

Perfil de adolescentes grávidas de uma unidade de atenção primária à saúde do município de Patos de Minas-MG

Profile of pregnant adolescents from a primary health care unit in the city of Patos de Minas-MG



Amanda Cristina Caixeta

Discente do 10º período de Fisioterapia pelo Centro Universitário de Patos de Minas.
e-mail: amanda-cris-1102@hotmail.com

Natália de Fátima Gonçalves Amâncio

Docente do Centro Universitário de Patos de Minas. Doutora em Promoção da Saúde pela Universidade de Franca. e-mail: nataliafga@unipam.edu.br

RESUMO: Introdução: A gravidez na adolescência gera alto impacto individual e social, sendo um período de várias complicações biopsicossociais. Objetivo: Caracterizar o perfil biopsicossocial de adolescentes grávidas de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Patos de Minas-MG. Material e métodos: Trata-se de um estudo com pesquisa de campo, com abordagem quali-quantitativa, em que se aplicou roteiro de entrevista em adolescentes grávidas. Resultados: A média de idade das adolescentes foi 17 anos, média de idade ao perder a virgindade foi 14 anos e a média de idade da primeira consulta ao ginecologista foi 14 anos. Cerca de 84,61% das entrevistadas relataram ter recebido orientações sexuais. Discussão: Ser adolescente e mãe cria situações conturbadas, quando são necessários maiores esforços para enfrentar os obstáculos da gravidez precoce. Conclusão: O domínio das dimensões biopsicossociais das adolescentes pelos profissionais da saúde deve ser o primeiro passo antes da elaboração de estratégias de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Educação sexual. Gravidez na adolescência.

ABSTRACT: Introduction: Adolescence pregnancy generates high individual and social impact, being a period of several biopsychosocial complications. Objective: To characterize the biopsychosocial profile of pregnant adolescents from a Primary Health Care Unit (UAPS) in the municipality of Patos de Minas-MG. Material and methods: This is a field-based study, with a qualitative-quantitative approach, in which an interview script was applied to pregnant adolescents. Results: The average age of the adolescents was 17 years, average age when losing their virginity was 14 years and the average age of the first consultation with the gynecologist was 14 years. About 84.61% of respondents reported receiving sexual orientation. Discussion: Being adolescent and mother creates troubled situ-

ations, where greater efforts are needed to face the obstacles of early pregnancy. Conclusion: The domain of biopsychosocial dimensions of adolescents by health professionals should be the first step before the development of health strategies.

KEYWORDS: Primary Health care. Sex education. Pregnancy in adolescence.

1. INTRODUÇÃO

A adolescência é um período da vida em que ocorre sucessivas transformações dos 10 aos 19 anos de idade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1965). É uma fase de desenvolvimento do ser humano com numerosas características próprias e com várias transformações no âmbito biopsicossocial (AQUINO *et al.*, 2015). Dentre as transformações, podemos identificar as físicas e mentais, bem como a descoberta da sexualidade nessa faixa etária (PEREIRA; ROMÃO; VITALLE, 2014).

A primeira relação sexual entre adolescentes vem apresentando um decréscimo em relação à idade, e no Brasil, as garotas iniciam a atividade sexual próximo aos 15 anos e os garotos aos 14 anos de idade (BORGES; SCHOR, 2005). Porém, a prática sexual entre adolescentes vem desmontando inquietação entre os profissionais da saúde e os familiares devido às consequências desencadeadas (CANO; FERRIANI; GOMES, 2000).

É reconhecida atualmente uma série de complicações desencadeadas diante dessa prática sexual, como uma gravidez precoce e indesejada, que gera um alto impacto individual e social na vida das adolescentes (SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENLAÇANDO SEXUALIDADES, 2011), pois, ao iniciar esta prática sexual, é incomum a utilização de métodos contraceptivos por estes adolescentes (BORGES; SCHOR, 2005). A junção dos conhecimentos sobre os métodos contraceptivos e a prática sexual segura é considerada ineficaz entre adolescentes, podendo gerar também a transmissão de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) (YAZLLE, 2006).

No Brasil, o número de nascidos vivos de mães adolescentes com idade entre 10 e 19 anos equivale a cerca de 562.608. Destes, 28.244 são nascidos vivos de mães com idade de 10 aos 14 anos e 534.364, de mães com idade de 15 a 19 anos (BRASIL, 2014). Como a gravidez na adolescência tem tomando proporções cada vez maiores no Brasil, maiores são as consequências que podem gerar nos filhos de mães adolescentes, nos familiares e na própria adolescente grávida (RIOS; WILLIAMS; AIELLO, 2007).

A atuação fisioterapêutica no contexto da atenção primária enfatiza atenção individual e coletiva, tanto em nível preventivo quanto reabilitador, tendo como público-alvo os adolescentes (FONSECA *et al.*, 2016). Com isto, é de extrema importância que o profissional fisioterapeuta, atuando neste nível de atenção à saúde, promova educação sexual frente aos adolescentes, a fim de diminuir o número de gravidez nesta faixa etária (DAVID *et al.*, 2013).

Assim, diante de um perfil desfavorável das adolescentes grávidas, como início tardio, menor acompanhamento pré-natal, prematuridade de filhos de mães adolescentes, abandono de estudos e maiores casos de depressão e ansiedade, o objetivo deste estudo foi identificar aspectos sobre a educação sexual e as características do perfil clínico, demográfico e biopsicossocial de adolescentes grávidas que se encontram cadastradas em uma UAPS de um município do interior de Minas Gerais-MG.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo com pesquisa de campo, com abordagem quali-quantitativa, realizado na UAPS Dr. Geraldo Resende Lima, no município de Patos de Minas-MG, no qual caracterizou-se o perfil biopsicossocial de 13 adolescentes grávidas, por meio de um roteiro de entrevista. Esse serviço de saúde pública oferece atenção primária à saúde por uma equipe multiprofissional composta por 3 médicos, 2 enfermeiros, 3 técnicos de enfermagem, 2 odontólogos, 3 auxiliares de odontologia e 12 agentes comunitários de saúde.

Os atendimentos são prestados às comunidades através de 3 Equipes de Saúde da Família (ESF), sendo elas: Equipe 18 (Bairros Nossa Senhora da Aparecida e Brasília), Equipe 19 (Bairro Santa Terezinha, São José Operário e Brasil) e Equipe 20 (Bairro Brasil, Santa Terezinha e Santa Luiza). Há ainda uma equipe de apoio, como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que atua em parceria com os profissionais desta unidade de saúde.

Este projeto teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM), de acordo com a Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde, sob parecer 1.984.331.

A coleta de dados foi realizada após orientações sobre o roteiro de entrevista e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do Termo de Assentimento, no dia da consulta pré-natal da adolescente na UAPS. Ao final da entrevista, a participante recebeu um folheto informativo, que foi formulado, impresso e distribuído para as adolescentes grávidas, contendo orientações sobre aleitamento materno, métodos contraceptivos, planejamento familiar e acompanhamento pré-natal.

O instrumento de coleta de dados foi elaborado pelos pesquisadores deste trabalho, o qual contém perguntas abertas e fechadas. Foi dividido em 3 categorias: a primeira consiste em perguntas sobre os aspectos ginecológicos e obstétricos das adolescentes grávidas; a segunda, sobre os aspectos socioeconômicos; e a terceira, sobre os aspectos psicológicos. Para coleta de dados referentes às questões abertas, foi utilizado um aplicativo de celular para gravação das respostas e posteriormente realizada a sua transcrição.

Foram incluídas adolescentes com idade entre 10 e 19 anos que estavam realizando acompanhamento pré-natal na UAPS mencionada. Foram excluídas as

participantes menores de idade, cujos responsáveis não autorizaram a participação, participantes maiores de idade que não assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, participantes que não responderam todas as questões propostas pelo instrumento de coleta de dados e aquelas que não pertencem à UAPS mencionada.

Para compreender o perfil quantitativo dessas adolescentes, os dados coletados foram inseridos no Microsoft Office Excel, onde foram verificadas as distribuições de frequência, médias, percentuais e desvio padrão (DP). Para análise dos dados qualitativos, foi realizada a técnica de análise categorial, sendo a análise temática a prática utilizada.

3. RESULTADOS

Foram entrevistadas 13 adolescentes grávidas cadastradas nesta UAPS no período de maio a julho de 2017. Outras 2 adolescentes menores de idade, foram excluídas do projeto pois não estavam acompanhadas do seu responsável legal. Cerca de 92,30% das adolescentes grávidas pertencem a equipe 18, 7,69% pertencem a equipe 19 e na equipe 20 não haviam adolescentes grávidas durante o período de coleta de dados.

Na Figura 1 temos a distribuição das participantes conforme a idade, e na Figura 2, a média de idade das adolescentes grávida ao iniciar atividade sexual, consulta ao médico ginecologista e idade do pai.

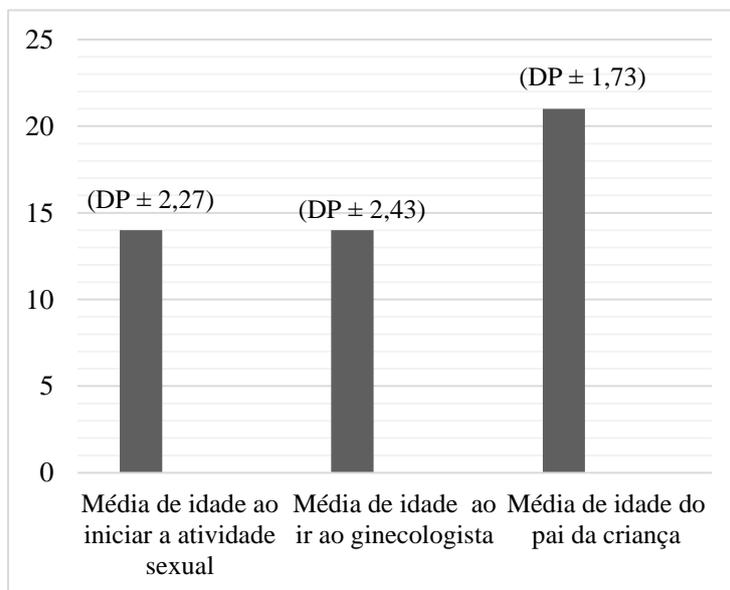


FIGURA 1. Distribuição das adolescentes grávidas, conforme idade.
Fonte: (CAIXETA, 2017).

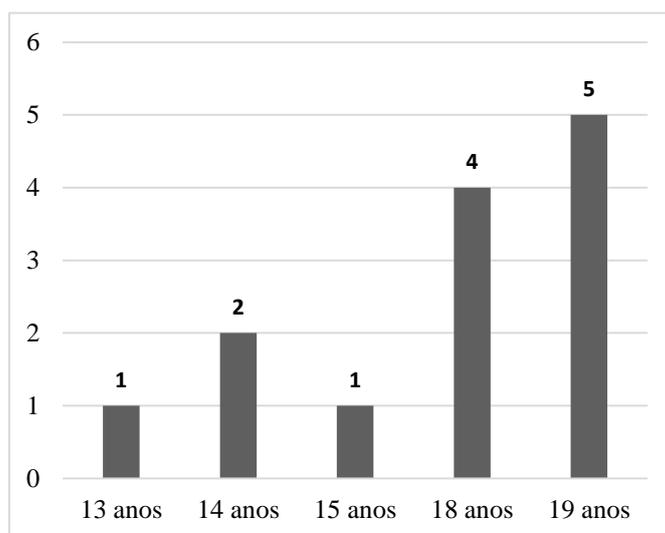


FIGURA 2. Média de idade das adolescentes grávida ao iniciar atividade sexual, consulta ao médico ginecologista e idade do pai Fonte: (CAIXETA, 2017).

Na Tabela 1, estão representados os resultados das participantes sobre os aspectos ginecológicos e obstétricos, segundo relatados pelas adolescentes grávidas.

TABELA 1. Aspectos ginecológicos e obstétricos das participantes da pesquisa

Categoria	Frequência (n)	Percentual (%)
Existência de outro filho		
Sim	2	15,38%
Não	11	84,61%
Gravidez planejada		
Sim	6	46,15%
Não	7	53,84%
Uso de anticoncepcional		
Sim	7	53,84%
Não	6	46,15%
Uso de preservativo		
Sim	5	38,46%
Não	8	61,53%
Uso de substâncias tóxicas		
Sim	2	15,38%
Não	11	84,61%
Intenção de abortar		
Não	13	100,00%

Fonte: (CAIXETA, 2017)

Do total de adolescentes entrevistadas, apenas 15,38% relataram não ter recebido educação sexual, e outras 84,61% das entrevistadas relataram ter recebido, de alguma forma, orientações sexuais, como consta no Quadro 1.

QUADRO 1. Falas mais representativas sobre educação sexual recebida pelas participantes

CATEGORIA	FALAS MAIS REPRESENTATIVAS
Escola/Palestra n (8)	“Eu vi na escola uma palestra sobre camisinha e Aids que minha professora deu”. <i>Participante 4</i>
Aula de ciências n (1)	“Uma vez uma professora minha deu aula de ciências falando sobre a camisinha e as doenças”. <i>Participante 9</i>
Doenças sexuais n (2)	“Eu aprendi que transar sem camisinha pode dar doença em mim”. <i>Participante 7</i>

Fonte: (CAIXETA, 2017)

A segunda categoria do roteiro de entrevista compreende sobre os aspectos socioeconômicos das participantes e obteve-se os seguintes resultados, dispostos na Tabela 2.

TABELA 2. Aspectos socioeconômicos das adolescentes grávidas

CATEGORIA	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTUAL (%)
Cor de pele		
Branca	7	53,84%
Negra	4	30,76%
Parda	2	15,38%
Estado Civil		
União estável	8	61,53%
Solteira	5	38,46%
Renda familiar mensal*		
Menos de 1 salário mínimo	5	38,46%
1 Salário mínimo	5	38,46%
1,5 Salários mínimos	2	15,38%
2 Salários mínimos	1	7,69%
Benefício governamental		
Sim	3	23,07 %
Não	10	76,92%
Dependência financeira		
Dependente do parceiro	6	46,15%
Dependente da mãe	3	23,07%
Dependente do pai	1	7,69%

Dependente dos avós	1	7,69%
Independente	2	15,38%
Condições sanitárias		
Sim	13	100,00%
Vínculo de moradia		
Aluguel de casa	10	76,92%
Casa própria	3	23,07%
Grau de escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	6	46,15%
Ensino Médio Incompleto	4	30,76%
Ensino Médio Completo	3	23,07%
Estudando atualmente		
Sim	3	23,07%
Não	10	76,92%
Repetência escolar		
Sim	7	53,84%
Não	6	46,15%
Ocupação profissional		
Do lar	11	84,61%
Secretária	1	7,69%
Vendedora	1	7,69%

*Salário mínimo do ano de 2017- R\$ 937,00

Fonte: (CAIXETA, 2017)

Sobre os conhecimentos das DSTs, todas as adolescentes relataram conhecê-las (100%) porém, quando questionadas sobre as consequências dessas doenças, somente 15,38% souberam explicar, ainda assim de forma implícita, conforme consta no Quadro 2.

QUADRO 2. Falas mais representativas sobre os conhecimentos a respeito das consequências das DST's.

Categoria	Falas mais representativas
Transmissão n (2)	"Eu sei que, se transar sem camisinha e meu namorado tiver doença, pode passar pra mim". <i>Participante 5</i>
Aborto n (1)	"... e também sei que mulheres grávidas e com Aids, pode perder o neném se tiver Aids". <i>Participante 5</i>
Morte n (1)	"A pessoa que tiver Aids pode morrer, se tiver também pneumonia". <i>Participante 8</i>

Fonte: (CAIXETA, 2017)

Os motivos que levaram 53,85% das adolescentes grávidas a interromperem os estudos estão evidenciados no Quadro 3.

QUADRO 3. Falas mais representativas das entrevistadas com relação à interrupção dos estudos

Categoria	Falas mais representativas
Não queria n (2)	“Parei de estudar porque eu não queria ir pra aquela escola”. <i>Participante 3</i>
Não gostava n (3)	“Antes mesmo de engravidar, eu parei de estudar porque eu não gostava de estudar” - <i>Participante 7.</i>
Preguiça n (1)	“Eu tinha preguiça de levantar cedo e ir pra escola naquele frio”. <i>Participante 2.</i>
Problemas familiares n (1)	“Antes de engravidar eu tive que parar de estudar por problemas familiares”. <i>Participante 1</i>

Fonte: (CAIXETA, 2017)

A terceira categoria do roteiro de entrevista compreende sobre os aspectos psicológicos e obteve-se os seguintes resultados, conforme a **Tabela 3**.

TABELA 3. Aspectos psicológicos das participantes da pesquisa

Categoria	Frequência (n)	Percentual (%)
Pais separados		
Sim	11	84,61%
Não	2	15,38%
Planejamento para o bebê		
Péssimo ou ruim	0	0%
Bom	3	23,07%
Ótimo	2	15,38%
Excelente	6	46,15%
Indiferente	2	15,38%
Reação do pai da criança		
Péssimo, ruim ou indiferente	0	0%
Bom	4	30,76%
Ótimo	2	15,38%
Excelente	7	53,84%
Casos de violência		
Sim	1	7,69%
Não	12	92,30%

Fonte: (CAIXETA, 2017)

Quando questionadas sobre as reações dos familiares ao descobrirem a gravidez, as participantes responderam com as seguintes falas, conforme o Quadro 4.

QUADRO 4. Falas mais representativas sobre a reação da família ao descobrir a gravidez

Categoria	Falas mais representativas
Reações boas n (7)	“Minha teve uma reação boa, ela já sabia que poderia acontecer isto”. <i>Participante 13</i>
Surpresos n (4)	“Minha mãe ficou muito surpresa com a gravidez, ficou muito assustada”. <i>Participante 12.</i>
Reações ruins n (2)	“Minha mãe achou ruim, ela quase ficou loca”. <i>Participante 9</i>

Fonte: (CAIXETA, 2017)

Quanto às reações das participantes ao descobrir sua gravidez, foram respondidas com as seguintes falas, dispostas no Quadro 5.

QUADRO 5. Falas mais representativas sobre as reações das participantes diante da gravidez

Categoria	Falas mais representativas
Reações boas n (7)	“Minha reação foi boa, porque já tinha planejado esse bebê”. <i>Participante 9</i>
Surpresa n (3)	“Eu fiquei surpresa, porque eu não queria esse bebê, e não sei o que vai ser de mim com esse bebê”. <i>Participante 10</i>
Reação ruim n (1)	“No começo eu achei ruim, porque já tenho outra filha”. <i>Participante 8</i>
Reação feliz n (1)	“Nossa, eu fiquei super feliz e meu namorado também”. <i>Participante 5</i>
Reação espanto n (1)	“Eu fiquei espantada, sem saber o que fazer e pra quem pedir ajuda”. <i>Participante 4.</i>

Fonte: (CAIXETA, 2017)

Sobre as expectativas das adolescentes grávidas em relação ao futuro, essas responderam com as seguintes falas, como constam no Quadro 6.

QUADRO 6. Falas mais representativas sobre as expectativas das adolescentes em relação ao futuro

Categoria	Falas mais representativas
Casada n (3)	“Eu quero estar casada e com meus filhos”. <i>Participante 2</i>
Cuidando dos filhos n (5)	“Eu penso em cuidar dos meus filhos e ajudar eles”. <i>Participante 6</i>
Acabar os estudos n (1)	“Eu tenho que terminar meus estudos”. <i>Participante 10</i>
Fazer faculdade n (1)	“Eu quero fazer faculdade”. <i>Participante 13</i>
Crescer na vida n (3)	“Quero crescer na vida e dar um melhor futuro aos meus filhos”. <i>Participante 12.</i>

Fonte: (CAIXETA, 2017)

4. DISCUSSÃO

A média de idade de adolescentes grávidas em outros estudos como Chalem *et al.* (2007) e Persona, Shimo e Tarallo (2004) foi 17 anos, igualmente ao presente estudo, demonstrando que o maior risco de gravidez é no período final da adolescência. A gravidez nesta faixa etária tende a gerar complicações nos aspectos biológicos do bebê, sendo possível identificar maior prematuridade e baixo peso no nascimento em filhos de mães adolescentes (CHALEM *et al.*, 2007).

Filhos de mães adolescentes, quando comparados aos filhos de mães adultas, são mais propensos a complicações biológicas, como atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, maior mortalidade e morbidade (NUNES; CUNHA, 1999). Outras complicações relacionadas são início tardio e menor acompanhamento pré-natal, uso de tabaco e dificuldades ao acesso na atenção ao parto (SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENLAÇANDO SEXUALIDADES, 2011), além dos maiores números de depressão e ansiedade nestas mães adolescentes, quando comparadas a mães adultas (BAPTISTA; BAPTISTA, 2006).

É importante ressaltar que, mais do que a idade, as condições de vida e de saúde e a assistência no pré-natal e parto são os principais fatores que diminuem o risco gestacional (BARRETTO; OLIVEIRA, 2010). E as condições psicossociais interferem mais na gravidez saudável do que nas condições biológicas propriamente ditas (XIMENES; OLIVEIRA, 2004). E além das complicações de aspectos biológicos, existem aquelas relacionadas aos aspectos sociais, como abandono de estudos durante o período gestacional, e aos aspectos psicológicos, pois essas adolescentes não se encontram preparadas para assumir a responsabilidade de serem mães (RAMOS; MONTICELI; NITSCHKE, 2000; SANTOS; NOGUEIRA, 2009).

A idade de início da prática sexual em alguns estudos teve como média 15

anos (CHALEM *et al.*, 2007; SIMÕES, 2010). Já neste presente estudo, a média foi de 14 anos, enfatizando que a idade de início dessa prática ocorre em sua maioria no período intermediário da adolescência, sendo que poucas adolescentes iniciam essa atividade sexual no período final da adolescência, com 17 e 18 anos de idade (SIMÕES, 2010).

Quanto mais precoce a atividade sexual na adolescência, menor o índice da adesão quanto ao uso de preservativo, e este método não somente previne a gravidez, como também é o único capaz de prevenir as DSTs (SANTOS; NOGUEIRA, 2009). E neste estudo e no estudo de Persona, Shimo e Tarallo (2004), o preservativo é o método menos utilizado pelas adolescentes. É de extrema importância que os profissionais da saúde presentes em UAPS abordem com os adolescentes as consequências das DSTs, principalmente em ambientes escolares.

O uso de anticoncepcional já foi relatado em vários estudos, sendo o método contraceptivo mais utilizado pelas adolescentes (PINTO *et al.*, 2005; CHALEM *et al.*, 2007; SCHOR; LOPES, 1990; PINTO; NOGUEIRA, 1988). Adolescentes, por mais que conheçam os métodos contraceptivos, como o anticoncepcional, optam por não usar, por acreditar que são imunes à gravidez (PAULICS, 2006). E tem aquelas que usam anticoncepcionais, porém de forma incorreta (SILVA; SANTOS, 2008).

Segundo Slap (2003), a idade dos 13 aos 15 anos seria o período mais adequado para a primeira consulta ginecológica da adolescente. A idade das participantes deste estudo está dentro do recomendado, porém, é preocupante quando 30,76% relatam nunca ter ido ao médico ginecologista antes da gravidez, mesmo sendo usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e ter garantido por lei o direito a consulta médicas, como menciona a Lei nº 3/84 de 24 de março, no art. 5º: "É assegurado a todos, sem discriminações, o livre acesso às consultas e outros métodos de planejamento familiar"

A maioria das adolescentes entrevistadas declara ser primípara neste estudo, e apenas 15,39% da amostra apresentam repetições de gestações ainda no período da adolescência. As repetições de gestações na adolescência geram efeitos preocupantes, uma vez que os intervalos de tempo entre as gravidezes são menores, o risco de baixo peso ao nascer é grande, além de maior sobrecarga imposta às mães com mais de um filho para cuidar (GODINHO *et al.*, 2005).

É preocupante o número de adolescentes que planejam a gravidez. Em um estudo de Simões (2010), 40% das entrevistadas teriam planejado a gravidez, e algumas sido orientadas pelas próprias mães a engravidar. No presente estudo, esse número foi maior, cerca de 46,15%. O ato de planejar uma gravidez no período da adolescência pode estar relacionado à realização de algum projeto pessoal da adolescente, como entrar para a vida adulta e mudar status social (ROSA, 2007). Outros motivos envolvem a busca pela identidade feminina acompanhada de certa rebeldia, e ainda existem aquelas que acreditam que o companheiro deseja a paternidade e aquelas que almejam a liberdade (MOREIRA *et al.*, 2008).

O número de adolescentes com repetições de gravidezes, mesmo sem ter planejado, também é preocupante. Em um estudo de Persona, Shimo e Tarallo

(2004), cerca de 77,78% das adolescentes não planejaram a segunda ou terceira gestação e mesmo assim engravidaram.

Em um estudo de Simões (2010), e no presente estudo, nenhuma adolescente mencionou a intenção de provocar um aborto. A palavra “aborto” foi citada uma vez durante a coleta de dados, quando uma adolescente relatou ter sofrido um aborto espontâneo antes da atual gravidez. Porém, existem outros estudos no qual adolescentes optaram pelo aborto (MOREIRA *et al.*, 2008). Com a falta de acolhimento da família e as condições econômicas desfavoráveis, o aborto clandestino passa a ser visto com uma opção para interromper a gravidez indesejada (SILVA, 2010).

Sendo assim, muitas adolescentes grávidas procuram serviços de clínicas clandestinas para realização do aborto, mesmo com a proibição desta prática pela Constituição Brasileira (MOREIRA *et al.*, 2008). Cerca de 45.342 mil adolescentes com idade 19 anos já realizaram em hospitais públicos procedimentos de curetagem pós-aborto no Brasil (BRASIL, 2010).

Poucas adolescentes relataram ter recebido educação sexual através de familiares, pois estes acreditam-se que estariam estimulando a prática sexual aos adolescentes. Porém, o ato de não conversar sobre esse tema não contribui para a prática de sexo seguro, evidenciando o maior risco a gravidez e de contrair DSTs (PIROTTA *et al.*, 2006). A educação sexual deve ser iniciada ainda na adolescência, sendo realizada primeiramente pela família, pelos pais e responsáveis e posteriormente pela escola e profissionais de saúde (LIMA, 2014).

A educação sexual pode ser realizada através da junção entre UAPS e escolas, no próprio ambiente escolar, onde esse público-alvo de várias idades, do gênero feminino e masculino se encontra, sendo um excelente local para abordar as DSTs e as consequências biopsicossociais da gravidez na adolescência (BRASIL, 2005), além de oferecer informações sobre os cuidados de saúde reprodutiva e ressaltar maiores informações sobre os métodos contraceptivos (SANTOS; NOGUEIRA, 2009). Além disso, os serviços de saúde pública no Brasil devem disponibilizar gratuitamente métodos contraceptivos, como o preservativo (PIERRE; CLAPIS, 2010).

Recomenda-se a elaboração de palestras educativas aos adolescentes tanto para o sexo feminino quanto para o masculino, abordando a sexualidade, com demonstração de amostras de métodos contraceptivos para que possam ser manuseados pelos adolescentes (LIMA, 2014). E folhetos informativos com ilustrações, textos, com linguagem coloquial e com informações claras, contribuem para o conhecimento sobre a sexualidade e explicações sobre possíveis dúvidas (MOREIRA; FOLMER, 2011).

Sobre o estado civil das adolescentes pesquisadas, todas estavam em um relacionamento com o pai do bebê, seja em uma união estável, seja em um namoro, e todas relataram que receberam apoio na descoberta da gravidez por parte do companheiro. Ao contrário de outros estudos de Moreira *et al.*, (2008) e Sozo Vitor, Lopes e Menezes (2008), que verificaram a existência de adolescentes grávidas que não são amparadas pelos parceiros, que são adolescentes em sua maioria.

Uma correlação contrária ao estudo citado acima é que a maioria dos companheiros das adolescentes do presente estudo já estavam em fase adulta. E relacionar-se com parceiros mais velhos é um dos fatores de risco que leva à gravidez precoce (PERSONA; SHIMO; TARALLO, 2004).

Todas as adolescentes dessa amostra interromperam os estudos antes de engravidarem, e o principal motivo envolve o fato de as adolescentes não gostarem de estudar, e isto pode ser umas das principais complicações socioeconômicas. Ao contrário de outro estudo, em que o motivo de a adolescente interromper o período escolar foi a gravidez (MOTA *et al.*, 2011). Isso afeta de forma negativa na escolaridade da adolescente que abandona os estudos, gerando futuramente menores oportunidades de empregos (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Repetência escolar, presente neste estudo, pode ser um dos fatores que levam as adolescentes a engravidar novamente, visto que isto pode trazer consequências negativas para o nível de escolaridade da adolescente, uma vez que menor serão os conhecimentos sobre os métodos contraceptivos (COARD *et al.*, 1998). E quanto menor o grau de escolaridade, menor será a idade do início da prática sexual, tanto para adolescentes do sexo masculino quanto para do sexo feminino (BRASIL, 2000).

Considerando que a UAPS do presente estudo atende uma população com menor renda familiar, podemos afirmar que a gravidez traz complicações econômicas, em que os familiares devem arcar com as novas despesas da adolescente grávida (SANTOS; NOGUEIRA, 2009). E a maioria das adolescentes desse estudo não tem ocupação profissional, sendo assim, não contribui com a renda familiar e acaba dependente financeiramente da família e/ou do parceiro para lidar com as novas despesas (PERSONA; SHIMO; TARALLO, 2004). E o benefício governamental poderia diminuir tais complicações econômicas, ampliando a renda familiar mensal das famílias desta UAPS.

Assim como em outros estudos, verificou-se aqui a desestrutura familiar, que em sua maioria se deve ao fato de as adolescentes terem pais separados, desaparecidos ou falecidos (PERSONA; SHIMO; TARALLO, 2004; MOREIRA *et al.*, 2008). E verifica-se que a presença dos pais separados é maior entre adolescentes grávidas do que em gestantes não adolescentes (PINTO *et al.*, 2010). Diante disto, a ausência da paternidade, na vida da adolescente, pode influenciar na busca por um companheiro, uma vez que elas sentem a falta da figura masculina e paterna (PERSONA; SHIMO; TARALLO, 2004).

Sobre as reações das adolescentes e dos familiares diante da gravidez, elas nem sempre são negativas, pois o contexto histórico da mulher envolve o casamento e a gravidez, principalmente nas classes sociais mais baixas (HOGA; BORGES; ALVAREZ, 2009).

Isto pode explicar o fato de as reações dos familiares e das adolescentes, neste estudo, terem sido boas, em sua maioria, ao se descobrir a gravidez. Preconiza-se que a reação da família diante da gravidez na adolescência seja por acolhimento, uma vez que a falta de apoio da família pode levar as adolescentes grávidas aos transtornos psicológicos que podem influenciar na gravidez saudável (SILVA,

2010). No entanto, as reações dos familiares tendem a ser contraditórias: podem prevalecer os sentimentos de revolta diante da gravidez, o que leva à expulsão da adolescente de casa, à imposição de um casamento ou união estável e até mesmo a um aborto (SOZO VITOR; LOPES; MENEZES, 2008).

As adolescentes do presente estudo não declararam ter sofrido violência durante a gravidez, ao contrário de outros estudos (JORGE *et al.*, 2014; PEREIRA *et al.*, 2010). Neste estudo, apenas uma adolescente relatou ter sofrido violência sexual na infância. Histórico de violência na vida de adolescentes está entre os fatores de risco que levam à depressão durante a gravidez, visto que cerca de 25% de adolescentes grávidas que sofreram abuso sexual tiveram depressão (PEREIRA *et al.*, 2010).

Durante as entrevistas das participantes, foram visualizados, de forma subjetiva, alguns desconfortos diante das perguntas do roteiro, em que elas mudaram as expressões faciais e desviaram o olhar, demonstrando preocupações com as condições financeiras desfavoráveis, e o tom de voz, em sua maioria, era baixo.

É de extrema importância que o profissional da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) conheça o perfil e crie um vínculo com estas adolescentes, para o entendimento sobre a sexualidade e suas consequências, diminuindo o número de gravidez precoce entre adolescentes (PINTO *et al.*, 2005).

Portanto, ser adolescente e mãe ao mesmo tempo, ou seja, a união dessas duas fases na vida de uma mulher cria situações conturbadas, em que são necessários maiores esforços para compreender as mudanças nesta fase e assim enfrentar os obstáculos da gravidez na adolescência (BARRETTO; OLIVEIRA, 2010). Com as transformações biopsicossociais do período da adolescência em união com o período gestacional, que por si só comporta diversas mudanças, desperta-se um amplo campo de estudo, com investigações sobre as complexidades desta gravidez e seus aspectos (MOTA *et al.*, 2010).

5. CONCLUSÃO

A gravidez na adolescência é um fenômeno complexo, um problema social e de saúde pública no Brasil, que antecipa as responsabilidades, modifica o processo natural de transformação da criança em adulto, pulando etapas importantes do seu desenvolvimento, levando a complicações biopsicossociais.

O domínio das dimensões biopsicossociais das adolescentes grávidas pelos profissionais da saúde deve ser o primeiro passo antes da elaboração de estratégias de saúde, identificando os riscos que levam à gravidez precoce e indesejada, buscando diminuir o crescente número de gravidez durante a adolescência.

Nesse contexto, torna-se evidente a necessidade de ações de saúde e promoção de saúde na própria UAPS e em parcerias entre UAPS e as escolas, para promover educação em saúde, criação de estratégias específicas e políticas públicas preventivas, esclarecendo dúvidas e oferecendo toda orientação a respeito do assunto, modificando assim a realidade enfrentada por esses jovens.

O profissional fisioterapeuta, através da sua formação acadêmica, é capacitado para atuar em qualquer nível de atenção à saúde, com a elaboração de programas de promoção, recuperação e proteção à saúde da população. Assim, o fisioterapeuta presente na equipe do NASF pode atuar no ambiente escolar e na própria UAPS, promovendo educação em saúde entre adolescentes e estabelecendo estratégias específicas para minimizar ocorrência de gravidez nesta faixa etária.

Finalmente, o envolvimento da família, dos professores e dos profissionais da saúde especialmente aqueles ligados à ESF é essencial para o sucesso de qualquer ação direcionada aos adolescentes. Portanto sugerem-se não apenas estudos sobre adolescentes grávidas, mas também a implementação de ações de saúde voltadas para estes adolescentes.

REFERÊNCIAS

AQUINO, Joana; MIRANDA, Patrícia; LUZ, Alexandra; MOLEIRO, Pascoal. O perfil biopsicossocial do adolescente em consulta hospitalar – experiência de 8 anos de uma unidade de medicina do adolescente. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 6(2): 31-46, 2015.

BAPTISTA, Makilim Nunes; BAPTISTA, Adriana Said Daher; TORRES, Erika Cristina Rodrigues. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes, *Revista de Psicologia do Vetor Editora*, 7(1): 40-41, 2006.

BRASIL. Lei n.º 3/84, de 24 de Março. Educação sexual e planejamento familiar. *Diário da República do Brasil*, Brasília-DF, 1984. Disponível em: <http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2015/lei_3_84.pdf> Acesso em: 17 jul. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2014- SINASC. Brasília-DF, 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 11 ago. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde: Série A: Normas e Manuais Técnicos*. Brasília-DF, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST/HIV/AIDS, CEBRAP. *Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções sobre HIV/Aids*. Brasília-DF, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. *SIH-DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do*

- Sistema Único de Saúde*. Brasília-DF, 2010. Disponível em: <<http://data-sus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitales/sihsus>>. Acesso em: 18 set. 2016.
- BARRETTO, Ana Paula Valasques; OLIVEIRA, Zulmerinda Meira. O ser mãe: expectativas de primigestas. *Revista Saúde.com*, 6(1): 9-23, 2010.
- BORGES, Ana Luiza Vilela; SCHOR, Néia. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2): 499-507, 2005.
- CHALEM, Elisa, *et al.* Gravidez na adolescência: perfil sócio demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1): 177-186, 2007.
- CANO, Maria Aparecida Tedeschi; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho; GOMES, Romeu. Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. *Revista Latino-Americana de enfermagem*, 8(2): 18-24, 2000.
- COARD, S.; NITS, K.; PARK, P.; FELICE, M. Predictors of repeat pregnancy in urban adolescent mothers, v. 22, n. 2, p. 173, fev. 1998.
- CUNHA, A. C. B. NUNES, L. R. NOGUEIRA, D. S. "Maternidade na adolescência: fator de risco para desenvolvimento de crianças com distúrbio de comportamento", in: NUNES, F. P. S. CUNHA, A. C. B. (org.). *Dos problemas disciplinares aos distúrbios de conduta: práticas e reflexões*. Rio de Janeiro: Dunya Editora, 1999, p. 130-149.
- DAVID, Maria Laura Oliveira *et al.* Proposta de atuação da fisioterapia na saúde da criança e do adolescente: uma necessidade na atenção básica. *Revista Saúde em Debate*, 37(96): 120-129, 2013.
- DIAS, Ana Cristina Garcia; TEIXEIRA, Marco Antônio Pereira. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. *Revista Paideia*. 20(45): 123-31, 2010.
- FONSECA, Juliany Marques Abreu da; RODRIGUES, Malvina Thais Pacheco; MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiro; LIMA, Luisa Helena de Oliveira. A fisioterapia na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 29(2): 288-294, 2016.
- GODINHO, Roselí Aparecida; SCHELP, Joselaine Rosália Batista; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima; Bertoncello, Neide Marina Feijó. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(2): 25-32, 2000.
- HOGA, Luiza Akiko Komura; BORGES, Ana Luiza Vilela; ALVAREZ, Rocio Elizabeth

Chavez. Gravidez na adolescência: valores e reações dos membros da família, São Paulo-SP, *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(6): 779-785, 2009.

JORGE, Maria Helena Prado de Mello *et al.* Características das gestações de adolescentes internadas em maternidades do estado de São Paulo, 2011. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 23(2): 305-316, 2014.

LIMA, L. J. S. *A equipe de saúde da família e a educação sexual na adolescência: um estudo em uma unidade de saúde da família*. 2014. 91 f. Dissertação (Pós-graduação em Ensino em Ciências da Saúde) - Departamento de Medicina da Fundação Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho-RO, 2014.

MOREIRA, Betina Loitzenbauer da Rocha; FOLMER, Vanderlei. Educação sexual na escola: construção e aplicação de material de apoio. *Revista Experiências em Ensino de Ciências*, 6(2): 151-160, 2011.

MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; VIANA, Danielle de Sousa; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; Jorge, Maria Salete Bessa. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez, *Revista da Escola de Enfermagem*, 42(2):312-320, 2008.

MOTA, Elizabeth Moreira; OLIVEIRA, Mirna Fontenele de; VICTOR, Janaína Fonseca; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. Sentimentos e expectativas vivenciados pelas primigestas adolescentes com relação ao parto. *Revista Rene*, 12(4): 692-698, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Problemas de la salud de la adolescencia*, 1964, Ginebra, 1965. 30 p.

PAULICS, Veronika. *Atenção à gravidez na adolescência*. 2006. Disponível em: <<http://csbh.fpabramo.org.br/formacao/pt-no-parlamento/atencao-gravidez-na-adolescencia>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

PEREIRA, M. A. B. ROMÃO, M, S. VITALLE, M. S. S. A primeira relação sexual de adolescentes homens. *Revista Adolescência e Saúde*, 11(2): 72-79, 2014.

PEREIRA, Priscila Krauset; LOVISI, Giovanni Marcos; LIMA, Lúcia Abelha; LEGAY, Leticia Fortes. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. *Revista de psiquiatria clínica*, 37(5): 216-222, 2010.

PERSONA, Lia; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda; TARALLO, Maria Celina. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(5): 745-750, 2004.

PIERRE, Luzia Aparecida dos Santos; CLAPIS, Maria José; Planejamento familiar em

Unidade de Saúde da Família, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6(18):1-8, 2010.

PINTO, Luiz Felipe *et al.* Perfil social das gestantes em unidades de saúde da família do município de Teresópolis. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 10(1): 205-213, 2005.

PINTO, S. J. L. NOGUEIRA, C. W. M. "A multigravidez na adolescência", in: *Organização Panamericana da Saúde e OMS. Coletânea sobre saúde reprodutiva do adolescente brasileiro*. Brasília (DF): Organização Panamericana da Saúde/OMS; 1988, pp. 101-111.

PIROTTA, Kátia Cibelle Machado *et al.* Educação sexual na escola e direitos sexuais e reprodutivos, *Boletim do Instituto de Saúde*, São Paulo-SP, p. 1-10, jul. 2006.

RIOS, Karyne de Souza Augusto; WILLIAMS, Lúcia Cavalcanti Albuquerque; AIELLO, Ana Lúcia Rossito. Gravidez na adolescência e impactos no desenvolvimento infantil. *Revista Adolescência e Saúde*, 4(1): 6-11, 2007.

ROSA, A. J. *Novamente grávida: adolescentes com maternidades sucessivas em Rondonópolis, MT* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2007.

SANTOS, Cristiane Albuquerque C.; NOGUEIRA, Kátia Telles. Gravidez na adolescência: falta de informação? *Revista Adolescência e Saúde*, 6(1): 48-56, 2009.

SANTOS, I. M. M. SILVA, L. R. "Estou grávida, sou adolescente e agora? – Relato de experiência na consulta de enfermagem", in: RAMOS, F. R. S. MONTICELI, M. NITSCHKE, R. G. (org.). *Projeto Acolher: um encontro de enfermagem com o adolescente brasileiro*. Brasília: ABEn/Governo Federal, p. 176-182, 2000.

SCHOR, Neia; LOPES, A. Fanny. Adolescência e anticoncepção: estudo de conhecimento e uso em puérperas internadas por parto ou aborto. *Revista Saúde Pública*, 24(6): 506-511, 1990.

SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENLAÇANDO SEXUALIDADES. Fatores de riscos e implicações da gravidez na adolescência: uma busca nas evidências científicas, 2011. Salvador, 2001. 11 p. Disponível em: <<https://nugsexdiadorim.files.wordpress.com/2011/12/fatores-de-riscos-e-implicac3a7c3b5es-da-gravidez-na-adolesc3aan-cia-uma-busca-nas-evidc3aan-cias-cientc3ad-ficas.pdf>> Acesso em: 01 jul. 2016.

SILVA, Lea Poliane Moreira; SANTOS, Leonor Caixeta. Gravidez na adolescência: repercussões para sua saúde integral. *Perquirêre*. Patos de Minas-MG, ed. 5, ano 5, jun. 2008.

SILVA, Liliâne Moura. *Gravidez na adolescência: um problema biopsicossocial*. 2010. 29 f. Trabalho de Conclusão de curso – Universidade Federal de Minas Gerais, São Roque de Minas-MG, 2010.

SIMÕES, Aline Rios. Gravidez na adolescência: perfil das gestantes e puérperas e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, 3(1): 57-68, 2010.

SLAP, G. B. Menstrual disorders in adolescence. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics e Gynaecology*, n. 17, p. 75-92, 2003.

SOZO VITOR, R. LOPES, C. P. MENEZES, H. S. Mulheres que foram mães na adolescência: reação familiar e do companheiro diante da gravidez. *Revista da Amrigrs*, 52(2): 110-114, 2008.

XIMENES, Fernanda Maria Aragão; OLIVEIRA, Mylza Carvalho Rosado. A influência da idade materna sobre as condições perinatais. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 17(2): 56-60, 2004.

YAZLLE, Marta Edna Holanda Diógenes. Gravidez na adolescência. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 28(8): 443-445, 2006.