

O perfil de adolescentes grávidas em piracicaba

The Teens Profile Pregnant In Piracicaba

RESUMO A gravidez na adolescência é uma situação complexa que pode contribuir para a morbimortalidade materna e infantil e levar ao abandono da escola. O objetivo do estudo foi caracterizar o perfil de adolescentes grávidas em Piracicaba. Trata-se de um estudo descritivo com dados qualitativos, com entrevistas de 60 adolescentes entre 12 e 16 anos de idade. Identificou-se que 70% estudavam, 80% eram de famílias de baixa renda, 30% tinham um membro da família utilizando drogas ilícitas e 48% álcool. Muitas das futuras avós foram mães na adolescência e tinham 6,4 anos de escolaridade. Os companheiros das gestantes são, em sua maioria, adolescentes e jovens até 24 anos. A menarca ocorreu aos 11,5 anos e a primeira relação sexual aos 13,6 anos e 40% planejaram a gravidez. Todas aderiram ao pré-natal e 90% têm uma gravidez de médio risco. Identificou-se a necessidade de intervenção intersectorial, além dos serviços de saúde. Os enfermeiros devem contribuir com a assistência individual e coletiva, incluindo a família. É necessário trabalhar a humanização e realizar as ações de orientação sexual, estimular a permanência na escola e a participação social dos adolescentes. Outras intervenções importantes são a promoção de saúde, a assistência e a orientação dos cuidados com os recém-nascidos, o aleitamento materno, o planejamento familiar com a inclusão do companheiro nesse processo.

Palavras-chave: GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA; PRÉ-NATAL; SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA.

ABSTRACT Teenage pregnancy is a complex situation that can increase maternal and child morbidity and mortality and cause school abandonment. The aim of this study was to characterize the profile of pregnant adolescents in Piracicaba. This is a descriptive study with qualitative and quantitative data, interviews with 60 adolescents between 12 and 16 years. It was identified that 70% of them studied, 80% were from low-income families, 30% had a family member addicted to illicit drugs and 48% had an alcoholic person in their families. Most future grandparents had children during their adolescence, and had studied for an average of 6.4 years. Most of the pregnant girls' companions were up to 24 years old. Menarche occurred at 11.5 years and their first sexual intercourse at 13.6 years and 40% planned pregnancy. All joined the prenatal care and 90% of them have a medium risk pregnancy. The need for intersectoral action, in addition to health services was identified. Nurses must contribute to individual and collective care including family. It is necessary to work humanization and perform the actions of sexual orientation, encourage the adolescents to stay in school and to have social participation. Other important interventions are health promotion, assistance and guidance of care to the newborn, breastfeeding, family planning with the inclusion of the companion in this process.

Keywords: PREGNANCY IN ADOLESCENCE; PRENATAL CARE; SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH.

ANGELA MARCIA FOSSA
Enfermeira. Mestre, Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Metodista de Piracicaba

TALITA INGRID DA SILVA
Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Metodista de Piracicaba.

TAMIRES SALLES DE OLIVEIRA
Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Metodista de Piracicaba

MARIA CRISTINA PAULI DA ROCHA
Enfermeira. Mestre, Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Metodista de Piracicaba

TEREZA MITSUE HORIBE
ENFERMEIRA. MESTRE, DOCENTE E COORDENADORA DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA

INTRODUÇÃO

O conceito de adolescência aparece no final do século XVIII e passa a ser difundido principalmente no século XX.¹ A adolescência é um fenômeno contemporâneo estabelecido pela sociedade para postergar a entrada do adolescente *no mundo adulto, principalmente nos temas como amor, sexo e trabalho*.²

A adolescência como uma construção social é um momento rico na vida.³ Período em que ocorre a estruturação do código de valores e é marcado por vulnerabilidades.

No passado, em alguns contextos sociais e em algumas culturas, a gestação no início do período reprodutivo era encarada como normal e até mesmo desejável.⁴

A partir da década de 90, a gestação na adolescência passou a ter destaque, sendo considerada como um problema de saúde pública.⁴

No mundo, cerca de 10% dos recém-nascidos são filhos de mulheres com menos de 20 anos e mais de 90% desses nascimentos ocorrem nos países em desenvolvimento, com variação de 8% no leste da Ásia até 55% na África.⁵

No que se refere à dimensão numérica, no Brasil, no período de 2000 a 2004, a proporção média de nascidos vivos de mães com idades entre 15 a 19 anos era de 21,4%, o que correspondia ao terceiro lugar em termos de frequência. De cada quatro nascimentos, um dos recém-nascidos era de uma mãe adolescente.⁶

A gravidez na adolescência é um fenômeno mundial, com particularidades nos países em desenvolvimento, em que está relacionada à pobreza e exclusão.^{7,8} Esse fenômeno ganhou maior visibilidade com

a redução da fecundidade, com o aumento da escolaridade e a participação da mulher no mercado de trabalho, portanto, com mudanças culturais, passando a ser estudado por sociólogos, antropólogos e educadores.⁹

É conhecido que há maior vulnerabilidade da gestante adolescente e seu conceito com riscos de prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade materna e infantil.^{10,11}

Porém, os estudos têm apontado que a idade é mais do que uma variável biológica, pode revelar uma condição social na análise das repercussões da gravidez na adolescência.¹² A maternidade em idade precoce provoca um impacto negativo sobre a família e a sociedade. Os riscos relacionados à saúde, às condições financeiras e emocionais, à continuidade dos estudos e às dificuldades de acesso ao trabalho são fatores de destaque.¹³

A gravidez na adolescência é considerada alta no contexto de desenvolvimento brasileiro, observando-se um viés relacionado à renda, raça/cor e escolaridade.¹⁴ A vulnerabilidade de ser mãe até os 14 anos é 60% maior entre as pessoas negras, e de famílias de baixa renda, que por sua vez chegam mais tarde aos serviços de saúde e têm menor número de consultas de pré-natal.¹⁴

Apesar dos dados DATASUS apontarem que o número de partos entre as adolescentes atendidas pelo SUS teve uma redução de 22% na segunda metade da década de 90 e de 34,6% no período de 2000 e 2009, o número de adolescentes que engravidam é elevado.¹⁵

Em Piracicaba, também ocorreu uma redução significativa de gravidez na adolescência no período de 2000 a 2013. Segundo dados do IPPLAP,¹⁶ a redução em 2013 em números absolutos foi 349 partos quando comparados com 2000; e em termos

percentuais de 29%. Esses números têm apresentado tendência de aumento e em 2014, 766 adolescentes entre 10 e 19 anos foram mães.¹⁶

Esta pesquisa teve como hipótese identificar se a gravidez nos primeiros anos da adolescência, no município de Piracicaba, apresenta características semelhantes às descritas em estudos realizados em outros Estados e municípios. O objetivo do estudo é *caracterizar o perfil de adolescentes grávidas entre 12 a 16 anos, através de dados: sociodemográficos; de saúde sexual e reprodutiva, de captação e adesão ao pré-natal além de identificar o risco para óbito materno e neonatal e caracterizar a rede de apoio à adolescente grávida segundo os sujeitos.*

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com dados quali quantitativos, realizado em Piracicaba-São Paulo. O projeto foi aprovado pelo conselho de ética em pesquisa da UNIMEP, por meio do parecer 24/12 e autorizado pela instituição.

Os sujeitos do estudo foram adolescentes grávidas atendidas em um ambulatório de saúde sexual e reprodutiva. O ambulatório atende em média a 200 gestantes adolescentes por ano. A amostra por conveniência foi de 60 participantes.

O recrutamento ocorreu a partir do contato com as grávidas que aguardam consulta de pré-natal. Não houve recusa em participar do estudo. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com um questionário elaborado pelos autores com dados sociodemográficos, caracterização

da família e do companheiro, escolaridade, vida sexual e reprodutiva e gravidez. Para identificar o início do pré-natal, avaliar risco gestacional, situação vacinal, a realização dos exames laboratoriais e a adesão ao pré-natal foram utilizados registros do cartão da gestante.

As entrevistas foram realizadas, em 2013, em um ambiente reservado garantindo a privacidade das adolescentes. Os dados quantitativos foram digitados no EXCEL, e transferidos para o programa EPI-INFO 2008 para cálculo de frequência simples. Os dados qualitativos foram digitados na íntegra e analisados buscando semelhanças e apresentados através de descrição das falas (discursos) das adolescentes.

RESULTADOS

As adolescentes tinham em média 15,4 anos; 46,7% eram brancas e 55% evangélicas. A maioria era solteira e não tinha trabalho remunerado. Veja tabela 1.

A renda familiar era desconhecida por 30% das adolescentes e, das que souberam referir a renda, 80% das famílias viviam com até dois salários mínimos, 41,7% tinham parte de renda originada do Programa Bolsa Família; e 90% dependiam financeiramente de familiar ou companheiro.

Em relação à escolaridade, a média é 8,7 anos de estudo, 12,1% não completaram o ensino fundamental e 30% estavam fora da escola. Entre os motivos para a interrupção dos estudos estão: desinteresse pela escola, gravidez, dificuldades de aprendizado e faltas, entre outros.

Tabela 1 – Distribuição das adolescentes segundo características sociodemográficas. Piracicaba, 2013 (n=60).

Características	Frequência	Porcentagem
Idade		
13 anos	01	1,7%
14 anos	05	8,3%
15 anos	26	43,3%
16 anos	28	46,7%
Cor de pele		
Branca	28	46,7%
Parda	25	41,7%
Preta	07	11,7%
Religião		
Católica	25	36,7%
Evangélica	33	55%
Sem religião	05	8,3%
Trabalho		
Trabalha	13	21,6%
Não trabalha	47	79,4%
Situação conjugal		
Casada	3	5%
Solteira	38	63,3%
União estável	19	31,6%
Total	60	100%

“Parei em 2011, no primeiro colegial, por preguiça. Não gostava de estudar” (16 anos, oito anos de escolaridade).

“Ah, escola não tem graça para mim, é muito chato (14 anos, escolaridade sete anos).

“Parei de estudar; por preguiça de ir na escola. Estava desde pequena, as mesmas caras de professores, peguei implicância (16 anos, escolaridade oito anos).

“Completei a 6ª. série em 2012, tinha dificuldades com matemática e inglês mais ou menos. Com a gestação bate uma preguiça. Me arrependi de parar de estudar, as vezes sinto falta” (15 anos, companheiro 26 anos, planejou a gestação).

“Gosto de estudar. Parei porque fugi com meu marido para (outro estado), porque sabia que a minha família não ia aceitar. Gostava de estudar e pretendo voltar quando o bebê tiver um ano. Não quero dividir, escola, casa e bebê” (15 anos, companheiro 19 anos, 2ª. gestação planejada).

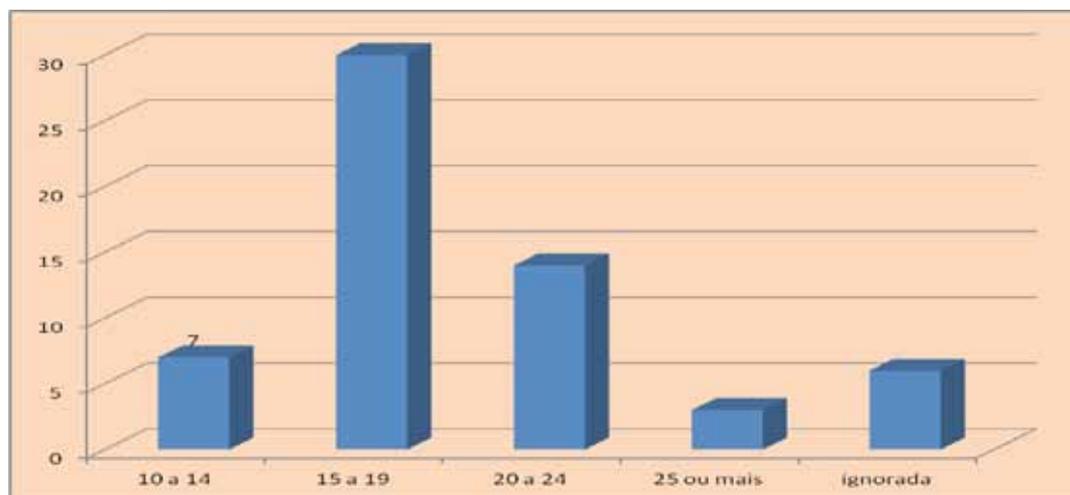
A experimentação de álcool foi comum à maioria, e 25% o fizeram antes dos 15 anos.

Quanto à família, as mães tinham idade entre 30 a 59 anos, com média de 39,3 anos (Figura 1) e várias delas tinham filhos pequenos e a maioria foi mãe na adolescência. Muitas trabalhavam como doméstica ou faxineira.

As futuras avós têm em média 6,4 anos de escolaridade, e 63,6% não concluíram o ensino fundamental. As adolescentes têm em média dois anos a mais de escolaridade que as suas mães.

A idade do pai era conhecida por 66,6% das adolescentes, e a média é de 44 anos (30% têm até 39). Foram pais até 19 anos 13,3% e 25% entre 20 e 24 anos. Entre as profissões, predomina as relacionadas com a construção civil (pedreiro e servente), seguidas de motorista, motoboy e operário. O número de irmãos das adolescentes foi de quatro em média.

Figura 1. – Distribuição das mães das adolescentes segundo a idade em que tiveram o primeiro filho. Piracicaba, 2013.



O uso de drogas ilícitas na família foi referido por 30%, e o uso de bebida alcoólica por 48,3%. Alguns dos relatos:

“Meu pai usa muita droga, é ‘noia’, parece esqueleto vivo. Está preso porque roubou no Jardim Tóquio para fumar. Toma álcool puro e o que aparece” (14 anos, gestação não planejada, companheiro 25 anos).

“Meu pai é usuário (de drogas), meu irmão de 17 anos também de maconha e cocaína”. Mora em casa e não estuda. Meus pais são separados desde que eu tinha um ano, voltaram e separam quando eu tinha cinco anos, ele pagou pensão dois meses” (...) “Acho que meu namorado fuma maconha” (15 anos, 8ª. série, mora com o companheiro, voltou a estudar em 2013).

“Meu pai abusava do álcool, perdeu um rim, esta fazendo hemodiálise por causa da bebida, perdeu um braço em um acidente de trabalho há dois ou três anos. Meu irmão de 23 anos usa droga, de tudo e bebe. Já foi internado, parou (...) neste sábado recaiu. Estava gordo, tinha melhorado. A minha mãe não acredita mais em recuperação e colocou-o para fora de casa, porque mexia nas coisas” (15 anos, fora da escola, mora com o companheiro).

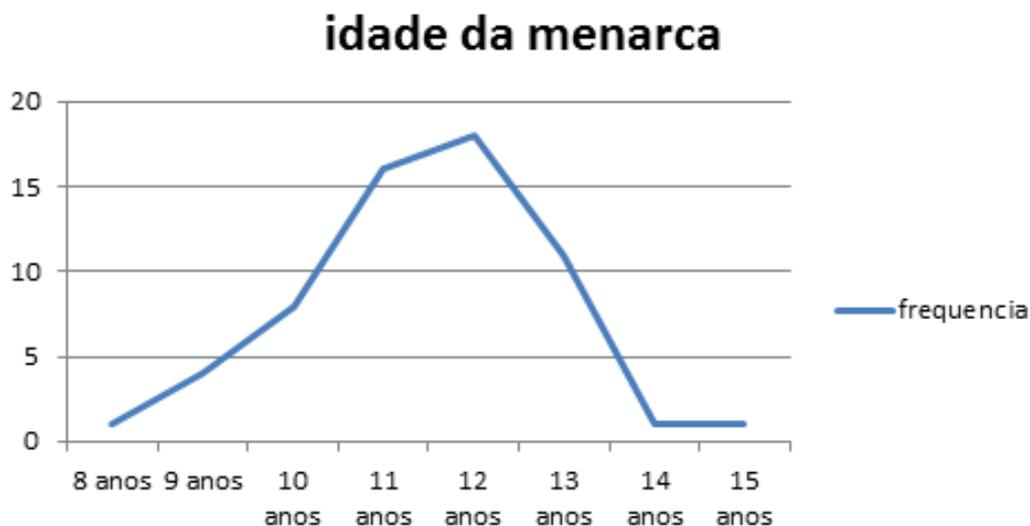
Os companheiros são, em sua maioria, adolescentes e jovens, sendo a média de idade de 20,9 anos. São adolescentes 45% e jovens 31%. Os companheiros estudaram em média nove anos. A maioria trabalha e 21,6% têm outro filho.

A idade da menarca variou de 9 a 15 anos, com média de 11,5 anos (Figura 2). A primeira relação sexual variou de 11 a 15 anos e foi em média aos 13,6 anos (com desvio padrão- DP = 1,1). Até 14 anos, 68,3% das adolescentes tinham iniciado a vida sexual.

Em relação ao comportamento sexual, 60% não desejavam engravidar, porém não faziam uso de método contraceptivo, revelando o pensamento mágico, que a gravidez iria ocorrer quando ela quisesse. Identificou-se que em algumas situações prevaleceu o desejo do companheiro.

“Eu não queria engravidar, mas ele queria” (13 anos, companheiro 19 anos; usou uma vez anti-concepcional injetável).

Figura 2. Distribuição das adolescentes, segundo idade da menarca.



“Eu queria engravidar mais tarde” (16 anos, companheiro 26 anos; relações sexuais há dois anos, nunca utilizou anticoncepcional).

“Eu não pensava no assunto, queria engravidar mais tarde (14 anos, companheiro 20 anos; relações sexuais há dois anos, nunca utilizou método A 23).

“Eu queria engravidar mais tarde” (adolescente 16 anos, companheiro de 19 anos, relacionando sexualmente há um ano, nunca usou contraceptivo).

“Ele queria, por isso engravidei. Eu queria mais para a frente, mas não usei métodos, já brigamos de bater” (15 anos, companheiro 25 anos, A5).

“Eu queria engravidar mais tarde, usei pílula e acho que tomei errado (15 anos, companheiro 18 anos).

Informaram conhecer os métodos contraceptivos 71,7%, porém a maioria desconhecia o seu mecanismo de ação.

“Eu estava tentando engravidar. Estava querendo há mais de um ano, nunca usei nenhum método” (16 anos, companheiro de 17 anos).

“Arrependi de engravidar. Evitaria, Ah!!! Tem que ter mais cuidado, não sabia que tinha que ter tanto cuidado” (15 anos, 8ª. série).

“Engravidei e em março tive um aborto (espontâneo), três dias depois voltei a ter relação, queria engravidar, desta vez com meu antigo namorado. Ficamos felizes. Nós estávamos planejando” (16 anos, companheiro 19 anos).

Quanto às mudanças trazidas pela gestação no seu dia a dia as mais frequentes foram ao lazer, à alimentação e à responsabilidade.

“A gestação mudou um pouco. Acho que não vai dar para estudar e também não quero muito. Antes era descabeçada, ia para balada, usava droga, agora estou tranquila, não saio e não sinto falta” (16 anos, 2ª. gestação).

“Mudou, porque eu poderia estar trabalhando. Queria fazer guarda mirim. Fico pensando em como vou fazer para voltar para estudar. E o fato de ter mudado de bairro. Fico mais em casa (15 anos, 1º. ano do EM, de licença médica).

“Mudou, minha família me trata melhor, com respeito” (15 anos, gestação desejada).

“Trouxe mais maturidade e responsabilidade. Deixei de sair, ir para o baile *funk* no Esplanada” (15 anos, 8ª. série).

“Mudou muito a rotina, tudo, uma nova vida, ah! Eu saí de casa, não tenho mais meus pais é ‘foda’. Nos primeiros meses é difícil depois acostumo” (16 anos, 3º. EM, desejava engravidar mais tarde).

“Mudou, não comia direito, agora estou comendo. Saía bastante, agora não saio mais, e fico com muito sono. Agora penso diferente também, agora falo o que penso quando não gosto de alguma coisa, era muito quietinha. Quando preciso de alguma coisa, ele arruma dinheiro (14 anos, gestação não planejada, comp. 25 anos).

“Mais maturidade, mais responsabilidade, parei de sair, ia muito para baile funk” (15 anos, pai do bebê 18 anos).

“Antes era descabeçada, ia muito em balada, usava muita droga, agora tô (estou) mais tranquila, não saio mais e não sinto falta” (16 anos, companheiro 17 anos – ligado ao tráfico).

“Parei de ir aos shows, ia muito com a minha mãe, mais comecei a namorar agora. A gravidez dá muita dor e preguiça. Sinto muita fome, espero que fique só assim, que não piore” (15 anos, companheiro violento, 17 anos).

As mães aparecem em primeiro lugar como rede de apoio durante a gestação, seguida da família e do companheiro. As adolescentes relataram a expectativa com a reação dos pais, a mistura de medo, insegurança, dúvidas e alegria. As reações da família à gestação foram variadas, e classificadas como favoráveis, desfavoráveis e neutras.

“Tinha largado há uma semana e já suspeitava. A minha avó não queria que ficássemos juntos. Minha amiga comprou o teste de gravidez, contei primeiro para minha avó e depois para ele” (15 anos, 1º. ano do Ensino médio).

“Foi difícil contar. Fui eu e minha amiga. A mãe da minha amiga contou para minha mãe. Ela

chorou porque achou que eu não confiava mais nela. Meu pai ficou bravo na hora, mas depois passa” (15 anos, não planejou gestação).

“Eu descobri (a gravidez) depois de dois meses. Fiquei preocupada, desesperada com medo da minha mãe. Contei primeiro para a minha irmã que foi comigo fazer o teste de farmácia. Aí minha irmã contou, ela ligou para ela, porque ela já é amigada. Quando encontrei minha mãe, ela começou a falar um monte, a falar mal e agora esta louca para ela chegar” (16 anos, gestação não planejada).

“Descobri na igreja. A pastora revelou que tinha uma criança e fiz o teste (gravidez). A minha mãe estava junta e falou que desconfiava, pois eu só chupava limão e dormia” (15 anos, companheiro de 27 anos).

A gravidez na adolescência, segundo relato das adolescentes, é recebida como um evento “esperado” para a maioria das famílias, ou motivo de surpresa para outros.

“A minha avó ficou normal, disse que isso aconteceu. É o primeiro bisneto. E meu pai ficou bravo e estressado. E agora já se conformou. A minha mãe ainda não sabe, ela mora em São Paulo” (15 anos, planejou gestação).

“Bem, minha mãe ficou sabendo antes porque foi buscar o resultado do exame. Eu queria falar antes para meu marido. Meu pai ficou mais alegre que minha mãe” (16 anos, companheiro de 17 anos).

“Ah, normal. Disseram: você vai cuidar. Estavam muito assustados” (16 anos, parou de estudar no 1º. ano do Ensino Médio).

A reação dos companheiros à notícia da gestação também é diversa. Na maioria dos casos, a gravidez foi bem recebida e constituiu motivo de felicidade:

“Ele gostou, chegou fazer exame para saber se era estéril, uma semana antes de sair o resultado ele ficou sabendo que eu estava grávida” (15 anos, companheiro 27 anos).

“Ele ficou feliz. Não falou nada. Vindo com saúde que é que importa” (15 anos, estava tentando engravidar, companheiro de 19 anos).

“Ele sempre quis, ficou feliz, mas preocupado com o futuro” (15 anos, 1º. ano do Ensino Médio, companheiro de 19 anos).

“Ele ficou feliz. A família (dele) não ficou muito feliz. Achem que ele é muito novo. Agora esta mais sossegada” (...) a gravidez não mudou para ele. Pensava que ele ia ajudar mais, sei lá financeiramente. A gravidez não mudou para ele. Embora fale que sim, dá para ver que não” (15 anos, estava tentando engravidar, companheiro de 18 anos).

“Foi bom, ele estava querendo um filho” (16 anos, já estava tentando engravidar, companheiro 26 anos).

“Descobri depois que vim para cá (morar em Piracicaba). Comecei a ter enjoo e minha mãe levou no médico e ele falou. Conte pelo telefone. Ele achou que era mentira, depois que mudei não encontrei ele. Ele deu risada. Ele pensava em ter um bebê” (15 anos, pai do bebê 17 anos, morando em outro município).

Em outros relatos aparecem reações negativas e esta situação provoca para a adolescente um intenso sofrimento.

“Na hora ele ficou em estado de choque. Parecia que não queria. Ficou triste, não sabia se chorava ou dava risada” (15 anos, gravidez não planejada, companheiro 22 anos).

“Nossa, ele ficou meio assustado, até cair a ficha, né? Apoia, dá tudo que eu preciso” (15 anos, gravidez não planejada, companheiro de 20 anos).

“Moramos juntos há dois meses e já estávamos separados. Tinha voltado para casa dos meus pais. E a irmã dele contou para ele, porque ele está longe daqui, está preso. Tinha separado dele fazia duas semanas, por ciúmes, ele era muito ciumento. Ele escreveu, mas eu não aceitei a carta, acho que ele está preso em Araras” (15 anos, fora da escola).

“Não namorava ele, éramos colegas, fiquei e engravidei. Ele me ajuda, é bem responsável. Vai até

a minha casa, conversa, pergunta o que eu quero, o que eu preciso, arruma dinheiro, sabia que o filho era dele, eu tinha bebido muito, nem pedi para usar camisinha” (14 anos, pai do bebê 18).

“(…) Namoro há três meses. Pensava que era dele, aí depois da briga falei que não era dele. Ele só quis saber quem é o pai... a família dele sabe, só ele que não conhece. Estou com ele só porque estou carente. Agora só ele que quer namorar comigo, nunca usei nenhum método (anticoncepcional)” (14 anos, pai do bebê 19 anos, companheiro de 17 anos).

“Ficou assustado. Ele não assumiu, pediu para eu tirar e daí brigou. Posso contar com os meus pais” (16 anos, gravidez não planejada, pai do bebê 20 anos).

As adolescentes iniciam o pré-natal com gestação avançada, muitas vezes pela dificuldade de contar para a família. Neste estudo, identificamos que a captação ocorreu entre sete e 29 semanas de idade gestacional.

A maioria (90%) tem uma gestação de médio risco. O risco foi caracterizado pela idade, escolaridade, renda familiar e em parte devido à gestação não planejada. As adolescentes classificadas como de alto risco têm como agravante a situação social, a vulnerabilidade em relação à rede de apoio e a presença de doença sexualmente transmissível. Não foram identificados problemas de saúde como hipertensão, diabetes e cardiopatias, como agravantes.

Todas as adolescentes fizeram os exames laboratoriais de rotina do pré-natal, tinham situação vacinal atualizada e tiveram média de nove consultas (variando de cinco a 14).

DISCUSSÃO

A caracterização do perfil sociodemográfico permite identificar que as adolescentes grávidas entre 12 e 16 anos vivem

num contexto social de exclusão. Tiveram a menarca aos 11 anos em média e iniciaram sexualmente aos 13,6 anos. Essa situação foi identificada pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006,¹⁷ mostrando que a iniciação sexual tem forte ascensão aos 12 anos, com pico aos 16 anos e redução até os 18 anos. A atividade sexual é desprotegida e não planejada, algumas vezes cedendo às pressões do companheiro que deseja ter um filho.^{5,7}

Identificamos no relato das adolescentes a complexidade da gravidez na adolescência. Seus companheiros, em sua maioria, são adolescentes ou jovens.¹⁸ A evasão escolar é significativa. A maioria é de baixa renda, sem participação em grupos na comunidade ou escola, desconhecem o funcionamento dos métodos contraceptivos ou não se apropriam desse conhecimento em benefício próprio.¹⁹

Ao não utilizarem métodos contraceptivos, demonstram que as mudanças de comportamento não estão atreladas ao conhecimento, acesso aos métodos^{10,20} e melhora da escolaridade (em média dois anos a mais comparada a dos pais) parece não ter influência, na adesão aos contraceptivos.

A evasão escolar e o consumo precoce de álcool aproximam dos dados relatados por outros autores,^{21,22} e a experimentação de bebidas é semelhante aos dados disponibilizados no Brasil, que apontam início do consumo de álcool com média de 13,9 anos, não havendo diferença entre sexos.¹³

Em relação às famílias, a gestação na adolescência tem influência geracional e a possibilidade de repetir padrões familiares para gestações futuras. “Adolescentes que iniciam a vida sexual precocemente e engravidam, na maioria das vezes, têm o histórico dos pais.”²⁴

Os relatos apontam que a família reage com certa naturalidade à notícia da gestação.

No Brasil, há uma naturalização da maternidade e um estranhamento da paternidade, normalmente quando se trata de questões como tutela, cuidado e educação,⁹ o que pode em parte justificar esse distanciamento e desconhecimento, pelas adolescentes, dos dados referentes à idade, escolaridade e profissão dos pais.

Os conflitos familiares estão presentes e relacionam-se com o abuso de álcool e drogas, violência, separação dos pais e mães que foram adolescentes grávidas.⁵ Porém, a grande maioria das famílias ofereceu algum tipo de suporte para as adolescentes, que inclui acomodação das solteiras; seja da família de origem ou agora a ampliada, seja por meio de ajuda financeira para as despesas com o enxoval do bebê.⁹

As adolescentes grávidas iniciaram tardiamente o acompanhamento de pré-natal e, em sua maioria, estão reproduzindo a história das suas mães, que também tiveram filhos em média aos 17 anos. Os relatos permitem supor que muitos relacionamentos com os pais dos bebês são frágeis e podem levar à ausência do mesmo, outra situação comum a 36% das adolescentes, que relataram não conviver com os seus pais.

A gravidez na adolescência pode representar para as adolescentes, de baixa renda e vítimas de violência, uma possibilidade “de um apoio social que elas nunca receberam, estando inclusive associada a características familiares, como a gravidez na adolescência da mãe e ao ambiente familiar de conflitos, violência e baixo suporte social”.²⁵

“O uso frequente de drogas ilícitas por familiar residente no domicílio é um fator

fortemente associado à gravidez na adolescência, independentemente dos demais.”²⁶

“A maternidade na adolescência no contexto da baixa renda envolve fatores muito complexos e requer um cuidado integral e integrado, centrado na pessoa e na família.”²⁰

Os companheiros, futuros pais, são, na sua maioria, adolescentes e jovens de até 24 anos. A paternidade insere o adolescente no mundo dos adultos e isso o enaltece, traz satisfação. Ser pai, para o jovem, pode ter o mesmo significado de ser homem.²⁷ Também ter um filho, muitas vezes, é um desejo masculino, porque o homem assume pouco do cuidado, deixando para as mulheres a maior parte da responsabilidade de educar.²⁸

A paternidade na adolescência é vivenciada de acordo com a cultura e geralmente está embasada em valores e sentimentos das famílias, traz mudanças significativas na vida do jovem e implicações para os serviços de saúde.¹⁸

Em relação ao risco, pode se observar que ele é mais social que biológico e não foi verificado aumento de prematuridade ou baixo peso ao nascer. A média de consultas no pré-natal foi de nove, o padrão mínimo recomendado pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde é de seis consultas.¹⁷

A notícia da gravidez geralmente foi comunicada à mãe e “as dificuldades de aceitação inicial são substituídas por maior aceitação e apoio, especialmente por parte da mãe”.²⁹ O apoio da família tem como “contrapartida a adoção de um novo modelo de comportamento por parte da adolescente, que deveria assumir definitivamente responsabilidades do mundo adulto, restringindo saídas noturnas e diversão”.²⁶ “As

implicações da parentalidade recorrente para o adolescente são inúmeras e, obviamente, os apoios familiares, psicológicos e sociais constituem-se em fatores protetores, minimizando as perdas e desvantagens.”³⁰

Apesar de algumas histórias de abandono materno, e a relação com as mães algumas vezes ser marcada por conflitos de convivência no dia a dia, ela é a principal fonte de apoio da adolescente grávida. Quando relataram dificuldades para falar sobre a gestação com os pais, aparece em especial a preocupação com a reação do pai.

O apoio familiar deve merecer atenção por parte dos profissionais de saúde, uma vez que a família “proporciona o suporte para que a adolescente dê continuidade a seus projetos de vida e, portanto, deve ser contemplada no plano assistencial da enfermagem”.³¹

No campo das ciências sociais, apesar da heterogeneidade de situações, a maternidade e paternidade juvenis têm sido cada vez mais entendidas como busca de reconhecimento e inserção sociais dos sujeitos.²³ A gravidez na adolescência aponta para a complexa realidade de adolescentes, envolvendo “aspectos ligados ao exercício da sexualidade e da vida reprodutiva, às condições materiais de vida e às múltiplas relações de desigualdade que constituem a vida social em nosso país”.¹⁷ Os dados podem contribuir para compreender a dimensão e o significado da gravidez na adolescência e suas implicações para a atenção integral nos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil sociodemográfico das gestantes adolescentes em Piracicaba revelou se-

melhanças com outros estudos, apontando para a exclusão social e a complexidade do fenômeno, e confirmando a hipótese inicial.

Foi significativo o número de adolescentes que planejaram a gravidez em condições tão adversas, assim como as que não desejavam a gestação e não utilizavam contraceptivos. Os relatos permitiram identificar que a gestação traz mudanças de comportamentos, fazendo que a adolescente assuma responsabilidades para desempenhar o papel social de mãe.

Na saúde, o programa de saúde da família é a estratégia para atender a esses adolescentes nos seus territórios, nos locais de convivência e na escola, estimulando sua participação ativa, discutindo projeto de vida e facilitando o acesso às informações e

aos métodos contraceptivos, contribuindo na prevenção das gestações não planejadas.

Conhecer as particularidades, e trabalhar a gestação na adolescência para além do biológico, com humanização e sem julgamentos deve ser uma prioridade dos serviços. Entre as ações necessárias estão à orientação sexual, o estímulo à permanência na escola e a participação social dos adolescentes.

O trabalho com adolescentes, companheiros e família deve incluir a promoção de saúde e a prevenção de gestações não planejadas, a atenção integral no pré-natal e estímulo à construção de vínculos com o recém-nascido, considerando que o perfil sócio-demográfico caracteriza esse segmento como um grupo vulnerável.

REFERÊNCIAS

1. Áries, P. História social da criança e da família. 1986. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara.
2. Calligaris, C. A adolescência. São Paulo: **Publifolha**, 2000 (Coleção Folha Explica).
3. Bock, AMB. Adolescência: uma construção social; um olhar crítico sobre o conceito em livros destinados a pais e professores. 2004. **Relatório de pesquisa de doutorado**, São Paulo.
4. Silva JLP e, Surita FGC. Gravidez na adolescência: situação atual. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [Internet]. 2012. Aug [cited 2015 May 22]; 34(8): 347-350. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-7203012000800001&Ing=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000800001>
5. Chalem, E.; Mitsuhiro, SS; Ferri, CP.; Barros, MCM; Guinsburg, R.;
6. Laranjeira, R. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública** [Internet]. 2007. Jan. [cited 2015 May 22]; 23(1): 177-186.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popuf.def>. Acessado em 10/02/2012.
8. Almeida MCC de. Gravidez na adolescência e escolaridade: um estudo em três capitais brasileiras. 2008; Tese de doutorado, Universidade Federal da Bahia. **Instituto de saúde coletiva**, 2008.
9. Herrman JW. Repeat pregnancy in adolescence: intentions and decision making. **MCN Am J Matern Child Nurs.** 2007; 32(2): 89-94.
10. UNICEF. **O direito de ser adolescente**: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades/Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasília, DF: UNICEF, 2011.
11. Martins EF, Velásquez-Meléndez G. Determinantes da mortalidade neonatal a partir de uma coorte de nascidos vivos, Montes Claros, Minas Gerais, 1997-1999. **Rev. Bras. Saúde Matern Infant.** 2004; 4:405-12.

12. Nader PCR, Cosme LA. Parto prematuro de adolescentes: influência de fatores sociodemográficos e reprodutivos, Espírito Santo, 2007. **Esc. Anna Nery** [Internet]. 2010. June [cited 2015. Apr. 15]; 14(2): 338-345. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?>
13. Surita FGC, Suarez MBB, Siani S., Pinto e Silva JL. Factors associated with low birth weight among adolescents in the Brazil Southeast Region. **Rev. Bras. Ginecol Obstet.** 2011; 33(10): 286-91.
14. Hoga, L.; Borges, A.; Alvarez, R. (2009). Gravidez na adolescência: valores e reações dos membros da família. **Acta Paulista de Enfermagem**, 22(6), 779-785.
15. Brasil Ministério da Saúde (BR). 2008. Pesquisa nacional de demografia e saúde. Brasília (DF).
16. Brasil. DATASUS. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.datasus.com.br>. Acessado em: 05/12/2012. http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11137.
17. Piracicaba. IPLLAP. Nascidos vivos segundo faixa etária da mãe de 2000 a 2014. Acessado em 30 de abr. de 2015. Disponível em <http://www.ipplap.com.br/docs/Nascidos%20Vivos%20Segundo%20Faixa%20Etaria%20da%20Mae%20-%202000%20a%202014.pdf>
18. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2010. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.
19. Carraro, TE et al. Conhecimento acerca da família do pai adolescente observado por meio do genograma. **Texto contexto**, Florianópolis, v. 20, n. spe, 2011. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid. Acessado em 7 ago. 2013.
20. Belo MAV, Silva JLP. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Rev. Saúde Pública** [Internet]. 2004. Aug. [cited 2015 May 02]; 38(4): 479-487. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000400001&lng=en. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000400001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000400001>
21. Hoga Luiza Akiko Komura. Maternidade na adolescência em uma comunidade de baixa renda: experiências reveladas pela história oral. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. 2008. Apr [cited 2015. May 02]; 16(2): 280-286.
22. Laranjeira, R. et al. I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, v. 70, 2007. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf >. Acessado em 18 de julho de 2013.
23. Vieira DL, Ribeiro M., Romano M., Laranjeira RR. Álcool e adolescentes: estudo para implementar políticas municipais. **Rev. Saúde Pública** [Internet]. 2007 June [cited 2015. May 02]; 41(3): 396-403.
24. Dias AB, Aquino EML. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública** [Internet]. 2006. July [cited 2015. Mar 16]; 22(7): 1447-1458. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php>
25. Hoga, L. A. K.; Borges, A. L. V.; Chaves Alvarez, R. E. Gravidez na adolescência: valores e reações dos membros da família. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 22, n. 6, dec. 2009. Available from <<http://www.scielo.br/scielo.php?script>. Acessado em 09 ago. 2013.
26. Pereira, P. K. et al. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 37, n. 5, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>. Acessado em 10 fev. 2013.

27. Caputo VG, Bordin IA. Gravidez na adolescência e uso freqüente de álcool e drogas no contexto familiar. **Rev. Saúde Pública** [Internet]. 2008. June [cited 2015, abr. 10]; 42(3): 402-410. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000300003>.
28. Almeida AFF, Hardy E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. **Rev. Saúde Pública** [Internet]. 2007, ago. [cited 2015. May 02]; 41(4): 565-572. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000400010>.
29. Reis A. O. A.; Oliveira-Monteiro, N. R. Sexualidade e procriação na ótica de jovens de periferias sociais e urbanas. **Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano**, v. 17, n. 2, p. 54-63, 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rbcdh/v17n2> acessado em 10 de agosto de 2013.
30. Witter, G. P.; Guimaraes, E. A. Percepções de adolescentes grávidas em relação a seus familiares e parceiros. **Psicologia ciência e profissão**, Brasília, v. 28, n. 3, 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid acessado em 09 ago. 2013.
31. Carvalho GM de, Merighi AB, Jesus MCP de. Recorrência da parentalidade na adolescência na perspectiva dos sujeitos envolvidos. **Texto contexto – enferm.** [Internet]. 2009. Mar. [cited 2015. May 02]; 18(1): 17-24. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000100002>
32. Andrade Paula Rosenberg de; Ribeiro Circéa Amalia; Ohara Conceição Vieira da Silva. Maternidade na adolescência: sonho realizado e expectativas quanto ao futuro. **Rev. Gaúcha Enferm.** (On-line). [Internet]. 2009. Dec. [cited 2015. May 02]; 30(4): 662-668. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472009000400012&lng=en