



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



**FATORES ASSOCIADOS À GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EM
CAXIAS, MARANHÃO, EM 2012/2013**

São Luís
2014

MARIA DA CONCEIÇÃO COSTA VILANOVA

**FATORES ASSOCIADOS À GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EM
CAXIAS, MARANHÃO, EM 2012/2013**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Maranhão, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

Orientador: Prof. Valdinar Sousa Ribeiro, Doutor

São Luís
2014

Vilanova, Maria da Conceição Costa

Fatores associados à gravidez na adolescência em Caxias, Maranhão, em 2012/2013 / Maria da Conceição Costa Vilanova. – São Luís, 2014.

56 f.

Impresso por computador (Fotocópia)

Orientador: Valdinar Sousa Ribeiro

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Maranhão, Rede Nordeste em Saúde da Família, Mestrado Profissional em Saúde da Família, 2014.

1. Gravidez – Adolescência – Caxias. 2. Fatores de risco. Gravidez. 3. Saúde pública. I. Título.

CDU 918.2-053.6 (812.1)

**FATORES ASSOCIADOS À GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EM
CAXIAS, MARANHÃO, EM 2012/2013**

MARIA DA CONCEIÇÃO COSTA VILANOVA

Trabalho de Conclusão de Mestrado aprovado em 1º de setembro de 2014, pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

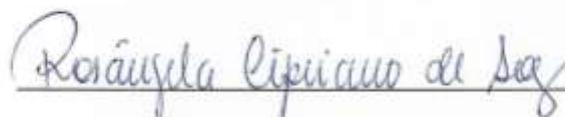
Banca Examinadora:



Prof. Valdinar Sousa Ribeiro, Doutor

Presidente

RENASF/Universidade Federal do Maranhão



Profa. Rosângela Cipriano de Souza, Doutora

Primeira Examinadora

Universidade Federal do Maranhão



Profa. Rejane Christine de Sousa Queiroz, Doutora

Segunda Examinadora

Universidade Federal do Maranhão

Aos meus pais, seres especiais, que sempre contribuíram e incentivaram na busca pelo conhecimento e à minha família sustentáculo seguro e constante nas horas difíceis.

AGRADECIMENTOS

A Deus por suas inúmeras bênçãos a mim concedidas.

A minha mãe e irmãos, pelo amor sincero, por alegrarem-se com as minhas conquistas e envaidecerem-se com elas.

Ao meu orientador, Professor Doutor. Valdinar Sousa Ribeiro, por sua compreensão, atenção, conhecimento e competência.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissionalizante em Saúde da Família da UFMA/RENASF, na pessoa da Professora. Doutora Liberata Campos Coimbra, por sua competência e dedicação com que tem conduzido este curso de pós-graduação.

Aos colegas do mestrado por dividirmos nossas angústias e alegrias;

Às amigas mestradas e parceiras desta caminhada, Gláucia, Herta e Meire, pelas angústias e alegrias compartilhadas ao longo do curso e pelo carinho da amizade construída.

À Secretaria Municipal de Saúde do município de Caxias-MA, representada através da Dra. Alessandra Maria Machado Daniel e Dr. Vinicius de Araújo Santos, por autorizarem a realização desta pesquisa e por acreditarem em mim enquanto profissional.

Aos colegas da Atenção Primária e Vigilância em Saúde, meu local de trabalho, pela graça da convivência e companheirismo.

A todas as pessoas que tiveram participação na elaboração e desenvolvimento desta dissertação.

“É graça divina começar bem.
Graça maior persistir na caminhada certa. Mas,
graça das graças é não desistir nunca.”

Dom Hélder Câmara

VILANOVA, Maria da Conceição Costa, **Fatores associados à gravidez na adolescência em Caxias, Maranhão, em 2012/2013**, 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 56 p.

RESUMO

A gravidez na adolescência constitui grave problema social e de saúde pública. Ela também é percebida como um fenômeno multifatorial e complexo. Planejada ou não, assume diferentes significados conforme o contexto econômico, cultura e social em que se encontra inserida. Este estudo desenvolveu-se com o objetivo de estudar os fatores de risco associados a ocorrência de gravidez em adolescentes em Caxias-Ma. Foi realizado um estudo analítico transversal. Das 374 mulheres entrevistadas, 35,7% eram adolescentes. As variáveis analisadas foram sociodemográficas, econômicas, as referentes aos dados de saúde e estilo de vida. Os fatores de risco para a gravidez na adolescência, após análise de regressão logística, foram: não ter trabalho remunerado (RP: 1,44; IC95%= 1,02-2,05), pais separados (RP:1,39;IC95%=1,07-2,05) e uso de bebida alcoólica habitual (RP:1,21;IC95%= 1,09-1,35). Concluiu-se que esses fatores devem ser levados em consideração na elaboração de estratégias para prevenir a gravidez na adolescência no âmbito dos programas de Saúde Pública.

Palavras-chave: Gravidez. Adolescência. Fatores de risco.

VILANOVA, Maria da Conceição Costa, **Fatores associados à gravidez na adolescência em Caxias, Maranhão, em 2012/2013**, 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 56 p.

ABSTRACT

Teenage pregnancy is a serious social problem and public health. It is also perceived as a multifactorial and complex phenomenon. Planned or not, has different meanings according to the economic, cultural and social context in which it is inserted. This study was developed in order to study the risk factors associated with the occurrence of teenage pregnancy in Caxias - MA. A cross-sectional analytical study was conducted. Of the 374 women interviewed, 35.7% were teenagers. The variables were sociodemographic, economic, those relating to health data and lifestyle. Risk factors for teenage pregnancy, after logistic regression analysis were: not having paid work (PR: 1.44, 95% CI 1.02 to 2.05), divorced parents (PR: 1.39; 95% CI = 1.07 to 2.05) and habitual alcohol use (RP: 1.21, 95% CI = 1.09 to 1, 35). Concluded that these factors must be taken into consideration in developing strategies to prevent teenage pregnancy under the Public Health programs.

Keywords: Pregnancy. Teenag. Risk factors.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	16
2.1	Geral	16
2.2	Específicos	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1	Considerações gerais sobre adolescência	17
3.2	Adolescência e sexualidade	20
3.3	Gravidez na adolescência	22
3.4	Fatores de risco para a ocorrência de gravidez na adolescência	25
4	METODOLOGIA	28
4.1	Tipo de estudo	28
4.2	Local da pesquisa	28
4.3	Coleta de dados	29
4.4	Variáveis do estudo	29
4.5	Tamanho da amostra	30
4.6	Análise estatística	30
4.7	Aspectos éticos	30
5	RESULTADOS	32
6	DISCUSSÃO	39
7	CONCLUSÃO	43
	REFERÊNCIAS	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1 - Características socioeconômicas, demográficas, estilo de vida e dados de saúde de gestantes Caxias-Ma, 2013	33
Tabela 5.2 - Análise não ajustada de fatores em gravidez em adolescentes, Caxias Ma, 2013	36
Tabela 5.3 - Análise ajustada de fatores em gravidez em adolescentes, Caxias-Ma, 2013.....	38

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESFSBM1	Equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal Modalidade 1
FAPEMA	Fundação de Amparo a Pesquisa no Estado do Maranhão
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEMA	Universidade Estadual do Maranhão
UFMA	Universidade Federal do Maranhão

1 INTRODUÇÃO

Todo ser humano passa por transformações no decorrer da vida, independente da idade que tenha. A criança, o jovem, o adulto e o idoso, cada um com suas particularidades, experimentam mudanças. Existem, no entanto, épocas da vida em que essas modificações, tanto físicas quanto psíquicas, ocorrem com uma intensidade maior, e, certamente, a adolescência ganha uma relevância especial.

A adolescência, proveniente do latim *ad* (para) + *olescere* (crescer) que literalmente significa “crescer dentro da maturidade” é um período de transição entre a infância e a idade adulta, no qual ocorre uma rápida maturação física, psicológica, social e emocional. É uma fase em que os jovens experimentam desejos, dúvidas, curiosidades e no meio de tantas transformações, vivenciam a descoberta do próprio corpo e do prazer sexual (JORGE, 2012).

A Organização Mundial da Saúde considera adolescência como a faixa etária entre 10 a 19 anos e o Estatuto da Criança e do Adolescente do Brasil considera a faixa etária de 12 aos 18 anos. É nesta etapa da vida que se inicia a vida sexual para uma importante parcela deste grupo, sendo que esta experiência pode ter como consequência o início da vida reprodutiva (JORGE, 2012).

A vida sexual ativa das adolescentes é uma realidade notória, que exige sensibilização e orientação dos jovens para a prática do sexo seguro, objetivando a prevenção de diversos tipos de patologias de transmissão sexual e de gravidez não planejada.

A maioria dos jovens chega a maturidade sexual antes de atingir a maturidade social, emocional e a independência econômica. A erotização do adolescente promovido pela mídia estimula a iniciação sexual precoce que, na ausência de domínio das práticas contraceptivas pode resultar em gravidez não desejada (ALVES e cols., 2010).

A literatura científica descreve vários desfechos desfavoráveis advindo de uma gravidez precoce, que contribuem para acentuar as conotações negativas dadas a este fenômeno.

A gravidez na adolescência, é aquela que ocorre entre os 10 e 19 anos, não é um evento recente na sociedade, sendo considerada por muito tempo como natural e moralmente aceitável, porém, nas últimas décadas, do século XX, tornou-se um importante tema de saúde pública e um desafio para os profissionais de saúde, educadores, governo e a sociedade em geral (VIEIRA, 2013).

Alguns autores classificam a gravidez/maternidade em “precoce” e “muito precoce”, para se referir a gravidez/maternidade entre 15-19 anos e entre 10-14 anos de idade respectivamente. A importância dessa classificação deve-se as diferenças biológicas e psicológicas que apresentam esses dois grupos de idade. Portanto, no grupo mais jovem, caracterizado por um menor grau de desenvolvimento biológico e psicológico, espera-se que os riscos para a saúde da mãe adolescente e da criança sejam maiores (UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND, 2009, MÉNDEZ, 2012).

Existe uma grande preocupação com as consequências que a maternidade precoce pode acarretar à saúde, à educação e ao desenvolvimento econômico social. A maternidade precoce dificulta o desenvolvimento educacional e social, assim como a sua capacidade de utilizar todo o seu potencial. Isso acarreta uma taxa maior de evasão escolar, desajustes familiares e dificuldade de inserção no mercado de trabalho (DUARTE, 2006).

Apesar dos avanços, a gravidez na adolescência ainda representa um sério problema de saúde pública, principalmente em países em desenvolvimento, devido à ausência ou ineficácia de políticas públicas voltadas especificamente à assistência preventiva deste agravo, no sentido de amenizar os elevados índices registrados.

Nos países de baixa e média renda estima-se que três milhões de adolescentes passem pelo processo de abortos inseguros. Nesses países complicações na gravidez e no parto são as principais causas de morte entre adolescentes dos 15 -19 anos, a morte de recém-nascidos são 50% maior entre crianças de mães adolescentes do que de bebês de mulheres com idade entre 20-29 anos. Observa-se também que os filhos de mães adolescentes são mais propensos a terem baixo peso ao nascer (WORLD HEALTH ORGANISATION, 2012a).

As gestações precoces, principalmente entre adolescentes com menos de 15 anos, não são resultado de uma escolha deliberada, mas sim da ausência de escolhas e de circunstâncias que vão além do controle das jovens. Refletindo a falta de poder, a pobreza e as pressões por parte dos parceiros, dos colegas, das famílias e das comunidades. E, em muitos casos, é resultado de violência ou coação sexual (AZEVEDO, 2012).

Alguns adolescentes não sabem como evitar a gravidez, ou são incapazes de obter contraceptivos. No entanto, mesmo onde os contraceptivos estão amplamente disponíveis, os adolescentes sexualmente ativos são menos propensos a usar contraceptivos do que os adultos. Na América Latina, Europa e Ásia apenas 42-68% dos adolescentes que são casados ou em parcerias usam contraceptivos. Na África a taxa de varia 3-49% (WORLD HEALTH ORGANISATION, 2012b).

O percentual elevado de gravidez na adolescência em países em desenvolvimento desperta o interesse de pesquisadores e profissionais de saúde, tendo em vista a associação desse evento com pobreza, baixa escolaridade e piores resultados perinatais (CÔRTEZ, 2012).

O maior impacto envolve a dimensão psicológica e socioeconômica, uma vez que a gravidez na adolescência interfere negativamente no estilo de vida das adolescentes e de seus familiares, resultando muitas vezes em abandono escolar e diversas outras consequências que perpetuam o ciclo da pobreza. Ficam adiadas ou limitadas as possibilidades de desenvolvimento e engajamento dessas jovens na sociedade (SABROZA e cols., 2004; AMORIM, 2009).

Quando analisamos os fatores envolvidos na gestação na adolescência, ou desencadeantes deles, percebemos a existência de uma complexa rede “multicausal” que torna os adolescentes vulneráveis a essa situação (BAREIRO, 2005).

Estudos demonstram que a elevada taxa de fecundidade em adolescentes não afeta homogeneamente os segmentos populacionais. Pois, dentre os fatores que têm contribuído para o aumento da gravidez na adolescência, destacam-se o início precoce da vida sexual associado à ausência do uso de métodos contraceptivos, além da dificuldade de acesso a programas de planejamento familiar, consumo de bebida alcoólica, menor divisão das tarefas domésticas na família, desemprego, níveis de baixa escolaridade e pertencer a uma família monoparental. Outro fator de risco é a idade da primeira gravidez da mãe da adolescente, uma vez que as adolescentes gestantes, geralmente, vêm de famílias cujas mães também iniciaram a vida sexual precocemente ou engravidaram durante a adolescência (GAMA e cols., 2002; PERSONA e cols., 2004; DINIZ e KOLER, 2012).

O presente estudo foi desenvolvido na cidade de Caxias, situada na região leste maranhense, onde a população de adolescentes é a segunda maior faixa etária na pirâmide etária e os índices de gravidez neste período no período estudado foi maior que a média nacional (BRASIL, 2014). Esse dado representa um sério entrave social para a cidade, como se não bastassem as demais mazelas sociais vivenciadas pela população em geral.

Para atender adequadamente às necessidades sociais e de saúde desta população, são necessários a identificação e o conhecimento precisos da magnitude dos problemas, para se estabelecer prioridades e traçar projetos adequados e viáveis em nível de assistência integral à saúde dessas adolescentes.

Portanto, o presente trabalho foi realizado com o objetivo de estudar os fatores de riscos que estão associados à gravidez na adolescência em Caxias-Maranhão, em 2012/2013. Pois,

partiu da premissa de que a maternidade precoce não acontece de forma aleatória no interior da sociedade, mas relacionada a fatores socioeconômicos e à dificuldade de acesso aos programas de prevenção. O conhecimento dos fatores associados à gravidez na adolescência é fundamental para o planejamento de políticas em saúde de prevenção deste agravo.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Estudar os fatores de risco associados à gravidez na adolescência na cidade de Caxias, Maranhão, em 2012/13.

2.1 Específicos

Estimar a prevalência da gravidez na adolescência na cidade de Caxias;

Analisar os fatores socioeconômicos, demográficos e biológicos das gestantes e puérperas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Considerações Gerais sobre Adolescência

O termo adolescência deriva do latim *adolescencia*, bem como o termo *adolescere* vem de *adolescere*, ambos significando um crescer, sair da infância em direção ao mundo dos adultos, apontando-a como tempo de mudanças visíveis não apenas no corpo, mas também na subjetividade e nas relações com o mundo que o cerca (RAUPP, 2006).

A Organização Mundial de Saúde define adolescência como sendo o período da vida que começa aos 10 anos e termina aos 19 anos completos. Esse também é o critério adotado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007a) e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2007).

Para a Organização Mundial de Saúde, a adolescência é dividida em três fases (ADOLESCÊNCIA, 2013):

- a) Pré-adolescência: dos 10 aos 14 anos;
- b) Adolescência: dos 15 aos 19 anos completos;
- c) Juventude: dos 15 aos 24 anos.

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera a adolescência, a faixa etária dos 12 até os 18 anos de idade completos, sendo referência, desde 1990, para criação de leis e programas que asseguram os direitos desta população (BRASIL, 2010a).

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), a população adolescente no Brasil, corresponde a 21% da população nacional, segundo o último censo. Trata-se de um grupo com grande expressividade populacional. São 35.302.872 adolescentes dos quais 50,4% são homens e 49,5% mulheres. 49% são negros e 50% definem-se como brancos. Dai decorrendo as inquietações da sociedade e dos governantes com esta parcela considerável dos brasileiros e com possíveis riscos biológicos e sociais dos quais estão expostos.

Frente aos desafios que a situação de saúde das pessoas jovens e adolescentes evidencia, o Ministério de Saúde propõe as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, baseados na Política de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens.

Essas diretrizes objetivam sensibilizar e mobilizar gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde para integrar nas ações, programas e políticas do SUS estratégias interfederativas e intersetoriais que convirjam para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens (BRASIL, 2010b).

Na cultura ocidental contemporânea, existe o consenso de que os primeiros indícios da maturação sexual, introduzidos pela puberdade, marcam, concretamente, o início da adolescência. A puberdade constitui uma parte da adolescência, caracterizada principalmente, pela aceleração e desaceleração do crescimento físico, mudança da composição corporal, eclosão hormonal e evolução da maturação sexual (ROCHA, 2010).

É na puberdade que há a insurgência dos caracteres sexuais, como a pubarca (nascimento de pelos), a telarca (desenvolvimento das mamas) e a transformação dos órgãos genitais de características infantis para a fase adulta. O início e o término da puberdade assim como as mudanças físicas variam de indivíduo para indivíduo, na dependência de fatores hereditários, ambientais e do nível socioeconômico (TEIXEIRA, 2013).

Mais do que em qualquer outra fase da vida, na adolescência o corpo cresce e se modifica drasticamente. Durante a fase da adolescência, aumenta a capacidade de raciocínio, que atinge novos graus de complexidade, concomitante a maiores habilidades de linguagem, de organização e de controle dos impulsos (QUEIROZ, 2013).

Paralelamente ao desenvolvimento físico, ocorrem modificações também em nível social, no qual o adolescente vivencia um momento de transição para o estado de relativa independência e no aspecto psicológico, as linhas de identificação evoluem da criança para o adulto (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007). A transição entre criança e adulto é um período de intensa transformação no corpo, na mente e na forma de relacionamento social do indivíduo, marcada por um período de crise da identidade em razão das mudanças biológicas, dos fatores cognitivos e sociais (CÔRTEZ, 2012).

Segundo ALBERASTURY e KNOBEL (1981), existem três lutos ou perdas que o jovem deverá elaborar: a perda do corpo infantil, a dos pais da infância e a da identidade infantil. Um conjunto de sinais específicos surgirá. Foram denominados Síndrome da Adolescência Normal - e compreendem:

a) Busca de si mesmo e de sua identidade

O adolescente vive certa “estranheza” de já não saber quem e como ele é, e passa por um período de reconhecimento de si mesmo.

b) Tendência grupal

O grupo de pares será o grande apoio do adolescente na sua construção da independência dos pais e do desligamento do núcleo familiar para o âmbito social. Todos estão vivendo o mesmo processo e sentem-se mais seguros, protegidos, amparados. O grupo representa de certa forma sua própria identidade.

c) Necessidade de intelectualizar e fantasiar

O desenvolvimento do pensamento abstrato torna o adolescente capaz de intelectualizar, possibilitando a reflexão sobre si mesmo e sobre o mundo. Muitas vezes ele usa esse mecanismo, ou lança mão da fantasia para fugir de uma realidade difícil de enfrentar.

d) Crises religiosas

Os adolescentes podem oscilar do ateísmo radical ao fanatismo religioso. Há uma tendência aos extremos.

e) Deslocação temporal

O adolescente tem uma relação bastante singular com o tempo: pode mostrar urgência em se organizar para situações que só acontecerão em meses, ou sentir que há muito tempo no espaço real de algumas horas.

f) Evolução da sexualidade

A vivência da sexualidade na adolescência passa por uma trajetória que vai do autoerotismo da fase inicial, passando por uma fase exploratória de si mesmo e do outro, até a relação sexual propriamente dita com integração de afeto e erotismo.

g) Atitude social reivindicatória

O adolescente lança seu olhar crítico sobre o mundo que o cerca e quer mudá-lo e transformá-lo em um mundo melhor. Ele, que sofre passivamente as mudanças corporais, quer atuar ativamente na transformação do mundo externo.

h) Contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta

A busca da identidade adulta leva o adolescente a experimentar diferentes papéis, muitas vezes contraditórios. Sua conduta é dominada pela ação, impulsiva e imprevisível, tanto do seu mundo externo como interno.

i) Separação progressiva dos pais

O desligamento dos pais faz parte da evolução do ser humano em direção à independência e autonomia. No entanto, esse processo pode levar à angústia e ao sofrimento tanto dos pais como dos adolescentes.

j) Constantes flutuações de humor

O adolescente vive as emoções com grande intensidade, sendo capaz de oscilar com grande rapidez de um extremo a outro. Assim, dependendo das experiências vividas, pode haver grandes variações de humor em um curto intervalo de tempo.

Dessa forma, a adolescência engloba uma etapa que vai além de transformações físicas, mas também, de mudanças nas relações sociais estabelecidas, de questionamentos de valores, de costumes, de sentimentos que contribuem para o exercício da vida adulta, estendendo-se até o momento que o indivíduo atinge determinado grau de maturidade, tendo estabilidade emocional, econômica e social (SENNÁ e DESSEN, 2012; QUEIROZ, 2013).

3.2 Adolescência e Sexualidade

Dentre as consequências decorrentes das transformações na vida sociocultural nas últimas décadas, está o início da vida sexual de adolescentes cada vez mais cedo, caracterizando uma mudança do padrão de comportamento social e sexual (BRASIL, 2007b).

O início da vida sexual e reprodutiva, bem como as expectativas levantadas em torno da vida produtiva estão entre as experiências importantes da adolescência (SIMONETT e cols., 2004).

Adolescência e sexualidade estão intrinsicamente ligadas, não dá para falar de adolescência sem falar em sexualidade. De acordo com o BRASIL (2007b) sexualidade é muito mais que atividade sexual e não se limita a uma função biológica responsável pela reprodução é um aspecto essencial da vida das pessoas e envolve papéis sexuais, orientação sexual, erotismo, prazer, relações afetivas, amor e reprodução.

A sexualidade nessa etapa da vida deve ser compreendida como um processo contínuo de aprendizagem e descoberta, resultado da construção histórica, social e cultural de um grupo social e suas redes, possibilitando a manifestação do sexo por seus pares (MORAES e VITALLE, 2012).

Embora presente em toda a trajetória de vida do ser humano, a sexualidade se manifesta com mais intensidade na adolescência, o que desperta preocupação do setor saúde, pois, muitas vezes, a sexualidade é vivida pelo adolescente por meio de práticas sexuais desprotegidas, além da falta de informação e comunicação entre os familiares, seja pela presença de tabus ou pelo medo do adolescente em assumi-la (MENDES e cols., 2011).

NEGREIROS (2004) afirma que comumente as pessoas associam sexualidade ao ato sexual e/ou aos órgãos genitais, considerando-os como sinônimos. Embora o sexo seja uma das dimensões importantes da sexualidade, esta é muito mais que atividade sexual e não se limita à genitalidade ou a uma função biológica responsável pela reprodução.

Na atualidade existe a tentativa de transformar o sexo em algo descartável, que deve ser consumido, tal pensamento pode gerar a anulação da afetividade nos relacionamentos.

Quando o outro se torna a única referência, o adolescente fica refém, exerce sua sexualidade não a partir do que deseja, e sim, pela vontade de ser aceito socialmente. A necessidade de ter a aprovação do grupo muitas vezes leva a comportamentos estereotipados na busca de uma identidade frequentemente obrigatória e não subjetivada (TAQUETE e VILHENA, 2007).

O desenvolvimento da sexualidade do adolescente nem sempre é acompanhada de um amadurecimento afetivo e cognitivo, o que torna a adolescência uma etapa de extremos riscos e vulnerabilidades, os quais estão muito ligados às características próprias do desenvolvimento psicoemocional dessa fase da vida (SANTOS, 2012).

Os riscos são as possibilidades de ocorrência de danos ou agravamentos, como, por exemplo, a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/Aids) e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST), a gravidez não planejada, sem qualquer orientação profissional ou familiar, os abortos inseguros, a morbidade materna e os casos de violência sexual (MORAES e VITALE, 2012).

As vulnerabilidades são entendidas como um conjunto de fatores (individuais ou coletivos) que acometem os adolescentes, expondo-os de maneira mais frágil e/ou decorrendo de maiores dificuldades de acesso aos meios de prevenção e proteção (MORAES e VITALE, 2012). As situações de vulnerabilidades devem ser vistas pelos componentes individuais, sociais e institucionais e que remetem a perceber três itens em uma mesma situação: quem está vulnerável, a que está vulnerável e em quais circunstâncias (MEYER e cols., 2006).

As taxas de gravidez, abortos provocados e DST na adolescência mostram a necessidade de uma política de prevenção séria e compromissada focada neste grupo, visto que a atividade sexual desprotegida ocorre nessa faixa etária em uma frequência alta e cabe aos serviços de saúde a prestação de uma assistência de qualidade e o desenvolvimento de ações educativas que abordem a saúde sexual e reprodutiva, com enfoque ao uso dos métodos contraceptivos, de modo que ofereçam um serviço de contracepção e planejamento

reprodutivo específico para adolescentes com acesso facilitado a estes (RAPOSO, 2009; SANTOS, 2012).

A discussão sobre sexo e sexualidade é fundamental nos serviços de saúde, escolas, famílias, grupos de amigos, grupos sociais e meios de comunicação social (BRASIL, 2007b). Pois, como já citado anteriormente, a sexualidade não se restringe somente ao ato sexual, pois envolve sentimentos e motiva a procurar o contato físico e afetivo, a intimidade de um relacionamento, podendo ou não haver reprodução.

Para que os adolescentes e jovens possam aumentar a capacidade de identificar quais seriam as situações de risco no campo da sexualidade, é imprescindível que, além do conhecimento sobre formas de prevenção e proteção, tenham autonomia em suas decisões (BRASIL, 2011a).

As políticas públicas necessitam ser adequadas às diferentes realidades socioculturais, facilitando o acesso a serviços de saúde de qualidade que contemplem as necessidades dos adolescentes e jovens nas suas diversidades (BRASIL, 2011b).

É imprescindível que os direitos sexuais e reprodutivos do jovem se baseiem na tríade saúde-educação-família para que o desenvolvimento saudável e seguro da adolescência sejam mantidos (MORAES e VITALLE, 2012).

3.3 Gravidez na Adolescência

Por dia 20 mil adolescentes com menos de 18 anos dão à luz em países em desenvolvimento. Isso representa 7,3 milhões de novas mães por ano nesses países. O número é mais do que dez vezes a quantidade de partos de adolescentes nos países desenvolvidos, 680 mil (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013).

A gravidez precoce representa um risco à saúde. São 70 mil mortes de adolescentes por ano por complicações na gravidez e no parto. Além disso, são 3,2 milhões de abortos inseguros entre as jovens todos os anos. Uma pessoa com menos de 18 anos é considerada uma criança e, por isso, deve receber proteção especial exigida pela idade. É papel dos estados assegurar essa proteção, ajudar a eliminar as condições que contribuem para a gravidez na adolescência e atenuar as consequências (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013).

No panorama mundial, a gravidez na adolescência é apontada como um dos maiores problemas de saúde pública, com significativa repercussão social. Entre os argumentos mais

frequentemente usados para estabelecer a gravidez na adolescência, como um problema de saúde pública, estão os efeitos adversos na saúde materna ou da criança e a contribuição para a perpetuação da pobreza (GAMA e cols., 2001).

No Brasil, apesar da ampliação do acesso ao planejamento familiar e campanhas de sexo seguro como o incentivo ao uso de preservativo, cerca de 19,3% de crianças nascidas vivas em 2012 eram filhos de mães adolescentes. No mesmo ano, no Maranhão a porcentagem de filhos nascidos de mães com idade inferior a 20 anos foi de 25,8% (BRASIL, 2014).

A gravidez não é um evento esperado na adolescência. E tem sido caracterizada como preocupação social que demanda políticas públicas voltadas para a temática em questão. Mesmo não sendo um assunto novo, tem-se apresentado como um desafio ao setor saúde, por ser considerado um problema de saúde pública (BARRETO e cols., 2010).

MOREIRA e cols (2008) relatam que a gravidez precoce não é um problema da sociedade moderna, porque em todas as épocas as mulheres engravidaram na adolescência.

Historicamente, a gravidez na adolescência já foi considerada natural e socialmente desejável entre os diferentes níveis sociais, pois correspondia ao período que a menina/mulher era preparada para o lar, casamento e filhos. Em suas relações era percebida como procriadora responsável pela educação dos filhos, distanciando quaisquer relativizações sobre o ser mulher (PACHECO, 2004).

Com o movimento de liberação sexual, intensificado a partir da década de 60, o início das relações sexuais se tornou cada vez mais precoce (GAMA e cols., 2002). Porém, o debate acerca da sexualidade dentro das famílias e das escolas não acompanhou as mudanças. Concomitantemente, pôde-se perceber o aumento da frequência da gravidez na adolescência, fenômeno que vem sendo observado em diversos países.

Em virtude das adolescentes iniciarem a atividade sexual cada vez mais cedo, o número de adolescentes que engravida tem aumentado progressivamente e em idades cada vez mais precoces. Viver a maternidade no período da adolescência torna-se cada vez mais complicado, pois as exigências que aparecem na busca da identidade da adolescente são acrescentadas às exigências do tornar-se mãe, acarretando sérias consequências em sua vida (CÔRTEZ, 2012).

A partir do século XX, representado com grande enfoque pelo movimento feminista, houve uma nova concepção sobre os papéis sociais das mulheres. Estas passam a lutar por interesses até então restritos aos homens, como o direito ao próprio corpo de fato, e revoluciona as sociedades com o aprimoramento do anticoncepcional (SCAVONE, 2007).

Isto permite às mulheres uma maior autonomia sobre si e as fortalecem em busca de novos ideais no qual se inclui a inserção no mercado de trabalho, com conseqüente independência.

COSTA (2005, p. 26) afirma que:

O movimento feminista brasileiro, enquanto um “novo” movimento social extrapolou os limites do seu status e do próprio conceito. Foi mais além da demanda e da pressão política na defesa de seus interesses específicos. Entrou no Estado, interagiu com ele e ao mesmo tempo conseguiu permanecer como movimento autônomo. Através dos espaços aí conquistados (conselhos, secretarias, coordenadorias, ministérios, etc.) elaborou e executou políticas.

Como conseqüência destas conquistas e de mudanças socioeconômicas, observou-se no Brasil um declínio da fecundidade no período de 1960 a 2000 (POTTER e cols., 2002). No entanto, ainda é elevada a proporção de nascidos vivos de mães adolescentes.

Cada vez mais, a maternidade na adolescência tem se tornado uma preocupação no campo das políticas públicas, vários estudos têm encontrado uma correlação significativamente entre gravidez precoce, baixa desempenho educacional e piores resultados no mercado de trabalho para as mulheres (AZEVEDO, 2012).

A ocorrência da gravidez na adolescência é frequentemente descrita como aquela que é acompanhada por forte estresse em razão das inseguranças típicas da idade, que a mesma está diretamente relacionada a vários problemas adversos de ordem psicofísica e social, tais como: falta de apoio ou abandono do pai da criança, falta de apoio da família, interrupção nas atividades de lazer e evasão escolar, levando a um grave problema socioeconômico que poderá acompanhar essa adolescente pelo resto de sua vida (HEILBORN e cols., 2006).

Segundo LAGE (2008), esta problemática converteu-se em um dos grandes problemas de saúde pública, não só pelo significativo número de adolescentes grávidas, como devido às diversas repercussões deste fenômeno na vida desta menina, pois além dos riscos biológico para a mãe e a criança, a gravidez na adolescência também traz transtornos emocionais e econômicos para o núcleo familiar onde ela ocorre. A interrupção do processo de formação dessa jovem, que muitas vezes é obrigada a deixar a escola, é excluída do mercado de trabalho e a falta de apoio dos familiares e amigos são alguns dos dilemas que as adolescentes são obrigadas a enfrentar quando se veem à espera de um filho (PANTOJA, 2003).

JORGE e cols (2008) relatam que a grande maioria das adolescentes grávidas é despreparada física, psicológica, social e economicamente para exercer o novo papel materno, o que compromete as condições para o assumir adequadamente e, associado à repressão familiar, contribui para que muitas fujam de casa e abandonem os estudos.

3.4 Fatores de Risco para a Ocorrência de Gravidez na Adolescência

Segundo o relatório Sobre Saúde da População, em todas as regiões do mundo, fatores sociodemográficos estão associados a gravidez na adolescência;

Adolescentes com baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo são mais propensas a engravidar do que adolescentes de áreas urbanas, com melhor poder aquisitivo e melhor escolaridade. Meninas pertencentes a uma minoria étnica ou grupo marginalizado, não têm opções ou oportunidades na vida, tem acesso limitado ou nenhum para a saúde sexual e reprodutiva, incluindo informações e serviços contraceptivos, tornando-as mais vulneráveis para engravidar (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013, p. 2).

Também em países desenvolvidos, mesmo estes países tendo percentuais menores de gravidez na adolescência, há uma forte associação com desigualdade social (ROWLANDS, 2010). Em uma revisão recente, destacando-se os estudos qualitativos, apareceram como questões ancilares na gênese da gravidez em jovens: baixo vínculo com a escola, pouca perspectiva em relação ao futuro, relato de infância infeliz e pobreza material (HARDEN e cols., 2009).

A investigação na área da gravidez e maternidade adolescente tem procurado, desde cedo, identificar fatores associados à origem deste fenômeno. Consequentemente, os fatores protetores e de risco. Numa revisão sistemática abrangendo vinte e cinco países da União Europeia, IMAMURA e cols (2007) identificaram como fatores de risco mais consistentes para a gravidez na adolescência o baixo nível socioeconômico, a pertença a famílias desestruturadas e o baixo nível educacional.

A gravidez precoce ocorre, sobretudo junto das adolescentes que vivem em áreas mais pobres e degradadas e que são mais desprotegidas ou mais vulneráveis do ponto de vista psicológico e/ou social (CARLOS e cols., 2007).

Segundo Jorge (2012), com base em dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a gravidez na adolescência no Brasil também possui próxima relação com o contexto cultural e indicadores de qualidade de vida em cada região, sendo mais expressiva naquelas com condições socioeconômicas menos favorecidas e nas que tiveram menos anos de estudo.

Adolescentes com melhor escolaridade são menos propensas a engravidar. A escola é um fator de proteção para não ocorrência de gravidez precoce, pois as maiores taxas de escolaridade feminina entre 15 e 19 anos estão relacionadas com taxas consideravelmente

mais baixas de natalidade na adolescência (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013).

Dessa forma a escola é um fator protetor para a não ocorrência de gravidez na adolescência, pois a educação melhora a autoestima, prepara para o mercado de trabalho e permite a adolescente mais autonomia nas decisões que afetam sua vida (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013).

Numa pesquisa multicêntrica em três capitais brasileiras (Rio de Janeiro, Salvador e Porto Alegre) foi observado que mulheres com renda familiar per capita baixa ou muito baixa apresentaram prevalências maiores de gravidez – 36,8% e 50,4%, respectivamente – quando comparadas com as de renda intermediária ou alta, antes dos 20 anos. Já para os homens de mesma faixa etária as frequências foram em torno dos 27,5% e 33,9%, respectivamente, em comparação com os perfis supracitados (AQUINO e cols., 2003).

Estudo recente usando análise espacial em São Paulo, revelou que os percentuais de gravidez na adolescência apresentaram-se maiores nos municípios de menor PIB, maior incidência de pobreza, menor tamanho populacional e maior percentual de indivíduos com vulnerabilidade social (MARTINEZ e cols., 2011).

Existem fatores de natureza objetiva e subjetiva que levam à gestação nos anos iniciais da vida reprodutiva, tais como o desconhecimento dos métodos contraceptivos, a dificuldade de acesso das adolescentes a tais métodos, a dificuldade das meninas em negociar o uso do preservativo, ingenuidade, violência, submissão, desejo de estabelecer uma união estável com o parceiro, forte desejo pela maternidade, com expectativa de mudança social, e de obtenção da autonomia através da maternidade (SOCIEDADE CIVIL BEM ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997).

O ambiente familiar também tem relação direta com o início da atividade sexual. Experiências sexuais precoces são observadas em adolescentes cuja família, os irmãos mais velhos já apresentam vida sexual ativa. É comum encontrar adolescentes grávidas cujas mães também iniciaram a vida sexual precocemente ou engravidaram durante a adolescência (COSTA e cols., 2011).

Outro fator familiar que contribui para a ocorrência da gestação na adolescência é a repetição da história de gravidez na adolescência entre diferentes gerações da família (transgeracionalidade) (PATIAS e cols., 2013).

Adolescentes grávidas possuem pais que, em sua maioria, passaram por essa experiência durante a adolescência. Além disso, a presença de outros membros da família

(tias, irmãs, primas) que estão passando pela experiência de gravidez adolescente está mais associada à ocorrência do fenômeno (PERSONA e cols., 2004).

Outro fator associado á gravidez na adolescência é o consumo de bebida alcoólica. Dados revelam que os jovens contribuem significativamente nas estatísticas sobre o aumento no consumo de bebidas alcoólicas, apresentando-se o beber como elemento recreativo e forma de integração e aceitação social (LARANJEIRA e cols., 2007). Entende-se que o uso de bebidas alcoólicas expõe esses adolescentes a algumas situações de vulnerabilidade, como doenças sexualmente transmissíveis, gravidez e paternidade precoce (VELOSO, 2011).

As situações aqui apontadas revelam os fatores que potencialmente podem contribuir para a gestação na adolescência. O risco de ocorrência nessa faixa etária se torna maior quanto mais fatores estiverem presentes, pois um pode potencializar a ação do outro.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal. Foram incluídas no mesmo 374 gestantes e puérperas residentes na zona urbana e rural, que utilizavam os serviços públicos de saúde de Caxias-Maranhão. A população do estudo foi dividida em gestantes e puérperas adolescentes: mulheres de idade inferior a 20 anos e gestantes e puérperas adultas: mulheres de idade igual ou superior a 20 anos. O período da pesquisa foi de dezembro de 2012 a agosto de 2013.

Esse estudo está inserido em outro maior intitulado “Fatores Associados a Gravidez na Adolescência em Cidades do Maranhão em 2012/2013”, desenvolvido no Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), financiado pela Fundação de Amparo a Pesquisa no Estado do Maranhão (FAPEMA).

4.2 Local da Pesquisa

O cenário desta investigação é o Município de Caxias, de área de 5.150,647 km², situado na região leste do estado do Maranhão, a 374 quilômetros da capital São Luís, e a 70 quilômetros da capital piauiense, Teresina. Apresenta uma população aproximada de 155.129 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

Caxias possui uma estrutura de sistema de atenção a Saúde da Mulher e da Criança, conveniada ao SUS, que conta com 01 hospital geral, 01 hospital infantil, 01 maternidade e 32 Unidades Básicas de Saúde. Segundo dados da Coordenação da APS e do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o município conta com uma cobertura de Estratégia Saúde da Família de 93,5% e está estruturado com 58 Equipes de Saúde da Família, organizadas da seguinte forma:

a) Zona Urbana (21 Unidades Básicas de Saúde - UBSs):

- 37 equipes com cadastro de Equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal Modalidade 1 (ESFSBM1): cada uma composta por 1 médico, 1 enfermeiro e 1 cirurgião dentista, 1 auxiliar em saúde bucal, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde;

b) Zona Rural (11 Unidades Básicas de Saúde):

- 19 equipes com cadastro de ESFSBM1: cada uma composta por 1 médico, 1 enfermeiro e 1 cirurgião dentista, 1 auxiliar em saúde bucal, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde.

Os dados da pesquisa foram coletados nas unidades básicas de saúde e na maternidade Carmosina Coutinho. A maternidade foi inaugurada em junho de 2008, em terreno cedido pela Prefeitura Municipal. É referência para as 32 UBSs, e campo de estágio para os alunos de graduação dos cursos de medicina e enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA).

4.3 Coleta de Dados

Os casos foram obtidos de forma aleatória, por busca ativa nos locais onde ocorriam a assistência de pré-natal e parto.

A coleta de dados foi realizada com a utilização de um questionário, aplicado por meio de entrevista estruturada, visando obter dados condizentes com os objetivos da pesquisa (APÊNDICE A).

A obtenção dos dados foi feita por seis alunos do curso de graduação em enfermagem da UEMA, treinados pela supervisora da pesquisa. Ao ser iniciada a abordagem foi assegurado à entrevistada o caráter confidencial de suas respostas e a importância de sua colaboração para a pesquisa realizada.

4.4 Variáveis do Estudo

As variáveis estudadas foram: idade da mãe, situação conjugal, escolaridade materna, número de consultas do pré-natal, raça, existência de gravidez materna (geração anterior), religião, existência de pais separados, renda familiar (a renda de cada membro da família que trabalha, em separado, foi somada e depois transformada de reais para salários-mínimos), número de moradores no domicílio, residência com aparelho sanitário com descarga, com TV, geladeira, rádio, fogão a gás, tipo de construção da residência, trabalho fora de casa da puerpera, envolvimento em tarefas domésticas entre os 15-18 anos, desejo da gravidez, mês

de início do pré-natal, tabagismo, uso habitual de álcool, uso de contraceptivo, onde aprendeu o uso de método contraceptivo e local de obtenção do método.

4.5 Tamanho da Amostra

Em Caxias ocorreram 2.834 nascimentos em 2012 (BRASIL, 2014). Considerando um erro de 0,05, confiança de 1,96 e proporção do evento de 30%, o tamanho da amostra foi estimado em 322 mulheres. Considerando as perdas do estudo, acrescentou-se 10% ao valor encontrado em cada cidade, resultando no da final da amostra em 374.

4.6 Análise Estatística

Trabalhou-se com estimativa pontual de cada uma das variáveis e aplicou-ser o teste do qui-quadrado, para verificar as diferenças em relação aos fatores socioeconômicos, demográficos, reprodutivos, comportamentais e de assistência médica segundo a idade materna. Realizaram-se dois testes do qui-quadrado para comparar proporções: um com todas as categorias de idade materna e outro contrastando as adolescentes com as não adolescentes. Para estimativa do risco de resultados perinatais, usou-se razão de prevalências. O nível de significância utilizado foi de 0,05. Associação marginalmente significativa foi considerada quando o valor de P esteve entre 0,10 e 0,05. A análise estatística foi feita no programa Stata 10.

4.7 Aspectos Éticos

A pesquisa seguiu as normas da Resolução 196/96, que refere aos princípios norteadores de estudos envolvendo seres humanos - o respeito à autonomia, a não-maleficência, a benevolência e à justiça (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996). O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFMA, sob parecer no 75/2012.

As participantes da pesquisa foram convidadas a participar do estudo, sendo informados sobre os objetivos, metodologia e estratégia de recolha dos dados, a explicação de ausência de malefícios, o respeito à privacidade das falas e a garantia de desistência ou recusa de

participação em qualquer momento da pesquisa sem prejuízos ou penalidades. Após esse momento foi solicitada sua anuência e os sujeitos do estudo assinaram um Termo de Assentimento antes da realização das entrevistas (APÊNDICE B), esse em duas vias, sendo uma para a pesquisadora e a outra para o sujeito do estudo, antes da realização das entrevistas. Ressalta-se que nos casos de adolescentes-mães, não terem atingido a maioridade jurídica, tornou-se necessário à autorização dos responsáveis em consonância com o aceite da adolescente, e assim, ambos assinaram o Termo de Assentimento.

5 RESULTADOS

O presente estudo contou com uma amostra constituída de 374 mulheres. Destas, 35,7% foram de adolescentes (casos) e 63,10% tinham idade igual ou maior que 20 anos (controles).

O percentual de entrevistadas que frequentaram a escola por um período superior a 8 anos foi de apenas 38,5%. Em maiores proporções viviam com companheiro (70,89%), 84,28% eram de cor não branca, o número de pessoas residindo na mesma residência variou de 1 a mais de 4 pessoas, sendo a maior concentração em mais de 4 pessoas (50,4%) (Tabela 5.1).

No tocante as condições sanitárias 86,86% residiam em domicílio abastecido com água encanada e 69,52% em domicílio com sanitário com descarga (Tabela 5.1).

A maioria das entrevistadas, 82,57%, tinham no domicílio geladeira, TV, rádio e fogão a gás. Quanto ao tipo de construção das residências, 75,41% informaram ser de alvenaria (Tabela 5.1).

Na variável escolaridade materna observa-se o nível pior com um percentual elevado (83,43%). Em relação a situação conjugal dos pais, 34,81% referiram pais separados antes de completarem 20 anos, a maioria, 71,08%, não tinham nenhuma atividade remunerada e apenas 45,41% tinham obrigação no envolvimento das tarefas domésticas na faixa etária entre 15-18 anos (Tabela 5.1).

No que diz respeito à renda, 57,34% informaram renda familiar \geq salário mínimo. Um total de 80,32% referiu história materna de gravidez na adolescência (Tabela 5.1).

Quanto ao estilo de vida e dados de saúde, verificou-se que 55,92% não queriam a gravidez, 54,79% iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, 4,30% fumavam, 7,55% faziam uso de bebida alcoólica, 50,2% fizeram uso de método contraceptivo antes da gestação, no entanto, somente 35,57% receberam orientações sobre o uso correto de métodos contraceptivos dados pelo médico/outras profissionais de saúde e 52,42% referiram ser a unidade básica de saúde o local para obtenção dos métodos contraceptivos (Tabela 5.1).

Tabela 5.1 - Características socioeconômicas, demográficas, estilo de vida e dados de saúde de gestantes Caxias-Ma, 2013

Variáveis	n	%
Faixa etária		
< 20	138	36,9
≥ 20 anos	236	63,10
Escolaridade		
≥8 anos	144	38,50
<8anos	230	61,50
União		
Com companheiro	265	70,89
Sem companheiro	109	29,14
Raça		
Branca	55	14,91
Negro/pardo	311	84,28
Número de moradores no domicílio		
1	9	2,41
2 ou 3	153	40,91
4 ou mais	212	56,68
Domicílio com água encanada		
Sim	324	86,86
Não	47	12,60
Domicílio com sanitário com descarga		
Sim	260	69,52
Não	114	30,48
Domicílio com geladeira, TV, rádio, fogão à gás		
Sim	308	82,57
Não	64	17,16
Tipo de construção da residência		
Alvenaria	279	75,41
Madeira	86	23,24
Papelão e/ou lata	1	0,27
Taipa	3	0,81
Pais separados		
Não	231	63,81
Sim	126	34,81
Gestante trabalha		
Sim	107	28,92
Não	263	71,08
Envolvimento em tarefas domésticas entre 15-18 anos		
Tinha obrigação	168	45,41
Apenas ajudava sem obrigação	196	52,92

Tabela 5.1 - Características socioeconômicas, demográficas, estilo de vida e dados de saúde de gestantes Caxias-Ma, 2013 (cont.)

Variáveis	n	%
Religião		
Católica	296	79,36
Evangélica	51	13,67
Outras	26	6,97
Renda familiar		
≥ Salário mínimo	211	57,34
< Salários mínimos	157	42,66
Historia materna de gravidez na adolescência		
Sim	61	19,68
Não	249	80,32
Queria a gravidez		
Não	157	43,25
Sim	203	55,92
Início do pré-natal		
1º trimestre	200	54,79
2º trimestre	140	38,46
3º trimestre	19	5,21
Ignorado	6	1,64
Fuma		
Não	356	4,30
Sim	16	95,70
Uso de bebida alcoólica habitual		
Não	28	7,5
Sim	342	92,18
Uso de contraceptivo antes da gestação		
Sim	188	50,27
Não	186	49,73
Ensinamento do método		
Médico/ profissional de saúde	127	35,57
Conta própria	106	29,69
Outros	122	34,17
Local de obtenção do método		
Unidade de saúde	119	52,42
Farmácia	84	37,00
Outros	19	8,37

Na Tabela 5.2, analisando-se a associação entre gestação na adolescência e variáveis socioeconômicas e demográficas, verifica-se associação para as seguintes variáveis:

Escolaridade menor que oito anos, com RP 0,80 (IC 95%: 0,70-0,91), observa-se que 71,73% das adolescentes frequentaram a escola por um período menor que oito anos, contra 55,51% dos controles. Não possuir companheiro, RP 1,32 (IC 95%: 1,01-1,73). Matéria prima da construção da casa ser madeira e papelão/outro, com RP 2,43 (IC 95%: 1,55-2,43) e RP 8,35 (IC 95%: 1,14-6,10) respectivamente. Pais separados antes de completar 20 anos, RP 1,40 (IC 95%: 1,07-1,82) e trabalho remunerado, RP 1,58 (IC 95%: 1,11-2,24).

Não houve associação entre a variável dependente gestação na adolescência e as variáveis raça, número de moradores no domicílio, domicílio com água encanada, com descarga, geladeira, TV rádio, fogão a gás, escolaridade materna, religião, renda familiar e história materna de gravidez na adolescência.

Quando analisada a associação da gestação na adolescência com as variáveis referentes ao estilo de vida e dados de saúde (Tabela 5.2):

Observa-se associação entre uso de bebida alcoólica, RP 1,22 (IC 95%: 1,10-1,35) e o fato de ter adquirido conhecimento sobre uso de método contraceptivo por conta própria e outras forma, com RP 0,45 (IC 95%: 0,36-0,55) e RP 0,38 (IC 95%: 0,30-0,48) respectivamente.

Não houve associação entre gravidez na adolescência e história materna de gravidez na adolescência, o fato de querer a gravidez, início do pré-natal, uso de fumo, uso de contraceptivo antes da gestação e o local de obtenção do contraceptivo.

Não houve associação entre gravidez na adolescência e história materna de gravidez na adolescência, o fato de querer a gravidez, início do pré-natal, uso de fumo, uso de contraceptivo antes da gestação e o local de obtenção do contraceptivo.

Tabela 5.2 - Análise não ajustada de fatores em gravidez em adolescentes, Caxias- Ma, 2013

Variáveis	Gestante e puérpera não adolescente N (%)	Gestante e puérpera adolescente N (%)	RP (IC 95%)	p-valor
Escolaridade				
≥8 anos	105 (44,49)	39 (28,26)	1,00	<0,01
<8anos	131 (55,51)	99 (71,73)	0,80 (0,70-0,91)	
União				
Com companheiro	177 (75,00)	88 (63,77)	1,00	0,037
Sem companheiro	59 (25,00)	50 (36,23)	1,32 (1,01-1,73)	
Raça				
Branca	36 (15,52)	19 (13,87)	1,00	0,707
Negro/pardo	194 (83,62)	117 (85,40)	1,07 (0,74-1,55)	
Número de moradores no domicílio				
1	4 (1,69)	5 (3,62)	1,00	0,340
2 ou 3	90 (38,14)	62 (45,65)	0,74 (0,40-1,37)	
4 ou mais	142 (60,17)	70(50,72)	0,59 (0,32-1,10)	
Domicílio com água encanada				
Sim	206 (87,66)	118 (85,51)	1,00	0,511
Não	28 (11,91)	19 (13,77)	1,12 (0,79-1,57)	
Domicílio com sanitário com descarga				
Sim	161 (61,22)	99 (71,74)	1,00	0,482
Não	75 (31,78)	39 (28,26)	0,89 (0,66-1,21)	
Domicílio com geladeira, TV, rádio, fogão à gás				
Sim	192 (81,70)	116 (84,06)	1,00	0,511
Não	42 (17,87)	22 (15,94)	0,88 (0,61-1,27)	
Tipo de construção da residência				
Alvenaria	168 (72,10)	111(81,02)	1,00	0,000
Madeira	61 (26,18)	25 (18,25)	2,43 (4,55-2,43)	
Papelão e/ou lata	0 (0,00)	1 (0,73)	8,35(1,14-6,10)	
Taipa	3 (1,29)	0 (0,00)	0,99 (0,10)-9,8)	
Pais separados				
Não	158 (69,00)	73 (54,89)	1,00	0,012
Sim	68 (29,69)	58 (43,61)	1,40 (1,07-1,82)	
Gestante trabalha				
Sim	79 (33,91)	28 (20,44)	1,00	0,010
Não	154 (66,09)	109 (79,50)	1,58 (1,11- 2,24)	
Envolvimento em tarefas domésticas entre 15-18 anos				
Tinha obrigação	130 (55,79)	66 (48,18)	1,00	0,119
Apenas ajudava sem obrigação	100 (42,92)	68 (49,64)	1,21 (0,95-1,56)	
Religião				
Católica	188 (80,00)	108 (78,26)	1,00	0,495
Evangélica	35 (14,89)	16 (11,59)	0,85 (0,55-1,32)	
Outras	12 (5,11)	14 (10,14)	1,47 (1,00-2,17)	

Tabela 5.2 - Análise não ajustada de fatores em gravidez em adolescentes, Caxias -Ma, 2013
(cont.)

Variáveis	Gestante e puérpera não adolescente N (%)	Gestante e puérpera adolescente N (%)	RP (IC 95%)	p-valor
Renda familiar				
≥ Salário mínimo	143 (61,11)	68 (50,75)	1,00	0,53
< Salário mínimos	91 (38,89)	66 (49,25)	1,30 (0,99-1,70)	
História materna de gravidez na adolescência				
Sim	37 (19,58)	24 (19,83)	1,00	0,707
Não	152 (80,52)	97 (80,17)	0,99 (0,69-1,40)	
Queria a gravidez				
Não	126 (54,78)	77 (57,89)	1,00	0,731
Sim	102 (44,35)	56 (41,18)	1,04 (0,80-1,36)	
Início do pré-natal				
1º trimestre	127 (55,46)	73 (53,68)	1,00	
2º trimestre	84 (36,68)	56 (41,18)	1,09 (0,83-1,44)	0,512
3º trimestre	14 (6,11)	5 (3,68)	0,72 (0,33-1,56)	0,408
Ignorado	3 (1,51)	2 (1,47)	1,09 (0,36-3,2)	0,869
Fuma				
Não	220 (94,02)	136 (98,55)	1,00	0,093
Sim	14 (5,98)	2 (1,45)	3,05 (0,82-11,26)	
Uso de bebida alcoólica habitual				
Não	213 (91,03)	129 (94,16)	1,00	0,000
Sim	21 (8,97)	7 (5,11)	1,22 (1,10-1,35)	
Uso de contraceptivo antes da gestação				
Sim	117 (49,58)	71 (51,45)	1,00	0,727
Não	119 (50,42)	67 (48,55)	0,95 (0,73-1,24)	
Ensinamento do método				
Médico/ profissional de saúde	94 (41,41)	33 (25,38)	1,00	
Conta própria	58 (25,55)	48 (36,92)	0,45 (0,36-0,55)	0,000
Outros	75 (33,04)	47 (36,15)	0,38 (0,30-0,48)	0,000
Local de obtenção do método				
Unidade de saúde	80 (57,97)	39 (43,82)	1,00	
Farmácia	47 (34,06)	37 (41,57)	1,76 (0,31-9,82)	0,518
Outros	7 (5,07)	12 (13,48)	2,52 (0,44-1,40)	0,29

A tabela 5.3 revela a análise ajustada, na qual persistiram significativamente associadas à gestação na adolescência as seguintes variáveis: não trabalhar (RP = 1,44 ; IC 95% : 1,02-2,05), pais separados (RP= 1,39, 1,07-1,82) e uso de bebida alcoólica (RP =1,21; IC: 1,09-1,35).

Tabela 5.3 - Análise ajustada de fatores em gravidez em adolescentes, Caxias-Ma, 2013

Variáveis	Gestante e puérpera não adolescente N (%)	Gestante e puérpera adolescente N (%)	RP (IC 95%)	p-valor
Gestante trabalha				
Sim	79 (33,91)	28 (20,44)	1,00	0,038
Não	154 (66,09)	109 (79,56)	1,44(1,02-2,05)	
Pais separados				
Não	158 (69,00)	73 (54,89)	1,00	0,014
Sim	68 (29,69)	58 (43,61)	1,39 (1,07-1,82)	
Uso de bebida alcoólica				
Habitual				
Não	213 (91,01)	129 (94,16)	1,00	0,000
Sim	21 (8,97)	7 (5,11)	1,21 (1,09-1,35)	

6 DISCUSSÃO

A prevalência de gravidez na adolescência foi elevada (36,9%) e associou-se a escolaridade menor que oito anos, ausência de companheiro, não exercício de atividade remunerada, matéria prima da construção da residência ser madeira/papelão, pais separados antes de completar 20 anos, uso de bebida alcoólica e baixa influencia dos serviços de saúde no ensinamento do uso de métodos anticoncepcionais. Na análise ajustada permaneceram associadas apenas consumo de bebida alcoólica habitual, não exercer atividade remunerada e ocorrência da separação dos pais antes de completar 20 anos.

Uma das limitações desse estudo decorreu do tipo de estudo, transversal, que limita a interpretação das associações encontradas como derivadas de relações de causa-efeito. Como ponto forte destaca-se o fato de ser um estudo novo no município de Caxias-Ma, que pode contribuir na elaboração de políticas em saúde para a prevenção de gravidez na adolescência.

Neste estudo, a prevalência de gravidez na adolescência foi superior às médias encontradas no Brasil (19,3%), na Região Nordeste (22,14%) e no Maranhão (25,96%) no ano de 2012 (BRASIL, 2014). Estes percentuais são considerados elevados quando comparados aos de países desenvolvidos cujas taxas máximas estão em torno de 1,7% a 10,4% (JORGE, 2012).

No presente estudo a variável não trabalhar esteve correlacionada à ocorrência de gestação na adolescência. O fato das adolescentes não desempenharem uma atividade remunerada mostrou tendência em aumentar o risco em até 1,44 ($p= 0,38$) vezes de engravidar quando comparadas ao grupo controle. Na literatura é relatada uma associação significativa entre gravidez na adolescência e ausência de trabalho remunerado. No estudo de CARNIEL e cols (2006) foi observado que 87,6% de mulheres que tiveram filho antes dos 20 anos, na cidade de Campinas-SP, não estavam trabalhando e demonstrou que as adolescentes que não exerciam uma atividade remunerada tiveram chance três vezes maior de engravidar (RP 3,29; IC 95%= 2,85-3,79).

Acredita-se que a falta de oportunidades e a ociosidade, fazem com que haja uma tendência para não se adiarem comportamentos, assim como o de não ter medo de correr riscos torna a adolescente vulnerável para ocorrência da gravidez. Adolescentes que engravidam são, tendencialmente, aquelas que provém de piores níveis socioeconômicos, com

mais experiência de insucesso escolar e menos especialização profissional (AQUINO e cols., 2003; DINIZ e KOLER, 2012).

Entre as adolescentes 43,61% responderam positivamente sobre serem filhas de pais separados. Na análise ajustada essa variável mostrou ter associação significativa com a ocorrência de gravidez na adolescência, tendo o grupo de caso 1,39 mais risco de engravidar.

Estudo de SCHIRÒ (2009), cujo objetivo foi investigar as características associadas à gravidez durante a adolescência numa amostra da população brasileira, revelou que 42,2% de adolescentes com história de gravidez declaram-se como filhas de pais separados. Também o estudo de JORGE (2012) mostrou que adolescentes de famílias uniparentais tinham 2,55 mais risco de gravidez antes dos 20 anos.

Fatores do contexto familiar podem ser protetores para o comportamento sexual de risco. Viver com ambos os pais, ter um maior envolvimento familiar e monitoramento parental, além de receber orientações sobre saúde sexual e reprodutiva, têm impacto positivo no comportamento sexual de adolescentes, como menor chance de ter relação sexual precocemente e realizar sexo desprotegido (OLIVEIRA-CAMPOS e cols., 2013).

O uso de álcool habitual foi outra variável que mostrou associação significativa com a gravidez na adolescência. As adolescentes que referiram o uso de álcool apresentaram risco aumentado para a gravidez (RP 1,21; IC95%= 1,09-1,35). Este achado está de acordo com o encontrado por DINIZ e KOLER (2012), em uma pesquisa realizada com adolescentes grávidas, oriundas das cinco regiões do Brasil, no qual o uso de álcool por adolescentes teve valor estatisticamente significativo com associação de gravidez na adolescência ($P < 0,05$).

BECERRA (2007) ao realizar uma pesquisa de caso controle na Colômbia, também verificou a associação de uso de álcool e gravidez na adolescência, adolescentes que faziam uso de bebida alcoólica tiveram maiores chances de contrair uma gravidez (RP 2,32; IC95% 0,81-6,59). Esse aspecto reforça que a gravidez na adolescência tende a surgir em um contexto de vulnerabilidade social, do qual faz parte o consumo de álcool pela própria adolescente.

As bebidas alcoólicas são as substâncias psicotrópicas mais utilizadas por adolescentes, apesar do consumo só ser permitido legalmente após os 18 anos, aparecendo beber como forma de integração. Os jovens veem o álcool como um passaporte para a alegria, uma forma de relaxar e se divertir, que não é perigoso, sendo que muitos nem o consideram uma droga e muito menos as consequências do seu consumo (CUSTÓDIO, 2009).

Estudos apontam importantes diferenças dos efeitos do álcool no funcionamento cerebral de meninos e meninas, sendo que elas parecem ser mais vulneráveis aos efeitos neurotóxicos do uso pesado de álcool. O consumo de bebida alcoólica, neste grupo pode acarretar diversos problemas e tem sido relacionado à iniciação sexual precoce, múltiplos parceiros, contração de DSTs e à ocorrência da gravidez não planejada (LARANJEIRA e cols., 2007; BENITES e SCHNEIDER, 2014).

Observou-se que a escolaridade menor que oito anos, ausência de companheiro, matéria prima da construção da residência ser madeira/papelão e baixa influencia dos serviços de saúde no ensinamento do uso de métodos anticoncepcionais esteve associado à gravidez na adolescência apenas na análise univariada. No entanto, esses resultados contribuíram significativamente para o aumento do risco de ocorrência desse evento.

Quanto à escolaridade, as adolescentes com menos de oito anos de estudos representaram 73,7%. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos realizados em uma cidade do interior do nordeste e com puérperas adolescentes atendidas em uma maternidade em Fortaleza (MACIEL e cols., 2012; CAMINHA e cols., 2013).

Adolescentes com baixa escolaridade tem menos acesso a informações sobre gravidez e contracepção. Não possuem projetos de emancipação social, tornando-as mais suscetíveis a ocorrência de gravidez. Por estarem mais expostos às informações sobre gravidez e contracepção, adolescentes com melhor percurso escolar referem maior uso de contraceptivo na primeira relação sexual, evidenciando o efeito da escolarização nas decisões sexuais e reprodutivas. Além de possuírem projetos de emancipação social mais definido, o que levaria ao adiantamento do desejo de ter um filho (AQUINO e cols., 2003).

Analisando a variável referente à união percebe-se que um terço do grupo de adolescentes são solteiras. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo feito no interior de São Paulo, no qual 30,10% das gestantes estudadas eram solteiras e ao estudo desenvolvido na cidade de Macapá, que apresentou um percentual de 26,50% de mães adolescentes solteiras (CHALEM e cols., 2007; CÔRTEZ, 2012).

Adolescentes solteiras estão mais expostas à gravidez em detrimento do pouco compromisso com métodos contraceptivos e da exposição ao sexo casual. Não estarem morando com o companheiro e terem relações sexuais menos frequentes, contribui para que não sintam necessidade de tomarem medidas adequadas de controle da concepção (BRUNO e cols., 2009; QUEIROZ, 2013).

Quanto ao aspecto demográfico tipo de construção de casa não foi encontrado nenhum trabalho com essa variável. Esse resultado é mais um achado que pode ser atribuído ao baixo nível socioeconômico. Pois, 49,5% das adolescentes estudadas possuíam uma renda familiar menor que um salário mínimo. Tal resultado demonstra que embora a variável renda não tenha tido significância estatística, as chances das adolescentes engravidarem foi 1,3 vezes maior do que os casos controle. Esse fato se torna preocupante na medida em que a baixa renda, configurando uma condição financeira desfavorável, coexiste como um fator social que pode influenciar a gravidez na adolescência.

Verifica-se uma baixa influência dos serviços de saúde nos ensinamentos dos métodos anticoncepcionais, nos grupos de adolescentes, cujo percentual foi somente de 25,38%. Não foi encontrado trabalhos com essa variável. No entanto, trabalho realizado com residentes de pediatria e pediatras da prefeitura do Município de São Paulo, obteve-se que cerca de 70% dos médicos não aconselhavam seus pacientes adolescentes sobre anticoncepção (SILVA e cols., 2010). É possível que muitas adolescentes tenham engravidado por não terem recebido de forma adequada orientação, fornecida pelo profissional de saúde, quanto ao uso de métodos anticoncepcionais. Corroboram esta afirmação DIAS e cols (2010), ao argumentarem que a utilização de métodos preventivos e contraceptivos não tem, necessariamente, uma relação direta com o conhecimento dos adolescentes. Pois, em sua pesquisa, ficou demonstrado que a “condon” é o meio mais conhecido, apesar de ser utilizada erroneamente e de modo irregular.

Idealmente seria, também, que a aquisição de conhecimentos sobre saúde sexual ocorresse de forma mais expressiva por intermédio de médicos ou outros profissionais de saúde, pois o conteúdo da informação fornecida pela mídia ou por amigos pode ser duvidoso e incompleto.

7 CONCLUSÃO

Ao se estudar a influência de algumas variáveis sobre a gravidez na adolescência, observou-se influência da estrutura familiar, o desconhecimento de métodos contraceptivos, o uso de bebida alcoólica e a ausência de trabalho como fatores importantes neste desfecho. Observa-se que a baixa escolaridade, mesmo não associada aqui, é um fator importante que favorece para a gravidez na adolescência. Tais achados têm importância na alocação de recursos governamentais tendo como alvo a identificação de processos sociais que determinam aumento da gravidez na adolescência no Estado do Maranhão como um todo.

REFERÊNCIAS

ADOLESCÊNCIA. **Adolescência**: fase da vida? Faixa etária? Construção social? Afinal, o que é Adolescência? 2013. Disponível em: <<http://www.adolescencia.org.br/site-pt-br/adolescencia>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

ALBERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

ALVES, E. D. et al. Estudos sobre gravidez na adolescência: a constatação de um problema social. **Revista Unopar Científica Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 12, n. 3, p. 49-56, 2010.

AMORIM, M. M. R. et al. Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 404-410, 2009.

AQUINO, E. M. L. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 377-388, 2003. Suplemento 2.

AZEVEDO, J. P. **Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe**: sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos. Washington, DC: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, 2012.

BAREIRO, A. O. G. Gravidez na adolescência: seus entornos, suas peculiaridades e o ponto de vista da adolescente. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3 p. 60-71, out./dez. 2005.

BARRETO, A. C. M. et al. Paternidade na adolescência: tendências da produção científica. **Adolescência e Saúde**, v. 7, n. 2, p. 54-59, 2010.

BECERRA, J. M. **Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años del municipio de Buenaventura, Colombia**. 2007. 89 f. Disertación (Magíster em Epidemiologia) – Universidad del Valle, Santiago de Cali, 2007.

BENITES, A. P. de O.; SCHNEIDER, D. R. Famílias e consumo de álcool em adolescentes do sexo feminino: uma revisão sistemática. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 145-152, jan./mar. 2014.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Estatuto da criança e adolescente**. 7. ed. Brasília, DF: Edições Câmara, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Adolescentes e jovens para educação entre pares**: saúde e prevenção nas escolas. Brasília, DF, 2011b. v. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens.** Brasília, DF, 2007a. (Textos Básicos de Saúde, B).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações **Programáticas estratégicas: conversando sobre saúde com adolescentes.** Rio de Janeiro: Instituto Ciência Hoje, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Brasília, DF, 2010b. (Normas e Manuais Técnicos, A).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Juventudes e participação.** Brasília, DF, 2011a. v. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de Dados do SUS. **Informações de saúde: nascidos vivos: Maranhão.** Disponível em : <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvma.def>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

BRUNO, Z. V. et al. Reicidência de gravidez em adolescentes. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 31, n. 10, p. 480-484, 2009.

CAMINHA, N. de O. et al. O perfil das puérperas adolescentes atendidas em uma maternidade de referência de Fortaleza-Ceará. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 486-492, jul./set. 2012.

CARLOS, A. I. et al. Comportamento parental de mães adolescentes. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 25, n. 2, p. 183-194, abr. 2007.

CARNIEL, E. de F. et al. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 4, p. 419-426, 2006.

CHALEM, E. et al. Gravidez na adolescência: perfil sócio demográfico e comportamental de uma população. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 23, p. 177-86, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/reso196.doc>>. Acesso em: 15 abr. 2014.

CÔRTEZ, C. T. **Gravidez na adolescência: aspectos epidemiológicos e resultados perinatais de gestantes adolescentes em Macapá-AP.** 2012 108 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Amapá, Macapá, 2012.

COSTA, A. A. A. O movimento feminista no Brasil: dinâmicas de uma intervenção política. **Gênero**, Niterói, v. 5, n. 2, p. 9-35, jan./jun. 2005.

COSTA, E. L.; SENA, M. C. F.; DIAS, A. Gravidez na adolescência: determinante para prematuridade e baixo peso. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, DF, v. 22, p. 183-188, 2011. Suplemento 1.

CUSTÓDIO, D. K. A. Sampaio. **Álcool e sociabilidade**: a farra das adolescentes. 2009. 141 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

DIAS, F. L. A. et al. Riscos e vulnerabilidades relacionados à sexualidade na. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 456-461, 2010.

DINIZ, E.; KOLLER, S. H. Fatores associados à gravidez em adolescentes brasileiros de baixa renda. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 53, p. 305-314, set./dez. 2012.

DUARTE, C. M.; NASCIMENTO, V. B.; AKERMAN, M. Gravidez na adolescência e exclusão social: análise de disparidades intra-urbanas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, DC, v. 19, n. 4, p. 236-243, 2006.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Maternidade precoce**: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência: situação da população mundial 2013. [S. l.], 2013. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/swop2013.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

GAMA, S. G. N. et al. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 153-161, jan./fev. 2002.

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. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 74-80, 2001.

HARDEN, A. et al. Teenage pregnancy and social disadvantage: systematic review integrating controlled trials and qualitative studies. **British Medical Journal**, London, v. 339, p. b4254, 2009.

HEILBORN, M. L. et al. **O aprendizado da sexualidade**: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz, 2006.

IMAMURA, M. et al. Factors associated with teen age pregnancy in the European Union countries: a systematic review. **European Journal of Public Health**, Oxford, v. 17, n. 6, p. 630-636, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE cidades@**: Maranhão: Caxias. 2011. Disponível em:

<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=210300&search=maranhao|caxias>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Contagem populacional 2010**. Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Departamento de população e indicadores sociais. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2007. (Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, 21).

JORGE, M. G. **Recorrência de gravidez em adolescentes de 18-19 anos, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) no município do Rio de Janeiro**. 2012. 91 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012.

JORGE, M. S. B. et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 2, n. 42, p. 312-20, 2008.

LAGE, A. M. D. **Vivências da gravidez de adolescentes**. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem/UFMG, Belo Horizonte, 2008.

LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**. Brasília, DF: SENAD, 2007.

MACIEL, S. S. S. V. et al. Epidemiologia da gravidez na adolescência no município de Caruaru, PE. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 56, n. 1, p. 46-50, jan./mar. 2012.

MARTINEZ, E. Z. et al. Gravidez na adolescência e características socioeconômicas dos municípios do Estado de São Paulo, Brasil: análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 855-867, maio 2011.

MENDES, S. de S. et al. Saberes e atitudes dos adolescentes frente à contracepção. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 385-391, set. 2011.

MÉNDEZ, M. C. R. **Maternidade na adolescência**: efeitos a curto e longo prazo sobre a saúde e o capital humano dos filhos. Coortes de Nascimentos de Pelotas, RS- 1982, 1993. 2004. Tese (Doutorado em Epidemiologia) - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2012.

MEYER, D. E. E. et al. Você aprende. A gente ensina?: interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, jun. 2006.

MORAES, S. P. de; VITALLE, M. S. de S. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n.1, p. 48-52, jan./fev. 2012.

MOREIRA, T. M. H. et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 2, n. 42, p. 312-320, 2008.

NEGREIROS, T. C. G. M. Sexualidade e gênero no envelhecimento. **Revista Alceu**, v. 5, n. 9, p. 77-86, jul./dez, 2004.

OLIVEIRA, R. O. S. **A vivência da contracepção entre mulheres adolescentes: realidades e desafios para a Enfermagem**. 2012.107 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2012.

OLIVEIRA-CAMPOS, M. et al. Contextual factors associated with sexual behavior among Brazilian adolescents. **Annals of Epidemiology**, Amsterdam v. 23, n. 10, p. 629-635, Oct. 2013.

PACHECO, M. J. T. **Maternidade na adolescência: vivências, sentimentos e decisões**. São Luis: Fundação Josué Moutello, 2004.

PANTOJA, A. L. N. Ser alguém na vida: uma análise socioantropológica da gravidez/maternidade na adolescência... **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 19, p. 335-343, 2003.

PATIAS, N. D. et al. A família como um dos fatores de risco e de proteção nas situações de gestação e maternidade na adolescência. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 586-610, maio/ago. 2013.

PERSONA, L.; SHIMO, A. K. K.; TARALLO, M. C. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 745-750, set./out. 2004.

POTTER, J. E.; SCHMERTMANN, C. P.; CAVENAGHI, S. M. Fertility and development: evidence from Brazil. **Demography**, Washington, DC, v. 39, n. 4, p. 739-761, 2002.

QUEIROZ, D. T. **Fatores individuais, sociais e familiares associados à vulnerabilidade de adolescentes à gravidez**. 2013. 170 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

RAPOSO, C. A política de atenção integral à saúde do adolescente e jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde? **Revista de Enfermagem em Pauta**, v. 6, n. 23, p. 117-138, jul. 2009.

RAUPP, L. M. **Adolescência, drogadição e políticas públicas: recortes no contemporâneo**. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

ROCHA, M. J. F. **Adolescência e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais por estudantes da zona urbana de Cruzeiro do Sul, Acre**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

- ROWLANDS, S. Social predictors of repeat adolescent pregnancy and focussed strategies. **Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology**, Amsterdam, v. 24, n. 5, p. 605-616, 2010.
- SABROZA, A. R. et al. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil 1999-2001. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S112-S120, 2004. Suplemento 1.
- SANTOS, R. O. **A vivência da contracepção entre mulheres adolescentes: realidades e desafios para a enfermagem**. 2012. 107 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2012.
- SCAVONE, L. Novas tecnologias conceptivas: teorias e políticas feministas. In: FERREIRA, V.; ÁVILA, M. B.; PORTELLA, A. P. (Orgs.). **Feminismo e novas tecnologias reprodutivas**. Recife: SOSCorpo/Instituto Feminista para a Democracia 2007.
- SCHIRÒ, E. D. **Gravidez na adolescência: como se configura no Brasil e em Portugal?** 2009. 250 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- SENNA, S. R. C. M.; DESSEN, M. A. Contribuições das teorias de desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 28, n. 1, p. 101-108, 2012.
- SILVA, F. C. da et al. Diferenças regionais de conhecimento, opinião e uso de contraceptivo de emergência entre universitários brasileiros de cursos da área de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1821-1831, set. 2010.
- SIMONETTI, J. R. et al. **Gravidez de adolescentes entre 10 e 14 anos e vulnerabilidade social: estudo exploratório em cinco capitais brasileiras**. São Paulo? ECOS, 2004.
- TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M. Sexualidade na adolescência na contemporaneidade. In: TAQUETTE, S. R. (Org.). **Violência contra a mulher adolescente/jovem**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2007. p. 107-114.
- TEIXEIRA, S. da C. R. **Gravidez na adolescência: perspectiva sobre um novo olhar**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2013.
- UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND. **The State Of The World’s Children 2009: maternal and newborn health**. New York, 2009.
- VELOSO, L. U. P. **Uso de álcool por adolescentes grávidas: prevalência e fatores associados**. 2011. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2011.

VIEIRA, A. V. **Gravidez em adolescentes em Uberlândia-MG**: condicionantes e consequências. 2013. 110 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2013.

WORLD HEALTH ORGANISATION. **Early marriage, adolescence, and young pregnancy**: 65^a Assembleia da Saúde. Genebra: OMS, 2012b.

WORLD HEALTH ORGANISATION. **Safe abortion**: technical and policy guidance for health system. 2. ed. Genebra: OMS, 2012a.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

FATORES ASSOCIADOS À GRAVIDEZ EM ADOLESCENTES EM CIDADES DO MARANHÃO EM 2012/2013

Nome:

1. DADOS SOCIOECONÔMICOS

1.1 Idade _____

1.2 Data do nascimento ____/____/____

1.2 Escolaridade

() analfabeta () fundamental incompleto () fundamental completo

() ensino médio completo () ensino superior completo/incompleto

1.3 Estado civil/união

() solteira () casada/vive junto () separada/viúva

1.4 Raça

() Branca () Negra/pardo

1.5 Número de moradores no domicílio

() 1 () 2 ou 3 () 4 ou mais

1.6 Domicílio com

- Água encanada () Sim () Não

- Sanitário com descarga () Sim () Não

- Geladeira, TV, rádio, fogão a gás () Sim () Não

1.7 Tipo de construção

() Alvenaria () Madeira () Papelão e/ou lata

1.8 Idade materna (mãe desta gestante) quando engravidou pela primeira vez

____/____ anos

1.9 Escolaridade materna: () pior () melhor () não sabe

1.10 Ocupação do chefe da família: _____

1.11 Pais separados:

() Não ou separados após gestante completar vinte anos

() Separados antes da gestante completar vinte anos

1.12 Gestante trabalha: () sim () não

1.13 Envolvimento em tarefas domésticas entre 15 - 18 anos

() apenas ajudava sem obrigação () tinha obrigação

1.14 Religião

() Católica () Evangélica/Protestante () Outros

1.15 Renda familiar

() < salário mínimo () 1 a 3 salários mínimos () > 3 salários mínimos

2. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

2.1 gesta____ **partos** _____ **abortos** _____ **natimortos** _____

Vivo 1º () Idade gestacional _____ () peso _____

Vivo 2º () Idade gestacional _____ () peso _____

Vivo 3º () Idade gestacional _____ () peso _____

2.2 Tipos de parto

() parto vaginal nº _____ () cesariana nº _____

3. DADOS DA GESTAÇÃO ATUAL

3.1 Queria a gravidez? () Sim () Não

3.2 Pré-natal iniciado () 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre () ignorado

3.3 Altura/m _____ **Peso** _____ **Peso pré-gestacional** _____

3.4 Prega cutânea tricípital _____ **Circunferência do braço** _____

3.5 Idade gestacional _____ **Altura do fundo do útero** _____

3.6 Pressão Arterial _____

3.7 Fuma () Sim () Não

3.8 Uso bebida alcoólica habitual

() Sim () Não

3.9 Números de Consultas Realizadas: _____

3.10 Uso de Contraceptivos Durante a Concepção Sim () Não ()

() Pílula anticoncepcional () natural () camisinha () DIU

3.11 Conhece algum método de prevenção da gravidez? Sim () Não ()

3.12 Qual? _____

3.13 Ensino do método

() Médico/profissional de saúde () Conta própria () Outros

3.14 Local de obtenção do método

() Farmácia () Unidade de Saúde () Outros

3.15 Recebe apoio familiar? Sim () Não ()

3.16 Quem apoia? _____

3.17 Tem algum receio? Sim () Não ()

3.18 Qual? _____

APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVADEPARTAMENTO
DE MEDICINA III

TERMO DE ASSENTIMENTO

Assentimento informado para adolescentes grávidas de 12 a 19 anos que comparecerão ao acompanhamento pré-natal na unidade de saúde _____, que estamos convidando para participar da pesquisa “**FATORES ASSOCIADOS À GRAVIDEZ EM ADOLESCENTES EM CIDADES DO MARANHÃO EM 2012/2013**”, coordenada pelo Prof. Dr. Valdinar Sousa Ribeiro, da Universidade Federal do Maranhão.

Nome da adolescente _____

Parte I

Introdução

Meu nome é _____, (profissão) _____, estou participando como pesquisadora da pesquisa sobre gravidez na adolescência em cidades do Maranhão em 2012/2013. Queremos saber quais são os fatores associados à gravidez em adolescentes, tais como escolaridade, idade, renda, desejo de engravidar, conhecimento de métodos anticoncepcionais, entre outros, e achamos que essa pesquisa pode ajudar a esclarecer estes fatores. Eu vou informar você e convidá-lo a participar desta pesquisa. Discutimos esta pesquisa com seus pais ou responsáveis e eles sabem que também estamos pedindo seu acordo. Se você vai participar na pesquisa, seus pais ou responsáveis também terão que concordar. Mas se você não desejar fazer parte na pesquisa, não é obrigado, até mesmo se seus pais concordarem.

Você pode escolher se quer participar ou não.

Você pode discutir qualquer coisa deste formulário com seus pais, amigos ou qualquer um com quem você se sentir a vontade de conversar. Você pode decidir se quer participar ou não

depois de ter conversado sobre a pesquisa e não é preciso decidir imediatamente. Pode haver algumas palavras que não entenda ou coisas que você quer que eu explique mais detalhadamente porque você ficou mais interessado ou preocupado. Por favor, peça que pare a qualquer momento e eu explicarei.

Objetivos – Conhecer os fatores associados à gravidez na adolescência, sua prevalência, os fatores socioeconômicos e demográficos, os fatores relacionados à saúde da adolescente.

Escolha dos participantes – Estamos estudando os fatores relacionados à gravidez somente em adolescentes, por isso a escolha de pessoas com idade entre 12 e 19 anos, que estão fazendo pré-natal em unidades públicas de saúde.

Voluntariedade de Participação – Você não precisa participar desta pesquisa se não quiser. É você quem decide. Se decidir não participar da pesquisa, é seu direito e nada mudará no seu tratamento de saúde. Mesmo assim, este serviço de saúde estará disponível para você. Até mesmo se disser "sim" agora, poderá mudar de idéia depois, sem nenhum problema.

Procedimentos – Utilizaremos um questionário e faremos perguntas, você precisará apenas responder a essas perguntas. Avaliaremos também sua antropometria: seu peso, sua altura, a circunferência do seu braço.

Riscos – Você não corre qualquer risco com esta pesquisa. Não há medicamentos envolvidos. Você não precisa ingerir nada. Não será solicitado qualquer exame de sangue.

Benefícios – Nada realmente de bom poderá acontecer a você. Mas esta pesquisa poderá nos ajudar a achar informações que possam ajudar os gestores públicos de saúde a analisar e planejar programas de atenção à gravidez na adolescência que sejam benéficas para a saúde das adolescentes, e com isso melhorar o nível de saúde da população.

Incentivos – Não há qualquer incentivo material para que você participe da pesquisa.

Confidencialidade - Não falaremos para outras pessoas que você está nesta pesquisa e também não compartilharemos informação sobre você para qualquer um que não trabalha na

pesquisa. As informações sobre você serão coletadas na pesquisa e ninguém, exceto os investigadores poderão ter acesso a elas. Qualquer informação sobre você terá um número ao invés de seu nome. Só os investigadores saberão qual é o seu número e manteremos em sigilo.

Divulgação dos resultados – Eu lhe darei um papel com os resultados por escrito. Depois, iremos falar com mais pessoas, cientistas e outros, sobre a pesquisa. Faremos isto escrevendo e compartilhando relatórios e indo para as reuniões com pessoas que estão interessadas no trabalho que fazemos.

Direito de recusa ou retirada do assentimento informado – Você não tem que estar nesta pesquisa. Ninguém estará furioso ou desapontado com você se você disser não, a escolha é sua. Você pode pensar nisto e falar depois se você quiser. Você pode dizer " sim " agora e mudar de idéia depois e tudo continuará bem.

Contato – Você pode me perguntar agora ou depois. Escrevi um número de telefone e endereço onde você pode nos localizar ou, se você estiver por perto, poderá vir e nos ver. Se quiser falar com outra pessoa tal como o seu professor ou doutor ou tia, não tem problema.

Parte II - Certificado do Assentimento

Eu entendi que a pesquisa é sobre fatores associados à gravidez na adolescência; que reponderei a perguntas sobre meu conhecimento acerca de questões relacionadas, assim como sobre fatores socioeconômicos e demográficos; que meu peso, altura e circunferência do braço serão aferidos.

Assinatura da criança/adolescente: _____

Assinatura dos pais/responsáveis: _____

Ass. Pesquisador: _____

Dia/mês/ano: _____