

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE PÚBLICA

INARA PEREIRA DE SOUSA
MARIA LUCILEIDE DA SILVA

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA:
PERFIL DAS GESTANTES ADOLESCENTES DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE VARGEM GRANDE - MA

São Luís

2010

**INARA PEREIRA DE SOUSA
MARIA LUCILEIDE DA SILVA**

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA:
PERFIL DAS GESTANTES ADOLESCENTES DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE VARGEM GRANDE - MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família e Saúde Pública, da Laboro – Excelência em Pós-Graduação / Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Saúde Pública,.

Orientadora: Profª Me. Rosemary Ribeiro Lindholm

São Luís
2010

Silva, Maria Lucileide da

Gravidez na adolescência: perfil das gestantes adolescentes de uma Unidade de Saúde da Família do município de Vargem Grande-MA. Maria Lucileide da Silva; Inara Pereira de Sousa - São Luís, 2010.

00 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde Pública e Saúde da Família) – Curso de Especialização em Saúde Pública e Saúde da Família, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2010.

1. Gravidez. 2. Adolescentes. 3. Unidade Básica de Saúde. 4. Saúde pública. I. Título.

**INARA PEREIRA DE SOUSA
MARIA LUCILEIDE DA SILVA**

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA:
PERFIL DAS GESTANTES ADOLESCENTES DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE VARGEM GRANDE - MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família e Saúde Pública, da Laboro – Excelência em Pós-Graduação / Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Saúde Pública,

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Rosemary Ribeiro Lindholm (Orientadora)
Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade de São Paulo-USP

2º Examinadora

RESUMO

A principal causa de gravidez na adolescência é o início precoce da atividade sexual, falta de serviços de saúde específicos para adolescentes focando reprodução e contracepção. Observou-se com o estudo, analisar o perfil das gestantes em uma Unidade de Saúde da Família do município de Vargem Grande-Ma. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. A amostra constituiu-se aleatoriamente por 10 adolescentes grávidas, cadastradas na referida unidade. Foi aplicado um questionário que mostrou que em relação a primeira relação aconteceu de 13 aos 14 anos com apenas 1 parceiro e faziam uso de método contraceptivo, onde utilizavam a camisinha, sendo que a gravidez foi descoberta devido a amenorréia; na grande maioria pensavam engravidar mais tarde e que pretendiam freqüentar a escola depois da gravidez, aceitando a gravidez não tentaram aborto, assim iniciaram o pré-natal no 1º trimestre e receberam apoio dos avôs materno; não tiveram nenhuma DST; afirmam que a mãe engravidou entre 16 a 17 anos. Diante do exposto faz-se necessário uma conscientização da importância do assunto por parte dos órgãos governamentais, visto que se trata de um problema de Saúde Pública.

Palavras chave: Gravidez. Adolescentes. Unidade Básica de Saúde. Saúde Pública.

ABSTRACT

The main cause of teenage pregnancy is the early onset of sexual activity, lack of specific health services for adolescents focusing on reproduction and contraception. It was observed in the study, analyzing the profile of pregnant women in a Family Health Unit of the city of Grand-Ma Vargem. This is a descriptive study with quantitative approach. The random sample consisted of 10 pregnant adolescents were enrolled in the unit. We administered a questionnaire which showed that for the first happened about 13 to 14 years with only one partner and made use of a contraceptive method, which used a condom, and the pregnancy was discovered because of amenorrhea, in most pregnant thought more afternoon and wanted to go to school after pregnancy, accepting the pregnancy has not attempted abortion, and began prenatal care in the first quarter and received support from the grandfathers mother, had no STDs, say the mother became pregnant between 16 to 17 years. In this light it is necessary to an understanding of the importance of the subject by the government, since it is a public health problem.

Keywords: Pregnancy. Adolescents. Basic Health Unit Public Health.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Distribuição percentual das 10 adolescentes gestantes, de acordo com idade de início da menarca. Vargem Grande/MA 2010.....	16
Gráfico 2 –	Distribuição percentual das 10 adolescentes gestantes, de acordo com a fonte de informação sobre sexualidade. Vargem Grande/MA 2010.....	17
Gráfico 3 –	Distribuição percentual das 10 adolescentes gestantes, de acordo com o uso de drogas. Vargem Grande/MA 2010.....	18
Gráfico 4 –	Distribuição percentual das 10 adolescentes gestantes, de acordo com os métodos contraceptivos utilizados. Vargem Grande/Ma 2010.....	20
Gráfico 5 –	Distribuição percentual das 10 adolescentes gestantes, de acordo com a descoberta da gravidez. Vargem Grande/Ma 2010.....	21
Gráfico 6 –	Distribuição percentual das 10 adolescentes gestantes, de acordo com a intenção de engravidar. Vargem Grande/Ma 2010.....	22
Gráfico 7 –	Distribuição percentual das 10 adolescentes gestantes, de acordo com a frequência na escola depois da gravidez. Vargem Grande/Ma 2010.....	22
Gráfico 8 –	Distribuição percentual das 10 adolescentes gestantes, de acordo com a tentativa de aborto. Vargem Grande/Ma 2010.....	23
Gráfico 9 –	Distribuição percentual das 10 adolescentes gestantes, segundo de quem recebe apoio emocional e financeiro. Vargem Grande/Ma 2010.....	24
Gráfico 10 –	Distribuição percentual das 10 adolescentes gestantes, segundo se teve alguma DST. Vargem Grande/Ma 2010.....	25
Gráfico 11 –	Distribuição percentual das 10 adolescentes gestantes, de acordo com a faixa etária da mãe ao engravidar pela primeira vez. Vargem Grande/Ma 2010.....	25
Gráfico 12 –	Distribuição percentual das 10 adolescentes gestantes, de acordo com início do pré natal. Vargem Grande/Ma 2010.....	26

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	11
2.1 Geral	11
2.2 Específicos	11
3 METODOLOGIA	12
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	14
5 CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS.....	29
APÊNDICES.....	32

1 INTRODUÇÃO

Adolescência deriva do latim *adolescere*, que significa “crescer”, é o período da vida humana entre a puberdade e a virilidade, mocidade e juventude. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define adolescência como uma etapa que vai dos 10 aos 19 anos, e o Estatuto da Criança e Adolescência (ECA) a conceitua como a faixa etária de 12 a 18 anos. É uma transição entre a fase de criança e a adulta, sendo um período de transformação profunda no corpo, na mente e na forma de relacionamento social do indivíduo. Trata-se de uma etapa da vida em que ocorrem a maturação sexual, o acirramento dos conflitos familiares e a formação de atitudes, valores e comportamentos que determinarão sua vida e na qual se inicia a cobrança de maiores responsabilidades e definição do campo profissional.

Dessa forma, inscreve-se nas entrelinhas que, embora estejamos vivendo um momento de crise de valores acirrado por variáveis de natureza sócio-econômica, o desejo da maioria das famílias para as suas proles é de que sigam em suas vidas a trajetória até então definida como a ideal para a maioria dos cidadãos e cidadãs, ou seja, formação escolar, trabalho, autonomia financeira e constituição de família.

A gravidez e a maternidade na adolescência rompem com essa trajetória tida como natural e emergem socialmente como problema e risco a serem evitados. A própria sexualidade dos/as jovens se vê contrariada pelos projetos que a sociedade lhes impõe, visando determinados fins. Por exemplo: a manutenção da reprodução dentro do marco da família – a necessidade de mão-de-obra qualificada em condições de participar da sociedade de consumo, a intenção de conter a pobreza através da diminuição de nascimentos, sobretudo daqueles partos cujas mães sejam adolescentes pobres – pois a pobreza cobra do Estado assistência, políticas públicas de saúde, de educação, de habitação.

A família, por sua vez, ainda é o baluarte e precisa assumir tal posição, é preciso compreender que as necessidades dos filhos vão além das necessidades da disponibilização de um lar, de vestimentas e etc., é preciso prepará-los e educá-los para enfrentarem as adversidades da vida.

Devido a observações nas consultas de enfermagem para gestantes, onde um número significativo era de gestantes primigestas na faixa etária menor que 20

anos no pré-natal surgiu a curiosidade de analisar o perfil das gestantes adolescentes em uma Unidade de Saúde da Família em Vargem Grande – MA., onde chegou-se, à coerência de elaborar uma pesquisa.

Dentro desse contexto, propõe-se, realizar este estudo visando compreender e definir o perfil das gestantes adolescentes em uma Unidade de Saúde da Família do município de Vargem Grande – MA., relacionando seus conhecimentos à educação sexual, aos métodos contraceptivos, gravidez precoce, e quais as estratégias adotadas por essas adolescentes para encarar o processo de transformação de adolescente para mulher e mãe em tão pouco tempo.

Na concepção do Ministério da saúde a adolescência é um período de mudanças anatômicas, fisiológicas e sociais que separam a criança do adulto, prolongando-se dos 10 aos 20 anos incompletos, abrangendo a pré-adolescência, o período etário entre 10 a 14 anos e a adolescência propriamente dita, dos 15 aos 19 anos, pelos critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) ou de 12 aos 18 anos de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2001). Segundo Brandão; Heilbon (2006, p. 1425):

A adolescência configura-se como um período da vida que merece uma atenção especial, principalmente de pesquisadores da área da saúde, visto que essa transição entre a infância e a idade adulta pode (ou não) resultar em problemas futuros para o desenvolvimento de um determinado indivíduo e também por ser uma etapa da vida fortemente marcada por, pelo menos, duas crises que poderão repercutir negativamente ao longo da vida dos adolescentes, como, por exemplo, procriação humana inconseqüente ou sem planejamento e banalização da maternidade em idade cada vez mais precoce.

Far-se-á necessário dizer, ainda, que a vivência da sexualidade dos jovens, relacionada a valores, crenças e atitudes, que determinam o comportamento social do indivíduo, é complexa, principalmente quando resulta na gravidez precoce. A esse respeito, os estudiosos Belo; Silva (2004, p.480) apontam que “a gravidez na adolescência tem sido alvo de inúmeros estudos e reflexões por ameaçar o bem estar e futuro dos adolescentes devido aos riscos físicos, emocionais e sociais que acarreta”.

A adolescência muito comumente é marcada por significativas mudanças anátomo-funcionais, às quais validam o que se convencionou designar puberdade, e por reconstruções psicológicas, especialmente vinculadas à absorção de valores

sociais, esforços de autoafirmação e de ajustes às novas pressões sexuais (SILVA, 2003).

É notório que quanto mais progride em complexidade nossas relações e mecanismos sociais, mais conflituosos se tornam os nossos jovens no período que caracteriza o que conhecemos como “adolescência”. Certamente por se tratar de um fenômeno eminentemente sócio-psicológico com raízes no biológico, as lacunas que se têm criado entre a prontidão biológica e os descontínuos desenvolvimentos emocional e socioeconômico têm feito de nossos jovens, indivíduos aptos para o acasalamento, mas visivelmente despreparados no que se refere às independências pessoal e socioeconômica. De acordo com Paraguassú et al (2005, p. 56):

A gravidez na adolescência não é um fenômeno recente, constata-se através de registros históricos que os casamentos na Idade Antiga ocorriam na faixa de 13 e 14 anos, e que as adolescentes concebiam seus filhos logo após a menarca. Nos dias atuais, a gravidez precoce, com muita frequência, vem interferindo no processo de escolarização e, conseqüentemente, na inserção no mercado de trabalho, altamente competitivo.

Engravidar na fase tenra da vida é um evento observado mundialmente, com variações importantes entre as nações, que tem despertado interesse e preocupação, principalmente nos países em desenvolvimento. No Brasil, este tema tem sido amplamente investigado após a constatação de um aumento relativo da fecundidade das adolescentes em relação à das mulheres mais velhas (SANTOS, 2008).

Os fatores que levam à gestação nos anos iniciais da vida reprodutiva são de natureza objetiva ou subjetiva, sendo os mais elencados: o desconhecimento dos métodos contraceptivos, a dificuldade de acesso do adolescente a tais métodos, a dificuldade das garotas em negociar o uso do preservativo, ingenuidade, violência, submissão, desejo de estabelecer uma relação mais estável com o parceiro, forte desejo pela maternidade, com expectativas de mudança de *status* social e de obtenção de autonomia permanecendo, ainda nos dias de hoje, a valorização social da mulher por meio da maternidade, e outros (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2004).

Para o Ministério da Saúde a gravidez na adolescência implica em uma grande problemática psico-social, estudos científicos demonstram o crescimento do número de adolescentes grávidas, em detrimento do decréscimo contínuo da taxa de fecundidade entre as mulheres maduras (BRASIL, 2001).

As implicações médicas também preocupam, a gravidez na adolescência vem a ser uma situação de risco, onde grande parte das mortes estão relacionadas a complicações da gravidez, parto e puerpério, além da agravante desta faixa etária comumente negligências a própria saúde (KAHALE, et al 2007). Segundo Bonetto (2003), a gestação na adolescência pode identificar carência afetiva, desejo de desafiar a família, desejo de se tornar adulto. A gravidez tem o potencial de elevar as jovens à posição de mulheres, conferindo-lhes status de adultas. Assim, a família ocupa posição central, enquanto a escolaridade e o trabalho tomam posições periféricas. Por sua vez, Villar; Gaspar (2009, p. 68) acrescenta que:

A gravidez precoce acaba sendo vista na sociedade como sinônimo de irresponsabilidade, especialmente quando a adolescente não vive em conjugalidade. Nas situações esta conjugalidade existe, a notícia da gravidez é recebida, normalmente, com festividade pela família e amigos, uma vez que não contraria a moral tradicional.

Do ponto de vista biológico vários são os riscos a que as gestantes adolescentes estão expostas. Apresentam uma incidência maior de complicações obstétricas, incluindo a hipertensão específica da gestação, prematuridade, desproporção céfalo-pélvica, trabalho de parto prolongado e aumento da mortalidade perinatal (MOTA; SILVA, 2005).

Entretanto, a gestação na adolescência é considerada de risco não só por fatores biológicos, mas por causas psicológicas e sociais que podem ser as responsáveis pela gestante não fazer o adequado acompanhamento de saúde no pré-natal e, assim, dificultar o tratamento de possíveis intercorrências (XIMENES; OLIVEIRA, 2004). Acredita-se que fatores ambientais desfavoráveis como anemia, deficiências nutricionais, desnutrição, tabagismo, baixa escolaridade, instabilidade emocional, marital e familiar são determinantes das principais complicações da gestação na adolescência (VITOLLO, 2003).

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar o perfil das gestantes adolescentes em uma Unidade de Saúde da Família do município de Vargem Grande – MA

2.2 Específicos

Identificar os aspectos sócio-demográfico e reprodutivo das gestantes adolescentes;

Investigar a aceitação da gravidez pelas adolescentes desta localidade;

Caracterizar as causas dos altos índices de gravidez na adolescência.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa.

3.2 Local de estudo

O estudo foi realizado na Unidade Básica de saúde

Vargem Grande, a flor do Iguará, cidade da região Norte Maranhense, que teve sua emancipação política em 1935, Fundada em 28 de março de 1939, está 43m acima do nível do mar e em 2010 o IBGE estimou a sua população em 49.415 habitantes, sendo que a metade vive na cidade e a outra metade na zona rural, distribuída em uma área de 2.114Km².

Distante mais de 170 quilômetros de São Luís, Vargem Grande abriga o riacho Iguará e os rios Preto e Munim, representa fielmente a transição dos biomas que fazem do Maranhão um Estado diferente dos demais – geograficamente falando –, pois comporta amostras da pré-amazônia, do cerrado e da caatinga, além de obter em quase toda a sua extensão, os babaçuais que formam a Mata dos Cocais.

A economia é constituída basicamente na agropecuária e os produtos de destaque são arroz, feijão, milho, mandioca, e o rebanho mais importante é o bovino. A extração da amêndoa do babaçu também é uma importante fonte de renda para parte da população.

3.3 População

A população foi constituída de 10 gestantes adolescentes que foram atendidas na Unidade de Saúde da Família do município de Vargem Grande - MA.

3.4 Instrumento de coleta de dados

Foi aplicado um questionário (APÊNDICE A) para entrevista com as gestantes adolescente. Assim, os dados foram coletados com a autorização da Diretoria Geral da referida Unidade de Saúde,

3.5 Análise dos dados

Após coletados os dados foram analisados pelo Microsoft Excel e em seguida tabulados sob a forma de gráficos e tabelas para discussão.

3.6 Considerações éticas

Foram respeitados os direitos de privacidade e confidencialidade desses dados, deixando em sigilo de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido firmado sobre os procedimentos a serem realizados para obtenção dos dados da pesquisa. As pesquisadoras mantiveram preservadas as identidades dos sujeitos, conforme preconiza a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão demonstrados os resultados da pesquisa, através de gráficos e tabelas com posterior análise e discussão.

A tabela 1 mostra que 40% das gestantes tem ensino fundamental incompleto, 30% ensino fundamental, 20% ensino médio incompleto e 10% ensino médio; 70% tem como renda familiar 1 salário mínimo, 20% menos de 1 salário mínimo e 10% entre 1 a 2 salários mínimos; 60% eram estudantes, 30% trabalham fora e 10% do lar; estado civil 70% solteira, 20% amigada e 10% casadas; 40% religião católica, 30% evangélica, 20% nenhuma e 10% outras religiões.

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual das adolescentes gestantes, de acordo com as características sócio demográfica e cultural. Vargem Grande/MA - 2010.

Variáveis	n	f(%)
Grau de escolaridade		
Ensino Fundamental	3	30
Ensino Fundamental Incompleto	4	40
Ensino Médio	1	10
Ensino Médio Incompleto	2	20
TOTAL	10	100
Renda familiar		
Menos de 1 salário mínimo	2	20
1 salário mínimo	7	70
1 a 2 salários mínimos	1	10
TOTAL	10	100
Ocupação		
Estudante	6	60
Trabalha fora	3	30
Do lar	1	10
TOTAL	10	100
Estado Civil		
Solteira	7	70
Amigada	2	20
Casada	1	10
TOTAL	10	100
Religião		
Católica	4	40
Evangélica	3	30
Outras	1	10
Nenhuma	2	20
TOTAL	10	100

A maternidade na adolescência também trás conseqüências sociais decisivas, como o abandono dos estudos, dificuldades financeiras e frustração na jovem mãe pela suspensão de atividades sociais comuns nesta faixa etária (SCHILLER, 2004).

Assim, é estabelecida uma correlação entre escolaridade e contracepção: quanto maior o grau de escolaridade do jovem, maiores são as chances de utilização de algum método tanto na primeira relação sexual quanto nas subsequentes (ARAÚJO, et al., 2001).

Alguns trabalhos relatam ainda a influência direta da gravidez na adolescência na educação, onde aproximadamente 30% das adolescentes grávidas abandonam a escola. Entretanto, a evasão escolar, às vezes, precede a gravidez, sendo inclusive uma condição de risco para engravidar. Em vista disso, aquelas que abandonam seus estudos não se profissionalizam e, conseqüentemente, terão trabalho mal remunerado no futuro. Observa-se também que a presença de repetência escolar que pode ser um fator de risco à repetição da gravidez na adolescência, pela experiência escolar negativa (BANNETO, 2003).

No tocante à educação, a interrupção, temporária ou definitiva, no processo de educação formal, acarretará prejuízo na qualidade de vida e nas oportunidades futuras. E não raro com a convivência do grupamento familiar e social a adolescente se afasta da escola, frente a gravidez indesejada, quer por vergonha, quer por medo da reação de seus pares (SOUZA, 2006).

Como não apresentam trabalho remunerado, tendem a ser mais dependentes financeiramente, seja da família, seja do companheiro. Paralelamente, a tendência para estabelecer uniões com homens ainda adolescentes, e muitas vezes desempregados, deixa-as em uma situação sócio-econômica mais precária, o que pode torná-las mais expostas a outras situações de risco social (PINTO; SILVA, 2008).

Muitas jovens engravidam “porque alimentam um sonho de serem reconhecidas como mulheres, porque acreditam que é isso que o namorado quer, porque querem ser vistas como adultas, etc.”, revelando que ainda faz parte da socialização da menina que seu grande valor está em uma maternidade futura, pois o papel de mãe é grandemente valorizado e desejado na sociedade. Com isso, a

gravidez pode fornecer à adolescente a possibilidade de estruturar sua vida a partir de uma perspectiva nova, mesmo que não planejada (MELO, 2001).

O gráfico 1, mostra que 40% das gestantes, teve início da menarca dos 13 a 14 anos, 30% entre 11 e 12 anos; 20% dos 15 aos 16 anos e 10% dos 17 aos 18 anos.

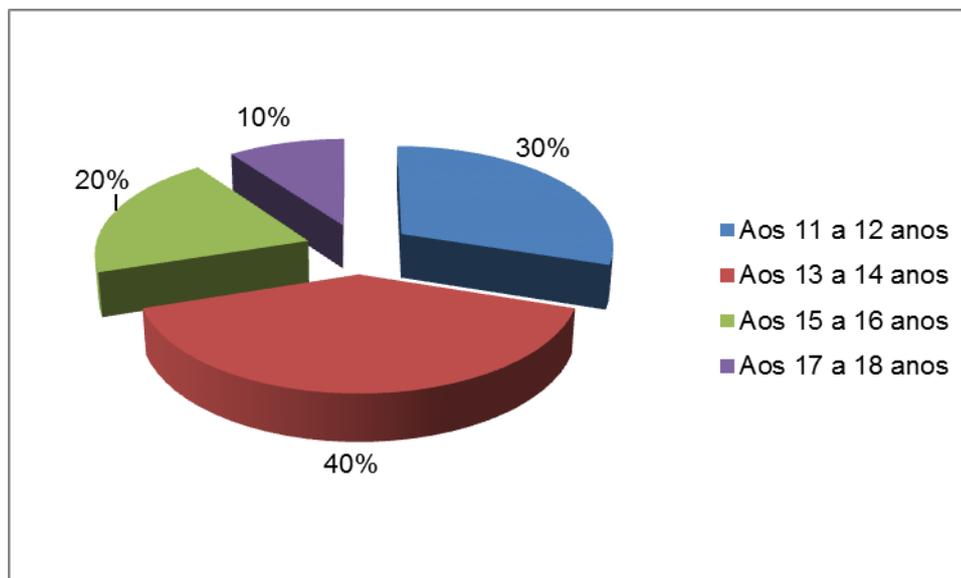


Gráfico 1 – Distribuição percentual das 10 adolescentes gestantes, de acordo com idade de início da menarca. Vargem Grande/MA - 2010.

Segundo Zerwes (2002), no Brasil, a menarca situa-se entre os 11 e 12 anos, a puberdade precoce pode ser desencadeada por diversos fatores como: genética e alterações hormonais. Os dados encontrados sobre a idade da menarca, igualaram-se aos da literatura vigente.

A menarca precoce ocorre num momento de grande imaturidade psicossocial, tornando a jovem mais suscetível ao início do exercício da sexualidade. A iniciação sexual pode acontecer como uma forma de satisfação à curiosidade natural, como meio de expressão de amor e confiança, mas também pode estar relacionada à solidão, carência afetiva e necessidade de auto-afirmação (CUNHA, 2007).

Conforme o gráfico 2, 40% tem como fonte de informação a mídia e os amigos respectivamente, 20% são os pais.

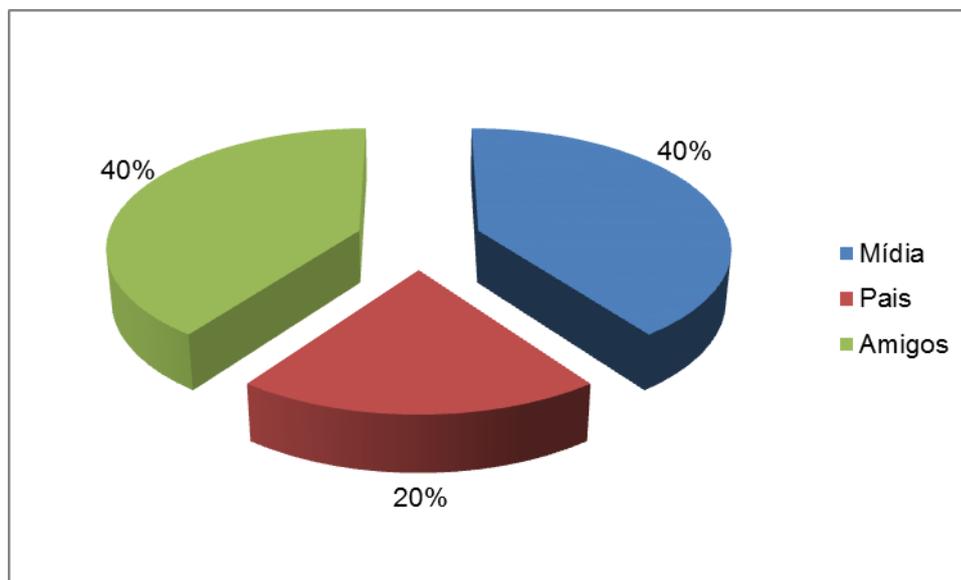


Gráfico 2 – Distribuição percentual das 10 adolescentes gestantes, de acordo com a fonte de informação sobre sexualidade. Vargem Grande/MA - 2010.

Os meios de comunicação estimulam o erotismo precocemente, valorizam o sexo, transmitindo mensagens equivocadas e distorcidas. A mídia desvincula o sexo da gravidez, assim como a gravidez das suas conseqüências.

O conhecimento dos métodos contraceptivos e a facilidade de acesso à informação não garantem ao jovem brasileiro um aumento de proteção contra a gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis (DADOORIAN, 2000).

Com a velocidade das mudanças de paradigmas e valores na sociedade contemporânea deixa incerteza e dúvida para as famílias e, apesar das famílias estarem mais abertas com seus filhos, muitos pais encontram-se perdidos, questionando-se como ser pais no mundo de hoje. Diante dos atuais valores (como o consumismo), muitos pais acabam sentindo-se desautorizados para impedir certos excessos de seus filhos (OUTEIRAL, 2001).

No Gráfico 3, verifica-se que 60% das adolescentes não fazem uso de droga, 30% usam cigarros e 10% de bebidas alcoólicas.

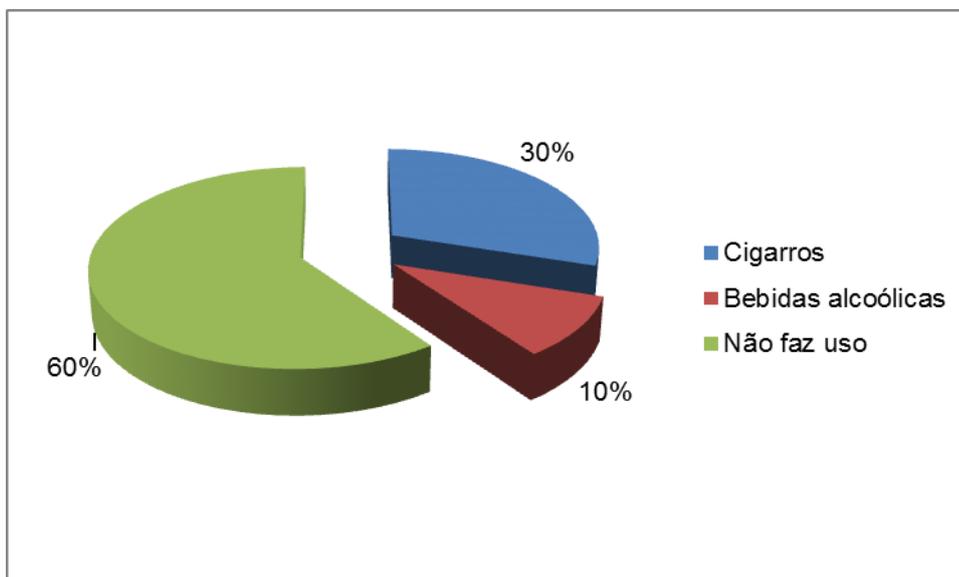


Gráfico 3 – Distribuição percentual das 10 adolescentes gestantes, de acordo com o uso de drogas. Vargem Grande/MA - 2010.

Outros estudos mostram que a gestante adolescente, contrariamente ao que se poderia esperar, tende a fazer menor uso não só de cigarros, como também de álcool e de drogas ilícitas, do que a adulta. Quanto ao tabagismo, essa também é a nossa visão. Observamos que a adolescência foi um fator de proteção contra o tabagismo durante a gestação. Há, porém, trabalhos que observam maior uso de cigarros pelas adolescentes, se comparadas às adultas (MONTEIRO, et al., 2008).

De acordo com a Tabela 2, observa-se quanto a primeira relação aconteceu com 60% das adolescentes de 13 aos 14 anos, 30% antes dos 13 anos e 10% dos 15 aos 16 anos; segundo número de parceiros, 50% apenas com 1 parceiro, 40% com 2 parceiros e 10% com 3 parceiros; 60% fazia uso de método contraceptivo, 40% não faziam uso.

Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual das 10 adolescentes gestantes, de acordo com características reprodutivas. Vargem Grande/Ma - 2010.

Variáveis	n	f(%)
Primeira relação		
Antes dos 13 anos	3	30
Dos 13 aos 14 anos	6	60
Dos 15 aos 16 anos	1	10
TOTAL	10	100
Parceiros		
01 parceiro	5	50
02 parceiros	4	40
03 parceiros	1	10
TOTAL	10	100
Fazia uso de contraceptivo		
Sim	6	60
Não	4	40
TOTAL	10	100

O início da vida sexual fora dos marcos do casamento é cada vez mais freqüente na atualidade, o que leva alguns autores a questionar sobre uma possível perda do valor da virgindade feminina, “moeda de troca” no mercado matrimonial tradicional (BOZON; HEILBORN, 2001).

Semelhante aos resultados de pesquisas que mostraram como a primeira relação sexual entre adolescentes brasileiras está ocorrendo cada vez mais cedo, a maioria teve sua iniciação sexual entre 12 e 14 anos de idade, em geral, com parceiros adolescentes (LIMA, et al., 2004).

As adolescentes estão tendo relacionamentos sexuais precoces, porém essas relações não são programadas, tampouco as adolescentes se sentem preparadas para lidar com a sexualidade (DADOORIAN, 2000),

A concepção de que a gravidez na adolescência é resultante da falta de informação sobre métodos contraceptivos ainda é bastante corrente, tanto na literatura quanto no senso comum. Nesta perspectiva, para solucionar tal problema

bastaria haver uma boa difusão de informação sobre o uso correto dos métodos contraceptivos bem como a garantia de acesso aos mesmos. É também freqüente a temática sobre contracepção aparecer relacionada à da iniciação sexual. Argumenta-se que, quanto mais precoce a iniciação sexual, menores são as chances de uso de métodos contraceptivos e, conseqüentemente, maiores são as possibilidades de gravidez (GUIMARÃES, 2001).

A respeito do comportamento sexual e reprodutivo de jovens brasileiros, a totalidade dos inquiridos “conhecia” algum tipo de método contraceptivo e a maioria já havia utilizado algum método pelo menos uma vez (WEINBERG, 2001).

A preocupação com a contracepção e a responsabilidade (quase que direta sobre esta) tem reiteradamente caído sobre as mulheres (pelo menos nos últimos trinta anos com o advento do anticoncepcional oral) (SANT’ANNA, 2001).

De acordo com o gráfico 4, observa-se que 50% das adolescentes utilizam a camisinha, 30% tabelinha, 10% anticoncepcional oral e anticoncepcional injetável.

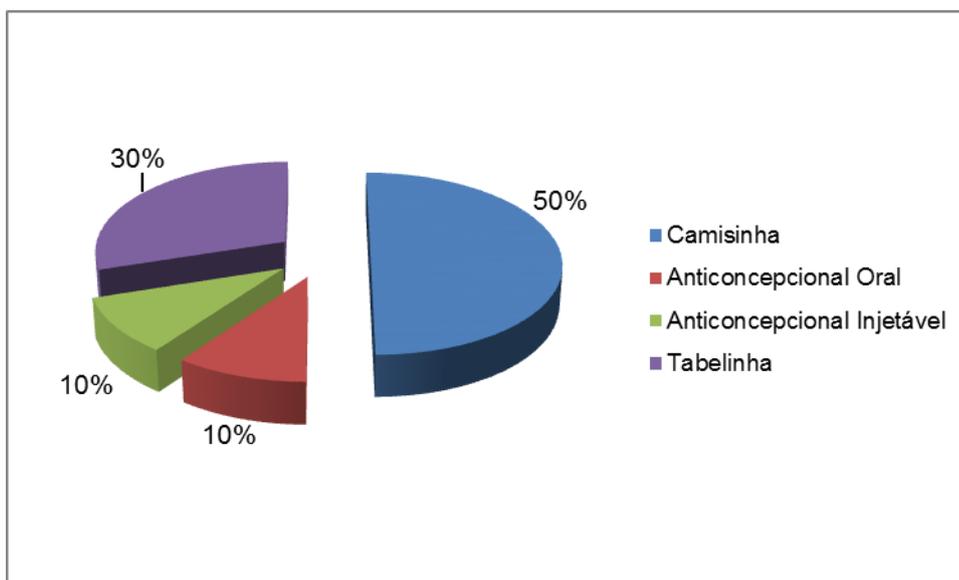


Gráfico 4 – Distribuição percentual das 10 adolescentes gestantes, de acordo com os métodos contraceptivos utilizados. Vargem Grande/Ma - 2010.

O início precoce da atividade sexual, aliada à desinformação quanto ao uso adequado dos contraceptivos e à deficiência de programas de assistência ao adolescente são alguns dos fatores referidos como responsáveis pelo aumento da gravidez na adolescência (BRUNO et al., 2007).

A utilização de métodos contraceptivos não ocorre de modo eficaz na adolescência, e isso está vinculado inclusive aos fatores psicológicos inerentes ao período, pois a adolescente nega a possibilidade de engravidar e essa negação é tanto maior quanto menor a faixa etária; o encontro sexual é mantido de forma eventual, não justificando, conforme acreditam, o uso rotineiro da contracepção; não assumem perante a família a sua sexualidade e posse do contraceptivo seria a prova formal de vida sexual ativa (GOBBATO, et al., 2006).

Fornecer orientações sobre métodos anticoncepcionais para adolescentes envolve a participação de múltiplos profissionais, intensa sensibilização e a necessidade de discussão com as próprias adolescentes sobre sua oportunidade, para evitar intervenções e programas não-eficientes. O desafio é propiciar ao adolescente acesso a serviços de saúde que ofereçam um atendimento integral, antes mesmo do início de seu primeiro intercurso, garantindo-lhes privacidade, confiabilidade e efetividade nas ações desenvolvidas (PAIVA, 2002).

O gráfico 5 analisa a descoberta da gravidez, onde 70% afirma que descobriu devido a amenorréia e 30% devido a mudança no corpo.

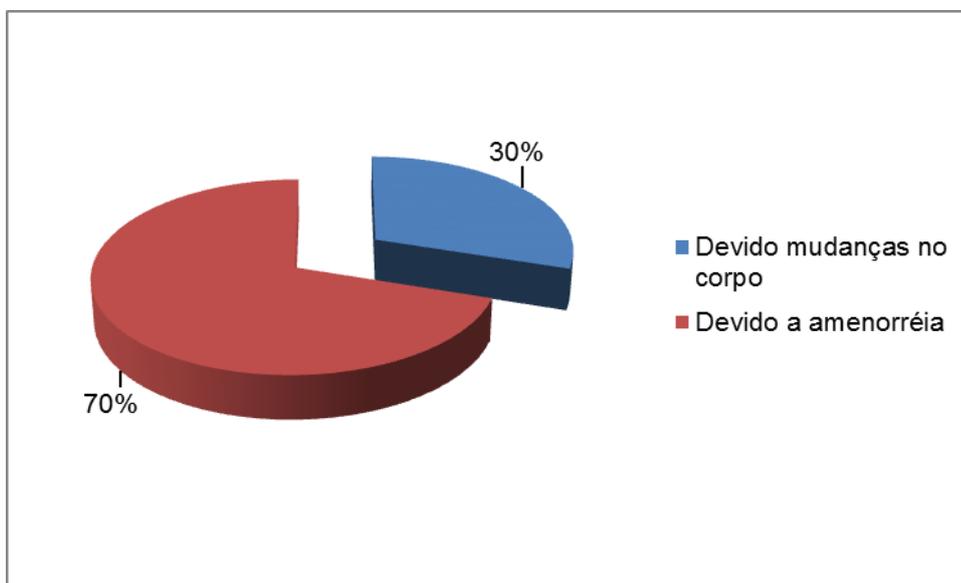


Gráfico 5 – Distribuição percentual das 10 adolescentes gestantes, de acordo com a descoberta da gravidez. Vargem Grande/Ma - 2010.

O impacto da descoberta da gravidez é considerado um momento crítico, relatado na maioria das entrevistas. O fato é ainda mais complexo para as adolescentes sem uma relação afetiva estável, devido a pressões e censura por parte da família e da sociedade (JORGE, 2004).

As atitudes individuais são condicionadas tanto pela família quanto pela sociedade. A sociedade tem passado por profundas mudanças em sua estrutura, inclusive aceitando melhor a sexualidade na adolescência, sexo antes do casamento e também a gravidez na adolescência. Portanto tabus, inibições e estigmas estão diminuindo e a atividade sexual e gravidez aumentando (ALMEIDA; FERNANDES, 2008).

Por outro lado, dependendo do contexto social em que está inserida a adolescente, a gravidez pode ser encarada como evento normal, não problemático, aceito dentro de suas normas e costumes (GUIMARÃES, 2001).

O gráfico 6 aborda a intenção de engravidar, onde 40% afirma que queria engravidar mais tarde, 30% não pensava no assunto, 20% estava tentando engravidar e 10% não tinha nenhuma intenção de engravidar.

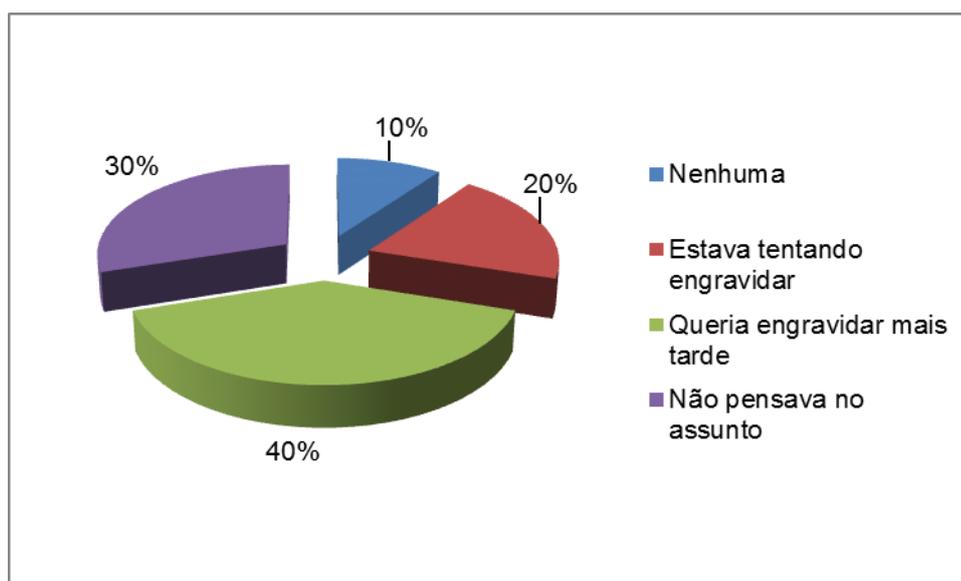


Gráfico 6 – Distribuição percentual das 10 adolescentes gestantes, de acordo com a intenção de engravidar. Vargem Grande/Ma - 2010.

A gestação não programada não implica necessariamente em gravidez indesejada ou em crianças não desejadas. Muitas são rapidamente aceitas ou se transformam ao longo do processo gestacional em, claramente, desejadas, resultando em situações felizes e equilibradas (PINTO; SILVA, 2008).

De acordo com o gráfico 7, 70% das gestantes pretendem freqüentar a escola depois da gravidez e 30% não pretende freqüentar.

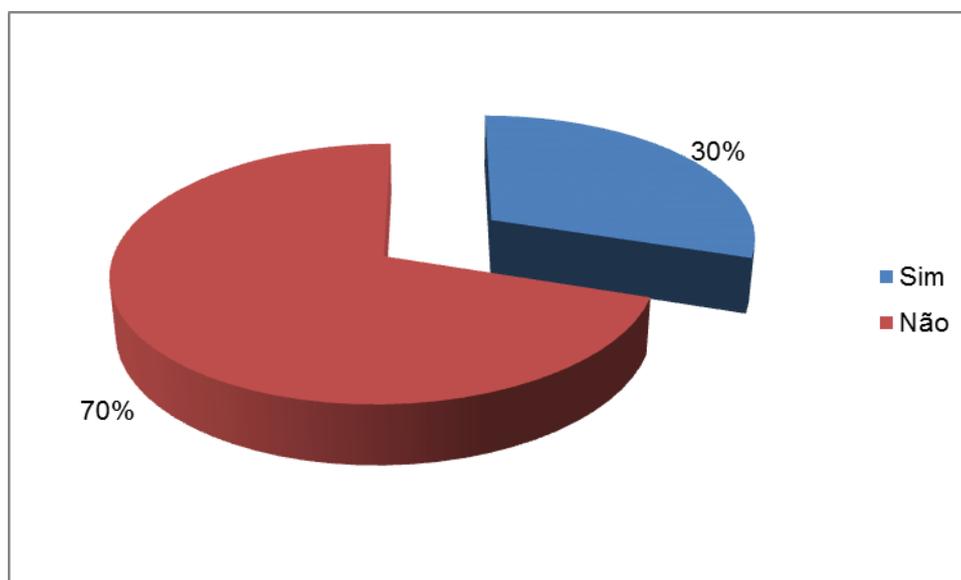


Gráfico 7 – Distribuição percentual das 10 adolescentes gestantes, de acordo com a freqüência na escola depois da gravidez. Vargem Grande/Ma - 2010.

Para Leite et al (2004), as condições sociais podem exercer marcante influência e também sofrer o reflexo dessa gestação. Entre as conseqüências sociais mais desfavoráveis para as adolescentes estão aquelas relacionadas a sua perspectiva de estudo e trabalho. Sabe-se que 30% das adolescentes grávida abandonam a escola, e na maioria dos casos o retorno ao estudo se dá em menores proporções.

Sabe-se, no entanto, que um dos maiores determinantes associados ao comportamento sexual e reprodutivo das adolescentes é o nível de escolaridade.

No gráfico 8, observou-se que 60% não tentou aborto, enquanto que 40% tentaram o aborto.

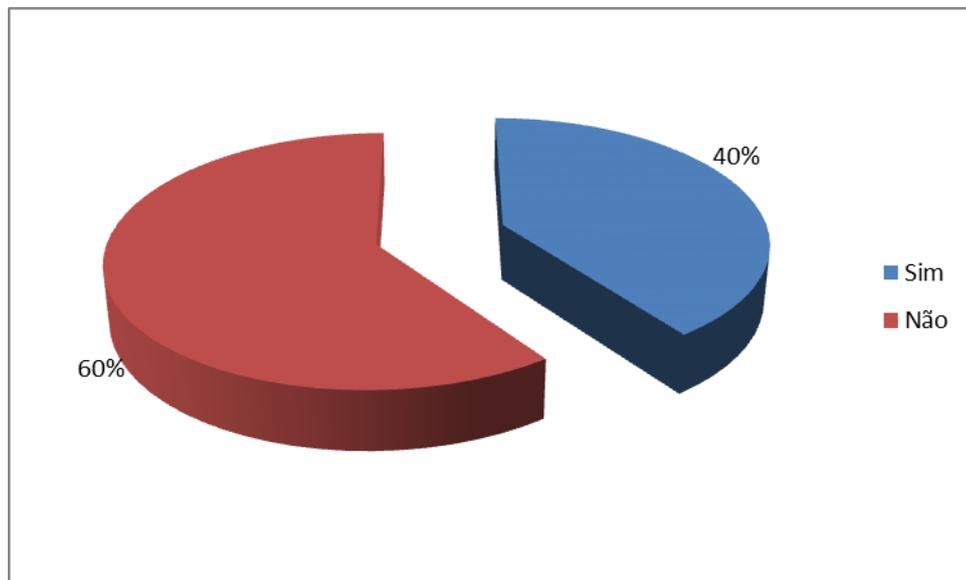


Gráfico 8 – Distribuição percentual das 10 adolescentes gestantes, de acordo com a tentativa de aborto. Vargem Grande/Ma - 2010.

Tanto para a moça quanto para o rapaz, a gravidez precoce é um fenômeno desestabilizador. A maternidade e a paternidade são funções para as quais estão muito imaturos, e isso constitui um grande desafio. Essas funções implicam condições emocionais, físicas e econômicas para as quais não estão preparados, sendo angustiante a perspectiva de que suas vidas serão modificadas por completo (CASTRO, et al., 2004).

Além disso, tem importância os conflitos familiares que surgem após a confirmação e divulgação da positividade da gravidez, que vão desde a não aceitação pela família, o incentivo ao aborto pelo parceiro e pela família, o abandono do parceiro, a discriminação social e o afastamento dos grupos de sua convivência, que interferem na estabilidade emocional da menina mulher adolescente (JORGE, 2008).

Observa-se que no gráfico 9 46% afirma que receberam apoio dos avôs materno, 27% do namorado, 18% da avó paterna e 9% do marido.

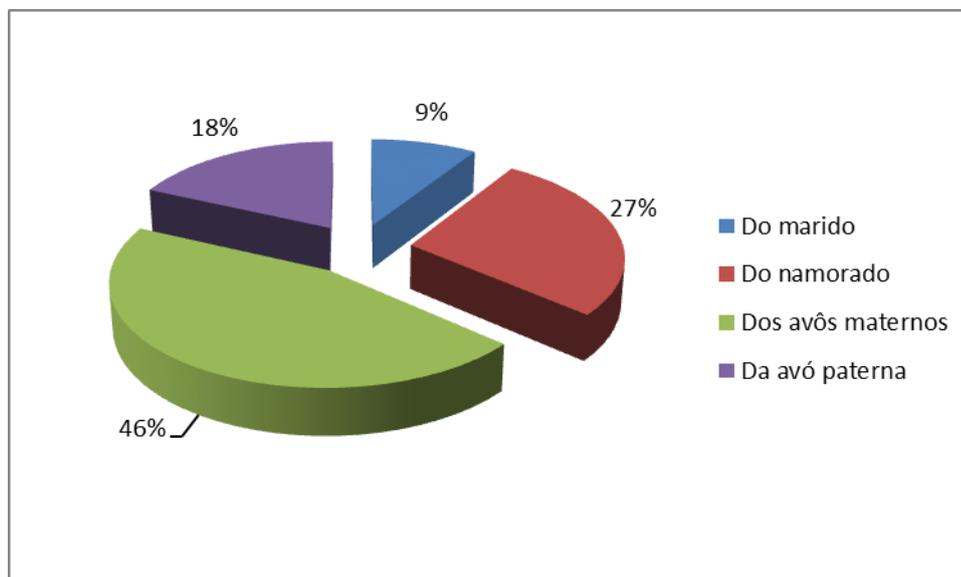


Gráfico 9 – Distribuição percentual das 10 adolescentes gestantes, segundo de quem recebe apoio emocional e financeiro. Vargem Grande/Ma - 2010.

A falta de apoio e afeto da família, em uma adolescente cuja auto-estima é baixa, com mau rendimento escolar, grande permissividade familiar e disponibilidade inadequada do seu tempo livre, poderiam induzi-la a buscar na maternidade precoce o meio para conseguir um afeto incondicional, talvez uma família própria, reafirmando assim o seu papel de mulher, ou sentir-se ainda indispensável a alguém. A facilidade de acesso à informação sexual não garante maior proteção contra doenças sexualmente transmissíveis e gravidez não desejada (CAMPOS, 2000).

A aceitação da gravidez pela adolescente e o pai da criança são apontados por Sant'anna (2000) como aspectos positivos relacionados à evolução gestacional. Segundo Maldonado (2009), a recusa do homem em aceitar a paternidade pode gerar inquietações ao longo da vida e, quando essa atitude ocorre na juventude, pode gerar conflitos que vêm a interferir no relacionamento posterior desses com filhos e família.

O gráfico 10 mostra que 70% não tiveram nenhuma DST e 30% teve.

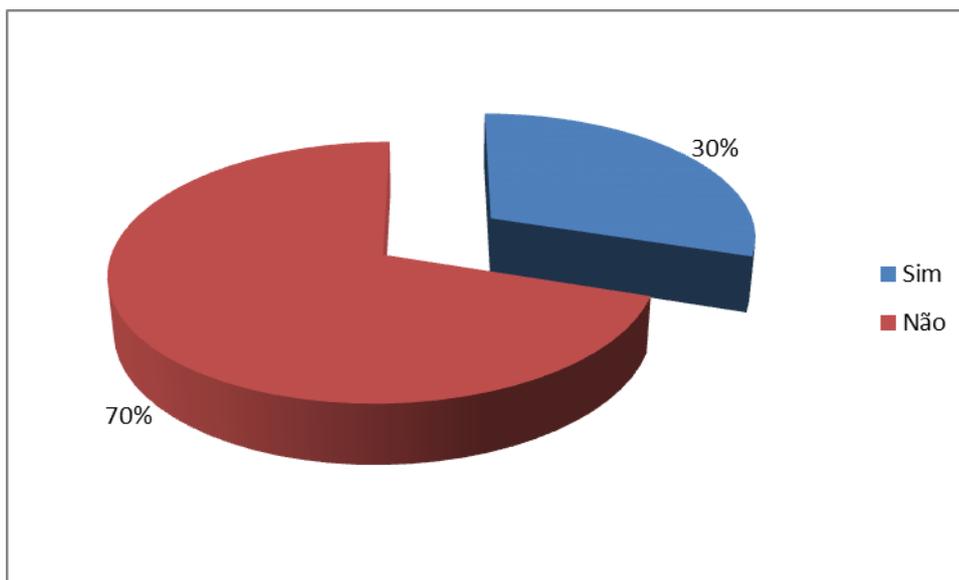


Gráfico 10 – Distribuição percentual das 10 adolescentes gestantes, segundo se teve alguma DST. Vargem Grande/Ma - 2010.

A atividade sexual na adolescência vem se iniciando cada vez mais precocemente, com conseqüências indesejáveis imediatas, como o aumento da freqüência de doenças sexualmente transmissíveis (DST) nessa faixa etária; e gravidez, muitas vezes também indesejável e que, por isso, pode resultar em um aborto (SZWARCOWALD, 2003).

Nota-se que 50% das gestantes afirmam que a mãe engravidou entre 16 a 17 anos, 30% dos 13 aos 15 anos e 20% dos 18 para mais anos.

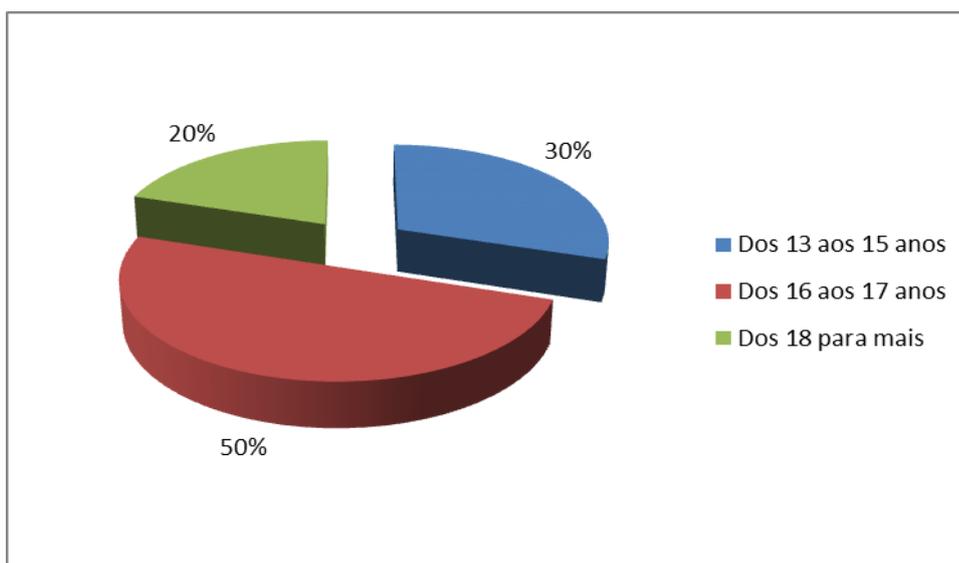


Gráfico 11 – Distribuição percentual das 10 adolescentes gestantes, de acordo com a faixa etária da mãe ao engravidar pela primeira vez. Vargem Grande/Ma - 2010.

A ocorrência da gravidez na adolescência não é um fenômeno recente. No passado, as jovens se casavam com idades entre 13 e 14 anos e, após a menarca, a ocorrência de uma gestação era um resultado esperado. Todavia, nos dias de hoje, com a mudança dos costumes e a evolução do conhecimento científico, engravidar precocemente tornou-se uma problemática que vem assumindo grandes proporções, despertando o interesse em relação às repercussões da maternidade precoce na saúde das adolescentes e, também, em sua educação, independência econômica e relacionamento social (YAZLLE, ET AL., 2002).

Com relação a início do pré-natal, o gráfico 12 mostra que 50% iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, 30% no 2º trimestre e 20% no 3º trimestre.

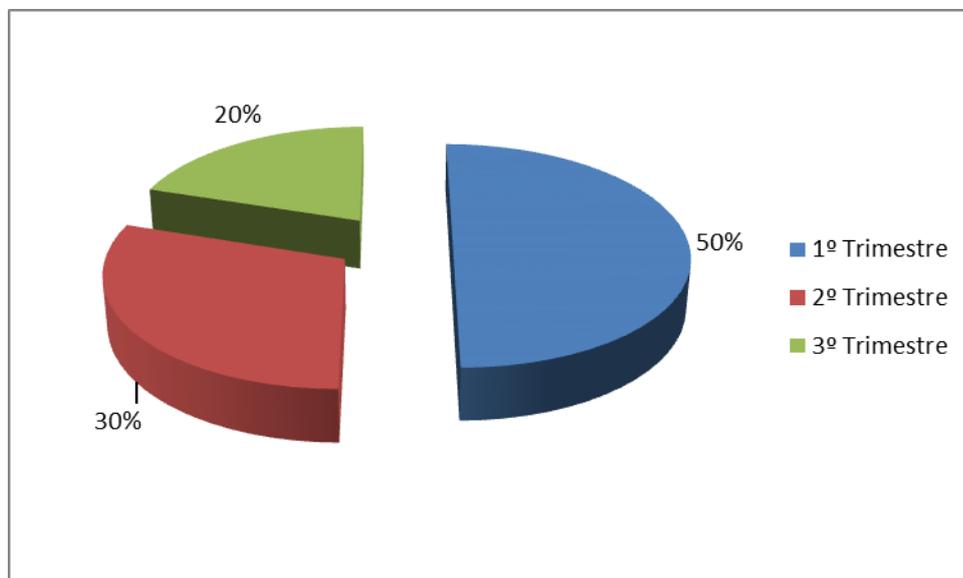


Gráfico 12 – Distribuição percentual das 10 adolescentes gestantes, de acordo com início do pré-natal. Vargem Grande/Ma - 2010.

Pesquisas têm mostrado o efeito protetor do acompanhamento pré-natal sobre a saúde da gestante e do recém-nascido, contribuindo, entre outros, para uma menor incidência de mortalidade materna, baixo peso ao nascer e mortalidade perinatal. Uma assistência pré-natal adequada poderia exercer impacto positivo sobre o resultado materno e perinatal, chegando a anular as desvantagens típicas da idade (GAMA et al., 2004).

5 CONCLUSÃO

Resgatando as maiores evidências, podemos supor que o motivo pelo qual as adolescentes engravidam tão precocemente vem da falta de uma perspectiva de vida que determine uma visão mais ampla do futuro, de um nível educacional baixo e da visão equivocada de que assim conseguirão sua independência sócio-econômica. São evidentes também fatores do tipo privação de informação sexual adequada e o desuso de métodos contraceptivos.

O resultado da pesquisa, chegou na seguinte conclusão: a maioria das gestantes tem ensino fundamental incompleto, com renda familiar 1 salário mínimo, eram estudantes, solteiras, e tinham como religião o catolicismo; tendo como início da menarca dos 13 a 14 anos; fonte de informação era a mídia; não faziam uso de droga; a primeira relação aconteceu de 13 aos 14 anos com apenas 1 parceiro e faziam uso de método contraceptivo, onde utilizavam a camisinha, sendo que a gravidez foi descoberta devido a amenorréia; na grande maioria pensavam engravidar mais tarde e que pretendiam freqüentar a escola depois da gravidez, aceitando a gravidez não tentaram aborto, assim iniciaram o pré-natal no 1º trimestre e receberam apoio dos avôs materno; não tiveram nenhuma DST; afirmam que a mãe engravidou entre 16 a 17 anos.

Os dados do estudo confirmam que a gravidez na adolescência está associada a resultados desfavoráveis para a gravidez, a família e a sobrevivência de seus filhos, necessitando de planejamento e estruturação, o que acarreta responsabilidades para a família da adolescente, para os profissionais de saúde e gestores.

Percebemos que a exposição à gravidez dessas adolescentes, se deve, em parte, à falta de amor, tolerância e o respeito por aqueles que são sua referência e que também já foram adolescentes um dia, ou seja, a sua família. A família exerce influência poderosa no processo de amadurecimento da sexualidade dessas adolescentes. Como mantêm uma relação de interação afetiva e de diálogo muito fraca, estas terminam por apresentar dificuldades em assumir a sexualidade perante a família, ficando cada vez mais expostas a uma gravidez.

Existe hoje na sociedade uma mudança significativa no modelo hierárquico familiar, onde a mulher assume um papel importante e ascendente. A

maternidade precoce acarreta responsabilidades sociais, econômicas e afetivas que muitas jovens não têm estrutura para suportar.

A constatação de que a experiência da maternidade na adolescência influencia negativamente a vivência e os efeitos da gravidez leva-nos a ressaltar a importância do desenvolvimento de políticas públicas que privilegiem a educação sexual como forma de se adiar a ocorrência da gestação, que pelo menos ela ocorra com o devido planejamento da adolescente e do seu parceiro.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.B.D.; FERNANDES, A.F.C. Adolescentes jovens descobrindo a sexualidade. **Pediatr. Mod.** 2008; 11(4): 7-16.

ARAÚJO, V.M.; MORÉS, A.; & ANTUNES, H.S. Os dizeres das adolescentes sobre a gravidez precoce: desafios para a escola. Educação - **Revista do Centro de Educação** - Universidade Federal de Santa Maria, v. 26, n. 1, p. 49-56, 2001.

BANNETO, D. V. S. Gravidez na adolescência. In: **CONGRESSO BRASILEIRO DE ADOLESCÊNCIA**, 2003. Belo Horizonte, Anais, Belo Horizonte ABEB, 2003.

BELO, M. A. V.; SILVA, J. L. P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes, **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.4, p. 479-87, 2004.

BOZON, M.; HEILBORN, M. L. Iniciação Sexual no Rio de Janeiro e em Paris. Novos Estudos CEBRAP, n. 59, p.111-135, 2001.

BRANDÃO, E. R.; HEILBORN, M. L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias no rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1421-1430.Jul, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de condutas Médicas Programa Saúde da Família**. São Paulo, 2001

BRUNO, Z. V.; SOUSA, M. A.; TEIXEIRA, L. G. M. et al.. **Sexualidade e anticoncepção na adolescência**: conhecimento e atitude. *Reprod Climat.* 2007, v. 12, p. 37-40.

CAMPOS, M.A.B. Gravidez na Adolescência. A imposição de uma nova identidade. **Pediatr. Atual**. v. 13, n. (11/12), p. 25-6, 2000.

CASTRO, M.G.; ABRAMOVAY, M.; SILVA, L.B. **Juventudes e sexualidade**. Brasília: UNESCO; 2004.

CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 60, n. 3, p. 279-285, maio-junho, 2007.

DADOORIAN, D.. **Pronta para voar**: um novo olhar sobre a gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

GAMA, S. G. N. et al.. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, 2001.

GOBBATO, D.O.; ZOZULA, L.; POPE, B.; DIAS, M.L.; SILVA, S.Q.; REIS, R.F. Perfil das adolescentes grávidas. **Pediatr. Atual**. v. 12, n. 8, p. 53-7, 2006.

GUIMARÃES, E.M.B. **Gravidez na adolescência**: uma visão multidisciplinar. *Pediatria Moderna*, n. 37, p. 29-32, 2001.

JORGE, Maria Salete Bessa. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Revista Escola de Enfermagem – USP**, São Paulo, v.42, n. 2, p. 312-320, 2008.

KAHALE, S., et al. Assistência multiprofissional a adolescente grávida, dificuldades somato-psico-sociais. **Revista de Ginecológica Obstétrica**, 2007.

LEITE, I.C.et al. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p.474-481, 2004.

LIMA, Celian Tereza Batista et al . Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação . **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** , Recife, v. 4, n. 1, 2004 .

MALDONADO, M. T. **Maternidade e paternidade**. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2008.

MELO, M.T. Estar grávida na adolescência: um estudo realizado no Hospital Regional de São José-SC. *Psicologia e Sociedade - Revista da Associação Brasileira de Psicologia Social - ABRAPSO*, v. 13, n. 1, p. 93-106, 2001.

MONTEIRO, D.L.M.; CUNHA, A.A.; BASTOS, A.C. Perfil psicossocial da gravidez na adolescência. In: **A Gravidez na adolescência**. 1 ed. Rio de Janeiro: Revinter. 2008. p.7-30.

MOTTA, M.L.; SILVA, J.L.P. Gravidez na adolescência, influência da idade materna e da idade ginecológica sobre os resultados obstétricos. **RBM Ginecologia e obstetrícia**, v. 6, n. 4, p.237-242, 1995.

OUTEIRAL, J. **Adolescência**: modernidade e pós-modernidade. In: C. Weinberg (Org.), *Geração delivery: adolecer no mundo atual*. São Paulo: Sá, 2001.

PAIVA, M.S. et al *Gestação na Adolescência*. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador. V. 5 n. 1. Out., 1992

PARAGUASSÚ, A. L. C. B. et al. Situação sócio-demográfica e de saúde reprodutiva pré e pós-gestacional de adolescentes, Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2005.

PINTO E SILVA JL. **Gravidez na adolescência**: desejada X não desejada. *Femina* 2008; 26(10):825-30.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Adolescentes, saúde sexual, saúde reprodutiva**: dossiê. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2004. 38p.

SANT'ANNA, M.J.C. Gravidez na adolescência: um enfoque atual. In: C. Weinberg (Org.), **Geração delivery**: adolescer no mundo atual. São Paulo: Sá, 2001

SANT'ANNA, M.J.C. **Adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer**. Dissertação de mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 2000.

SANTOS, G. H. N.; MARTINS, M. G.; SOUSA, M. S. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, maio 2008.

SCHILLER R. **Gravidez na adolescência**: uma questão de hereditariedade. *Pediatr Mod*; v. 30, n. 6, p. 984, 2004.

SILVA, P.R. **Gravidez na Adolescência**. Monografia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação, Rio de Janeiro, 2003.

SOUZA, M.M.C. **A maternidade nas mulheres de 15 a 19 anos**: um retrato da realidade. *O mundo da Saúde*. v. 23, n. 2, p. 93-105, 2006.

SZWARCWALD, C.L. **Oportunidades perdidas na detecção precoce do HIV na gestação**: resultados do estudo sentinela-parturiente [periódico da internet] 2003. Disponível em: www.aids.gov.br/data/documents/storeddocuments. Acessado em: 28 jan. 2011.

VILAR, D.; GASPAR, A. M. Traços redondos. In: PAIS, M. (Org.). **Traços e riscos de vida**. Lisboa: Ambar, 2009. p. 31-91.

VITOLLO, M.C. **Nutrição**: da gestação à adolescência. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2003. 322 p.

WEINBERG, C. **Adolescer no mundo atual**. In: C. Weinberg (Org.), **Geração delivery**: adolescer no mundo atual. São Paulo: Sá, 2001.

XIMENES, F.M.A.; OLIVEIRA, M.C.R. de. A influência da idade materna sobre as condições perinatais. **RBPS**. v. 17, n. 2, p. 56-60, 2004:

YAZLLE, M.E.H.D.; MENDES, M.C.; PATTA, M.C.; ROCHA, J.S.Y.; et al. A adolescente grávida: alguns indicadores sociais. **Rev Bras Ginecol Obstet**; v. 24, n. 2, p. 609-14, set. 2002.

ZERWES E P. **Crescimento e desenvolvimento**: estudos em meninas de 6 a 14 anos (tese). Rio de Janeiro. Universidade federal do Rio de Janeiro, 1992.

APÉNDICE

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE PÚBLICA

QUESTIONÁRIO

1) Qual a sua escolaridade?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Analfabeto | <input type="checkbox"/> Semi-Analfabeto |
| <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo | <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo |
| <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto | <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto |

2) Qual a sua renda familiar?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de 1 salário mínimo | <input type="checkbox"/> 1 salário mínimo |
| <input type="checkbox"/> 1 a 2 salários mínimos | <input type="checkbox"/> 2 a mais salários mínimos |

3) Ocupação

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Estudante | <input type="checkbox"/> Trabalha fora |
| <input type="checkbox"/> Do lar | <input type="checkbox"/> Não faz nada |

4) Qual seu estado civil?

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Solteira | <input type="checkbox"/> Amigada |
| <input type="checkbox"/> Casada | <input type="checkbox"/> União estável |

5) Qual religião você pratica?

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Católica | <input type="checkbox"/> Evangélica |
| <input type="checkbox"/> Outras | <input type="checkbox"/> Nenhuma |

6) Quando iniciou sua menarca?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aos 11 a 12 anos | <input type="checkbox"/> Aos 13 a 14 anos |
| <input type="checkbox"/> Aos 15 a 16 anos | <input type="checkbox"/> Aos 17 a 18 anos |

7) Quais as fontes de informação que você teve sobre sexualidade?

- Mídia (televisada e escrita) Pais
 Amigos CTA's (Centro de Testagem e Aconselhamento)

8) Você faz uso de drogas como?

- Cigarros Bebidas alcoólicas
 Outras drogas Não faz uso

9) Quando iniciou a primeira relação sexual?

- Antes dos 13 anos Dos 13 aos 14 anos
 Dos 15 aos 16 anos Dos 17 aos 18 anos

10) Quantos parceiros você já teve relação sexual?

- 01 02
 03 04
 Mais de 04

11) Você conhecia ou fazia uso de métodos contraceptivos?

- Sim Não

12) Dos métodos contraceptivos qual você utiliza?

- Camisinha Anticoncepcional Oral
 Anticoncepcional Injetável DIU (Dispositivo Intra Uterino)
 Tabela Diafragma
 Pílula do Dia Seguinte

13) Como descobriu que estava grávida?

- Devido a mudanças no corpo Devido a amenorréia
 Pelo teste de farmácia Pelo Beta-HCG (laboratorial)

14) Você tinha intenção de engravidar?

- Nenhuma Estava tentando engravidar
 Queria engravidar mais tarde Não pensava no assunto

15) Em relação à escola continua freqüentado depois da descoberta da gravidez:

Sim

Não

16) Você tentou fazer um aborto?

Sim

Não

17) De quem você recebe apoio emocional e financeiro?

Do marido

Do namorado

Dos avôs maternos

Dos avôs paternos

Da avó materna

Da avó paterna

18) Você já teve alguma Doença Sexualmente Transmissível?

Sim

Não

19) Com quantos anos sua mãe engravidou pela primeira vez?

Dos 13 aos 15 anos

Dos 16 aos 17 anos

Dos 18 anos para mais

20) Quando você começou seu pré-natal:

1º Trimestre

2º Trimestre

3º Trimestre

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa tem o objetivo de analisar o perfil das gestantes adolescentes em uma Unidade de Saúde da Família do município de Vargem Grande-Ma,

Com esta pesquisa, não haverá qualquer interferência na sua rotina das atividades na Distribuidora.

O presente estudo é proposto pelas acadêmicas do curso de Especialização em Saúde da Família e Saúde Pública **INARA PEREIRA DE SOUSA** e **MARIA LUCILEIDE DA SILVA**, sob a orientação da professora **ROSEMARY RIBEIRO LINDHOLM**.

Declaro pelo consentimento informado que fui esclarecido de forma clara e detalhada dos objetivos da pesquisa, e estou ciente: da garantia do esclarecimento de qualquer dúvida a cerca do estudo, da segurança de que não serei identificado, mantendo confidencial todas as informações coletadas e de que o trabalho será usado para fins de conhecimento exclusivamente científico.

Assinatura do sujeito do estudo

Inara Pereira de Sousa
Acadêmica

Maria Lucileilde da Silva
Acadêmica

Rosemary Ribeiro Lindholm
Orientadora

São Luís-Ma, ____ de _____ de 2010.