizada por conveniência, respeitando a necessidade de realizar entrevistas em todas as 27 unidades de atenção primária à saúde do município. Após a aplicação dos critérios de exclusão, obteve-se uma amostra de 100 gestantes adolescentes incluídas no estudo.

3.4.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas na pesquisa, gestantes, com idade entre 10 e 19 anos, que realizavam Pré-Natal nas unidades de atenção primária à saúde do município de São José do Rio Preto-SP entre o ano de 2017 e 2018, residiam na área de abrangência dessas unidades e concordaram em participar do estudo.

Foram excluídas as gestantes que completaram 20 anos ou se tornaram puérperas antes da realização da entrevista, as que interromperam o acompanhamento por aborto ou mudança de endereço, as que realizaram acompanhamento através de convênio ou particular, as faltosas no dia do agendamento, as menores de 18 anos que não estavam acompanhadas por um dos genitores ou responsáveis, pois apesar de serem atendidas nas unidades de saúde, necessitam de um responsável para o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Pós-Esclarecido (Apêndice A), e, as que se recusaram a participar do estudo (Figura 1).

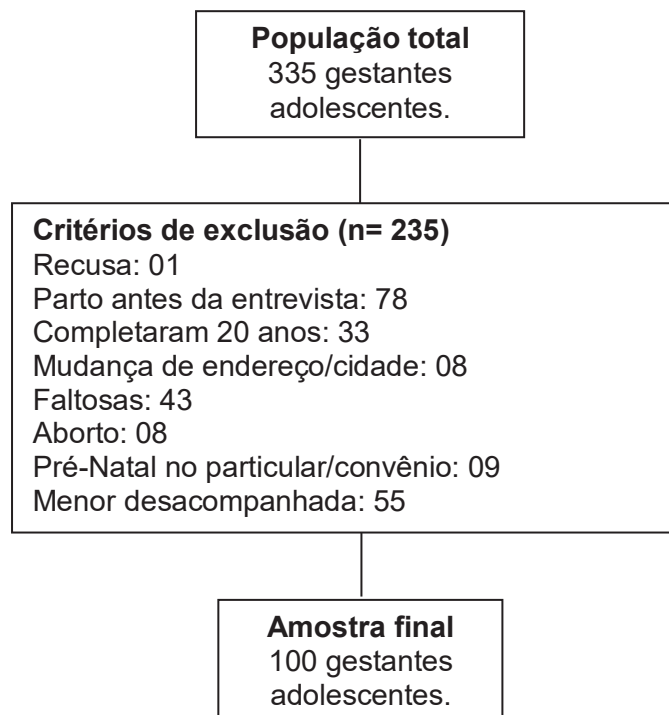


Figura 1. População entrevistada após aplicação dos critérios de exclusão. São José do Rio Preto/SP, 2018.

3.5. Coleta de dados

Primeiramente, utilizou-se da Pasta de Gestão para busca de informações, como nome e data de nascimento das gestantes adolescentes, e posteriormente,

realizou-se contato com a gerente e/ou enfermeira responsável em cada unidade de saúde para levantar a data de agendamento da consulta de Pré-Natal destas gestantes no local e telefones para contato.

A coleta de dados teve início em junho de 2017 e término em julho de 2018, aproveitando o dia em que as gestantes adolescentes já possuíam consultas agendadas, utilizando-se de uma sala individual para a entrevista e preenchimento dos documentos, preservando a privacidade e o conforto da participante.

A coleta de dados foi realizada através de dois questionários. O primeiro, semiestruturado (Apêndice B), elaborado por profissionais representantes da Atenção Primária à Saúde (APS), atenção especializada e da educação do município. Foi utilizado anteriormente no estudo “Perfil de gestantes adolescentes atendidas em Unidades Básicas de Saúde da Família de São José do Rio Preto – SP”, realizado por Alessandra Lima Vicentim, Renata Galli Barbosa e Raul Aragão Martins, também aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) sob parecer nº 1.088.442, CAAE 40875014.4.0000.5415 (Anexo A) e concluído em março de 2018.

Foi inicialmente aplicado em duas unidades de saúde do município, o que contribuiu para avaliação do conteúdo e pertinência das questões, e, posteriormente foi utilizado neste estudo. A entrevista contém alguns termos para o fácil entendimento do público no momento da entrevista.

O segundo questionário é um Instrumental de Avaliação Socioeconômica (Anexo B), que, através de uma somatória de pontos relacionados à renda bruta, número de membros residentes da família, escolaridade dos membros, condição/situação da habitação e ocupação dos membros da família, resulta na classificação socioeconômica do indivíduo, sendo Classe Baixa Inferior (0-20), Baixa Superior (21-30), Média Inferior (31-40), Média (41-47), Média Superior (48-54) e Alta (55-57) ⁽¹⁵⁾.

Realizou-se também revisão integrativa da literatura, com busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *U.S. National Library of Medicine* (PubMed), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Periódicos CAPES e *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (CINAHL), através dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH), no período de junho a julho de 2018, com o objetivo de analisar as publicações disponíveis sobre as ações

desenvolvidas pela Atenção Básica para a prevenção da gravidez na adolescência no Brasil.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos originais, publicados nos idiomas inglês, português e espanhol disponíveis na íntegra nas bases de dados. Foram excluídas teses, dissertações, monografias, trabalhos de conclusão de curso, textos, cartas, revisões de literatura e repetições nas bases.

3.6 Variáveis do estudo

As variáveis do estudo foram divididas em:

- **Variáveis socioeconômicas:** idade, cor autodeclarada, estudo, estado civil, trabalho, renda familiar e classificação socioeconômica das entrevistadas.

- **Variáveis sobre a vida sexual e reprodutiva:** idade da primeira relação sexual, preocupação quanto a prevenção de IST, método de prevenção para IST, uso e uso correto de método contraceptivo e uso da unidade de saúde.

- **Variáveis sobre o conhecimento em relação ao ciclo reprodutivo, métodos anticoncepcionais e Infecções Sexualmente Transmissíveis:** conhecimento do período fértil e métodos contraceptivos, orientações sobre IST/Hepatites B e C e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e conhecimento sobre a oferta de métodos contraceptivos gratuitos na unidade de saúde antes da gravidez. Referente à variável sobre o conhecimento em relação aos métodos anticoncepcionais, o coito interrompido foi considerado por grande parte das entrevistadas como método contraceptivo, e apesar de não o ser, foi classificado como tal dentre as opções neste estudo.

- **Variáveis sobre antecedentes obstétricos e gestação atual:** planejamento e descoberta da gravidez, apoio, procura da unidade de saúde, problemas obstétricos, idade gestacional, primeira consulta de Pré-Natal, realização de exames laboratoriais e Ultrassom Obstétrico, atualização da carteira de vacina, uso de drogas e antecedentes obstétricos.

- **Variáveis sobre relacionamento e apoio após o parto:** tipo e idade do parceiro, convívio do parceiro e da gestante, tempo e situação do relacionamento e apoio após o parto quanto às responsabilidades com a criança.

3.7 Análise dos dados

Após o término da coleta de dados, foram realizadas análises estatísticas descritivas através de números absolutos, percentuais, medidas de tendência central e de variabilidade e análises estatísticas correlacionais (Pearson e *Odds Ratio*), por meio do Software SPSS *Statistics* (versão 19.0), atreladas às funcionalidades da ferramenta Excel. Os resultados dessas análises foram apresentados por meio de tabelas.

3.8 Questões éticas

Este estudo estava de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), sob o parecer nº 1.912.829 e CAAE: 63195816.9.0000.5415 (Anexo C).

Os dados foram coletados após aceite do Comitê de Ética em Pesquisa, autorização dos responsáveis pelos locais e consentimento informado dos sujeitos do estudo através do Termo de Consentimento Livre e Pós-Esclarecido e/ou o Termo de Assentimento Livre e Pós-Esclarecido (Apêndice C).

3.9 Limitações do estudo

Este estudo teve como limitações a falta de informação nas planilhas de controle e acompanhamento de gestantes da Pasta de Gestão; o tempo estendido para coleta de dados, pois durante o período muitas adolescentes se tornaram puérperas ou completaram 20 anos; e, a adesão das gestantes, com muitas faltosas ou sem representante legal durante a consulta de Pré-Natal. Apesar de muitas já estarem casadas, e, portanto, terem a emancipação ⁽¹⁶⁾, não apresentaram comprovação no momento, e de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde menores de 18 anos necessitam da aprovação de um responsável legal para participação no estudo ⁽¹⁷⁾.

MANUSCRITOS

4. MANUSCRITOS

Este estudo resultou na realização de três manuscritos e um editorial. O primeiro manuscrito intitulado “Prevenção da Gravidez na Adolescência no Brasil: Revisão Integrativa” (Anexo D), o editorial “Gravidez na adolescência: um desafio intersetorial” e o segundo manuscrito “Perfil de gestantes adolescentes atendidas pela atenção primária à saúde” (Anexo E) foram submetidos à Revista Enfermagem Brasil. O terceiro manuscrito intitulado “Influência socioeconômica, demográfica e de comportamento sexual em gestantes adolescentes” será submetido à Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn) após a defesa, para agregar possíveis contribuições da banca examinadora.

4.1 Primeiro Manuscrito

Prevenção da Gravidez na Adolescência no Brasil: Revisão Integrativa

Prevention of Pregnancy in Adolescence in Brazil: An Integrative Review

Prevención del Embarazo en la Adolescencia en Brasil: Revisión Integrativa

Alessandra Lima Vicentim*, Alessandra Marinela de Abreu Queiroz*, Natália Sperli Geraldes Marin dos Santos Sasaki**, Maria de Lourdes Sperli Geraldes Santos***

* Enfermeira, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, São José do Rio Preto, SP, Brasil. ** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, União das Faculdades dos Grandes Lagos – Unilago, São José do Rio Preto, SP, Brasil. *** Docente do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Contatos dos autores:

Alessandra Lima Vicentim (autor correspondente)
Rua Pedro Amaral, nº 1020, Apartamento nº 01. Bairro: Parque Industrial.
CEP: 15025-043, São José do Rio Preto, SP, Brasil.
E-mail: alessandravicentim@gmail.com
Telefone: (17) 991591652.

Alessandra Marinela de Abreu Queiroz, e-mail: alessandramarinela@hotmail.com;
Natália Sperli Geraldes Marin dos Santos Sasaki, e-mail: nsperli@gmail.com; Maria de Lourdes Sperli Geraldes Santos, e-mail: mlsperli@gmail.com.

Prevenção da Gravidez na Adolescência no Brasil: Revisão Integrativa.

RESUMO

Introdução: A promoção da saúde é função da Atenção Básica por meio de ações para o adequado crescimento e desenvolvimento dos adolescentes. Portanto, a gravidez na adolescência ainda é uma questão preocupante para a saúde pública, pois pode conter várias implicações tanto no presente quanto no futuro. **Objetivo:** Analisar as publicações disponíveis sobre as ações desenvolvidas pela Atenção Básica para prevenção da gravidez na adolescência no Brasil. **Metodologia:** Revisão integrativa, com a realização de busca na BVS, PubMed, SciELO, Periódicos CAPES e CINAHL, através dos descritores do DeCS e MeSH, no período de junho a julho de 2018. **Resultados:** Foram incluídos cinco artigos no estudo, que mostram que a Atenção Básica no Brasil vem trabalhando na prevenção da gravidez na adolescência por meio de orientações individuais em consultas, estratégias de educação em saúde, grupos de adolescentes e tem utilizado estratégias junto à escola, família e comunidade. **Conclusão:** As estratégias para a prevenção devem ser efetivas e a equipe da Atenção Básica, destacando-se aqui o papel do enfermeiro como parte desta equipe, é essencial para a realização dessas estratégias de prevenção, seja dentro da unidade básica de saúde, junto à escola, família, comunidade e outros contextos.

Palavras-chave: Gravidez na Adolescência; Atenção Primária à Saúde; Prevenção de Doenças; Educação em Saúde; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Health promotion is a role of the Primary Health Care to promote health through actions for the adequate growth and development of adolescents. Therefore, adolescent's pregnancy is still a matter of concern for the public health, since it can present several implications both in the present and in the future time. **Objective:** To analyze the publications available on the actions developed by the Primary Health Care for the prevention of adolescent's pregnancy in Brazil. **Methodology:** Integrative review on the search of BVS, PubMed, SciELO, CAPES and CINAHL databases, through DeCS and MeSH descriptors from June to July, 2018. **Results:** Five articles were included in the study, which showed that Primary Health Care in Brazil has been working to prevent adolescent's pregnancy through individual counseling, health education strategies, adolescent groups, and has been using strategies in school, family, and community. **Conclusion:** Prevention strategies should be effective and the primary health care team, standing out here the role of the nurse as part of this team, is essential for the implementation of these prevention strategies, either into the Basic Health Care unit, or close to the school, family, community and other settings.

Key words: Pregnancy in Adolescence; Primary Health Care; Disease Prevention; Health Education; Nursing Care.

RESUMEN

Introducción: La promoción de la salud es función de la Atención Básica através de acciones para el adecuado crecimiento y desarrollo de los adolescentes, siendo así, el embarazo en la adolescencia sigue siendo una cuestión preocupante para la salud pública, pues puede tener varias implicaciones tanto en el presente como en el futuro. **Objetivo:** Analizar las publicaciones disponibles sobre las acciones desarrolladas por la atención básica para prevención del embarazo en la adolescencia en Brasil. **Metodología:** Revisión integrativa, con la realización de búsqueda en la BVS, PubMed, SciELO, Periódicos CAPES y CINAHL, a través de descriptores del DeCS y MeSH, en el período de junio a julio de 2018. **Resultados:** Se incluyeron 5 artículos en el estudio, que muestran que la atención básica en Brasil ha trabajado la prevención del embarazo en la adolescencia por medio de orientaciones individuales en consultas, estrategias de educación en salud, grupos de adolescentes, y ha utilizado estrategias junto a la escuela, familia y comunidad. **Conclusión:** Las estrategias para la prevención deben ser efectivas y el equipo de atención básica, resaltamos aquí el papel del enfermero como parte de este equipo, es esencial para la realización de esas estrategias de prevención, sea dentro de la unidad básica de salud, junto a la escuela, familia, comunidad y otros contextos.

Palabras clave: Embarazo en Adolescencia; Atención Primaria de Salud; Prevención de Enfermedades; Educación en Salud; Atención de Enfermería.

Introdução

A gravidez na adolescência é uma questão preocupante para a saúde pública, geralmente associada a falta de conhecimento dos métodos anticoncepcionais, porém, pode estar incluída no projeto de vida da adolescente [1-4]. Esta fase compreende a faixa etária dos 10 aos 19 anos, entre infância e vida adulta, em que ocorrem diversas transformações no indivíduo [1,5].

Em 2016, o país apresentou 24.135 mães na faixa etária de 10 a 14 anos e 477.246 de 15 a 19 anos [6]. No estado de São Paulo, esse número foi respectivamente 2.690 e 76.607 [6].

Isto representa um desafio enfrentado pelos profissionais de saúde devido ao risco de abortos provocados que evoluem para problemas obstétricos e possibilidade de risco psicossocial para a adolescente [1-4, 7].

Outro fator relevante para o desenvolvimento das ações de prevenção e controle é a atitude dos adolescentes em relação a busca por atenção à saúde, que interfere na vulnerabilidade individual, principalmente na aquisição de comportamentos de risco [8]. Assim, os profissionais de saúde precisam criar estratégias que contemplem ações voltadas para a identificação destas vulnerabilidades e facilitar o acesso desta população aos serviços de saúde, principalmente na atenção básica [8]. É nela que as ações de promoção devem ser intensificadas tanto no âmbito individual como no coletivo, sendo desenvolvidas na unidade de saúde e no território, buscando parcerias intersetoriais e com a comunidade [2,3]. As parcerias são essenciais, pois proporcionam acesso a informações e contribui para a formação de vínculo e acolhimento [2,3].

Os serviços de saúde precisam buscar estratégias para aperfeiçoamento e melhorar a qualidade dos profissionais que atuam diretamente com esta população [2]. O enfermeiro tem papel essencial na abordagem do adolescente, principalmente como educador, utilizando-se de várias estratégias para promoção da saúde e prevenção de agravos [2].

Diante disso, este estudo teve como objetivo analisar as publicações disponíveis sobre as ações desenvolvidas pela atenção básica para prevenção da gravidez na adolescência no Brasil.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura organizada de acordo com as etapas: 1) Identificação da questão da pesquisa; 2) Busca na literatura; 3) Categorização e avaliação dos estudos; 4) Interpretação dos resultados e; 5) Síntese do conhecimento [9].

A questão norteadora foi “Quais ações de prevenção da gravidez na adolescência a atenção básica desenvolve no Brasil?”. Para responder a esta questão optou-se pela busca nos seguintes locais: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *U.S. National Library of Medicine* (PubMed), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Periódicos CAPES e *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (CINAHL).

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos originais, publicados nos idiomas inglês, português e espanhol disponíveis na íntegra nas bases de dados. Foram excluídas teses, dissertações, monografias, trabalhos de conclusão de curso, textos, cartas, revisões de literatura e repetições nas bases.

A coleta de dados realizou-se no período de junho a julho de 2018 por três pesquisadores de forma independente com 100% de concordância entre eles. Para a busca foram utilizados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH) e em todas as buscas utilizou-se o filtro para os idiomas inglês, português e espanhol para obtenção dos resultados. Foram utilizadas as seguintes combinações de descritores: desc 1: *pregnancy in adolescence AND primary health care*, desc 2: *pregnancy AND adolescent AND primary health care*; desc 3: *pregnancy in adolescence AND disease prevention*; desc 4: *health education AND pregnancy in adolescence*; desc 5: *pregnancy in adolescence AND sex education*, desc 6: *nursing care AND pregnancy in adolescence*, desc 7: *pregnancy in adolescence AND prevention*. Na CAPES não foi possível a busca pelo desc 2. Apenas na PubMed, como desc 3 utilizou-se *pregnancy in adolescence AND prevention and control*. O desc 7 foi utilizado apenas nas bases SciELO, CAPES e CINAHL.

Para extração dos dados dos artigos incluídos nesta revisão, foi utilizado um instrumento de coleta de dados validado previamente [10] e organizado nos seguintes itens: 1) Dados de identificação do estudo; 2) Introdução e objetivo; 3) Características metodológicas; 4) Resultados; 5) Conclusões. Os níveis de evidência foram classificados de acordo com a literatura [11].

Por se tratar de estudo de revisão, portanto de estudos disponíveis na internet, não houve a necessidade de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

Dos 11 artigos incluídos neste estudo, vários estavam duplicados em mais de uma busca, e, após aplicado os critérios de exclusão, somente 5 artigos foram incluídos no estudo (Figura 1).

Na BVS foram encontrados 2146 estudos com a combinação dos descritores do DeCS: desc 1 - *pregnancy in adolescence AND primary health care* (n=157, 1 incluído), desc 2 - *pregnancy AND adolescent AND primary health care* (n=430, 1 incluído); desc 3 - *pregnancy in adolescence AND disease prevention* (n=3, nenhum incluído); desc 4 - *health education AND pregnancy in adolescence* (n=362, 2 incluídos); desc 5 - *pregnancy in adolescence AND sex education* (n=1115, 1 incluído); e desc 6 - *nursing care AND pregnancy in adolescence* (n=79, nenhum incluído).

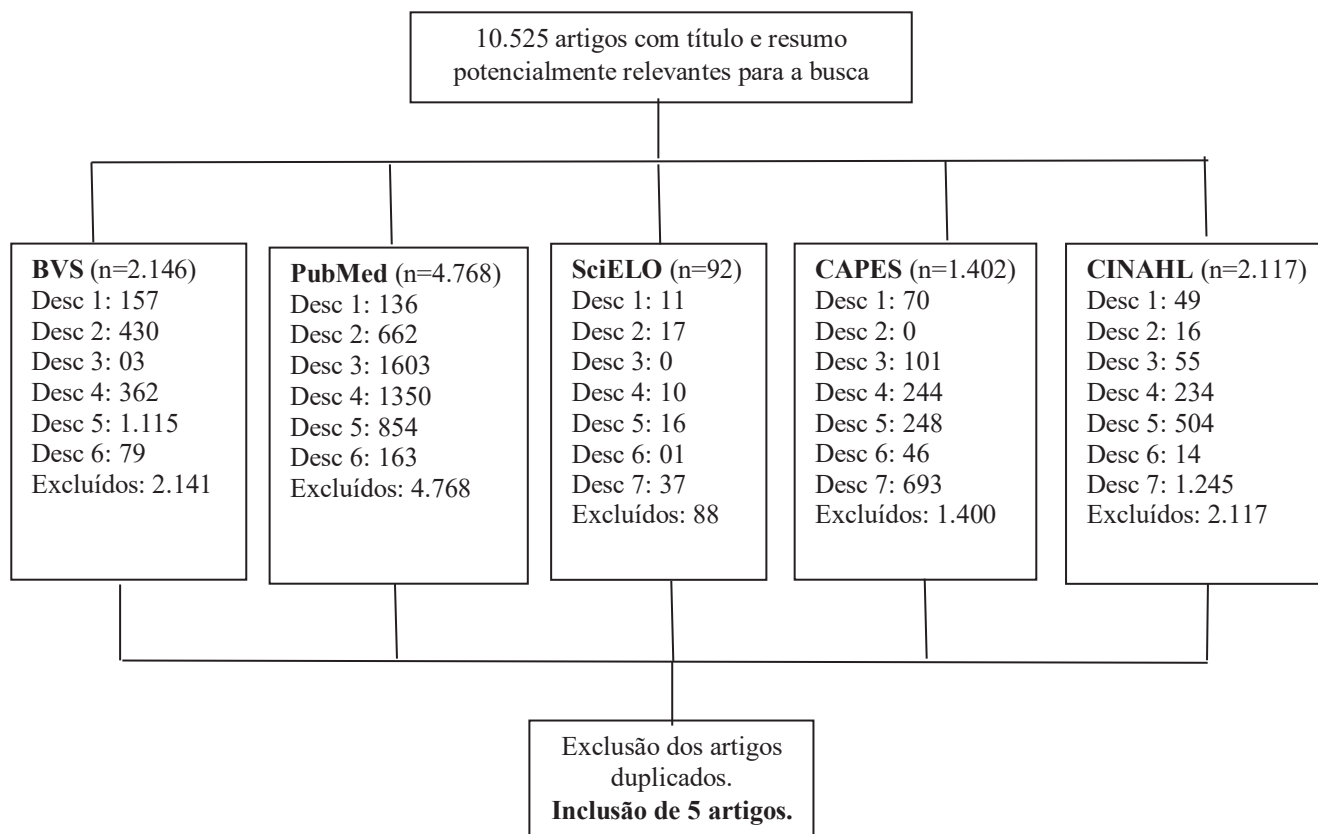
Na PubMed foram encontrados 4768 estudos com a combinação dos descritores do MeSH: desc 1 - *pregnancy in adolescence AND primary health care* (n=136); desc 2 - *pregnancy AND adolescent AND primary health care* (n=662); desc 3 - *pregnancy in adolescence AND prevention and control* (n=1603); desc 4 - *health education AND pregnancy in adolescence* (n= 1350); desc 5 - *pregnancy in adolescence AND sex education* (n=854); e desc 6 - *nursing care AND pregnancy in adolescence* (n= 163). Nenhum estudo foi incluído.

Na SciELO encontrou-se 92 estudos através da opção todos os índices com as seguintes combinações: desc 1 - *pregnancy in adolescence AND primary health care* (n=11, nenhum incluído); desc 2 - *pregnancy AND adolescent AND primary health care* (n=17, 1 incluído); desc 3 - *pregnancy in adolescence AND disease prevention* (n=0); desc 4 - *health education AND pregnancy in adolescence* (n=10, 1 incluído); desc 5 - *pregnancy in adolescence AND sex education* (n=16, nenhum incluído); desc 6 - *nursing care AND pregnancy in adolescence* (n=1, nenhum incluído); e desc 7 - *pregnancy in adolescence AND prevention* (n=37, 2 incluídos).

No Periódicos CAPES encontrou-se 1402 estudos através da opção assunto com as seguintes combinações: desc 1 - *pregnancy in adolescence AND primary health care* (n= 70, nenhum incluído); desc 2 - *pregnancy AND adolescent AND primary health care* (não pesquisado); desc 3 - *pregnancy in adolescence AND disease prevention* (n= 101, nenhum incluído); desc 4 - *health education AND pregnancy in adolescence* (n=244, 1 incluído); desc 5 - *pregnancy in adolescence AND sex education* (n=248, nenhum incluído); desc 6 - *nursing care AND pregnancy in adolescence* (n= 46, nenhum incluído); e desc 7 - *pregnancy in adolescence AND prevention* (n=693, 1 incluído).

Na CINAHL encontrou-se 2117 estudos através da opção assunto com as seguintes combinações: desc 1 - *pregnancy in adolescence AND primary health care* (n= 49); desc 2 - *pregnancy AND adolescent AND primary health care* (n=16); desc 3 - *pregnancy in adolescence AND disease prevention* (n=55); desc 4 - *health education AND pregnancy in adolescence* (n=234); desc 5 - *pregnancy in adolescence AND sex education* (n=504); desc 6 - *nursing care AND pregnancy in adolescence* (n=14); e desc 7 - *pregnancy in adolescence AND prevention* (n=1245). Nenhum estudo foi incluído.

Figura 1. Resultado de busca e seleção de artigos para revisão integrativa segundo descritores (DeCS e MeSH) e filtro para os idiomas inglês, português e espanhol, São José do Rio Preto/SP, 2018.



Os artigos selecionados foram publicados entre o ano de 2008 e 2016, e destes, 60% foram publicados por periódicos de enfermagem. Em relação ao Qualis na área de enfermagem, 60% possuem Qualis B1, 20% A2 e 20% B4 [12]. Todos os artigos possuem nível de evidência IV, pois são estudos descritivos [11] (Quadro 1).

Quadro 1. Distribuição dos estudos por autor, ano de publicação, periódico/revista, Qualis do periódico e nível de evidência.

Artigo	Texto 1 ^[13]	Texto 2 ^[14]	Texto 4 ^[15]	Texto 3 ^[16]	Texto 5 ^[17]
Autor	Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R	Gurgel MGI, Alves MDS, Moura ERF, Pinheiro PNC, Rego RMV	Martins BG, Ferreira LO, Santos PRM, Sobrinho MWL, Weiss MCV, Souza SPS	Nunes JM, Oliveira EN, Bezerra SMN, Costa PNP, Vieira NFC	Lefèvre F, Lefèvre AMC, Araújo SDT, Figueiredo R
Ano	2008	2010	2011	2014	2016
Periódico/ revista	Interface – Comunicação, Saúde, Educação	Revista Gaúcha de Enfermagem	Revista Mineira de Enfermagem	Texto & Contexto Enfermagem	Boletim do Instituto de Saúde
Qualis do periódico ^[12]	B1	B1	B1	A2	B4
Nível de evidência ^[11]	IV	IV	IV	IV	IV

Como resultado verifica-se que enfermeiros e médicos realizam atendimento aos adolescentes com frequência em suas unidades de saúde, porém não de forma sistematizada [13]. Nestes atendimentos a maioria afirma realizar orientações sobre infecções sexualmente transmissíveis, uso de preservativo e gravidez [13]. Além das ações programáticas e preventivas na unidade de saúde, alguns enfermeiros referem que a equipe tem realizado atividades com os adolescentes na comunidade e na escola [13]. No tocante à promoção da saúde do adolescente, esta é trabalhada de forma individual, na consulta de enfermagem, e coletivamente nos grupos de adolescentes, como estratégias de educação em saúde adotadas em suas práticas [14]. A orientação sexual na escola se mostra como uma oportunidade de reflexão e discussão, e incentiva que os adolescentes vejam a unidade de saúde como referência para suas necessidades [15]. A realização de oficinas pela equipe de saúde neste local otimiza o espaço para a prevenção e a promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente [15]. A comunidade também é vista como parceira no desenvolvimento de atividades educativas sob uma perspectiva pautada na participação e emancipação [16]. Por fim, profissionais de saúde da Atenção Básica integram a estratégia preventiva de dar acesso ao contraceptivo de emergência a adolescentes, mas o fazem numa perspectiva multiprofissional, encaminhando os adolescentes aos grupos de planejamento familiar, a consultas médicas, principalmente de ginecologistas [17]. Diante dos resultados encontrados, verifica-se que 100% dos artigos mostram a educação em saúde como forma de prevenção da gravidez na adolescência, seja de forma individual ou coletiva (Quadro 2).

Quadro 2. Síntese dos artigos selecionados com objetivo, método e principais conclusões.

Artigo	Texto 1 [13]	Texto 2 [14]	Texto 4 [15]	Texto 3 [16]	Texto 5 [17]
Objetivo	Caracterizar as ações programáticas, preventivas e de intervenção aos adolescentes desenvolvidas pelos médicos e enfermeiros da Saúde da Família, e analisar a percepção dos profissionais quanto às práticas de atenção à saúde para este grupo etário.	Analisar as práticas de enfermeiras da ESF voltadas à prevenção da gravidez na adolescência na perspectiva do desenvolvimento de habilidades.	Descrever uma experiência de orientação sexual para adolescentes, desenvolvida em uma escola.	Relatar a experiência de prática educativa desenvolvida junto a mulheres de uma comunidade, com foco em suas realidades e necessidades locais.	Entender a percepção e a opinião de profissionais de saúde sobre a prevenção da gravidez, em específico, sobre a contracepção de emergência e seu uso por adolescentes.
Método	Descritivo, abordagem quanti-qualitativa.	Descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa.	Descritivo, relato de experiência.	Descritivo, relato de experiência.	Descritivo, abordagem quanti-qualitativa.
Principais conclusões	Profissionais realizam orientações	A promoção da saúde do adolescente é	Oficinas realizadas na escola pela	A comunidade desenvolveu	Os profissionais de saúde da

	sobre infecções sexualmente transmissíveis, uso de preservativo e gravidez e a equipe tem realizado atividades com os adolescentes na comunidade e na escola.	trabalhada na consulta de enfermagem e grupo de adolescentes.	equipe de saúde otimizam o espaço para a prevenção e a promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente.	atividades educativas para a prevenção da gravidez na adolescência em conjunto com a equipe de saúde.	atenção básica oferecem acesso ao contraceptivo de emergência, encaminhando os adolescentes aos grupos de planejamento familiar e a consultas médicas.
--	---	---	---	---	--

Discussão

No Brasil, a proporção de nascidos vivos de mães adolescentes passou de 19,77%, em 1994, para 18,15%, em 2015, mostrando uma estabilidade [6]. Porém, quando separado entre as faixas etárias de 10 e 14 anos e 15 a 19 anos, nota-se uma evolução diferente, 0,69% para 0,88% para a primeira faixa e, de 19,08% para 17,26% para a segunda faixa [6]. No estado de São Paulo o percentual total de gravidez na adolescência passou de 18,18%, em 1994, para 13,82%, em 2015, com forte declínio, fato este devido ao grupo das adolescentes de 15 a 19 anos, que passou de 17,65% para 13,32%, pois o grupo das adolescentes de 10 a 14 anos passou de 0,53% para 0,50%, mostrando estabilidade [6].

A gravidez na adolescência continua um problema de saúde pública, não somente no Brasil, como revela um estudo realizado que mostra 21 países com leis liberais de aborto, como Estados Unidos, com maior taxa (57 gestações/1000 mulheres) e Suíça com menor taxa (8 gestações/1000 mulheres) [18]. Nesta fase da vida pode trazer implicações negativas como abandono das atividades escolares, riscos para o feto e para a mãe, conflitos na família, discriminação social, afastamento de grupos de convivência, adiamento ou destruição de sonhos e planos, sentimento de perda, tristeza, solidão, isolamento, preocupações, desemprego ou ingresso no mercado de trabalho não qualificado, impossibilidade de completar a função da adolescência, dependência financeira e impossibilidade de estabelecer uma família com plena autonomia, autogestão e projeto de futuro [3,4].

Para tanto são necessárias ações eficazes voltadas para esta população, com desenvolvimento de orientações claras e acessíveis sobre o processo reprodutivo, planejamento familiar, tipos e uso correto de métodos contraceptivos, opções e negociações entre os parceiros desses métodos, sensibilização sobre as consequências de uma gravidez não planejada e das infecções sexualmente transmissíveis para empoderar os jovens para uma atividade sexual saudável [2].

É papel da atenção básica o planejamento de ações programáticas para esta população, visando a prevenção da gravidez [13]. Estas ações podem ser desenvolvidas no âmbito individual, consultas, como coletivamente, em grupos de discussão tanto no território como na unidade de saúde [13-17].

Alguns fatores podem contribuir negativamente para o desenvolvimento da gestação nesta fase como a falta de diálogo e informação dentro do ambiente familiar, abordagem inadequada dos temas nas escolas, pouca articulação do serviço de saúde com a comunidade e precariedade das políticas públicas [19].

A falta de ações programáticas, sistematizadas para adolescentes e a priorização de outras populações contribuem para a ineficácia das ações prestadas [13]. Apesar do contato diário das equipes com esta população as intervenções preventivas são

insuficientes, pois o acesso deste grupo etário se limita a demanda espontânea, e quando a adolescente chega ao serviço geralmente já está grávida [13].

A educação em saúde é considerada como estratégia essencial para conter o aumento da gravidez na adolescência [14-16, 20], sendo o enfermeiro o principal responsável pelo seu desenvolvimento a partir de ações interdisciplinares de educação sexual que integrem família, escola e comunidade [14-16].

A comunidade como parceira na realização de atividades educativas contribui para a identificação do problema, verifica potencialidades, traça estratégias para a resolução e as executa em conjunto com as equipes de saúde [16, 20].

Os profissionais de saúde podem utilizar como método de abordagem dos adolescentes as oficinas de educação em saúde, tidas como oportunidade de reflexão e discussão, ampliando o conhecimento sobre sexualidade e vulnerabilidade nesta fase de vida, em um espaço favorável à expressão e familiar para o adolescente [15].

A literatura revela que as abordagens com maior impacto para redução da ocorrência de gestações precoces são educação sexual compreensiva, prevenção de reincidência de gravidez e programas de abstinência [20].

Além disto, o envolvimento da família durante as ações de promoção e prevenção da gravidez na adolescência garante uma responsabilidade destes durante o processo, gerando conhecimentos relevantes para promover orientação eficaz dos filhos prevenindo a gravidez e até causando o adiamento do início da vida sexual [21].

Os profissionais da atenção básica realizam orientações sobre o uso de diversos métodos anticoncepcionais para a prevenção da gravidez na adolescência [17]. Durante uma consulta de enfermagem, enfermeiros consideram relevante a discussão de alguns assuntos, como sexualidade, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, gravidez, oferecimento de métodos contraceptivos, uso adequado desses métodos e planejamento familiar [22]. Também se destacam a importância de alguns fatores no trabalho com adolescentes, como infecções sexualmente transmissíveis, álcool e outras drogas, gravidez precoce e concepção familiar [22]. Diante disso, várias ações de prevenção podem ser desenvolvidas, como: distribuição de contraceptivos, panfletos e cartilhas, palestras, orientações individuais, dinâmicas e grupos operativos [22].

Apesar disto, existem barreiras para o desenvolvimento das ações de promoção e prevenção em saúde para os adolescentes, como dificuldades nas ações prestadas pelas equipes e de acesso desta população em busca das ações [3].

Para que as ações de educação em saúde nas escolas e comunidade sejam eficazes, elas devem ser programáticas e sistematizadas mais de uma vez ao ano [22]. Além disto, falta de adesão dos adolescentes, de capacitação profissional, de infraestrutura, de planejamento, de colaboração da direção das escolas, excesso de trabalho e falta de comunicação entre as equipes são considerados como fatores negativos a realização destas ações [22].

Os adolescentes consideraram importante a prevenção da gravidez na adolescência para manutenção de suas atividades de lazer, sua liberdade, manutenção da própria adolescência, além de propiciar maiores oportunidades para um futuro melhor, emprego, continuidade dos estudos e evitar conflitos familiares e preconceito da sociedade [3]. Porém, apesar de considerarem positiva esta prevenção e expressarem conhecimento sobre os métodos contraceptivos, não sabem utilizá-los corretamente [3]. As barreiras no acesso aos serviços de saúde para prevenção da gravidez referem-se principalmente à qualidade do atendimento oferecido e ao constrangimento que sentem em função desse tipo de assistência à saúde [3]. Tal achado demonstra que as ações educativas para prevenção da gravidez na adolescência muitas vezes não são efetivas e que devem combater as barreiras que afastam o serviço de saúde desses adolescentes, melhorando o acolhimento e fortalecendo o vínculo para conseguir um diálogo efetivo e a inclusão desses adolescentes nas estratégias de prevenção [3].

A concepção de saúde agregada ao modelo biomédico pode ser uma das justificativas para a não adesão do adolescente às ações de promoção à saúde [8]. Cabe aos profissionais de saúde, pais e educadores a função de garantir o conhecimento necessário para melhoria da adesão aos serviços de saúde por esta população, diminuindo assim a vulnerabilidade individual [8].

Este estudo revela uma lacuna nas publicações referentes à questão estudada e também o baixo nível de evidência dos estudos incluídos, pois todos apresentaram nível de evidência IV [11]. Verifica-se a necessidade de realização de mais estudos sobre o tema, principalmente de estudos com melhor nível de evidência, ou seja, com delineamento de pesquisa quase-experimental, experimental ou resultado de meta-análise de estudos clínicos controlados e randomizados. A grande maioria das publicações refere-se ao perfil das gestantes adolescentes, fatores socioeconômicos e obstétricos, estudos qualitativos envolvendo a gestação e estudos que não envolviam a atenção primária à saúde, e sim, o setor da educação. Muitos estudos foram excluídos por não serem artigos, e sim, por exemplo, trabalhos de conclusão de curso, teses, dissertações e monografias.

Conclusão

Nota-se que a literatura brasileira é ineficiente em relação a estudos que abordem a efetividade de programas dirigidos à prevenção da gravidez na adolescência para intervenções e capacitações de profissionais da atenção básica para o desenvolvimento das melhores estratégias para esta prevenção. Observa-se ainda uma lacuna nas publicações referentes à questão estudada e a necessidade de realização de mais estudos sobre o tema, principalmente de estudos com melhor nível de evidência. A atenção básica no Brasil tem trabalhado a prevenção da gravidez na adolescência por meio de orientações individuais em consultas de enfermagem e/ou de outros profissionais; tem feito uso de estratégias de educação em saúde e grupos de adolescentes, e tem utilizado estratégias junto à escola, família e comunidade. As estratégias para a prevenção devem ser efetivas e a equipe da atenção básica, ressaltando papel do enfermeiro como parte desta equipe, é essencial para a realização dessas estratégias de prevenção, seja dentro da unidade básica de saúde, junto à escola, família, comunidade e outros setores.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
2. Vieira BDG, Queiroz ABA, Alves VH, Rodrigues DP, Guerra JVV, Pinto CB. A Prevenção da Gravidez na Adolescência: uma Revisão Integrativa. Rev Enferm UFPE on line 2017;11 Supl 3:1504-12.
3. Fiedler MW, Araújo A, Souza MCC. A prevenção da gravidez na adolescência na visão de adolescentes. Texto & Contexto Enferm 2015;24(1):30-7.
4. Taborda JA, Silva FC, Ulbricht L, Neves EB. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. Cad Saúde Colet 2014;22(1):16-24.
5. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2018 [citado em 2018 Jun 11]. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo en la adolescência; [aproximadamente 3 telas]. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
6. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus [homepage na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado em 2018 Julh 11]. Estatísticas vitais; [aproximadamente 1 tela]. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>

7. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG* 2014;121 Suppl 1:40-8.
8. Lima PVC, Rodrigues AK, Costa RS, Rocha RDL. Saúde do adolescente - conceitos e percepções: revisão Integrativa. *J Nurs UFPE on line* 2014;8(1):146-54.
9. Whitemore R, Chao A, Jang M, Minges KE, Park C. Methods for knowledge synthesis: an overview. *Heart Lung* 2014;43(5):453-61.
10. Pompeo DA, Rossi LA. A administração de anestésicos voláteis como fator relacionado às náuseas e vômitos no período pós-operatório. *Rev Gaúcha Enferm* 2008;29(1):121-8.
11. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005. p. 3-24.
12. Plataforma Sucupira [Internet]. Brasília: c2016 [citado em 2018 Ago 20]. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/veiculoPublicacaoQualis/liStaConsultaGeralPeriodicos.jsf>
13. Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R. Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. *Interface Comun Saúde Educ* 2008;12(25):387-400.
14. Gurgel MGI, Alves MDS, Moura ERF, Pinheiro PNC, Rego RMV. Desenvolvimento de habilidades: estratégia de promoção da saúde e prevenção da gravidez na adolescência. *Rev Gaúcha Enferm* 2010;31(4):640-6.
15. Martins BG, Ferreira LO, Santos PRM, Sobrinho MWL, Weiss MCV, Souza SPS. Oficina sobre sexualidade na adolescência: uma experiência da equipe Saúde da Família com adolescentes do Ensino Médio. *REME Rev Min Enferm* 2011;15(4):573-8.
16. Nunes JM, Oliveira EN, Bezerra SMN, Costa PNP, Vieira NFC. Prática educativa com mulheres da comunidade: prevenção da gravidez na adolescência. *Texto & Contexto Enferm* 2014;23(3):791-8.
17. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Araújo SDT, Figueiredo R. Gravidez na adolescência e contracepção de emergência: opinião de profissionais de serviços primários de saúde pública do município de São Paulo. *BIS Bol Inst Saúde* 2016;17(2):55-67.
18. Sedgh G, Finer LB, Bankole A, Eilers MA, Singh S. Adolescent Pregnancy, Birth, and Abortion Rates Across Countries: Levels and Recent Trends. *J Adolesc Health* 2015;56(2):223-30.
19. Cortez DN, Zica CMS, Gontijo LV, Cortez AOH. Aspectos que influenciam a gravidez na adolescência. *Rev Enferm Cent.-Oeste Min* 2013;3(2):645-53.
20. Moccélin AS, Costa LR, Toledo AM, Driusso P. Efetividade das ações voltadas à diminuição da gravidez não-planejada na adolescência: revisão da literatura. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2010;10(4):407-16.
21. Dittus PJ, Michael SL, Becasen JS, Gloppen KM, McCarthy K, Guilamo-Ramos V. Parental Monitoring and Its Associations With Adolescent Sexual Risk Behavior: A Meta-analysis. *Pediatrics* 2015;136(6):e1587-99.
22. Ribeiro VCS, Nogueira DL, Assunção RS, Silva FMR, Quadros KAN. Papel do enfermeiro da estratégia de saúde da família na prevenção da gravidez na adolescência. *R. Rev Enferm Cent.-Oeste Min* 2016;6(1):1957-75.

4.2 Editorial

Gravidez na adolescência: um desafio intersetorial

Alessandra Lima Vicentim*, Natália Sperli Geraldos Marin dos Santos Sasaki**, Maria de Lourdes Sperli Geraldos Santos***

* Enfermeira obstétrica, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), servidora pública da Secretaria de Saúde de São José do Rio Preto – SP, docente do Curso de Enfermagem da União das Faculdades dos Grandes Lagos (Unilago). ** Enfermeira obstétrica docente e coordenadora do Curso de Enfermagem da União das Faculdades dos Grandes Lagos (Unilago), docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). *** Enfermeira, doutora pelo Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, professora adjunta IV da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) e docente da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da FAMERP.

Contatos dos autores (e-mails): Alessandra Lima Vicentim: alessandravicentim@gmail.com; Natália Sperli Geraldos Marin dos Santos Sasaki: nsperli@gmail.com; Maria de Lourdes Sperli Geraldos Santos: mlsperli@gmail.com.

A adolescência é uma fase de transição entre a infância e a vida adulta, permeada por transformações físicas, biológicas, sociais e emocionais, representando um marco para a maioria dos indivíduos. Cronologicamente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define adolescência como o período compreendido entre os 10 e 19 anos de idade, tal definição também é adotada pelo Ministério da Saúde no Brasil [1,2] e programas e ações de saúde voltados à adolescência devem levar em consideração esta faixa etária.

Nesta fase ocorre a puberdade e o início dos relacionamentos amorosos, e consequentemente, a primeira relação sexual. Atualmente a coitarca das adolescentes tem ocorrido em média aos 14 anos, porém percebe-se tendência de que a mesma ocorra de forma cada vez mais precoce. Frente ao início das relações sexuais e com a adolescente fisiologicamente pronta para a reprodução, a gravidez torna-se um fato, caso não sejam tomadas medidas para sua prevenção. Há de se considerar que mesmo pronta fisicamente, o que geralmente não acontece nos âmbitos social e emocional para exercer a parentalidade. Assim, a gestação na adolescência traz complicações consideráveis para esta população tanto no presente quanto no futuro.

Tem-se observado a ocorrência da gravidez na adolescência em um perfil específico, adolescentes casadas ou em união estável, que não exercem atividade remunerada e que interromperam os estudos. Estas adolescentes podem ver no papel de mãe um meio para aquisição de “*status*” social e uma forma de reconhecimento. Tal fato pode ser compreendido quando esta não possui outros projetos ou expectativas ligadas ao crescimento pessoal e/ou profissional ou incentivo para os mesmos, sendo influenciado pela situação socioeconômica.

Um fato considerável atualmente é que estas meninas possuem conhecimento em relação aos métodos contraceptivos, principalmente do preservativo masculino e anticoncepcional hormonal oral, porém somente o conhecimento não se traduz em uso, e para que ele ocorra faz-se necessário assegurar o acesso aos métodos e o combate às barreiras que prejudicam a sua utilização.

Frente a este painel, há três pilares essenciais para a prevenção da gravidez na adolescência: a escola, a família e a atenção básica. Para o sucesso das ações é necessário que o trabalho ocorra de forma intersetorial. A escola é um local privilegiado para a

execução de ações de educação em saúde, pois é um espaço para aquisição de conhecimento, socialização e debates, porém vê-se a necessidade de discutir a saúde sexual e reprodutiva de forma cada vez mais precoce, pois se abordado somente no ensino médio, oitavo ou nono ano, talvez as ações preventivas não atinjam o esperado, visto o início cada vez mais cedo das relações sexuais. Quanto a família, sabe-se que a supervisão dos pais ou responsáveis retarda o início da relação sexual e aumenta as taxas de uso de métodos contraceptivos. Por fim, a atenção básica e dentro dela o enfermeiro, tem trabalhado a saúde sexual e reprodutiva e a prevenção da gravidez na adolescência através da educação em saúde e ações em conjunto com escolas e comunidade, consultas de enfermagem, grupos de adolescentes e planejamento familiar.

Vale a pena ressaltar que o acesso do adolescente à unidade de saúde deve ser facilitado e o mesmo deve ser visto como indivíduo que necessita de atenção integral, privacidade e confidencialidade pelos profissionais de saúde, além de acolhido de forma adequada. A Estratégia de Saúde da Família e o Programa Saúde na Escola são instrumentos essenciais para aproximação desta população, criação de vínculo e queda de barreiras, trazendo o adolescente para dentro da unidade de saúde. Entretanto, apesar dos esforços, muitas vezes as ações realizadas parecem insuficientes para a prevenção da gravidez na adolescência. Talvez realmente sejam, pois além de discutir saúde sexual e reprodutiva um tema essencial deve ser trabalhado, o empoderamento das adolescentes, capacitando-as para a tomada de decisões, para a realização de projetos e planos, para a continuidade dos estudos, profissionalização e entrada no mercado de trabalho, para que estas sejam capazes de atingir o crescimento pessoal e/ou profissional e superar as vulnerabilidades a que está sujeita em seu meio através do incentivo e de oportunidades. Portanto, trabalhar o empoderamento também a prevenir a gravidez na adolescência.

Referências

1. World Health Organization [homepage na Internet]. Geneva: WHO; 2018 [acesso em 2018 Nov 14. Adolescent health; [aproximadamente 3 telas]. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/adolescence/en/
2. Brasil. Ministério da Saúde. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

4.3 Segundo Manuscrito

Perfil de gestantes adolescentes atendidas pela atenção primária à saúde

Profile of pregnant adolescents assisted at the primary health-care center

Perfil de gestantes adolescentes atendidas por la atención primaria a la salud

Alessandra Lima Vicentim*, Alessandra Marinela de Abreu Queiroz*, Natália Sperli Geraldes Marin dos Santos Sasaki**, Maria de Lourdes Sperli Geraldes Santos***, Renata Galli Barbosa****, Raul Aragão Martins*****, Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler***

* Enfermeira, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, São José do Rio Preto, SP, Brasil. ** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, União das Faculdades dos Grandes Lagos – Unilago, São José do Rio Preto, SP, Brasil. *** Docente do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, São José do Rio Preto, SP, Brasil. **** Especialista em Saúde Pública, Psicóloga, Secretária de Saúde de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil. ***** Livre-docente em Psicologia da Educação, Departamento de Educação, Universidade Estadual Paulista – UNESP, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Contatos dos autores:

Alessandra Lima Vicentim (autor correspondente)
Rua Pedro Amaral, nº 1020, Apartamento nº 01. Bairro: Parque Industrial.
CEP: 15025-043, São José do Rio Preto, SP, Brasil.
E-mail: alessandravicentim@gmail.com
Telefone: (17) 991591652.

Alessandra Marinela de Abreu Queiroz, e-mail: alessandramarinela@hotmail.com;
Natália Sperli Geraldes Marin dos Santos Sasaki, e-mail: nsperli@gmail.com; Maria de Lourdes Sperli Geraldes Santos, e-mail: mlsperli@gmail.com; Renata Galli Barbosa, e-mail: gallibarbosa@hotmail.com; Raul Aragão Martins, e-mail: raul@ibilce.unesp.br; Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler, e-mail: zaidaurora@gmail.com.

Perfil de gestantes adolescentes atendidas pela atenção primária à saúde

RESUMO

Introdução: A adolescência é uma fase de transformações físicas e emocionais e o início de relacionamentos amorosos. Quando acontece a gestação na adolescência, há aspectos específicos que devem ser considerados; torna-se fundamental dimensionar estratégias para a redução das taxas de fecundidade nesta faixa etária. **Objetivo:** Identificar o perfil socioeconômico e obstétrico das gestantes adolescentes atendidas nas unidades de atenção primária à saúde. **Metodologia:** Estudo descritivo realizado com 100 gestantes adolescentes atendidas nas unidades de atenção primária à saúde do município de São José do Rio Preto-SP, através de entrevista semiestruturada e Instrumental de Avaliação Socioeconômica. Foram feitas análises estatísticas descritivas através do Software SPSS® *Statistics* (versão 19.0). **Resultados:** Idade média de 17,45 anos, 68,0% não

estavam estudando, 65,0% estavam casadas ou em união estável e 79,0% não estavam trabalhando. Primeira relação sexual em média com 14,46 anos, 70,0% não estavam utilizando método contraceptivo quando engravidaram, apesar de 99,0% conhecerem algum método, 100% procuraram a unidade de saúde e 91,0% engravidaram de parceiro fixo. **Conclusão:** Somente o conhecimento dos métodos contraceptivos não se traduz em prevenção da gravidez; torna-se necessário o empoderamento das adolescentes, sobretudo, o desenvolvimento de projetos de vida que possam lhes envolver tanto no trabalho quanto no estudo.

Palavras-chave: Gravidez; Gravidez na Adolescência; Atenção Primária à Saúde; Adolescente; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Adolescence is a phase of physical and emotional changes and the beginning of love relationships. When gestation happens during adolescence, specific aspects must be considered; it is fundamental to address some strategies to reduce fertility rates in this age group. **Objective:** To identify the socioeconomic and obstetric profile of pregnant adolescent who had been attended at the primary health care units. **Methodology:** A descriptive study with 100 pregnant adolescents attended at the primary health care units of the city of São José do Rio Preto-SP, through a semi-structured interview and a Socioeconomic Assessment Tool. Descriptive statistical analyzes were performed using the SPSS® Statistics Software (version 19.0). **Results:** Mean age was 17.45 years, 68.0% were not studying, 65.0% were married or in a stable union and 79.0% were not working. First sexual intercourse averaged with 14.46 years, 70.0% were not using any contraceptive method when they became pregnant, although 99.0% knew some method, 100% looked for a health unit and 91.0% became pregnant with a fixed partner. **Conclusion:** Only knowledge of contraceptive methods does not mean prevention of pregnancy; furthermore to empower adolescents and also the development of life projects that could provide them work as well as study.

Key words: Pregnancy; Pregnancy in Adolescence; Primary Health Care; Adolescent; Health Education.

RESUMEN

Introducción: La adolescencia es una fase de transformaciones físicas y emocionales y el inicio de relaciones amorosas. Cuando ocurre la gestación en la adolescencia, hay aspectos específicos que deben ser considerados; se hace fundamental dimensionar estrategias para la reducción de las tasas de fecundidad en este grupo de edad. **Objetivo:** Identificar el perfil socioeconómico y obstétrico de las gestantes adolescentes atendidas en las unidades de atención primaria a la salud. **Metodología:** Estudio descriptivo realizado con 100 gestantes adolescentes atendidas en las unidades de atención primaria a la salud del municipio de São José do Rio Preto-SP, a través de entrevista semiestructurada e Instrumental de Evaluación Socioeconómica. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos a través del software SPSS® *Statistics* (versión 19.0). **Resultados:** Edad media de 17,45 años, 68,0% no estaban estudiando, 65,0% estaban casadas o en unión estable y el 79,0% no estaban trabajando. La primera relación sexual en promedio con 14,46 años, el 70,0% no estaba utilizando método anticonceptivo cuando se quedaron embarazadas, a pesar de que el 99,0% conocía algún método, el 100% buscó la unidad de salud y el 91,0% se embarazaron de un socio fijo. **Conclusión:** Sólo el conocimiento de los métodos anticonceptivos no se traduce en prevención del

embarazo; se hace necesario el empoderamiento de las adolescentes, sobre todo, el desarrollo de proyectos de vida que puedan implicar tanto en el trabajo y en el estudio.

Palabras clave: Embarazo; Embarazo en Adolescencia; Atención Primaria de Salud; Adolescente; Educación en Salud.

Introdução

A adolescência é compreendida como período de crescimento e desenvolvimento humano que ocorre após a infância e antes da vida adulta, correspondendo a faixa etária dos 10 aos 19 anos [1, 2], podendo ser dividida em anos iniciais (10-14 anos) e anos finais (15-19 anos) [1]. Passando por várias experiências fundamentais como desenvolvimento físico, biológico, mental, social e emocional, exigindo uma atenção especial, devido a formulação das características pessoais, mudanças corporais, medos, expectativas, aproximação de questões sexuais e início dos relacionamentos amorosos [3].

Nesta fase, assume-se compromissos e responsabilidades da maioridade civil, além do surgimento de dúvidas, desejos, curiosidades, a descoberta do próprio corpo e do prazer sexual [4]. Apesar de estarem biologicamente capacitados para a reprodução, existe o despreparo psíquico para o exercício sexual e parentalidade [5]. Estes aspectos contribuem para o aumento da vulnerabilidade a uma gravidez indesejada [4].

Atualmente, observa-se uma valorização da maternidade por adolescentes com baixa condição socioeconômica, que a veem como oportunidade de ascensão social [6] e conquista de uma melhor qualidade de vida [7, 8]. A gravidez nesta fase tem consequências biológicas consideráveis para a mãe e para o feto, o que contribui para o aumento da morbimortalidade materna e fetal [9, 10]. Contudo, além dos riscos biológicos, existe as implicações sociais, como empobrecimento nas perspectivas de escolarização, trabalho e renda [11], com maior propensão a pobreza [12].

O Fundo de População das Nações Unidas destacou o tema sobre a maternidade na adolescência, relatando que a maioria das gestações em adolescentes ocorre em países em desenvolvimento e que evidências sugerem que a gravidez nesta faixa etária está ocorrendo com menos frequência, principalmente entre meninas menores de 15 anos, apesar da diminuição lenta nos últimos anos [13]. Entretanto, a região da América Latina e Caribe é a única em que o número de partos de meninas com menos de 15 anos de idade aumentou e projeta-se que tais nascimentos devam aumentar ligeiramente até 2030 [13].

Em 2016, o Brasil apresentou 24.135 mães na faixa etária de 10 a 14 anos e 477.246 de 15 a 19 anos [14]. No estado de São Paulo, esse número foi respectivamente 2.690 e 76.607 [14]. Em 2017, o município de São José do Rio Preto-SP, apresentou 0,24% das mães na faixa etária dos 10 aos 14 anos e 8,69% dos 15 aos 19 anos, mostrando queda significativa em relação aos anos anteriores nos dois segmentos [15].

Pensando na gravidez na adolescência como tema de interesse dos profissionais de saúde e sabendo que quando a adolescência e gestação acontecem, há aspectos específicos que devem ser considerados, torna-se fundamental dimensionar estratégias para a redução das taxas de fecundidade nesta faixa etária, através do desenvolvimento de políticas públicas, ações de planejamento e educação permanente dos profissionais de saúde. Para isso, este estudo teve como objetivo identificar o perfil socioeconômico e obstétrico das gestantes adolescentes atendidas nas unidades de atenção primária à saúde em um município do interior paulista.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa, realizado em todas as 27 unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) do município de São José do Rio Preto-SP. Para este estudo, levantou-se uma população de 335 gestantes adolescentes, número definido após análise das planilhas localizadas na Pasta de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde entre junho e agosto de 2017.

Os critérios de inclusão foram, gestantes, com idade entre 10 e 19 anos, que realizavam Pré-Natal nas unidades de atenção primária à saúde no ano de 2017 a 2018, residiam na área de abrangência destas unidades e concordaram em participar do estudo. Foram excluídas as gestantes que completaram 20 anos ou se tornaram puérperas antes da realização da entrevista, as que interromperam o acompanhamento por aborto ou mudança de endereço, as que realizaram acompanhamento através de convênio ou particular, as faltosas no dia do agendamento, as menores de 18 anos que não estavam acompanhadas por um dos genitores ou responsáveis para o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Pós-Esclarecido, e as que se recusaram a participar do estudo. Foram incluídas 100 gestantes adolescentes.

A coleta de dados teve início em junho de 2017 e término em julho de 2018 e foi realizada por meio de dois questionários. O primeiro, semiestruturado, elaborado por profissionais representantes da APS, atenção especializada e da educação do município e utilizado anteriormente no estudo “Perfil de gestantes adolescentes atendidas em Unidades Básicas de Saúde da Família de São José do Rio Preto – SP”, realizado por Alessandra Lima Vicentim, Renata Galli Barbosa e Raul Aragão Martins. Este questionário é composto por variáveis socioeconômicas; vida sexual e reprodutiva; conhecimento em relação ao ciclo reprodutivo, métodos anticoncepcionais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); antecedentes obstétricos e gestação atual; e, relacionamento e apoio após o parto. Referente à variável sobre conhecimento em relação aos métodos anticoncepcionais, o coito interrompido foi considerado por grande parte das entrevistadas como método contraceptivo, e apesar de não o ser, foi classificado como tal dentre as opções neste estudo. O segundo questionário é um Instrumental de Avaliação Socioeconômica, que através de uma somatória de pontos relacionados à renda bruta, número de membros residentes da família, escolaridade dos membros, condição/situação da habitação e ocupação dos membros da família resulta na classificação socioeconômica do indivíduo, sendo Classe Baixa Inferior (0-20), Baixa Superior (21-30), Média Inferior (31-40), Média (41-47), Média Superior (48-54) e Alta (55-57) [16].

Foram feitas análises estatísticas descritivas através de números absolutos, percentuais, medidas de tendência central e de variabilidade através do *Software SPSS® Statistics* (versão 19.0) atreladas às funcionalidades da ferramenta Excel.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) sob parecer nº 1.912.829 e CAAE: 63195816.9.0000.5415. Os dados foram coletados após aceite do Comitê de Ética em Pesquisa, autorização dos responsáveis pelos locais e consentimento informado dos sujeitos do estudo através do Termo de Consentimento Livre e Pós-Esclarecido e/ou o Termo de Assentimento Livre e Pós-Esclarecido.

Resultados

A população entrevistada apresentou média de 17,45 anos de idade (dp: 1,579, mediana de 18 anos, mínima de 13 e máxima de 19 anos). Verificou-se que no momento da descoberta da gravidez 92,0% das adolescentes estavam na faixa etária dos 15 a 19 anos e no momento da entrevista este número aumentou para 94,0% nesta faixa. Em relação a cor, houve predominância da cor branca com 44,0% (Tabela 1).

Somente 32,0% informaram que estavam estudando no momento da entrevista (Tabela 1). Destas, 9,0% relataram Ensino Fundamental Incompleto, 18,0% Ensino Médio Incompleto, 3,0% Ensino Médio Completo, 1,0% Ensino Superior Incompleto e 1,0% não respondeu à questão. Quanto a pretensão de continuar os estudos, 55,0% desejavam continuar, 13,0% não desejavam.

No momento da descoberta da gravidez, 53,0% das entrevistadas informaram como estado civil estar casada ou em união estável e durante a entrevista, 65,0% estavam casadas ou em união estável. Quando engravidaram 72,0% não estavam trabalhando e no momento da entrevista 79,0% não estavam (Tabela 1).

Em relação a renda familiar na época da descoberta da gravidez, 48,0% informaram dois salários mínimos (SM) e no momento da entrevista 49,0%. Na classificação socioeconômica 88,0% das entrevistadas estavam na Classe Baixa Superior (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição das variáveis socioeconômicas. São José do Rio Preto-SP, 2018.

Variáveis socioeconômicas		N	%
Idade que engravidou	10 - 14 anos	8	8,0
	15 - 19 anos	92	92,0
Idade no momento	10 - 14 anos	6	6,0
	15 - 19 anos	94	94,0
Cor	Branca	44	44,0
	Parda	38	38,0
	Outras	18	18,0
Estudando no momento	Sim	32	32,0
	Não	68	68,0
Estado civil quando engravidou	Casada ou união estável	53	53,0
	Solteira ou outros	47	47,0
Estado civil no momento	Casada ou união estável	65	65,0
	Solteira ou outros	35	35,0
Trabalhando quando engravidou	Sim	28	28,0
	Não	72	72,0
Trabalhando no momento	Sim	21	21,0
	Não	79	79,0
Renda na época que engravidou	01 SM*	24	24,0
	02 SM*	48	48,0
	03 ou mais SM*	28	28,0
Renda no momento	01 SM*	21	21,0
	02 SM*	49	49,0
	03 ou mais SM*	30	30,0
Classificação Socioeconômica	Classe Baixa Inferior	11	11,0
	Classe Baixa Superior	88	88,0
	Classe Média Inferior	1	1,0

* Salário Mínimo (SM) = R\$ 937,00

A primeira relação sexual das entrevistadas ocorreu em média com 14,46 anos (dp: 1,611, mediana de 15 anos, mínima de 11 e máxima de 19 anos). Verificou-se que 52,0% das adolescentes iniciaram a vida sexual com idade entre 15 e 19 anos. Dentre as adolescentes, 86,0% preocupavam-se com a prevenção de IST e 73,0% informaram uso de preservativo para esta prevenção. Quando engravidaram, 70,0% não estavam utilizando método contraceptivo e 93,0% já haviam passado por algum serviço dentro da unidade de saúde antes do diagnóstico da gestação (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição das variáveis sobre vida sexual e reprodutiva. São José do Rio Preto-SP, 2018.

Variáveis sobre vida sexual e reprodutiva		N	%
Idade da primeira relação sexual	10 - 14 anos	48	48,0
	15 - 19 anos	52	52,0
Preocupação quanto a prevenção de IST	Sim	86	86,0
	Não	14	14,0
	Preservativo	73	73,0
Método de prevenção para IST	Outras maneiras	6	6,0
	Não se prevenia	5	5,0
	Não responderam	2	2,0
	Não se preocupavam e não se preveniam	14	14,0
Uso de método contraceptivo quando engravidou	Sim	30	30,0
	Não	70	70,0
Uso correto do método contraceptivo	Sim	22	22,0
	Não	8	8,0
	Nenhum método em uso/não responderam	70	70,0
Método em uso quando aconteceu a gravidez	Anticoncepcional oral ou injetável	19	19,0
	Preservativo masculino	7	7,0
	Outros	4	4,0
Uso da unidade de saúde antes da gravidez	Nenhum método	70	70,0
	Sim	93	93,0
	Não	7	7,0

Verificou-se que 69,0% das adolescentes sabiam o que era período fértil e 99,0% já conheciam algum método contraceptivo antes de ficar grávida (Tabela 3). Houve predomínio das adolescentes que informaram como principal fonte dessas informações, os familiares (73,0%), a escola, através do professor (68,0%), a unidade de saúde (68,0%), a internet (58,0%), a televisão (56,0%) e cartazes/folders (54,0%). Dentre os familiares a fonte mais citada foi a mãe (49,0%).

Quanto ao recebimento de orientações sobre IST, Hepatites B e C, e HIV, antes da gestação, 98,0% relataram ter recebido alguma informação sobre o tema (Tabela 3) com predomínio da fonte de informação, sendo a unidade de saúde (74,0%), a escola, através do professor (71,0%), a televisão (68,0%), os familiares (66,0%), a internet (63,0%) e cartazes/folders (56,0%). Dentre os familiares a fonte mais citada foi a mãe (43,0%).

Quanto aos métodos contraceptivos conhecidos antes da gestação, o mais citado foi o preservativo masculino (98,0%), sendo que quase a totalidade informou conhecimento de que a unidade básica de saúde oferta métodos contraceptivos de forma gratuita (98,0%) (Tabela 3). O coito interrompido não é um método anticoncepcional, porém foi citado como um por 66,0% das adolescentes (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição das variáveis sobre conhecimento em relação ao ciclo reprodutivo, métodos anticoncepcionais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. São José do Rio Preto-SP, 2018.

Variáveis sobre conhecimento em relação ao ciclo reprodutivo, métodos anticoncepcionais e Infecções Sexualmente Transmissíveis		N	%	
Conhecimento sobre período fértil antes da gravidez	Sim	69	69,0	
	Não	31	31,0	
Conhecimento sobre métodos contraceptivos antes da gravidez	Sim	99	99,0	
	Não	1	1,0	
	Método Billings	5	5,0	
	Preservativo feminino	74	74,0	
	Preservativo masculino	98	98,0	
	Coito interrompido*	66	66,0	
	Dispositivo Intrauterino	52	52,0	
	Anticoncepcional injetável	84	84,0	
	Anticoncepcional oral	93	93,0	
	Diafragma	26	26,0	
Conhecimento dos tipos de métodos contraceptivos antes da gravidez	Espermicida	7	7,0	
	Tabela Ogino Knauss	32	32,0	
	Método da temperatura	3	3,0	
	Nenhum	1	1,0	
	Outros	12	12,0	
	Conhecimento da oferta de métodos contraceptivos gratuitos na unidade de saúde antes da gravidez	Sim	98	98,0
		Não	2	2,0
Orientações sobre IST/Hepatites B e C e HIV antes da gravidez	Sim	98	98,0	
	Não	2	2,0	

* Não é considerado método anticoncepcional, porém surgiram respostas.

Sobre a gestação, 70,0% das entrevistadas informaram que a gravidez não foi planejada e 57,0% utilizou o teste de farmácia para diagnóstico (Tabela 4). Logo após o diagnóstico da gestação, 97,0% das adolescentes contaram que estavam grávidas, sendo que 60,0% contaram primeiro para indivíduos sem consanguinidade (Tabela 4). Dentre os indivíduos consanguíneos a pessoa mais procurada para receber a notícia da gestação foi a mãe (25,0%) e quanto aos indivíduos sem consanguinidade que receberam a informação, o pai da criança foi o mais procurado (49,0%). Após a descoberta da gravidez, 95,0% das entrevistadas informaram que receberam apoio (Tabela 4), e as três fontes de apoio mais citadas pelas adolescentes foram respectivamente, a mãe (75,0%), o pai da criança (71,0%), e o pai (29,0%).

Todas as pacientes procuraram a unidade de saúde após a descoberta da gravidez (100,0%). Até o momento da entrevista, 87,0% informaram que não tiveram problemas durante a gestação, 48,0% já estavam no terceiro trimestre, 93,0% realizaram a primeira consulta de Pré-Natal no primeiro trimestre, 83,0% haviam realizado até seis consultas; 96,0% já haviam realizado exames laboratoriais e 83,0% ultrassom (US) obstétrico; e 92,0% já haviam atualizado a carteira de vacina (Tabela 4). Quanto ao uso de drogas, 57,0% não relataram uso antes da gestação e 94,0% não relataram uso durante (Tabela 4). Das drogas utilizadas durante a gestação 4,0% informaram tabaco, 1,0% álcool e 1,0% maconha.

Quanto aos antecedentes obstétricos, 76,0% das adolescentes era primigesta, 88,0% eram nulíparas, 12,0% já contavam com um ou mais partos, 88,0% não tinham filhos, 12,0% realizaram aborto, destes 3,0% provocado (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição das variáveis sobre antecedentes obstétricos e gestação atual. São José do Rio Preto-SP, 2018.

Variáveis sobre antecedentes obstétricos e gestação atual		N	%	
Gravidez planejada	Sim	30	30,0	
	Não	70	70,0	
Meio para descoberta da gravidez	Teste de gravidez de farmácia	57	57,0	
	Teste de gravidez na unidade de saúde	43	43,0	
Contou para alguém quando descobriu a gravidez?	Sim	97	97,0	
	Não	3	3,0	
Para quem contou que estava grávida logo que descobriu a gravidez?	Indivíduo consanguíneo	37	37,0	
	Sem consanguinidade	60	60,0	
	Não contou	3	3,0	
Teve apoio quando descobriu que estava grávida?	Sim	95	95,0	
	Não	5	5,0	
Procurou a unidade de saúde quando descobriu que estava grávida?	Sim	100	100,0	
	Não	0	0,0	
Apresentou algum problema durante a gravidez até o momento?	Sim	13	13,0	
	Não	87	87,0	
Trimestre gestacional no momento	1º trimestre	16	16,0	
	2º trimestre	36	36,0	
	3º trimestre	48	48,0	
Primeira consulta de Pré-Natal	1º trimestre	93	93,0	
	2º trimestre	7	7,0	
	3º trimestre	0	0,0	
Número de consultas de Pré-Natal até o momento	Até 6	83	83,0	
	Mais que 6	17	17,0	
Realização de exames laboratoriais até o momento	Sim	96	96,0	
	Não	4	4,0	
Realização de US Obstétrico até o momento	Sim	83	83,0	
	Não	17	17,0	
Atualização da carteira de vacina até o momento	Sim	92	92,0	
	Não lembra	2	2,0	
	Não	6	6,0	
Uso de drogas antes da gestação	Sim	43	43,0	
	Não	57	57,0	
Uso de drogas durante a gestação	Sim	6	6,0	
	Não	94	94,0	
Gestações anteriores	Nenhuma	76	76,0	
	1 ou mais	24	24,0	
Partos anteriores	Nenhum	Cesárea	88	88,0
		Normal	6	6,0
	1 ou mais	6	6,0	
Número de filhos	Nenhum	88	88,0	
	1 ou mais	12	12,0	
Aborto	Sim	Provocado	3	3,0
		Espontâneo	9	9,0
	Não	88	88,0	

As adolescentes engravidaram de parceiro fixo (91,0%), sendo este esposo (56,0%), com relação fixa há 8 meses ou mais (76,0%) e parceiros acima de 19 anos (69,0%). Quando a gravidez ocorreu, 55,0% dos parceiros já moravam com a

entrevistada. Antes da gravidez, 52,0% das adolescentes moravam com o pai da criança e após a descoberta da gravidez, 69,0%. Quanto a manutenção do relacionamento, 87,0% estavam com o parceiro (Tabela 5).

Das entrevistadas que terminaram o relacionamento, no momento da entrevista, 100,0% sabiam onde o pai da criança morava, 7,6% informaram que ele estava estudando, 38,0% informaram que ele estava trabalhando, 46,0% relataram que ele pagaria pensão, 77,0% informaram que ele veria a criança e 54,0% relataram que ele iria conviver com a criança (Tabela 5).

Quanto aos cuidados com a criança após o nascimento, 79,0% contariam com outras pessoas para auxílio ou realização desta tarefa (Tabela 5). A grande maioria das entrevistadas informou que ela e o pai da criança seriam os responsáveis pelo cuidado (71,0%). Quanto a moradia da criança, 85,0% informaram que morariam com a criança em companhia de outras pessoas (Tabela 5). A grande maioria informou que a criança moraria com ela e o pai da criança (74,0%). Quanto a responsabilidade financeira sobre a criança, 99,0% informaram que esta responsabilidade seria de outra pessoa ou compartilhada (Tabela 5). Dentre as opções mais citadas temos, o pai da criança como responsável financeiro (46,0%), a entrevistada e o pai da criança como responsáveis (33,0%) e a família da entrevistada como responsável (15,0%).

Tabela 5: Distribuição das variáveis sobre relacionamento e apoio após o parto. São José do Rio Preto-SP, 2018.

Variáveis sobre relacionamento e apoio após o parto		N	%
Tipo de parceiro de quem engravidou	Fixo	91	91,0
	Esposo	56	56,0
	Namorado ou noivo	35	35,0
Tempo de relacionamento com o parceiro	Eventual	9	9,0
	Menos de 8 meses	15	15,0
	8 meses ou mais	76	76,0
Idade do parceiro	Não houve relacionamento	9	9,0
	Até 19 anos	31	31,0
Com quem o parceiro morava quando aconteceu a gravidez?	Acima de 19 anos	69	69,0
	Com a entrevistada	55	55,0
Com quem a gestante morava antes da gravidez?	Outros	45	45,0
	Pai da criança	52	52,0
Com quem a gestante mora atualmente?	Outros	48	48,0
	Pai da criança	69	69,0
Está com o parceiro?	Outros	31	31,0
	Sim	87	87,0
	Não	13	13,0
Se não está com parceiro sabe	Onde ele mora?	13	100,0
	Ele está estudando?	1	7,6
	Ele está trabalhando?	5	38,0
	Pagará pensão?	6	46,0
	Verá a criança?	10	77,0
Quem cuidará da criança?	Irá conviver com a criança?	7	54,0
	Somente a entrevistada	21	21,0
	Outros	79	79,0
Com quem a criança irá morar?	Somente com a entrevistada	15	15,0
	Outros	85	85,0
Responsável financeiro pela criança	Somente a entrevistada	1	1,0
	Outros	99	99,0

Discussão

Em relação às variáveis socioeconômicas, este estudo foi semelhante à literatura [7, 8, 10, 11, 17-22]. A prevalência da gravidez na primeira fase da adolescência apresenta maior risco de morbimortalidade [13]. Contudo, é importante ressaltar que as ações e recursos para se evitar a gravidez na adolescência se concentram em meninas na segunda fase, o que sugere uma revisão de tais práticas [13].

Quanto a cor autodeclarada pelas entrevistadas, nota-se que esta variável pode sofrer influência da região onde o estudo foi realizado, sendo que no município estudado há o predomínio da cor branca, como ocorre na região sudeste e sul [18, 23]. Diferentemente de outros realizados no nordeste [20, 22].

Quanto ao tema trabalho, várias adolescentes não exerciam atividade remunerada, resultado também demonstrado na literatura [11, 19-22]. Sobre a classificação socioeconômica, estudos corroboram com o resultado encontrado com prevalência na classe socioeconômica baixa [7, 10]. Em relação a renda familiar, o município de estudo tem uma média de 2,7 salários mínimos [24], o que contribui para o resultado diferente do encontrado na literatura que foi de um SM [11, 22].

O relacionamento estável, com parceiro fixo está predominando nos estudos recentes [7, 11, 17, 18, 22], diferente dos mais antigos [8, 19, 20]. Muitas vezes a constituição de uma família é vista como conquista de uma melhor qualidade de vida, funcionando como projeto e forma de reconhecimento [7]. Porém, a vida conjugal motivada pela gravidez precoce não implica em independência financeira, em relação à família de origem, e de cuidado, em relação aos recém-nascidos [11, 21].

Em relação a escolaridade, verifica-se um atraso ou interrupção nos estudos por parte das adolescentes o que pode ser resultado da ocorrência da gravidez neste período [7, 8, 11, 18-22]. A escolaridade igual ou inferior a oito anos pode duplicar as chances de uma gestação na adolescência [25]. Além disso, a gravidez pode resultar em abandono escolar, comprometendo as condições socioeconômicas, interferindo na qualificação e inserção no mercado de trabalho e causar dependência financeira do companheiro ou família [18]. Sabe-se que meninas que permanecem por mais tempo nas escolas são menos propensas a engravidar, por apresentarem maior preparo para o mercado de trabalho e possuírem maior capacidade de subsistência, maior autoestima e *status* social, além de reduzir o casamento precoce e retardar a gravidez [13].

A escola é um local privilegiado para reflexão e discussão sobre o tema sexualidade e gravidez na adolescência, onde ações realizadas pela equipe de saúde otimizam o espaço para a prevenção e promoção da saúde sexual e reprodutiva, ampliando o conhecimento e incentivando a visão da APS como um ponto de referência para suas necessidades [26]. Para isso, é necessário o trabalho intersetorial, otimizando o espaço para a prevenção e a promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente [26].

O Programa Saúde na Escola (PSE) é um exemplo de política intersetorial que surgiu em 2007, em que a APS desenvolve ações pautadas nas políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira para promover saúde e educação integral [27].

É importante ressaltar que o início da vida sexual se dá por volta dos 14/15 anos [7, 11, 17, 20], porém, ocorrendo cada vez mais cedo (12 e 13 anos) [21] aumentando a vulnerabilidade a gestação [17]. Esta vulnerabilidade decorre de muitos fatores, como impulsividade, pensamento egocêntrico, idade da primeira relação sexual, falta de informação, uso inadequado dos métodos contraceptivos, frequência escolar, número de parceiros sexuais e crenças [5]. Além da falta de orientação dos pais, identificação com ídolos, tendência grupal, construção da independência, erotização do corpo feminino pela mídia [8], falta de informação e diálogo no ambiente familiar, abordagem inadequada da temática nas escolas, poucos avanços nos serviços de saúde que articulem o planejamento familiar com a comunidade, e precariedade de políticas públicas [28].

A prevenção da gravidez nesta fase é um assunto importante para os adolescentes que elencam diversos motivos para tal, como a manutenção das atividades de lazer, da liberdade e da própria adolescência, maiores oportunidades de futuro, de emprego e continuidade dos estudos, além de evitar conflitos familiares e o preconceito da sociedade [29]. Porém, existem diversas barreiras no acesso aos serviços de saúde para prevenção da gravidez e abordagem à sexualidade, como a qualidade do atendimento, o constrangimento, o acolhimento oferecido e a falta de vínculo [29]. Além da dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos, existem outras dificuldades de utilização como a escolha de não fazer uso do método diante de um relacionamento estável, a inexperiência, o uso incorreto dos contraceptivos por falta de conhecimento ou esquecimento, medo dos pais descobrirem o início das relações sexuais [21] e pensamento mágico de que não engravidariam [30].

O conhecimento dos métodos contraceptivos pelos adolescentes não se traduz em uso ou uso correto, pois somente o recebimento de informações muitas vezes não é suficiente para a prevenção da gravidez [19, 22, 28-32]. Motivos como baixo custo, fácil acesso, distribuição de forma gratuita na APS, compra sem receita médica e ampla divulgação da mídia são considerados pelos adolescentes para que o anticoncepcional oral e o preservativo masculino estejam entre os mais conhecidos [30].

Apesar de ser pouco utilizada pelas adolescentes do estudo (1,0%), a pílula do dia seguinte foi citada como método de anticoncepção. Compreendida como contraceptivo de emergência, compõe a estratégia preventiva para adolescentes disponível na APS [33]. Os profissionais da APS integram a estratégia de dar acesso ao contraceptivo de emergência a adolescentes, mas o fazem numa perspectiva multiprofissional, como em grupos de planejamento familiar [33].

Em relação à origem das informações sobre período fértil e métodos anticoncepcionais predominou como principal fonte de informação, respectivamente, a família, a escola e a unidade de saúde; sendo a mãe a fonte mais citada dentre os familiares. Resultado diferente é visto em estudo que mostra a escola como principal espaço para obtenção de informações sobre saúde sexual e reprodutiva [31]. Quanto à busca por informações sobre o assunto, os amigos são os mais procurados pelos adolescentes, seguidos pelos familiares, professores e profissionais de saúde [31]. A maioria dos adolescentes disse que a fonte de informação mais buscada era a televisão, seguido da internet e livros e revistas [31]. Já em outro estudo, a maioria das conversas sobre as mudanças corporais e sexualidade aconteceram com membros da família; sendo a escola e os serviços de saúde os locais menos citados [17].

Os pais se mostram como importante ferramenta para prevenção da gravidez na adolescência [34]. Verificou-se que maior supervisão pelos pais foi associada a relações sexuais tardias, maior uso de preservativo e aumento do uso de anticoncepcionais [34], além da proteção contra gravidez sob condições de múltiplos riscos familiares e riscos de pares [35].

As adolescentes se sentiram apoiadas após a descoberta da gravidez, sendo as duas fontes de apoio mais citadas, respectivamente, a mãe da adolescente e o pai da criança [36]. O apoio familiar é essencial para que as jovens mães aprendam a cuidar dos filhos e estejam atentas às suas necessidades, sendo muito relevante a presença da mãe, da irmã ou mesmo da sogra [21]. Além destes, o companheiro, amigos e acesso aos serviços de saúde foram considerados apoiadores importantes para criação de vínculos [36].

A maioria das adolescentes entrevistadas estava na primeira gestação, fato também verificado em outros estudos [7, 8, 11, 17, 19, 20, 22]. Porém, a reincidência da gravidez na adolescência continua ocorrendo e pode ser decorrente de diversos fatores, dentre eles, a história de gestação na adolescência por outras mulheres da família, mantendo-se um ciclo [17, 30]. Outros fatores também permaneceram associados à recorrência da gravidez na adolescência, especialmente fatores reprodutivos e

socioeconômicos, como coitarca menor que 15 anos, idade da primeira gestação menor que 16 anos, mudança de parceiro, não cuidar dos filhos e renda familiar menor que um salário mínimo [37].

Verifica-se neste estudo que parte das adolescentes planejaram a gestação. Quanto ao planejamento da gravidez são considerados fatores associados a faixa etária, o estado civil, a escolaridade, a renda e a sexarca [38].

Ressalta-se a importância da realização do Pré-Natal para prevenção de complicações decorrentes de uma gestação de alto risco [8, 11, 18, 22]. O enfermeiro possui papel fundamental no processo de educação e saúde, da escola e da família [20]. Algumas dificuldades podem estar presentes quanto ao desenvolvimento das ações preventivas da gravidez na adolescência por estes profissionais, como falta de adesão do público alvo, falta de capacitação dos profissionais, falta de infraestrutura, planejamento, colaboração das escolas, excesso de trabalho e falta de comunicação entre as equipes [39]. Porém, assumindo seu papel, o enfermeiro deve promover ações interdisciplinares de educação sexual que integrem família, escola, e comunidade, e despertar no adolescente o interesse de ampliar o conhecimento e desenvolver habilidades e atitudes, contribuindo para o exercício de uma sexualidade mais responsável e segura [40].

O enfermeiro já realiza ações para a prevenção da gravidez, como distribuição de contraceptivos, panfletos e cartilhas; realização de palestras; realização de dinâmicas [39]; orientação individual, como a consulta de enfermagem, e, realização de grupos [39, 40]. Contudo, tem-se que pensar além do já realizado, e para isso, é necessário focar na mudança de comportamento como solução, e ver como verdadeiro caminho para a prevenção da gravidez na adolescência a busca da justiça social, o desenvolvimento equitativo e o empoderamento das meninas, através de abordagens mais amplas para desenvolver o capital humano, com foco na capacidade de tomar decisões sobre suas próprias vidas, incluindo questões de saúde sexual e reprodutiva, e proporcionando oportunidades reais, de modo que a gravidez não seja vista como seu único destino [13].

Este estudo teve como limitações a falta de informação nas planilhas da APS; o tempo estendido para coleta de dados, pois durante o período muitas adolescentes se tornaram puérperas ou completaram 20 anos; e, a adesão das gestantes, com muitas faltosas ou sem representante legal durante a consulta de Pré-Natal. Apesar de muitas já estarem casadas, e, portanto, terem a emancipação [41], não apresentaram comprovação no momento, e de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde menores de 18 anos necessitam da aprovação de um responsável legal para participação no estudo [42].

Conclusão

Verifica-se um perfil de gestantes adolescentes que não estavam estudando ou trabalhando no momento em que aconteceu a gravidez, a maioria estava casada ou em união estável, com parceiro fixo, e se encontravam na Classe Socioeconômica Baixa Superior. Estas adolescentes apresentavam preocupação quanto a prevenção de IST e informaram uso de preservativo para este fim, relataram conhecimento sobre período fértil e métodos contraceptivos, conheciam a unidade de saúde e a oferta gratuita de contraceptivo, porém a maioria não estava utilizando nenhum método contraceptivo quando a gravidez ocorreu. Diante disso, verifica-se que somente o conhecimento dos métodos contraceptivos não se traduz em prevenção da gravidez na adolescência e torna-se necessário abordagens mais amplas, com foco no empoderamento das meninas e desenvolvimento de capital humano para projetos de vida, que envolvam o trabalho e o estudo.

Referências

1. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo en la adolescência [citado 2018 Jun 11]. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
2. Brasil. Ministério da Saúde. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
3. Lima NRB, Nascimento EGC, Alchieri JC. História de vida da mulher: qual a verdadeira repercussão da gravidez na adolescência? *Adolesc Saúde (Online)* 2015;12(1):57-65.
4. Ferreira EB, Veras JLA, Brito SA, Gomes EA, Mendes JPA, et al. Predisposing causes for pregnancy among adolescents. *J Res Fundam Care Online* 2014;6(4):1571-9.
5. Patias ND, Dias ACG. Sexarca, informação e uso de métodos contraceptivos: comparação entre adolescentes. *Psico-USF* 2014;19(1):13-22.
6. Patias ND, Dias ACG. Opiniões sobre maternidade em adolescentes grávidas e não-grávidas. *Arq Bras Psicol* 2013;65(1):88-102.
7. Lima MNFA, Coviello DM, Lima TNFA et al. Adolescentes, gravidez e atendimento nos serviços de atenção primária à saúde. *Rev Enferm UFPE on line* 2017;11(Supl 5):2075-82.
8. Taveira AM, Santos LA, Araújo A. Perfil das adolescentes grávidas do município de São Gonçalo do Pará/MG. *Rev Enferm Cent-Oeste Min* 2012; 2(3):326-36.
9. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG* 2014;121(Suppl. 1):40-8.
10. Paladugu RK, Donipudi PC, Chimata D, Jasti M. Adolescent pregnancy and its outcomes: a cross-sectional study. *Int J Community Med Public Health* 2018;5(10):4408-14.
11. Queiroz MVO, Brasil EGM, Alcântara CM, Carneiro MGO. Perfil da gravidez na adolescência e ocorrências clínico-obstétricas. *Rev RENE* 2014;15(3):455-62.
12. Hodgkinson S, Beers L, Southammakosane C, Lewin A. Addressing the mental health needs of pregnant and parenting adolescents. *Pediatrics* 2014; 133(1):114-22.
13. United Nations Population Fund. Motherhood in childhood: facing the challenge of adolescent pregnancy. New York: UNFPA; 2013.
14. Ministério da Saúde. DATASUS. Estatísticas Vitais. [citado 2018 Set 06]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>
15. São José do Rio Preto (Município). Secretaria de Saúde. Painel de Monitoramento (Indicadores de Saúde). [citado 2018 Set 06]. Disponível em: http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/modules/mastop_publish/?tac=Pain_Moni
16. Graciano MIG, Lehfelnd NAS. Estudo Socioeconômico: Indicadores e Metodologia numa Abordagem Contemporânea. *Rev Serv Soc Saúde* 2010;9(9):157-86.
17. Vieira EM, Bousquat A, Barros CRS, Alves CGP. Gravidez na adolescência e transição para a vida adulta em jovens usuárias do SUS. *Rev Saúde Pública* 2017;51:25.
18. Pinto KRTF, Bernardy CCF, Morais FR, Gomes K, Cestari MEW, Sodré TH. Gravidez na adolescência: perfil das mães e de sua gestação. *Rev Uningá Rev* 2016;27:9-19.
19. Pinto JF, Oliveira VJ, Souza MC. Perfil das adolescentes grávidas no setor saúde do município de Divinópolis – Minas Gerais. *Rev Enferm Cent-Oeste Min* 2013;3(1):518-30.

20. Mota RS, Santos MM, Rodrigues AD, Camargo CL, Gomes NP, Diniz NMF. Perfil de adolescentes grávidas com história de violência doméstica. *Rev RENE* 2013;14(2):385-93.
21. Santos RCAN, Silva RM, Queiroz MVO, Jorge HMF, Brilhante AVM. Realities and perspectives of adolescent mothers in their first pregnancy. *Rev Bras Enferm* 2018;71(1):65-72.
22. Pinheiro YT, Freitas GDM, Pereira NH. Perfil epidemiológico de puérperas adolescentes assistidas em uma maternidade no Município de João Pessoa – Paraíba. *Rev Ciênc Méd Biol* 2017;16(2):174-9.
23. SEADE. Portal de Estatísticas do Estado de São Paulo. Distribuição da população, por raça/cor. Estado de São Paulo. 2010. [citado 2018 Set 06]. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/retratosdesp/view/index.php?temaId=1&indId=5&locId=1000&busca=>
24. IBGE. São José do Rio Preto - Panorama. [citado 2018 Set 06]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-jose-do-rio-preto/panorama>
25. Bruno ZV, Feitosa FEL, Silveira KP, Morais IQ, Bezerra MF. Reincidência de gravidez em adolescentes. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2009;31(10):480-4.
26. Martins BG, Ferreira LO, Santos PRM, Sobrinho MWL, Weiss MCV, Souza SPS. Oficina sobre sexualidade na adolescência: uma experiência da equipe Saúde da Família com adolescentes do Ensino Médio. *Rev Min Enferm* 2011;15(4):573-8.
27. Ministério da Saúde. Manual técnico de adesão e desenvolvimento das ações do programa saúde na escola. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.
28. Cortez DN, Zica CMS, Gontijo LV, Cortez AOH. Aspectos que influenciam a gravidez na adolescência. *Rev Enferm Cent-Oeste Min* 2013;3(2):645-53.
29. Fiedler MW, Araújo A, Souza MCC. A prevenção da gravidez na adolescência na visão de Adolescentes. *Texto & Contexto Enferm* 2015;4(1):30-7.
30. Deprá AS, Heck RM, Thum M, Ceolin T, Vanini M, Lopes CV, et al. Gravidez de adolescentes na unidade de saúde da família. *Rev Enferm Cent-Oeste Min* 2011;1(1):59-69.
31. Gondim PS, Souto NF, Moreira CB, Cruz MEC, Caetano FHP, Montesuma FG. Accessibility of adolescents to sources of information on sexual and reproductive health. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum* 2015;25(1):50-3.
32. Tabora JA, Silva FC, Ulbricht L, Neves EB. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. *Cad Saúde Colet* 2014;22(1):16-24.
33. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Araújo SDT, Figueiredo R. Gravidez na adolescência e contracepção de emergência: opinião de profissionais de serviços primários de saúde pública do município de São Paulo. *BIS - Bol Inst Saúde* 2016;17(2):55-67.
34. Dittus PJ, Michael SL, Becasen JS, Gloppen KM, McCarthy K, Guilamo-Ramos V. Parental Monitoring and Its Associations With Adolescent Sexual Risk Behavior: A Meta-analysis. *Pediatrics* 2015;136(6):e1587-99.
35. East PL, Khoo ST, Reyes BT. Risk and Protective Factors Predictive of Adolescent Pregnancy: A Longitudinal, Prospective Study. *Appl Develop Sci.* 2006;10(4):188-99.
36. Braga IF, Oliveira WA, Spanó AMN, Nunes MR, Silva MAI. Percepções de adolescentes sobre o apoio social na maternidade no contexto da atenção primária. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm* 2014;18(3):448-55.
37. Silva AAA, Coutinho I, Katz L, Souza ASR. Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência em uma maternidade escola: estudo caso-controle. *Cad Saúde Pública* 2013;29(3):496-506.
38. Araújo AKL, Nery IS. Conhecimento sobre contracepção e fatores associados ao planejamento de gravidez na adolescência. *Cogitare Enferm* 2018;23(2): e55841.

39. Ribeiro VCS, Nogueira DL, Assunção RS, Silva FMR, Quadros KAN. Papel do enfermeiro da estratégia de saúde da família na prevenção da gravidez na adolescência. *Rev Enferm Cent-Oeste Min* 2016;6(1):1957-75.
40. Gurgel MGI, Alves MDS, Moura ERF, Pinheiro PNC, Rego RMV. Desenvolvimento de habilidades: estratégia de promoção da saúde e prevenção da gravidez na adolescência. *Rev Gaúcha Enferm* 2010;31(4):640-6.
41. Brasil. Lei Nº 10.406, de 10 de Janeiro de 2002. Institui o Código Civil. [citado 2018 Set 06]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10406.htm
42. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. [citado 2018 Set 06]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

4.4 Terceiro Manuscrito

Influência socioeconômica, demográfica e de comportamento sexual em gestantes adolescentes

**Alessandra Lima Vicentim^I, Alessandra Marinela de Abreu Queiroz^I, Natália Sperli
Geraldine Marin dos Santos Sasaki^{II}**

^I Enfermeira, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. São José do Rio Preto-SP, Brasil.

^{II} Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, União das Faculdades dos Grandes Lagos – Unilago. São José do Rio Preto-SP, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Analisar a associação da continuidade dos estudos com as variáveis socioeconômicas, demográficas, vida sexual e reprodutiva, relacionamento e apoio após o parto. **Método:** Estudo transversal com abordagem quantitativa realizado com gestantes adolescentes atendidas na atenção primária à saúde do município de São José do Rio Preto-SP, através de questionário semiestruturado e Instrumental de Avaliação Socioeconômica. Foram feitas análises estatísticas correlacionais (Pearson e *Odds Ratio*) por meio do Software SPSS *Statistics* (versão 19.0). **Resultados:** Associou-se a não continuidade dos estudos à gestação na idade entre 15 e 19 anos, estado civil casada ou em união estável, menores faixas salariais, primeira relação sexual entre 15 e 19 anos, recebimento de apoio na gestação, gestação anterior, parceiro fixo, relacionamento estável e parceiros acima de 19 anos. **Conclusão:** Verifica-se que variáveis socioeconômicas, demográficas, vida sexual e reprodutiva, relacionamento e apoio após o parto interferem na continuidade dos estudos de gestantes adolescentes.

Descritores: Gravidez; Adolescente; Gravidez na Adolescência; Análise Socioeconômica; Educação em Saúde.

Palabras clave: Embarazo; Adolescente; Embarazo en Adolescencia; Análisis Socioeconómico; Educación en Salud.

Key words: Pregnancy; Adolescent; Pregnancy in Adolescence; Socioeconomic Factors; Health Education.

INTRODUÇÃO

No ano de 2016, o Brasil apresentou 24.135 adolescentes grávidas na faixa etária de 10 a 14 anos e 477.246 de 15 a 19 anos ⁽¹⁾. No estado de São Paulo, esse número foi

2.690 e 76.607, respectivamente ⁽¹⁾. Em 2017, o município de São José do Rio Preto-SP, apresentou 0,24% de adolescentes grávidas na faixa etária dos 10 aos 14 anos e 8,69% dos 15 aos 19 anos, mostrando queda significativa em relação aos anos anteriores nos dois segmentos ⁽²⁾.

Nessa perspectiva, é fundamental dimensionar estratégias para a redução das taxas de fecundidade na adolescência, mediante o desenvolvimento de políticas públicas, ações de planejamento e educação permanente ⁽³⁾. Considerando o estabelecimento de tais estratégias de prevenção e redução, este estudo teve como objetivo analisar a associação da continuidade dos estudos com as variáveis socioeconômicas, demográficas, vida sexual e reprodutiva, relacionamento e apoio após o parto.

MÉTODO

Aspectos éticos

Este estudo estava de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) sob parecer nº 1.912.829 e CAAE: 63195816.9.0000.5415.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, realizado em todas as unidades de atenção primária à saúde do município de São José do Rio Preto-SP, pertencente ao Departamento Regional de Saúde (DRS) XV. O município conta com 27 unidades de atenção primária à saúde, dentre elas Unidades Básicas de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, divididas quanto a sua localização, na época da pesquisa, entre os Distritos I, II-A, II-B, III, IV e V.

A coleta de dados teve início em junho de 2017 e término em julho de 2018, aproveitando o dia em que as gestantes adolescentes já possuíam consultas agendadas, utilizando-se de uma sala individual para a entrevista e preenchimento dos documentos, preservando a privacidade e o conforto da participante.

População, critérios de inclusão e exclusão

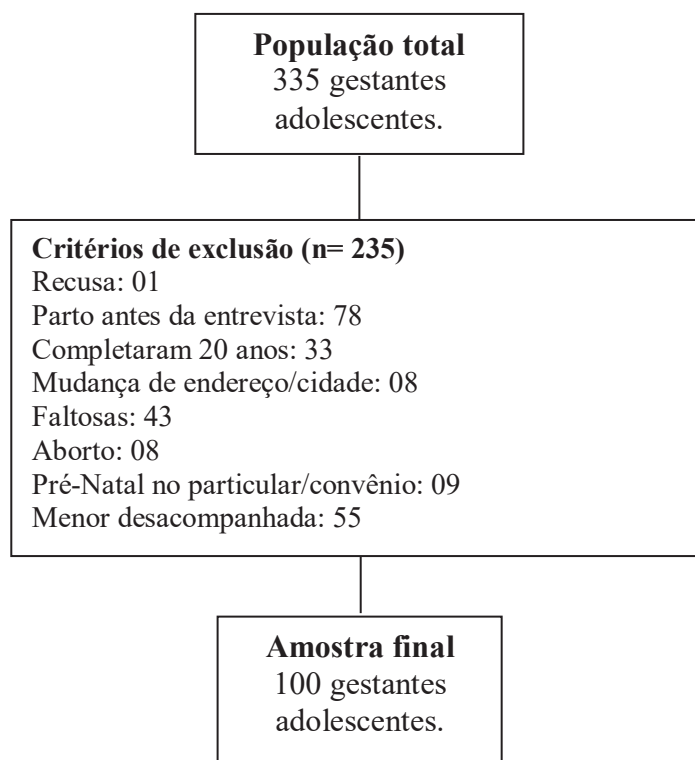
Foi levantada uma população de 335 gestantes adolescentes a serem entrevistadas, número este definido após análise das planilhas de gestantes localizadas na Pasta de Gestão entre junho e agosto de 2017. A Pasta de Gestão é uma pasta compartilhada

online da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) onde se localizam as planilhas de acompanhamento e controle de gestantes de cada unidade. A amostragem foi realizada por conveniência, respeitando a necessidade de realizar entrevistas em todas as 27 unidades de atenção primária à saúde do município. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, obteve-se uma amostra de 100 gestantes adolescentes incluídas no estudo.

Foram incluídas na pesquisa, gestantes, com idade entre 10 e 19 anos, que realizavam Pré-Natal nas unidades de atenção primária à saúde do município de São José do Rio Preto-SP entre o ano de 2017 e 2018, residiam na área de abrangência dessas unidades e concordaram em participar do estudo.

Foram excluídas as gestantes que completaram 20 anos ou se tornaram puérperas antes da realização da entrevista, as que interromperam o acompanhamento por aborto ou mudança de endereço, as que realizaram acompanhamento através de convênio ou particular, as faltosas no dia do agendamento, as menores de 18 anos que não estavam acompanhadas por um dos genitores ou responsáveis, pois apesar de serem atendidas nas unidades de saúde, necessitam de um responsável para o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Pós-Esclarecido, e, as que se recusaram a participar do estudo (Figura 1).

Figura 1. População entrevistada após aplicação dos critérios de exclusão. São José do Rio Preto/SP, 2018.



Protocolo do estudo

Primeiramente, utilizou-se da Pasta de Gestão para busca de informações, como nome e data de nascimento das gestantes adolescentes, e posteriormente, realizou-se contato com a gerente e/ou enfermeira responsável em cada unidade de saúde para levantar a data de agendamento da consulta de Pré-Natal destas gestantes no local e telefones para contato.

A coleta de dados foi realizada através de dois questionários. O primeiro, semiestruturado, elaborado por profissionais representantes da Atenção Primária à Saúde (APS), atenção especializada e da educação do município e utilizado anteriormente no estudo “Perfil de gestantes adolescentes atendidas em Unidades Básicas de Saúde da Família de São José do Rio Preto – SP”, realizado por Alessandra Lima Vicentim, Renata Galli Barbosa e Raul Aragão Martins, também aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) sob parecer nº 1.088.442, CAAE 40875014.4.0000.5415 e concluído em março de 2018. Foi inicialmente aplicado em duas unidades de saúde do município, o que contribuiu para avaliação do conteúdo e pertinência das questões, e, posteriormente foi utilizado neste estudo. O questionário contém alguns termos para o fácil entendimento do público no momento da entrevista.

O segundo questionário é um Instrumental de Avaliação Socioeconômica, que através de uma somatória de pontos relacionados à renda bruta, número de membros residentes da família, escolaridade dos membros, condição/situação da habitação e ocupação dos membros da família resulta na classificação socioeconômica do indivíduo, sendo Classe Baixa Inferior (0-20), Baixa Superior (21-30), Média Inferior (31-40), Média (41-47), Média Superior (48-54) e Alta (55-57) ⁽⁴⁾.

As variáveis incluídas no estudo foram, socioeconômicas e demográficas: faixa etária que engravidou e atual, cor autodeclarada, continuidade dos estudos, escolaridade, estado civil na gestação e antes da gestação, faixa salarial e classificação socioeconômica; sobre a vida sexual e reprodutiva: faixa etária na primeira relação sexual e gestação anterior; sobre relacionamento e apoio após o parto: tipo de parceiro, faixa etária do parceiro, tempo de relacionamento e moradia do parceiro.

Análise dos resultados e estatística

Após o término da coleta de dados foram feitas análises estatísticas correlacionais (Pearson e *Odds Ratio*) por meio do Software SPSS *Statistics* (versão 19.0) atreladas às

funcionalidades da ferramenta Excel. Os resultados foram apresentados por meio de tabelas.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra a relação entre a continuidade dos estudos e as variáveis socioeconômicas e demográficas. Apenas as variáveis cor ($p=0,691$, OR 1,19 [0,51-2,76]) e classificação socioeconômica ($p=0,194$) não foram estatisticamente significantes. Sobre as variáveis relacionadas a faixa etária, 71,7% das gestantes entre 15 e 19 anos não estavam estudando no momento em que engravidaram ($p=0,007$, OR 7,61 [1,44-40,19]) e no momento da entrevista esta prevalência aumentou para 72,3% ($p<0,000$, OR 3,61 [2,60-5,01]).

Em relação a variável escolaridade, 68,0% das gestantes não estavam estudando no momento da entrevista e das que estavam estudando, 18 (56,2%) relataram ensino médio incompleto ($p<0,000$) (Tabela 1).

Quanto ao estado civil antes da gestação, 78,5% das gestantes casadas ou em união estável não estavam estudando ($p=0,002$, OR 0,26 [0,10-0,63]), prevalência que aumentou para 79,2% na gestação ($p=0,010$, OR 0,32 [0,14-0,78]). Entre as solteiras, 51,4% estavam estudando antes da gravidez ($p=0,002$, OR 0,26 [0,10-0,63]) e na gestação houve uma queda nesta prevalência (44,7%; $p=0,010$, OR 0,32 [0,14-0,78]) (Tabela 1).

Verificou-se predomínio de adolescentes com faixa salarial inferior a quatro salários mínimos (66,7% de 0,5 a 2 SM e 78,8% de 2 a 4 SM) que não estavam estudando, já em faixa salarial superior, de nove a 15 SM, foi observado o contrário, 71,4% continuavam estudando ($p=0,033$) (Tabela 1).

Tabela 1: Variáveis socioeconômicas e demográficas segundo a continuidade dos estudos, São José do Rio Preto/SP, 2017-2018.

Variáveis (n=100)		Continuidade dos estudos		Total	OR [IC]
		Sim	Não		
Faixa etária com que engravidou (p=0,007)	10 a 14 anos	6 (75,0%)	2 (25,0%)	8 (8,0%)	7,61
	15 a 19 anos	26 (28,3%)	66 (71,7%)	92 (92,0%)	[1,44-40,19]
Faixa etária atual (p<0,000)	10 a 14 anos	6 (100,0%)	0 (0,0%)	6 (6,0%)	3,61
	15 a 19 anos	26 (27,7%)	68 (72,3%)	94 (94,0%)	[2,60-5,01]
Cor (p=0,691)	Branca	15 (34,1%)	29 (65,9%)	44 (44,0%)	1,19
	Outras	17 (30,4%)	39 (69,6%)	56 (56,0%)	[0,51-2,76]
Escolaridade (p<0,000)	Ensino fundamental incompleto	9 (100,0%)	0 (0,0%)	9 (9,0%)	
	Ensino médio incompleto	18 (100,0%)	0 (0,0%)	18 (18,0%)	
	Ensino médio completo	3 (100,0%)	0 (0,0%)	3 (3,0%)	-
	Ensino superior incompleto	1 (100,0%)	0 (0,0%)	1 (1,0%)	
	Não respondeu/não se aplica	1 (1,4%)	68 (98,6%)	69 (69,0%)	
Estado civil na gestação (p=0,010)	Casada/união estável	11 (20,8%)	42 (79,2%)	53 (53,0%)	0,32
	Solteira	21 (44,7%)	26 (55,3%)	47 (47,0%)	[0,14-0,78]
Estado civil antes da gestação (p=0,002)	Casada/união estável	14 (21,5%)	51 (78,5%)	65 (65,0%)	0,26
	Solteira	18 (51,4%)	17 (48,6%)	35 (35,0%)	[0,10-0,63]
	0,5 a 2 SM*	20 (33,3%)	40 (66,7%)	60 (60,0%)	
Faixa salarial (p=0,033)	De 2 a 4 SM*	7 (21,2%)	26 (78,8%)	33 (33,0%)	-
	9 a 15 SM*	5 (71,4%)	2 (28,6%)	7 (7,0%)	
Classificação socioeconômica (p=0,194)	Baixa Inferior	6 (54,5%)	5 (45,5%)	11 (11,0%)	
	Baixa Superior	26 (29,5%)	62 (70,5%)	88 (88,0%)	-
	Média Inferior	0 (0,0%)	1 (100,0%)	1 (1,0%)	

*Salário Mínimo (SM) = R\$ 937,00.

A Tabela 2 mostra a relação entre as variáveis sobre vida sexual/reprodutiva, relacionamento e apoio após o parto segundo a continuidade dos estudos, sendo todas as variáveis apresentadas estatisticamente significantes.

Nota-se que 68,0% das adolescentes não estavam estudando, sendo a prevalência de 76,9% nas meninas que iniciaram a atividade sexual entre 15 e 19 anos e 58,3% entre 10 e 14 anos (p=0,046, OR 2,38 [1,00-5,65]). Entre aquelas que receberam apoio, 70,5% não estavam estudando, enquanto que 80,0% das adolescentes que não receberam apoio continuaram seus estudos (p=0,018, OR 0,10 [0,01-0,98]) (Tabela 2).

Ainda na Tabela 2, nota-se que 95,8% das adolescentes que já tiveram gestação anteriormente não estavam estudando. Entre as que não tiveram gestação anterior, 59,2% também não continuaram os estudos ($p=0,001$, OR 15,84 [2,03-123,53]).

Quanto ao tipo de parceiro, 71,4% das gestantes que relataram parceiro fixo não estavam estudando, enquanto que 66,7% das que informaram parceiro casual estavam ($p=0,019$, OR 0,20 [0,04-0,86]) (Tabela 2).

As adolescentes com tempo inferior a oito meses de relacionamento (62,5%) continuaram estudando, enquanto as com relacionamento de 8 meses ou mais deixaram os estudos (77,6%) ($p<0,000$, OR 5,78 [2,15-15,51]) (Tabela 2).

As adolescentes com parceiros maiores de 19 anos descontinuaram os estudos (76,8%), já aquelas com parceiros mais novos continuaram estudando (51,6%) ($p=0,005$, OR 3,53 [1,44-8,68]). Aquelas em que os parceiros já moravam junto deixaram de estudar (81,8%) ($p=0,001$, OR 0,23 [0,09-0,57]) (Tabela 2).

Tabela 2: Variáveis sobre a vida sexual/reprodutiva, relacionamento e apoio após o parto segundo a continuidade dos estudos, São José do Rio Preto/SP, 2017-2018.

Variáveis (n=100)	Continuidade dos estudos		Total	OR [IC]	
	Sim	Não			
Faixa etária na primeira relação sexual ($p=0,046$)	10 a 14 anos	20 (41,7%)	28 (58,3%)	48 (48,0%)	2,38 [1,00-5,65]
	15 a 19 anos	12 (23,1%)	40 (76,9%)	52 (52,0%)	
Teve apoio quando engravidou ($p=0,018$)	Sim	28 (29,5%)	67 (70,5%)	95 (95,0%)	0,10 [0,01-0,98]
	Não	4 (80,0%)	1 (20,0%)	5 (5,0%)	
Gestação anterior ($p=0,001$)	Sim	1 (4,2%)	23 (95,8%)	24 (24,0%)	15,84 [2,03-123,53]
	Não	31 (40,8%)	45 (59,2%)	76 (76,0%)	
Tipo de parceiro ($p=0,019$)	Fixo	26 (28,6%)	65 (71,4%)	91 (91,0%)	0,20 [0,04-0,86]
	Casual	6 (66,7%)	3 (33,3%)	9 (9,0%)	
Tempo de relacionamento ($p<0,000$)	Menos de 8 meses	15 (62,5%)	9 (37,5%)	24 (24,0%)	5,78 [2,15-15,51]
	8 meses ou mais	17 (22,4%)	59 (77,6%)	76 (76,0%)	
Faixa etária do parceiro ($p=0,005$)	Até 19 anos	16 (51,6%)	15 (48,4%)	31 (31,0%)	3,53 [1,44-8,68]
	Acima 19 anos	16 (23,2%)	53 (76,8%)	69 (69,0%)	
Moradia do parceiro ($p=0,001$)	Gestante	10 (18,2%)	45 (81,8%)	55 (55,0%)	0,23 [0,09-0,57]
	Outro	22 (48,9%)	23 (51,1%)	45 (45,0%)	

DISCUSSÃO

A gravidez na adolescência pode trazer implicações negativas na continuidade dos estudos por meio da interrupção ou atraso dos mesmos ⁽⁵⁻¹³⁾, implicando em riscos, cuidados inadequados aos bebês, e empobrecimento nas perspectivas de escolarização, trabalho e renda das adolescentes e suas famílias ⁽¹⁰⁾.

Também está associada à baixa escolaridade, menos de oito anos de instrução ^(10, 14), sendo o risco de engravidar quase o dobro ⁽¹⁵⁾. O abandono escolar contribui para piora das condições socioeconômicas, restrição às possibilidades de qualificação e

inserção no mercado de trabalho, causando uma dependência do companheiro ou da família ^(6, 9, 14).

Além disto, há predomínio das gestantes adolescentes que não exercem atividade remunerada ^(8, 10-12, 16), que se encontram na classe socioeconômica baixa ⁽⁷⁾, com renda em torno de um salário mínimo ^(8, 10), que moram com o companheiro e estão em um relacionamento estável ^(7, 9, 10, 17).

Adolescentes de classe social mais elevada, mediante a ocorrência da gravidez, tendem a continuar solteiras, enquanto que em classes mais baixas a maioria passa a morar com o companheiro, além de apresentar maiores dificuldades em sua vida social e na manutenção do padrão financeiro ⁽¹⁶⁾. Destaca-se também, que menores percentuais de retornos à escola foram observados em meninas de classes menos favorecidas ⁽¹⁶⁾.

O relacionamento estável está associado ao planejamento da gestação ⁽¹⁷⁾, que dependendo da condição em que a adolescente está inserida, a gravidez pode ser vista como forma de adquirir autonomia, autoridade, reconhecimento, como projeto e como meio de conquistar uma melhor qualidade de vida ^(7, 13). Porém, destaca-se que a vida conjugal motivada pela gravidez precoce não implica em independência financeira, em relação à família de origem, e de cuidado, em relação aos recém-nascidos ⁽¹⁰⁾.

O apoio familiar é essencial para as jovens mães ^(6, 18), sendo a família vista como fonte de apoio social para o fortalecimento das adolescentes, possibilitando uma melhor qualidade de vida e a diminuição de fatores vulnerabilizantes ⁽¹⁸⁾.

A gravidez na adolescência também apresenta relação com o contexto familiar e social, pois essas adolescentes grávidas geralmente possuem história familiar semelhante ⁽¹⁹⁾. O abandono dos estudos pode estar relacionado ao preconceito de colegas e professores por terem engravidado ⁽¹⁹⁾. Além disso, morar no interior, não estudar, encontrar-se sob total dependência financeira, aborto prévio e renda familiar de até um salário mínimo são fatores associados à reincidência da gravidez após dois anos ⁽²⁰⁾. Jovens que apresentaram gravidez recorrente e trabalhavam foram as mais propensas a abandonar os estudos ⁽⁵⁾. Além disso, conviver com uma renda familiar de até um salário mínimo aumentou as chances deste abandono em três vezes ⁽⁵⁾.

A gravidez na adolescência para jovens de classes econômicas desfavorecidas é vista como meio de adquirir autoconfiança, suprimir a solidão, oportunidade para abandonar condutas ilegais e criminosas e reduzir a violência intrafamiliar ⁽²¹⁾. Contudo, traz perdas relacionadas ao abandono dos estudos, privação da vida social e estigma da maternidade precoce ⁽²¹⁾.

Este estudo mostra uma quantidade expressiva de adolescentes que iniciaram sua vida sexual antes dos 15 anos de idade, assim como apresenta a literatura ^(7, 10-12, 17). A prática sexual antes dos 15 anos está associada a ocorrência de comportamentos considerados de risco à saúde, considerando a ocorrência de uma gravidez não planejada ou de uma doença sexualmente transmissível como o HIV, dentre outras ⁽²²⁾.

Adolescentes relatam a privação de prazeres e o abandono dos estudos como consequência de uma gestação nesta fase ⁽¹⁹⁾, e identificam a prevenção da gravidez como forma de obter maiores oportunidades de um futuro melhor, de emprego e continuidade dos estudos, assim como evitar conflitos familiares e preconceito da sociedade em relação a uma gravidez precoce ⁽²³⁾. Foram associadas relações sexuais tardias, maior uso do preservativo e aumento do uso de anticoncepcionais a uma maior supervisão dos pais, o que pode melhorar a saúde sexual e reprodutiva das adolescentes ⁽²⁴⁾.

A gravidez na adolescência tem ocorrido predominantemente entre adolescentes com baixa escolaridade ou que deixaram de frequentar a escola e se ocupam no cuidado ao lar ⁽²⁵⁾. O nível de escolaridade e a frequência escolar apresentaram associação estatisticamente significativa com a idade da gestação ⁽²⁵⁾. A ocupação apresentou associação com a idade da gestação ⁽²⁵⁾. Estudo demonstrou que entre as adolescentes de 10 a 14 anos, 68,4% eram estudantes, e no grupo de 15 a 19 anos, 63,8% eram donas de casa; ressalta-se que 73,7% e 48,4% dependiam financeiramente dos pais nessa ordem ⁽²⁵⁾.

A escolaridade e a idade da menarca influenciam a idade da iniciação sexual, e esta, por sua vez, apresenta correlação negativa significativa com o número de parceiros e de gestações das jovens ⁽²⁶⁾. Portanto, a iniciação sexual precoce repercutiu negativamente sobre estas variáveis ⁽²⁶⁾.

Consideram-se fatores socioeconômicos como influentes sobre a gravidez na adolescência e verifica-se pelo menos uma associação estatisticamente significativa relacionando baixo nível socioeconômico, subemprego, baixa renda e baixa escolaridade ⁽²⁷⁾. As condições socioeconômicas desfavoráveis experimentadas na comunidade e nos níveis familiares contribuem para a alta taxa de natalidade das adolescentes ⁽²⁷⁾.

Referente à variável cor autodeclarada, esta pode sofrer influência do local onde o estudo foi realizado, sendo que no município estudado há o predomínio da cor branca, como ocorre na região sudeste e sul ^(9, 28), diferente de outros realizados no nordeste, com predomínio da cor parda ou negra ^(8, 12).

Limitações do estudo

Este estudo teve como limitações a falta de informação nas planilhas de controle e acompanhamento de gestantes da Pasta de Gestão; o tempo estendido para coleta de dados, pois durante o período muitas adolescentes se tornaram puérperas ou completaram 20 anos; e, a adesão das gestantes, com muitas faltosas ou sem representante legal durante a consulta de Pré-Natal. Apesar de muitas já estarem casadas, e, portanto, terem a emancipação ⁽²⁹⁾, não apresentaram comprovação no momento, e de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde menores de 18 anos necessitam da aprovação de um responsável legal para participação no estudo ⁽³⁰⁾.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Através do conhecimento dos aspectos associados à gestação na adolescência e da associação da continuidade dos estudos com as variáveis socioeconômicas, demográficas, vida sexual e reprodutiva, relacionamento e apoio após o parto, é possível que a atenção primária à saúde em conjunto com a educação dimensione estratégias para prevenção e redução das taxas de fecundidade na adolescência.

CONCLUSÃO

Verifica-se que variáveis socioeconômicas, demográficas, vida sexual e reprodutiva, relacionamento e apoio após o parto interferem na continuidade dos estudos de gestantes adolescentes. A educação é um meio de preparar as adolescentes para o futuro, com maiores perspectivas para a continuidade dos estudos e entrada no mercado de trabalho. Além disso, auxilia no desenvolvimento do autoconhecimento, autoestima e capacidade de escolha, e como consequência retarda a gravidez. Deve-se focar em estratégias de promoção da saúde e prevenção da gravidez que incluam além de questões sobre saúde sexual e reprodutiva, abordagens mais amplas, proporcionando oportunidades reais, com foco em projetos de vida.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. DATASUS. Estatísticas Vitais [Internet]. 2017. [cited 2018 Dec 26]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>
2. São José do Rio Preto (Município). Secretaria de Saúde. Painel de Monitoramento (Indicadores de Saúde) [Internet]. 2017 [cited 2018 Dec 26]. Available from: http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/modules/mastop_publish/?tac=Pain_Moni
3. Ferreira EB, Veras JLA, Brito SA, Gomes EA, Mendes JPA, Aquino JM. Predisposing causes for pregnancy among adolescents. *J Res Fundam Care Online* [Internet]. 2014 [cited 2018 Dec 26];6(4):1571-9. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3352/pdf_980
4. Graciano MIG, Lehfeld NAS. Estudo Socioeconômico: Indicadores e Metodologia numa Abordagem Contemporânea. *Rev Serv Soc Saúde* [Internet]. 2010 [cited 2018 Dec 26];9(9):157-86. Available from: www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=46147
5. Sousa CRO, Gomes KRO, Silva KCO, Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP, Andrade JX, et al. Fatores preditores da evasão escolar entre adolescentes com experiência de gravidez. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 26];26(2):160-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v26n2/1414-462X-cadsc-26-2-160.pdf>
6. Santos RCAN, Silva RM, Queiroz MVO, Jorge HMF, Brilhante AVM. Realities and perspectives of adolescent mothers in their first pregnancy. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 26];71(1):65-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/0034-7167-reben-71-01-0065.pdf>
7. Lima MNFA, Coviello DM, Lima TNFA, Alves ESRC, Davim RMB, Bousquat A. Adolescentes, gravidez e atendimento nos serviços de atenção primária à saúde. *Rev Enferm UFPE online* [Internet]. 2017 [cited 2018 Dec 26];11(Supl. 5):2075-82. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/23361/18985>
8. Pinheiro YT, Freitas GDM, Pereira NH. Perfil epidemiológico de puérperas adolescentes assistidas em uma maternidade no Município de João Pessoa - Paraíba. *Rev Ciênc Méd Biol* [Internet]. 2017 [cited 2018 Dec 26];16(2):174-9. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/21906/15151>
9. Pinto KRTE, Bernardy CCF, Moraes FR, Gomes K, Cestari MEW, Sodre TM. Gravidez na adolescência: perfil das mães e de sua gestação. *Rev Enferm Cent.-Oeste Min* [Internet]. 2016 [cited 2018 Dec 26];27(2):9-14. Available from: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1825/1427>
10. Queiroz MVO, Brasil EGM, Alcântara CM, Carneiro MGO. Perfil da gravidez na adolescência e ocorrências clínico-obstétricas. *Rev RENE* [Internet]. 2014 [cited 2018 Dec 26];15(3):455-62. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3203/2462>
11. Pinto JF, Oliveira VJ, Souza MC. Perfil das adolescentes grávidas no setor saúde do município de Divinópolis - Minas Gerais. *Rev Enferm Cent.-Oeste Min* [Internet]. 2013 [cited 2018 Dec 26];3(1):518-30. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/289/382>

12. Mota RS, Santos MM, Rodrigues AD, Camargo CL, Gomes NP, Diniz NMF. Perfil de adolescentes grávidas com história de violência doméstica. Rev RENE [Internet]. 2013 [cited 2018 Dec 26];14(2):385-93. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3397>
13. Taveira AM, Santos LA, Araújo A. Perfil das adolescentes grávidas do município de São Gonçalo do Pará/MG. Rev Enferm Cent.-Oeste Min [Internet]. 2012 [cited 2018 Dec 26];2(3):326-36. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/198/347>
14. Oliveira ACM, Santos AA, Moura FA. Baixo peso, ganho ponderal insuficiente e fatores associados à gravidez na adolescência em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas. Rev Bras Nutr Clin [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 26];30(2):159-63. Available from: <http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2016/11/13-Baixo-peso-ganho-ponderal.pdf>
15. Bruno ZV, Feitosa FEL, Silveira KP, Morais IQ, Bezerra MF. Reincidência de gravidez em adolescentes. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2009 [cited 2018 Dec 26];31(10):480-4. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n10/02.pdf>
16. Taborda JA, Silva FC, Ulbricht L, Neves EB. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. Cad Saúde Colet [Internet]. 2014 [cited 2018 Dec 26];22(1):16-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00016.pdf>
17. Vieira EM, Bousqual A, Barros CRS, Alves MCGP. Gravidez na adolescência e transição para a vida adulta em jovens usuárias do SUS. Rev Saúde Pública [Internet]. 2017 [cited 2018 Dec 26];51:25. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006528.pdf
18. Braga IF, Oliveira WA, Spanó AMN, Nunes MR, Silva MAI. Perceptions of adolescents concerning social support provided during maternity in the context of primary care. Esc Anna Nery [Internet]. 2014 [cited 2018 Dec 26];18(3):448-55. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/en_1414-8145-ean-18-03-0448.pdf
19. Deprá AS, Heck RM, Thum M, Ceolim T, Vanini M, Lopes CV, et al. Gravidez de adolescentes na unidade de saúde da família. Rev Enferm Cent.-Oeste Min [Internet]. 2011 [cited 2018 Dec 26];1(1):59-69. Available from: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/25/75>
20. Nery IS, Gomes KRO, Barros IC, Gomes IS, Fernandes ACN, Viana LMM. Fatores associados à reincidência de gravidez após gestação na adolescência no Piauí, Brasil. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 26];24(4):671-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n4/2237-9622-ress-24-04-00671.pdf>
21. Zanchi M, Kerber NPC, Biondi HS, Silva MR, Gonçalves CV. Teenage maternity: life's new meaning? J Hum Growth Dev [Internet]. 2016 [cited 2018 Dec 26];26(2): 199-204. Available from: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/119268/117019>
22. Gonçalves H, Machado EC, Soares AL, Camargo-Figuera FA, Seering LM, Mesenburg MA, et al. Sexual initiation among adolescents (10 to 14 years old) and health behaviors. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec

-
- 26];18(1):25-41. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4538852/>
23. Fiedler MW, Araújo A, Souza MCC. A prevenção da gravidez na adolescência na visão de Adolescentes. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 26];24(1):30-7. Available from:
http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00030.pdf
24. Dittus PJ, Michael SL, Becasen JS, Gloppen KM, McCarthy K, Guilamo-Ramos V. Parental Monitoring and Its Associations With Adolescent Sexual Risk Behavior: A Meta-analysis. *Pediatrics* [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 26];136(6):e1587-99. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5513153/pdf/nihms846699.pdf>
25. Fernandes MMSM, Esteves MDS, Santos AG, Vieira JS, Sousa Neto BP. Risk factors associated with teenage pregnancy. *Rev Enferm UFPI* [Internet]. 2017 [cited 2018 Dec 26];6(3):53-8. Available from:
<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5884>
26. Maranhão TA, Gomes KRO, Oliveira DC, Moita JM Neto. Impact of first sexual intercourse on the sexual and reproductive life of young people in a capital city of the Brazilian Northeast. *Ciênc Saude Colet* [Internet]. 2017 [cited 2018 Dec 26];22(12):4083-94. Available from:
http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n12/en_1413-8123-csc-22-12-4083
27. Aguilar AP, Carter M, Snead MC, Kourtis AP. Socioeconomic Disadvantage as a Social Determinant of Teen Childbearing in the U.S. *Public Health Rep* [Internet]. 2013;128(Suppl 1):5-22. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3562742/>
28. SEADE. Portal de Estatísticas do Estado de São Paulo. Distribuição da população, por raça/cor. Estado de São Paulo [Internet]. 2010 [cited 2018 Sept 06]. Available from:
<http://produtos.seade.gov.br/produtos/retratosdesp/view/index.php?temaId=1&indId=5&locId=1000&busca=>
29. Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de Janeiro de 2002. Institui o Código Civil. *Diário Oficial da União, Brasília - DF*; 11 jan. 2002. Seção 1, p. 1.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília - DF*; 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

CONCLUSÕES

5. CONCLUSÕES

A Atenção Básica no Brasil tem trabalhado na prevenção da gravidez durante a adolescência por meio de orientações individuais em consultas de Enfermagem e/ou de outros profissionais, educação em saúde, grupos de adolescentes e tem utilizado estratégias junto às escolas, famílias e comunidades. As estratégias para a prevenção devem ser efetivas e a equipe da atenção básica, ressaltando o papel do enfermeiro como parte desta equipe, é essencial para a realização dessas estratégias de prevenção, seja dentro da unidade básica de saúde, junto à escola, família, comunidade e outros contextos.

Verifica-se um perfil de gestantes adolescentes que não estavam estudando ou trabalhando no momento em que aconteceu a gravidez. A maioria estava casada ou em união estável, com parceiro fixo, e se encontrava na Classe Socioeconômica Baixa Superior.

Estas adolescentes apresentavam preocupação quanto à prevenção de IST e informaram uso de preservativo para este fim. Relataram conhecimento sobre período fértil e métodos contraceptivos, conheciam a unidade de saúde e a oferta gratuita de contraceptivo, porém a maioria não estava utilizando nenhum método contraceptivo quando a gravidez ocorreu.

Verifica-se que somente o conhecimento dos métodos contraceptivos não se traduz em prevenção da gravidez na adolescência e que variáveis socioeconômicas, demográficas, vida sexual e reprodutiva, relacionamento e apoio após o parto interferem na continuidade dos estudos de gestantes adolescentes.

Neste sentido, tornam-se necessárias abordagens mais amplas, com foco no empoderamento das meninas para o desenvolvimento de projetos de vida que possam lhes proporcionar tanto o trabalho quanto o estudo.

REFERÊNCIAS

6. REFERÊNCIAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2018 [citado em 2018 Jun 11]. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo en la adolescência; [aproximadamente 3 telas]. Disponível em: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/> Acesso em 09 jul 2018.
2. Lima NRB, Nascimento EGC, Alchieri JC. História de vida da mulher: qual a verdadeira repercussão da gravidez na adolescência? *Adolesc Saúde (Online)*. 2015;12(1):57-65.
3. Ferreira EB, Veras JLA, Brito SA, Gomes EA, Mendes JPA, et al. Predisposing causes for pregnancy among adolescents. *J Res Fundam Care Online*. 2014;6(4):1571-9.
4. Patias ND, Dias ACG. Sexarca, informação e uso de métodos contraceptivos: comparação entre adolescentes. *Psico-USF*. 2014;19(1):13-22.
5. Patias ND, Dias ACG. Opiniões sobre maternidade em adolescentes grávidas e não-grávidas. *Arq Bras Psicol*. 2013;65(1):88-102.
6. Lima MNFA, Coviello DM, Lima TNFA et al. Adolescentes, gravidez e atendimento nos serviços de atenção primária à saúde. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 11(Supl. 5):2075-82, maio, 2017.
7. Queiroga KRO, Farias MCA, Casimiro GS, Nascimento ARS, Maia PCGGS, Abrantes KSM, et al. What is and how can be explained pregnancy in adolescence. *JHGD. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2013;24(2):142-9.
8. Hodgkinson S, Beers L, Southammakosane C, Lewin A. Addressing the mental health needs of pregnant and parenting adolescents. *Pediatrics*. 2014; 133(1):114-22.
9. United Nations Population Fund. Motherhood in childhood: facing the challenge of adolescent pregnancy [Internet]. New York: UNFPA; 2013 [citado 2018 nov 27]. Disponível em: <<http://www.unfpa.org/publications/state-world-population-2013>> Acesso em 10 ju 2018.
10. Reys DJ, Almontes EG. Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente. *Sex Salud Soc (Rio J.)*. 2014;(17):98-123.
11. Mello JMHP, Laurenti R, Gotlieb SLD, Oliveira BZ, Pimentel EC. Características das gestações de adolescentes internadas em maternidades do estado de São Paulo, 2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014;23(2):305-15.
12. Ministério da Saúde. DATASUS [homepage na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 Estatísticas Vitais; [aproximadamente 1 tela]. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>> Acesso em 12 ago 2018.

- 13.** São José do Rio Preto (Município). Secretaria de Saúde [homepage na Internet]. 2016. Painel de Monitoramento (Indicadores de Saúde); [aproximadamente 1 tela]. Disponível em: <http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/modules/mastop_publish/?tac=Pain_Moni> Acesso em 06 set 2018.
- 14.** Martins LWF, Frizzo GB, Diehl AMP. A constelação da maternidade na gestação adolescente: um estudo de casos. *Psicol USP*. 2014;25(3):294-306.
- 15.** Graciano MIG, Lehfeld NAS. Estudo Socioeconômico: Indicadores e Metodologia numa Abordagem Contemporânea. *Rev Serv Soc Saúde*. 2010;9(9):157-86.
- 16.** Brasil. Lei Nº 10.406, de 10 de Janeiro de 2002. Institui o Código Civil. [citado 2018 Set 06]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10406.htm> Acesso em 06 set 2018. Acesso em 12 jul 2018.
- 17.** Brasil. Ministério da Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em 06 set 2018.

APÊNDICES

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E PÓS –
ESCLARECIDO - Obrigatório para Pesquisa Científica em Seres
Humanos – Resolução nº 466/12 – CNS.**

Eu _____, RG _____,
declaro que aceito participar, por livre e espontânea vontade, do
estudo “Perfil de gestantes adolescentes e fatores associados em um
município do interior paulista”, a ser realizado nas unidades de
atenção primária à saúde do município de São José do Rio Preto -
SP. Estou ciente e de acordo com as informações que me foram
dadas pela pesquisadora Alessandra Lima Vicentim de acordo com o
texto descrito abaixo: A gestação na adolescência é um problema de
saúde pública que vem crescendo a cada dia, sendo necessário
trabalhar este aspecto social. A presente pesquisa tem como objetivo
identificar o perfil socioeconômico e obstétrico das gestantes
adolescentes atendidas nas unidades de atenção primária à saúde
em São José do Rio Preto - SP e analisar os fatores relacionados com
a gestação na adolescência, para proposição de ações e/ou
intervenções para a futura queda desses indicadores. Para participar
da pesquisa as gestantes adolescentes responderão a uma entrevista
sobre gravidez na adolescência e a um instrumento de classificação
socioeconômica.

Fui esclarecida que minha identidade será preservada, que
responderei a uma entrevista sobre gravidez na adolescência e a um
instrumento de classificação socioeconômica, e que tenho direito de
interromper minha participação ou solicitar esclarecimentos a
qualquer momento.

Após entender todas as informações sobre o estudo, aceito
participar e autorizo a publicação dos resultados e sua apresentação
em eventos científicos, aulas, sem que meu nome venha a público.

São José do Rio Preto, ____ de _____ de 2017.

Assinatura da participante

Alessandra Lima Vicentim - RG: 40.941.846-8 / COREN-SP: 247503
e-mail: alessandravicentim@gmail.com
Telefone para contato: 3201-5700 ramais: 5874 / 5842 / 5813; 3238-
1227

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP
(CEP/FAMERP) Telefone: (17) 3201-5813
e-mail: cepfamerp@famerp.br

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO/ENTREVISTA

1. IDENTIFICAÇÃO

Distrito de saúde:

UBS/UBSF:

Nome:

PFJ/Prontuário:

Endereço:

Bairro:

Idade quando engravidou:

Idade atual:

Raça/Cor:

1. () Branca 2. () Negra 3. () Parda 4. () Indígena 5. () Amarela

2. ESCOLARIDADE

2.1 - Está estudando?

1. () Sim. Se sim, qual série? _____.

2. () Não.

Se não, pretende continuar os estudos? 1. () Sim 2. () Não

Se não pretende continuar os estudos, por quê?

3. ESTADO CIVIL:

3.1 - Estado civil quando engravidou:

1. () Casada 2. () Solteira 3. () União estável 4. () Viúva

3.2 - Estado civil atual:

1. () Casada 2. () Solteira 3. () União estável 4. () Viúva

4. PROFISSÃO E OCUPAÇÃO:

4.1 – Estava trabalhando quando engravidou?

1. () Sim 2. () Não

4.1.1 Se sim, em quê? _____.

4.2 – Atualmente está trabalhando?

1. () Sim 2. () Não

Se sim, em quê? _____.

5. RENDA:

5.1 - Renda familiar na época que engravidou (de acordo com o salário mínimo vigente):

1. () 1 salário mínimo 2. () 2 salários mínimos 3. () 3 ou + salário mínimos

5.2 - Renda familiar atual (de acordo com o salário mínimo vigente):

1. () 1 salário mínimo 2. () 2 salários mínimos 3. () 3 ou + salários mínimos

6. IDADE DA 1ª RELAÇÃO SEXUAL (em anos):

7. ANTES DE ENGRAVIDAR:

7.1 - Você sabia:

7.1.1 - O que é o período fértil de uma mulher 1. () Sim 2. () Não

7.1.2 - Quais são os métodos para evitar uma gravidez 1. () Sim 2. () Não

7.1.3 - Se sim, onde você obteve estas informações?

1. () Na escola, em sala de aula com o professor

2. () Na escola, através de palestra com outras pessoas que não eram da escola

3. () Com familiares. Quais? _____.
4. () Com colegas/amigos da escola
5. () Com colegas/amigos de fora da escola
6. () Com namorado, noivo ou esposo
7. () Em palestra com profissionais de saúde
8. () Em cartazes, folders
9. () Em alguma atividade de saúde na escola
10. () Em alguma atividade de saúde fora da escola
11. () Na Unidade de Saúde (Posto de Saúde)
12. () No seu médico particular ou convênio
13. () Com outras pessoas ou em outros locais
14. () Livros, jornais, revistas
15. () Internet
16. () TV

7.1.4 - Se não obteve estas informações na Unidade de Saúde (Posto de Saúde), por quê?

7.2 - Antes de engravidar você recebeu orientações sobre DST/HIV/Hepatites B e C?

1. () Sim 2. () Não

7.2.1 - Se sim, onde você obteve estas informações?

1. () Na escola, em sala de aula com o professor
2. () Na escola, através de palestra com outras pessoas que não eram da escola
3. () Com familiares. Quais? _____.
4. () Com colegas/amigos da escola
5. () Com colegas/amigos de fora da escola
6. () Com namorado, noivo ou esposo
7. () Em palestra com profissionais de saúde
8. () Em cartazes, folders
9. () Em alguma atividade de saúde na escola
10. () Em alguma atividade de saúde fora da escola
11. () Na Unidade de Saúde (Posto de Saúde)
12. () No seu médico particular ou convênio
13. () Com outras pessoas ou em outros locais
14. () Livros, jornais, revistas
15. () Internet
16. () TV

7.2.2 - Se não obteve estas informações na Unidade de Saúde (Posto de Saúde), por quê?

7.3 - Você se preocupava em se prevenir contra DST/HIV/Hepatites B e C?

1. () Sim 2. () Não

7.3.1 - Se sim, o que você fazia para se prevenir?

8. SOBRE OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS:

8.1 - Quais destes métodos contraceptivos você conhecia antes de engravidar?

1. () Método Billings (muco cervical)
2. () Preservativo feminino (camisinha feminina)
3. () Preservativo masculino (camisinha masculina)
4. () Coito interrompido (gozar fora)
5. () Dispositivo intra-uterino (DIU)
6. () Anticoncepcional injetável
7. () Anticoncepcional oral (pílula)
8. () Diafragma
9. () Espermicida
10. () Tabela Ogino Knauss (tabelinha)
11. () Método da temperatura
12. () Nenhum deles
13. () Outro. Qual? _____.

8.2 - Você fazia uso de algum método contraceptivo no momento que aconteceu a gravidez?

1. () Sim.

Se sim, qual (quais) dos descritos acima/outro:

2. () Não.
- Se não, por quê?

8.3 - Acredita que fazia uso correto deste(s) método(s) contraceptivo(s)?

1. () Sim
2. () Não

Se não, por que acha que não fazia uso correto?

8.4 - Antes de engravidar você sabia que as Unidades de Saúde oferecem gratuitamente métodos para evitar a gravidez?

1. () Sim
2. () Não

8.5 - Antes de engravidar você já tinha usado algum serviço da Unidade de Saúde?

1. () Sim
2. () Não . Se não, por quê?

9. GRAVIDEZ:

9.1 - Sua gravidez foi planejada? 1. () Sim 2. () Não

9.2 - Como soube que estava grávida?

1. () Realizou teste de gravidez com KIT de farmácia

2. () Realizou teste de gravidez na Unidade de Saúde (Posto de Saúde)
3. () Realizou teste de gravidez ou exame no hospital
4. () Realizou teste de gravidez no médico particular/convênio
5. () Outros

9.3 - Quando confirmou que estava grávida, contou para alguém?

1. () Sim 2. () Não

Se sim, pra quem (considerar a primeira pessoa)?

1. () Pai da criança
2. () Parceiro (sem ser o pai da criança)
3. () Pai
4. () Mãe
5. () Outros familiares. Quem? _____ .
6. () Amigo (a)
7. () Professor (a)
8. () Profissional de saúde
9. () Outros. Quem? _____ .

9.4 - Teve apoio de alguém quando confirmou a gravidez?

1. () Sim 2. () Não

Se sim, de quem (considerar 03 pessoas)?

1. () Pai da criança
2. () Parceiro (sem ser o pai da criança)
3. () Pai
4. () Mãe
5. () Outros familiares. Quem? _____ .
6. () Amigo (a)
7. () Professor (a)
8. () Profissional de saúde
9. () Outros. Quem? _____ .

9.5 - Procurou a unidade de saúde quando soube que estava grávida:

1. () Sim 2. () Não

Se não, por quê?

9.6 - Você apresentou algum problema na gravidez?

1. () Sim 2. () Não

Se sim, qual?

10. PRÉ-NATAL:

10.1 - Idade gestacional: _____ .

10.2 - Com quanto tempo de gestação realizou a 1ª consulta de pré - natal:

1. () 1ª Trimestre 2. () 2ª Trimestre 3. () 3ª Trimestre

Se após o 1º trimestre, por quê?

10.3 - Quantas consultas realizou durante o Pré – natal até o momento? _____.

10.4 - Realizou exames laboratoriais durante a gravidez?

1. () Sim
2. () Não lembra
3. () Não . Por
quê? _____

10.5 - Realizou US Obstétrico durante a gravidez?

1. () Sim
2. () Não lembra
3. () Não . Por
quê? _____

10.6 - Atualizou a carteira de vacina durante a gestação?

1. () Sim
2. () Não lembra
3. () Não . Por
quê? _____

10.7 - Você fez uso de álcool, cigarro ou outras drogas:

10.7.1 Antes da gravidez:

1. () Sim
 2. () Não
- Quais?: _____

10.7.2 Durante a gravidez:

1. () Sim
 2. () Não
- Quais?: _____

11. GESTAÇÕES ANTERIORES:

11.1 - Número de gestações anteriores: _____.

11.2 - Número de partos: _____.

Tipos – colocar o número: () Cesárea () Normal

11.3 - Número filhos vivos e idade? - Colocar o número

() filhos Idades: _____.

11.4 - Último parto:

1. () Cesárea
2. () Normal

11.5 - Realizou pré-natal em todas as gestações?

1. () Sim
2. () Não

Se não, Por quê?

11.6 - Teve aborto anteriormente? 1. () Sim 2. () Não

Se sim, número de abortos: () Espontâneos () Provocados

12. SOBRE O PARCEIRO DE QUEM ENGRAVIDOU:

12.1 - Tipo de parceiro que engravidou:

1. () Fixo
 2. () Eventual/ficante
- 12.1.1 - Se parceiro fixo:
1. () Esposo
 2. () Namorado/Noivo

12.1. 2 - Se fixo, há quanto tempo estava com ele até engravidar?

– Colocar o número referente ao tempo.

() Dias () Meses () Anos

12.2 - Qual a idade do parceiro na época da gravidez (em anos)?

12.3 - Com quem o parceiro morava quando você engravidou?

1. () Com você
2. () Família
3. () Amigos
4. () Outra parceira
5. () Sozinho
6. () Outros

13. QUESTÕES SOCIAIS RELACIONADAS À ENTREVISTADA

13.1 - Com quem você morava antes da gravidez?

1. () Com o pai da criança
2. () Família
3. () Amigos
4. () Outro parceiro
5. () Sozinha
6. () Outros

13.2 - Com quem você mora atualmente?

1. () Com o pai da criança
2. () Família
3. () Amigos
4. () Outro parceiro
5. () Sozinha
6. () Outros

13.3 - No momento, você está com o seu parceiro?

1. () Sim () 2. Não

Se não, por quê?

14. RESPONSABILIDADES:

14.1 - Quem cuidará da criança quando ela nascer?

1. () A entrevistada
2. () Amigos
3. () Pai da criança
4. () Família da entrevistada
5. () Família do pai da criança
6. () A entrevistada e o pai da criança
7. () Outros. Quem? _____.

14.2 - Com quem a criança vai morar?

1. () Com a entrevistada
2. () Com amigos
3. () Como pai da criança
4. () Com a família da entrevistada
5. () Com a família do pai da criança
6. () Com a entrevistada e o pai da criança
7. () Outros. Quem? _____.

14.3 - Quem assumirá a criança financeiramente?

1. () A entrevistada
2. () Amigos

- 3. () Pai da criança
- 4. () Família da entrevistada
- 5. () Família do pai da criança
- 6. () A entrevistada e o pai da criança
- 7. () Outros. Quem? _____.

15. SE A ENTREVISTADA NÃO ESTIVER COM O PAI DA CRIANÇA RESPONDER:

- 15.1 - Sabe onde ele mora?** 1. () Sim 2. () Não
- 15.2 - Ele está estudando?** 1. () Sim 2. () Não
- 15.3 - Ele está trabalhando?** 1. () Sim 2. () Não
- 15.4 - Acha que ele pagará pensão/auxílio?** 1. () Sim 2. ()
Não
- 15.5 - Acha que ele verá a criança?** 1. () Sim 2. ()
Não
- 15.6 - Acha que ele irá conviver com a criança?** 1. () Sim 2. ()
Não

APÊNDICE C - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E PÓS - ESCLARECIDO

Título do Projeto: “Perfil de gestantes adolescentes e fatores associados em um município do interior paulista”.

Investigador: Alessandra Lima Vicentim.

Local da Pesquisa: Unidades de atenção primária à saúde do município de São José do Rio Preto – SP.

O que significa assentimento?

O assentimento significa que você concorda em fazer parte de um grupo de adolescentes, da sua faixa de idade, para participar de uma pesquisa. Serão respeitados seus direitos e você receberá todas as informações por mais simples que possam parecer.

Pode ser que este documento denominado TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E PÓS - ESCLARECIDO contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça ao responsável pela pesquisa ou à equipe do estudo para explicar qualquer palavra ou informação que você não entenda claramente.

Informação ao sujeito da pesquisa:

Você está sendo convidada a participar desta pesquisa que possui o objetivo de identificar o perfil socioeconômico e obstétrico das gestantes adolescentes atendidas nas unidades de atenção primária à saúde em São José do Rio Preto - SP e analisar os fatores relacionados com a gestação na adolescência, para proposição de ações e/ou intervenções para a futura queda desses indicadores.

Para participar da pesquisa você responderá a uma entrevista semiestruturada sobre gravidez na adolescência e a um instrumento de classificação socioeconômica.

Você terá a sua identidade preservada e o direito de interromper sua participação ou solicitar esclarecimentos a qualquer momento.

Benefício: contribuir para o conhecimento sistemático sobre o contexto de vida dessas gestantes para proposição de ações e/ou intervenções pela pesquisadora para futura queda dos indicadores de gravidez na adolescência nesta área de abrangência.

Risco: constrangimento diante da exposição de informações pessoais, experiências ou situações vividas que causam sofrimento psíquico.

Contato para dúvidas:

Se você ou os responsáveis por você tiver(em) dúvidas com relação ao estudo, direitos do participante, ou no caso de riscos relacionados ao estudo, você deve contatar o(a) Investigador(a) do estudo ou membro de sua equipe: Alessandra Lima Vicentim, telefone

fixo número: (17) 3238-1227 e celular (17) 99159-1652. Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como um participante da pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (CEP/FAMERP). O CEP é constituído por um grupo de profissionais de diversas áreas, com conhecimentos científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada da pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

DECLARAÇÃO DE ASSENTIMENTO DO SUJEITO DA PESQUISA:

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito e autorizo a publicação dos resultados e sua apresentação em eventos científicos, aulas, sem que meu nome venha a público.

Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE ASSENTIMENTO. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste DOCUMENTO DE ASSENTIMENTO INFORMADO.

NOME DO ADOLESCENTE	ASSINATURA	DATA
---------------------	------------	------

NOME DO INVESTIGADOR	ASSINATURA	DATA
----------------------	------------	------

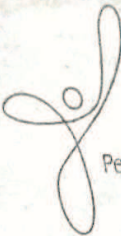
Alessandra Lima Vicentim - RG: 40.941.846-8 / COREN-SP: 247503
e-mail: alessandravicentim@gmail.com
Telefone para contato: 3201-5700 - ramais: 5874 / 5842 / 5813; 3238-1227

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP
(CEP/FAMERP)

Telefone: (17) 3201-5813
e-mail: cepfamerp@famerp.br

ANEXOS

**ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
REFERENTE AO PRIMEIRO ESTUDO EM QUE ENTREVISTA FOI
UTILIZADA**



Comitê de Ética em
Pesquisa em Seres Humanos
CEP/FAMERP

Parecer n.º 1.088.442

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O projeto de pesquisa **CAAE 40875014.4.0000.5415** sob a responsabilidade de **Alessandra Lima Vicentim** com o título "Perfil de Gestantes e Puérperas Adolescentes Atendidas em Unidades Básicas de Saúde da Família de São José do Rio Preto - SP" está de acordo com a resolução do CNS 466/12 e foi **aprovado por esse CEP**.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) **deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo**, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos e também da notificação da data de inclusão do primeiro participante de pesquisa, para conhecimento deste Comitê. **Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.**

São José do Rio Preto, 01 de Junho de 2015.

Luciano Garcia Lourenção
Prof. Dr. Luciano Garcia Lourenção
Coordenador do CEP/FAMERP

17 3201 5813
cep@famerp.br
Av. Brigadeiro Faria Lima 5416 | Vila São Pedro
15090-000 | São José do Rio Preto SP
www.famerp.br/cep



FACULDADE DE MEDICINA DE
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-
FAMERP - SP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil de gestantes adolescentes atendidas em Unidades Básicas de Saúde da Família de São José do Rio Preto - SP.

Pesquisador: Alessandra Lima Vicentim

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 40875014.4.0000.5415

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.383.572

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma Emenda ao projeto "Perfil de gestantes e puérperas adolescentes atendidas em Unidades Básicas de Saúde da Família de São José do Rio Preto –SP", aprovado por este Comitê de Ética em Pesquisa em 09/06/2015, com Parecer número 1.088.442.

Em virtude de dificuldades encontradas para a coleta dos dados durante estudo piloto – as puérperas não aderiram à pesquisa, diminuindo o número de casos pesquisados, comprometendo o estudo -, a pesquisadora solicita modificações no título do projeto, na população do estudo, no instrumento de coleta de dados e no cronograma, além da inclusão do psicólogo Raul Aragão Martins como novo pesquisador participante.

São solicitadas as seguintes alterações:

1-Título da pesquisa: alterado para "Perfil de gestantes adolescentes atendidas em Unidades Básicas de Saúde da Família de São José do Rio Preto - SP.

2-População do estudo: passará a ser composta por gestantes de 10 a 19 anos, inscritas no pré-

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416

Bairro: VILA SAO PEDRO

CEP: 15.090-000

UF: SP

Município: SAO JOSE DO RIO PRETO

Telefone: (17)3201-5813

Fax: (17)3201-5813

E-mail: cepfamerp@famerp.br



FACULDADE DE MEDICINA DE
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-
FAMERP - SP



Continuação do Parecer 1.383.572

natal das Unidades de Básicas de Saúde da Família de Engenheiro Schmitt e Vila Toninho, entre janeiro e junho de 2016.

3-Instrumento de coleta de dados: foram excluídas as variáveis referentes às puérperas.

4-Cronograma: atualizado período de coleta dos dados para janeiro a junho de 2016.

5-Inclusão de pesquisador Raul Aragão Martins, CPF: 195.827.228-00.

Houve, ainda, alteração dos objetivos propostos no projeto inicial.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar o perfil sociodemográfico e obstétrico das gestantes adolescentes atendidas em duas Unidades Básicas de Saúde da Família de São José do Rio Preto-SP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

Constrangimento do participante diante da exposição de informações pessoais, experiências ou situações vividas que causam sofrimento psíquico.

BENEFÍCIOS:

Os resultados deste estudo poderão responder as demandas colocadas pelas condições decorrentes das distintas situações de vida das adolescentes gestantes, considerando as desigualdades de gênero, de raça/cor, de orientação sexual e de classe social, contribuindo para a sua superação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de avaliação de uma emenda de estudo sobre Perfil de gestantes adolescentes atendidas em Unidades Básicas de Saúde da Família de São José do Rio Preto – SP.

O estudo é relevante e se justifica pela necessidade do conhecimento sistemático sobre o contexto de vida das gestantes de 10 a 19 anos, inscritas no pré-natal de Unidades Básicas de Saúde da Família do município. A pesquisadora justifica as alterações solicitadas e apresenta novas versões do projeto e demais documentos inerentes ao desenvolvimento do estudo. Destaca-se,

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416

Bairro: VILA SAO PEDRO

CEP: 15.090-000

UF: SP

Município: SAO JOSE DO RIO PRETO

Telefone: (17)3201-5813

Fax: (17)3201-5813

E-mail: cepfamerp@famerp.br



FACULDADE DE MEDICINA DE
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-
FAMERP - SP



Continuação do Parecer: 1.383.572

contudo, que a população do estudo envolve adolescentes gestantes na faixa etária de 10 a 19 anos (participantes menores de idade).

Termo de Assentimento foi anexado conforme solicitado e riscos explanados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto, Declaração Obrigatório do CEP e Termo de Consentimento foram apresentados e estão em conformidade com a legislação, além de adequadamente assinados, quando necessário

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP aprova a Inclusão do pesquisador Raul Aragão Martins, o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, Alteração na População do estudo, Instrumento de coleta de dados de 26/11/15 e a mudança de título deste estudo, anteriormente "Perfil de gestantes e puérperas adolescentes atendidas em Unidades Básicas de Saúde da Família de São José do Rio Preto - SP" para "Perfil de gestantes adolescentes atendidas em Unidades Básicas de Saúde da Família de São José do Rio Preto - SP" e está ciente da atualização do cronograma. Emenda ao protocolo referente ao estudo CAAE: 40875014.4.0000.5415 sob a responsabilidade de Alessandra Lima Vicentim.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_632196 E1.pdf	27/12/2015 20:18:19		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Assentimento.docx	27/12/2015 19:54:35	Alessandra Lima Vicentim	Aceito
Outros	Questionario.docx	26/11/2015 15:56:53	Alessandra Lima Vicentim	Aceito
Outros	Emenda01.docx	26/11/2015 15:56:08	Alessandra Lima Vicentim	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	26/11/2015 15:54:46	Alessandra Lima Vicentim	Aceito

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416

Bairro: VILA SAO PEDRO

CEP: 15.090-000

UF: SP

Município: SAO JOSE DO RIO PRETO

Telefone: (17)3201-5813

Fax: (17)3201-5813

E-mail: cepfamerp@famerp.br



FACULDADE DE MEDICINA DE
SÃO JOSE DO RIO PRETO-
FAMERP - SP



Continuação do Parecer: 1.383.572

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	26/11/2015 15:54:37	Alessandra Lima Vicentim	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO2.docx	26/11/2015 15:54:10	Alessandra Lima Vicentim	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	26/11/2015 15:53:19	Alessandra Lima Vicentim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E PÓS ESCLARECIDO.docx	06/05/2015 10:07:03		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	06/05/2015 10:05:59		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E PÓS ESCLARECIDO.docx	21/01/2015 21:54:30		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	21/01/2015 21:35:49		Aceito
Parecer Anterior	Folha de assinaturas.pdf	21/09/2014 16:19:47		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO JOSE DO RIO PRETO, 05 de Janeiro de 2016

Assinado por:

LUCIANO GARCIA LOURENCAO
(Coordenador)

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416

Bairro: VILA SAO PEDRO

CEP: 15.090-000

UF: SP

Município: SAO JOSE DO RIO PRETO

Telefone: (17)3201-5813

Fax: (17)3201-5813

E-mail: cepfamerp@famerp.br

ANEXO B - INSTRUMENTAL DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA

QUADRO 1 – SITUAÇÃO ECONÔMICA DA FAMÍLIA	
RENDA BRUTA	PONTOS
+ DE 100 SM	21
+ DE 60 A 100 SM	18
+ DE 30 A 60 SM	14
+ DE 15 A 30 SM	12
+ DE 9 A 15 SM	09
+ DE 4 A 9 SM	05
+ DE 2 A 4 SM	03
+ DE ½ A 2 SM	02
ATÉ ½ SM	01
TIPO DE RENDIMENTO:	
() salário () retirada pró-labore () rendimento financeiro () aluguéis	
() benefícios do governo () honorários () aposentadoria () pensionista	
() seguro desemprego () outros	
Especificar: _____	

QUADRO 2 – NÚMERO DE MEMBROS RESIDENTES DA FAMÍLIA	
1 A 2	06
3 A 4	04
5 A 6	03
7 A 8	02
Acima de 8	01

QUADRO 3 – ESCOLARIDADE DOS MEMBROS DA FAMÍLIA	
Superior	07
Superior incompleto ou Médio completo	05
Médio incompleto ou Fundamental – Ciclo II completo (até o 9º ano)	04
Fundamental – Ciclo II incompleto (do 6º ao 8º ano) ou Fundamental – Ciclo I completo (até o 5º ano)	03
Fundamental – Ciclo I incompleto (até o 4º ano)	02
Alfabetizado	01
Analfabeto	00
Obs.: Especificar o nível educacional dos membros da família. Pontuar somente o maior nível educacional dentre os “responsáveis” (com rendimentos).	

QUADRO 4 – HABITAÇÃO				
CONDIÇÃO/SITUAÇÃO				
	INSATISFATÓRIA	REGULAR	BOA	ÓTIMA
PRÓPRIA	7	8	9	10
FINANCIADA	6	7	8	9
ALUGADA	5	6	7	8
CEDIDA	3	4	5	6
OUTRAS	0	0	1	2

Obs.: Para pontuar condição/situação habitacional: considerar: tipo, modalidade, acomodações, zona e infraestrutura (água, luz, esgoto e coleta de lixo, telefonia).

QUADRO 5 – OCUPAÇÃO DOS MEMBROS DA FAMÍLIA	
Empresários: Proprietários na agricultura, agroindústria, indústria, comércio, sistema financeiro, serviços, etc.	13
Trabalhadores da alta administração: Juizes, Promotores, Diretores, Administradores, Gerentes, Supervisores, Assessores, Consultores, etc.	11
Profissionais liberais autônomos: Médico, Advogado, Contador, Arquiteto, Engenheiro, Dentista, Representante comercial, Oculista, Auditor, etc.	10
Trabalhadores assalariados administrativos, Técnicos e Científicos: Chefias em geral, Assistentes, Ocupações de nível médio e superior, Analistas, Atletas profissionais, Técnicos em geral, Servidores públicos de nível superior, etc.	09
Trabalhadores assalariados da produção, bens e serviços e da administração (indústria, comércio, serviços, setor público e sistema financeiro), ajudantes e auxiliares, etc.	07
Trabalhadores por conta própria: autônomos - Pedreiros, Caminhoneiros, Marceneiros, Feirantes, Cabeleireiros, Taxistas, Vendedores etc.	07
- Com empregado	06
- Sem empregado	
Pequenos produtores rurais: Meeiro, Parceiro, Chacareiro, etc.	05
- Com empregado	03
- Sem empregado	
Empregados domésticos: Jardineiros, Diaristas, Mensalista, Faxineiro, Cozinheiro, Mordomo, Babá, Motorista Particular, Atendentes, etc.	03
- Urbano	02
- Rural	
Trabalhadores rurais assalariados, volantes e assemelhados: Ambulantes, Chapa, Bóia Fria, Ajudantes Gerais, etc.	01
OBS.: Aposentado - Relacionar a ocupação em vigor na ativa. Especificar a ocupação dos membros da família. Pontuar somente o maior nível ocupacional dentre os “responsáveis” (com rendimentos).	

QUADRO - SISTEMA DE PONTOS		
PONTOS	CLASSIFICAÇÃO	SIGLAS
0 a 20	Baixa Inferior	BI
21 a 30	Baixa Superior	BS
31 a 40	Média inferior	MI
41 a 47	Média	ME
48 a 54	Média Superior	MS
55 a 57	Alta	AL

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA REFERENTE AO PRESENTE ESTUDO



Comitê de Ética em
Pesquisa em Seres Humanos
CEP/FAMERP

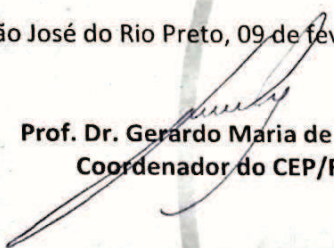
Parecer nº 1.912.829

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O projeto de pesquisa **CAAE 63195816.9.0000.5415** sob a responsabilidade de **Alessandra Lima Vincentim** com o título “Perfil de Gestantes Adolescentes e Fatores Associados em um Município do Interior Paulista” está de acordo com a resolução do CNS 466/12 e foi **aprovado por esse CEP.**

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) **deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo**, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos e também da notificação da data de inclusão do primeiro participante de pesquisa, para conhecimento deste Comitê. **Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.**

São José do Rio Preto, 09 de fevereiro de 2017.


Prof. Dr. Gerardo Maria de Araujo Filho
Coordenador do CEP/FAMERP

ANEXO D – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO PRIMEIRO MANUSCRITO

De: "Dr. Jean Louis Peytavin" <jlpeytavin@gmail.com>
Data: 28 de agosto de 2018 11:19:25 BRT
Para: "Dra Natalia Sperli Geraldes Marin dos Santos Sasaki" <nsperli@gmail.com>
Assunto: [EB] Agradecimento pela submissão
Responder A: "" <>

A seguinte mensagem será entregue em nome da Enfermagem Brasil.

Dra Natalia Sperli Geraldes Marin dos Santos Sasaki,

Agradecemos a submissão do trabalho "Prevenção da Gravidez na Adolescência no Brasil: Revisão Integrativa." para a revista Enfermagem Brasil.

Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão:

<http://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/author/submission/2497>

Login: nsperli

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Dr. Jean Louis Peytavin
Enfermagem Brasil
Jean-Louis Peytavin
Enfermagem Brasil

ANEXO E – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO SEGUNDO MANUSCRITO

----- Forwarded message -----

From: Dr. Jean Louis Peytavin <jlpeytavin@gmail.com>

Date: qui, 29 de nov de 2018 às 11:03

Subject: [EB] Agradecimento pela submissão

To: Dra Natalia Sperli Geraldos Marin dos Santos Sasaki <nsperli@gmail.com>

A seguinte mensagem será entregue em nome da Enfermagem Brasil.

Dra Natalia Sperli Geraldos Marin dos Santos Sasaki,

Agradecemos a submissão do trabalho "Perfil de gestantes adolescentes atendidas pela atenção primária à saúde" para a revista Enfermagem Brasil.

Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão:

<http://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/author/submission/2677>

Login: nsperli

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Dr. Jean Louis Peytavin
Enfermagem Brasil
Jean-Louis Peytavin
Enfermagem Brasil