



Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN: 0034-7167

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem

Brasil

Sampaio Nery, Inez; Magalhães Mendonça, Rita de Cássia; Sepúlveda Gomes, Ivanilda; Nunes

Fernandes, Ana Catharina; Costa de Oliveira, Delviane

Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil

Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 64, núm. 1, enero-febrero, 2011, pp. 31-37

Associação Brasileira de Enfermagem

Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019462005>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil

Relapse into pregnancy in adolescents from Teresina, PI, Brazil

Reincidencia del embarazo en adolescentes de Teresina, PI, Brasil

Inez Sampaio Nery^I, Rita de Cássia Magalhães Mendonça^I,
Ivanilda Sepúlveda Gomes^{II}, Ana Catharina Nunes Fernandes^{III}, Delviane Costa de Oliveira^{IV}

^IUniversidade Federal do Piauí. Departamento de Enfermagem. Teresina, PI

^{II}Fundação Municipal de Saúde. Teresina, PI

^{III}Centro de Educação Profissional São Camilo. Teresina, PI

^{IV}Faculdade Santo Agostinho. Teresina, PI

Submissão: 21/09/2009

Aprovação: 07/11/2010

RESUMO

A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública, tornando-se mais grave em virtude da reincidência. De 1,1 milhões de parturientes adolescentes, 25% tem um filho. Objetivou-se analisar os fatores sócio-econômico-cultural e obstétrico da reincidência de gravidez na adolescência em Teresina, PI, Brasil por meio de um estudo interrelacional retrospectivo. A amostra incluiu 464 jovens que finalizaram uma gestação no primeiro quadrimestre de 2006. Destas, 47,6% encontrava-se em união consensual; 69,6% fora da escola; 86,9% com escolaridade inadequada para a idade; 72,2% sem trabalho remunerado. Este perfil evidencia a escassez de políticas públicas que contemplam o adolescente. A elaboração e efetivação dessas políticas deveriam incluir família, escola e comunidade para redução dos indicadores de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis.

Descriptores: Gravidez na adolescência; Saúde sexual e reprodutiva; Enfermagem.

ABSTRACT

Pregnancy in adolescence is a public health problem, and relapse rates make it even more serious. Out of 1,1 million parturient adolescents, 25% have a child already. We aimed to analyze the social economic cultural obstetric factors of relapse into pregnancy in adolescence in Teresina, PI, Brazil through interrelational retrospective study. The sample contains 464 young who finished a gestation during the first four months in 2006. Out of those, 47.6% were in consensual union; 69.6% out of school; 86.9% with inappropriate schooling for the age; 72.2% with unpaid job. This profile evidences the lack of public policies that consider the adolescent. The elaboration and development of those policies should include family, school and the community in order to decrease pregnancy and sexually-transmited diseases rates.

Key words: Pregnancy in adolescence; Sexual and reproductive health; Nursing.

RESUMEN

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública, tornándose más grave en virtud de la reincidencia. De 1,1 millones de parturientes adolescentes, 25% ya tienen un hijo. Objetivamos analizar los factores socios económicos culturales y obstétricos de la reincidencia del embarazo en la adolescencia en Teresina, PI, Brazil por medio de un estudio interrelacional retrospectivo. La muestra incluye 464 jóvenes que finalizaron una gestación en el primer cuadrimestre de 2006. De estas, 47,6% estaban en unión consensual; 69,6% fuera de la escuela; 86,9% con escolaridad inadecuada para la edad; 72,2% sin trabajo remunerado. Este perfil evidencia la escasez de políticas públicas que contemplen el adolescente. La elaboración y efectuación de esas políticas deberían incluir la familia, la escuela y la comunidad para reducción de los indicadores de embarazo y enfermedades sexualmente transmisibles.

Descriptores: Embarazo en la adolescencia; Salud sexual y reproductiva; Enfermería.

INTRODUÇÃO

De acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência é o período compreendido entre 10 a 19 anos⁽¹⁾. Este período marca o início da vida reprodutiva e caracteriza-se por mudanças fisiológicas corporais e psicológicas na adolescência. Tais transformações e adaptações devem transcorrer de forma saudável, a fim de que não tragam malefícios ao adolescente, quanto a sua saúde física, mental, social e espiritual⁽²⁾.

Atualmente existe no mundo mais de um bilhão de pessoas com idade entre 10 e 19 anos, o que representa quase 20% da população mundial. No Brasil, esse número compreende 35 milhões de adolescentes de ambos os sexos entre 10 e 19 anos. No Estado do Piauí há 749.021 adolescentes de 10 a 19 anos, de ambos os sexos⁽³⁾.

A Classificação da adolescência por faixa etária é uma estratégia para definição de políticas e alocação de recursos e muitas vezes apresentam-se de forma divergente entre os estudiosos. A delimitação cronológica da adolescência é influenciada por fatores socioculturais, familiares e pessoais⁽⁴⁾.

Especialistas em adolescência alertam que de 1,1 milhões de adolescentes parturientes de 15 a 19 anos no Brasil, 25% já tem um filho. O fato mais preocupante é que grande parte das mesmas afirma que a sucessiva gravidez não foi planejada. Um dos fatores que tem sido apontado como importante na recorrência da gravidez entre os jovens é a negligência quanto à contracepção, considerando-se que adolescentes com vida sexual ativa estão expostos a uma nova gravidez dentro de um ano se não for utilizado nenhum método contraceptivo, com chance de nove para cada dez adolescentes. Outro fator que contribui para repetidas gestações é a antecipação da primeira relação sexual, acontecendo hoje, em média, aos 13 anos de idade ou menos⁽⁵⁾.

As desigualdades entre o masculino e o feminino surgem a partir de dinâmicas culturais que estabelecem socialmente uma condição de inferioridade para a mulher, que muitas vezes reproduz os papéis sexuais de acordo com o meio sócio-cultural em que estão inseridas, sem posicionamento crítico em relação aos padrões de conduta pré-estabelecidos pelos pais e sociedade. Essa questão de gênero influencia na restrição de práticas sexuais para a menina, enquanto para o menino há estímulo à iniciação sexual precoce⁽²⁾. A falta de um projeto de vida para as jovens de classes mais pobres, fora do casamento demonstra que há poucas perspectivas para essas jovens, o que resulta no abandono dos estudos. Algumas destas garotas até reconhecem que a falta de perspectivas de vida, aliada aos conflitos familiares, as levam à busca de maior autonomia, que muitas vezes se processa em uma gravidez não planejada ou na sua recorrência⁽⁶⁾.

Outro fator que tem contribuído para o aumento da ocorrência e recorrência de gravidez na adolescência é a modificação dos padrões de sexualidade, visto que a iniciação sexual ocorre cada vez mais precocemente, em especial nos países em desenvolvimento. No Brasil, estima-se que anualmente há um milhão de partos envolvendo adolescentes, o que correspondeu a 25,79% do total de nascidos vivos em 1996. Em 1995, o Sistema Único de Saúde (SUS) gastou 153 milhões de reais, o que equivale a 27% de todos os partos atendidos no sistema, com gestações em adolescentes⁽⁷⁾.

Vale destacar que em estudo sobre reincidência de gravidez na adolescência, realizado em 2000 na cidade de São Paulo, percebeu-

se que a mesma não decorre da falta de conhecimentos dessas jovens sobre os métodos contraceptivos. Neste levantamento, constatou-se que 98% das adolescentes têm conhecimentos sobre a utilização da pílula e 99,4% sobre o condom (preservativo masculino). O estudo enfatiza ainda que os programas de combate a AIDS sejam os principais disseminadores de informações sobre a utilização do condom. Um percentual significativo de 10,4% alegou a não utilização de métodos contraceptivos por acreditarem que seriam incapazes de engravidar. E a taxa de reincidência entre as adolescentes do estudo foi de 21,2%⁽⁸⁾.

Ao investigar as possíveis causas reais da gravidez na adolescência e sua recorrência, de acordo com a análise dos fatores predisponentes, presume-se que é possível formular estratégias eficazes para reduzir esta problemática que acomete a população brasileira, além de abrir horizontes para estudos posteriores que busquem o mesmo ideal. Neste contexto, esse estudo teve como objetivos identificar os fatores de reincidência da gravidez na adolescência e analisar os fatores sócio-econômicos, culturais, obstétricos e os motivos apontados pela adolescente para a reincidência de gravidez até dois anos após o término de uma gestação.

MÉTODOS

Tratou-se de estudo interrelacional retrospectivo, realizado no município de Teresina, PI. Optou-se pelo estudo retrospectivo tendo em vista que assim se poderia estudar o período de dois anos após a finalização de gravidez ocorrida em 2006. A macro-região de Teresina-PI, capital do Estado está dividida em três regiões de saúde, tais como: Centro-Norte, Sul, Leste-Sudeste. A população inicial do estudo foi formada por todas as adolescentes que finalizaram uma gravidez nos primeiros quatro meses de 2006, quando tinham idade de 15 a 19 anos, em seis hospitais - maternidades de Teresina. Destas, foram incluídas apenas as residentes em área urbana. Finalizado o levantamento, obteve-se uma amostra de 464 jovens. Segundo dados da Súmula Informativa da FMS⁽⁹⁾, no ano de 2006 nasceram 2.946 crianças vivas de mães adolescentes e residentes no município, o que correspondeu a 20,29% de todos os partos de mães residentes.

A população de adolescentes do sexo feminino de 15 a 19 anos no Piauí no ano de 2005 foi de 184.439 pessoas. Dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC mostram que nos municípios em que se farão coleta de dados nasceram 1.541 crianças de mães com idade de 15 a 19 anos, em 2005, último ano com dados disponíveis no sítio eletrônico do Departamento de Informática do SUS - Datasus. Tendo em vista que o SISPRÉ-NATAL não tem cobertura satisfatória no Piauí, e que não é possível localizar-se estes casos para o município de Teresina acessando-os pelo nível de Atenção Básica, optou-se pela utilização dos dados gerados nas maternidades. A inclusão da amostra selecionada de adolescentes que há dois anos pertenciam a faixa etária de 15 a 19 anos se deu para facilitar a comparação com outros estudos, haja vista que a ocorrência e recorrência da gravidez nesta população etária são significativamente superiores aos casos ocorridos na faixa etária de 10 a 14 anos. Neste sentido, vale ressaltar que em 2005, o nascimento de crianças de mães nesta faixa etária, foi 29 vezes menor que o número de nascimento de mães na faixa etária de 15

a 19 anos⁽¹⁰⁾.

As adolescentes foram identificadas a partir de dados registrados nas maternidades. Os casos não localizados foram incorporados a uma listagem e encaminhados às enfermeiras da Unidade Básica de Saúde (UBS) correspondente à área de cobertura onde residia à adolescente, para que fosse verificada sua provável localização. Eram feitas até cinco tentativas para localizar os casos. Somente na ocasião em que não se obtinha sucesso na busca, o caso era considerado perdido.

Para a coleta de dados, utilizou-se um formulário semi-estruturado aplicado por meio da técnica de entrevista, visando levantar dados pertinentes aos objetivos da pesquisa. O instrumento foi constituído em três partes: a primeira abrange variáveis sociodemográficas; a segunda contém os antecedentes reprodutivos; e a terceira se refere aos motivos relacionados à reincidência de gravidez e conhecimentos acerca da contracepção.

A coleta de dados foi realizada nos meses de maio a setembro de 2008 por 16 acadêmicas do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, dentre elas oito bolsistas e oito voluntárias que foram treinadas para a tarefa, sob supervisão de enfermeiras-pesquisadoras que colaboraram com o estudo, e supervisão geral das pesquisadoras responsáveis na coleta de dados.

Previamente à coleta de dados, procedeu-se contato com os gestores estaduais e municipais das instituições de saúde para receber documento de autorização para execução da coleta de dados para a pesquisa.

A presente pesquisa é um recorte de um projeto desenvolvido junto ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPQ. Esta pesquisa também obedeceu aos princípios ético-legais, no momento em que se apresentava aos sujeitos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com base na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - MS, referente à pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFPI, conforme o Parecer Nº 56/08, CONEP e Instituições Municipais de Saúde.

A validação do banco de dados foi realizada através do aplicativo Epi Info, versão 6.04d (U.S. Center for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA). Os dados foram submetidos ao tratamento estatístico, através da codificação e tabulação, utilizando-se o Programa SPSS para Windows Versão 17.0, o qual permite a tabulação das informações obtidas e análise por meio de estatística descritiva bivariada para este estudo. De posse das variáveis dispostas em tabelas, iniciou-se o trabalho de análise e discussão dos resultados a luz da literatura local, nacional e internacional acerca do tema.

RESULTADOS

Os resultados compreendem a caracterização dos sujeitos e os fatores sócio-econômico-cultural e obstétrico da reincidência de gravidez na adolescência em Teresina-PI contidos nas Tabelas 1 a 5.

O grupo participante tinha idade de 17 a 22 anos,

com média de 20,1 anos, desvio padrão de 1,3 e idade mediana de 20 anos (não mostrados). Na Tabela 1, com dados sobre características demográficas, é mostrado que cerca de 70% das jovens já não eram adolescentes e tinham de 20 a 22 anos de idade. Sessenta e cinco e meio do grupo estava em união consensual ou eram casadas, sendo que de todo o grupo 63,6% relatou morar com o companheiro e cerca de 1/4 não mantinham os laços conjugais com o ex-companheiro. A religião católica foi predominante com 81,2% delas informando terem esta religião. Quase 70% das jovens não estudavam, sendo que 94,4% do grupo geral haviam abandonado os estudos em algum momento da vida, mas 58,7% destas jovens jamais retornaram a estudar. Os níveis de escolaridade predominantes foram o ensino fundamental incompleto com 34,7% das jovens tendo informado este nível e o ensino médio incompleto com 32,1%. O nível de escolaridade para quase 87,0% das entrevistadas não era adequado à idade.

Na Tabela 2 mostram-se características econômicas das entre-

Tabela 1. Distribuição de adolescentes e jovens com antecedentes gestacionais residentes em Teresina-PI, segundo características demográficas. 2008.

Variáveis	n	%
Faixa etária (anos)		
17 a 19	140	30,2
20 a 22	324	69,8
Situação conjugal		
União estável	221	47,6
Solteira	152	32,8
Casada	83	17,9
Divorciada	6	1,3
Viúva	2	0,4
Mora com o companheiro		
Sim	295	63,6
Não e não mantém os laços conjugais	108	23,3
Não, mas mantém laços conjugais	61	13,1
Religião		
Católica	377	81,2
Evangélica	51	11,0
Outra	4	0,9
Sem religião	32	6,9
Estuda		
Sim	141	30,4
Não	323	69,6
Parou de estudar em algum momento		
Sim	438	94,4
Não	26	5,6
Voltou a estudar após parar		
Sim	181	41,3
Não	257	58,7
Nível de escolaridade		
Analfabeta funcional (< 4 anos de estudo)	6	1,3
Ensino fund incompleto (? 4 a ? 7 anos de est)	161	34,7
Ensino fundamental	55	11,9
Ensino médio incompleto	149	32,1
Ensino médio	82	17,7
Ensino superior (incompleto/completo)	11	2,4
Adequação idade-série		
Sim	61	13,1
Não	403	86,9

Tabela 2. Distribuição de adolescentes e jovens com antecedentes gestacionais residentes em Teresina-PI, segundo características econômicas. 2008.

Variáveis	n	%
Trabalho remunerado		
Sim	129	27,8
Não	335	72,2
Renda Familiar		
Até ½ salário mínimo (SM) (até R\$ 206,00)	60	12,9
Até 1 SM (de 206,01 a R\$ 412,00)	172	37,1
Mais de 1 a 2 SM (de R\$ 412,01 a R\$ 824,00)	135	29,1
Mais de 2 a 3 SM (de R\$ 824,01 a 1.236,00)	48	10,3
Mais de 3 SM (R\$ 1.236,01 ou mais)	49	10,6
Dependência financeira		
Sim, parcialmente	101	21,8
Sim, totalmente	300	64,7
Não	63	13,6
De quem depende financeiramente		
Companheiro	202	50,4
Pais dela	111	27,7
Pais dele (companheiro)	5	1,2
Outra(s) pessoa(s)	83	20,7

Tabela 3. Distribuição de adolescentes e jovens com antecedentes gestacionais residentes em Teresina-PI, segundo características familiares. 2008.

Variáveis	n	%
Escolaridade da mãe		
Não alfabetizada	66	14,2
Analfabeta funcional (< 4 anos de estudo)	54	11,6
Ensino fund incompleto (? 4 a ? 7 anos de estudo)	178	38,4
Ensino fundamental	36	7,8
Ensino médio incompleto	35	7,5
Ensino médio	48	10,3
Ensino superior (incompleto/completo)	12	2,6
Não sabe	35	7,5
Idade com que a mãe da jovem engravidou pela primeira vez (anos)		
11 a 14	40	8,6
15 a 19	245	52,8
20 a 24	142	30,6
25 e mais	27	5,7
Não sabe	10	2,2
Irmã ou irmão da jovem teve filho antes dos 20 anos de idade		
Sim	217	48,1
Não	234	51,9

vistadas, em que se observa que 72,2% não informaram trabalho remunerado. As jovens viviam em famílias que predominantemente ganhavam no máximo um salário mínimo (37,1%) e que juntamente com aquelas que informaram até ½ salário mínimo de renda familiar, correspondem a 50% da amostra. Cerca de 65,0% das entrevistadas referiu depender financeiramente de terceiros, sendo o companheiro apontado por 50,4% das jovens como o responsável pelo sustento delas.

Características familiares das entrevistadas são mostradas na Tabela 3. A mãe de 64,2 destas jovens no máximo tinha o ensino fundamental incompleto como nível de escolaridade e apenas 2,6% chegaram a

ingressar em um curso superior. Pouco mais de 61% das mães havia engravidado na adolescência e cerca de 48% das jovens tinham pelo menos um irmão ou irmã que também tiveram filhos na adolescência.

Dados sobre a iniciação sexual da jovem são mostrados na Tabela 4, onde pode ser observado que a menarca predominou nas idades de 12 e 13 anos para 50,6% do grupo estudado. A primeira relação sexual com penetração ocorreu para a maioria das jovens quando elas tinham de nove a quinze anos de idade (53,7%), com destaque para a idade de 15 anos (24,4%) que foi a mediana para esta variável. A maioria das entrevistadas informou que seus pais não a orientaram sobre sexo antes da primeira relação sexual (57,5%), enquanto para a maioria a escola é que fez esta orientação (72,2%).

Na Tabela 5, que mostra características obstétricas das entrevistadas, nota-se que quase 50% das jovens informaram que havia engravidado uma vez na vida; que 6,3% estavam grávidas no momento da entrevista e que houve reincidência de gravidez para pouco mais que ¼ das participantes do estudo. Cerca de 64% das jovens referiram ter apenas um filho vivo; que a primeira gestação ocorreu predominantemente quando elas estavam na faixa etária de 15 a 19 anos, mas todas experimentaram a primeira gestação na adolescência. Para 1/3 das jovens o parceiro das gestações seguintes à primeira foi um homem diferente daquele da primeira e que 54,5% destes novos parceiros não tinham filhos de relacionamentos anteriores.

DISCUSSÃO

O perfil detectado por este estudo para as adolescentes entrevistadas é semelhante a perfis encontrados por outros estudos nacionais⁽¹¹⁻¹³⁾. Considerando que o principal critério de inclusão do estudo foi que as jovens tivessem tido uma resolução de gravidez no primeiro quadrimestre de 2006, quando elas ainda eram adolescentes com idade de 15 a 19 anos, grupo significativo destas jovens já não eram adolescentes, mas permaneciam no grupo dos considerados jovens pela Organização Mundial de Saúde⁽¹⁾.

Estimativa de 2006 era que, no mundo, nos próximos dez anos, 100 milhões de adolescentes se casem antes de completarem 18 anos idade⁽¹⁴⁾. Países com menor renda per capita como Bangladesh e Burkina Faso têm no mínimo 60% de mulheres adolescentes casadas. O Brasil, apesar de renda per capita o classificar como país de renda média alta pelo Banco Mundial e o Haiti ser um país de renda baixa⁽¹⁵⁾, em se tratando de casamento precoce ambos pertencem ao mesmo grupo para a Organização Mundial de Saúde fazem do mesmo grupo. O grupo de países em que pelo menos 20% das adolescentes estão casadas antes do décimo oitavo aniversário⁽¹⁴⁾.

O casamento precoce pode ser algo desejável para as famílias em sociedades economicamente desfavoráveis, em que a filha pode se tornar um peso financeiro. Em outras sociedades, como a brasileira, o casamento precoce pode ser a solução para jovens

Tabela 4. Distribuição de adolescentes e jovens com antecedentes gestacionais residentes em Teresina-PI, segundo características da iniciação sexual. 2008.

Variáveis	n	%
Idade da menarca (anos)		
09 a 11	87	18,8
12 e 13	235	50,6
14 a 18	142	30,6
Idade da primeira relação sexual com penetração (anos)		
9 a 14	136	29,3
15	113	24,4
16 e 17	179	38,6
18 e 19	36	7,8
Os pais a orientaram sobre sexo antes da primeira relação sexual		
Sim	197	42,5
Não	267	57,5
Na escola foi orientada sobre sexo seguro antes da primeira relação dela		
Sim	335	72,2
Não	129	27,8

Tabela 5. Distribuição de adolescentes e jovens com antecedentes gestacionais residentes em Teresina-PI, segundo características obstétricas. 2008.

Variável	n	%
Quantas vezes engravidou		
Uma	228	49,1
Duas	146	31,5
Três	64	13,8
Mais de três	26	5,6
Grávida no momento da entrevista		
Sim	29	6,3
Não	435	93,7
Gravidez reincidente nos últimos dois anos		
Sim	120	25,9
Não	344	74,1
Quantidade de filhos vivos		
Nenhum	17	3,6
Um	296	63,8
Dois	116	25,0
Três e mais	35	7,6
Idade na primeira gestação (anos)		
12 a 14	53	11,5
15 a 19	411	88,5
Se o parceiro de gestações seguintes era o mesmo da primeira *		
Sim	157	66,5
Não	79	33,5
Parceiro de gestações seguintes à primeira tinha filhos antes dela engravidar dele *		
Sim	34	43,0
Não	43	54,5
Não sabe	2	2,5

sexualmente ativas, ou mesmo grávidas, para que não sejam socialmente estigmatizadas ou causem constrangimentos aos pais e à família, ou mesmo pode ser a saída à falta de oportunidades por meio de estudo e trabalho para o alcance dos objetivos da jovem, uma alternativa para assegurar seu futuro financeiro⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

O casamento precoce é ainda considerado um fator que acelera o surgimento de uma gravidez, até devido ser, muitas vezes, o motivo do casamento. Dados do *Demographic and Health Survey (DHS)* ou Pesquisa sobre Demografia e Saúde de 1996 mostraram que ¼ dos nascidos vivos de adolescentes nordestinas nasceram sete meses após o casamento⁽¹⁷⁾.

Sobre a elevada freqüência de adolescentes em união consensual nesta pesquisa piauiense, dados comparativos do *DHS* dos anos de 1986, 1991 e 1996 realizadas no Brasil mostraram que entre adolescentes nordestinas, a probabilidade de dissolução da união conjugal é significativamente maior nas uniões informais do que nas formais⁽¹⁷⁾.

A escolaridade tem sido mostrada como a variável diferencial e resolutiva para a questão social da gravidez na adolescência pela literatura especializada⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Estudos nacionais comprovam que durante a gravidez na adolescência ou após o nascimento de um filho, significativa proporção de adolescentes abandona os estudos^(13,17-18). Tem sido provado também que entre adolescentes brasileiras que são casadas e não têm filhos há maior probabilidade de abandonarem os estudos do que aquelas solteiras sem filhos⁽¹⁹⁾. A adolescência é uma fase em que os indivíduos estão em formação, incluindo a escolar, e obtendo habilidades para maior chance de sucesso na vida adulta. O ingresso precoce no mercado de trabalho e assumir responsabilidades que são mais adequadas para adultos, como cuidar de uma família, reduz as chances de continuar os estudos e de sucesso desta adolescente. Abandonar os estudos torna o futuro da jovem e de sua prole vulneráveis, restringe suas oportunidades de conseguir postos de trabalho melhor remunerados devido estes exigirem maior escolaridade e habilidades que muito raramente são alcançáveis por populações economicamente desfavorecidas^(13,18,20).

Dessa forma, a pobreza é o horizonte mais provável na vida destas jovens, visto que é pouco provável que elas retornem aos estudos, como aconteceu com parcela significativa de nossa amostra. Há literatura farta relacionando a gravidez na adolescência à perpetuação da pobreza, haja vista que o abandono dos estudos se renova na prole⁽²⁰⁾, como é o caso da maioria das adolescentes de nosso estudo que referiram outros casos de gravidez na adolescência de irmão ou irmã, cuja mãe também engravidou na adolescência e também tinha baixa escolaridade, o que redonda o fato da jovem pertencer a família de baixa renda.

Outro aspecto negativo para a vida da jovem que precocemente assume a vida conjugal quando não tem renda própria é a dependência financeira de terceiros, principalmente do companheiro. E considerando, que ela tem grande probabilidade de abandonar os estudos, como já citado e comprovado, esta dependência financeira pode gerar um fator a mais, além da própria imaturidade de lidar com estas situações, que é sofrer violência física e de outras naturezas tanto do parceiro

quanto de familiares⁽¹⁹⁾.

Quanto mais cedo a iniciação sexual da jovem, maiores as probabilidades de engravidar precocemente e de ter mais filhos e parceiros sexuais⁽²⁰⁾. Apesar de que para as jovens a virgindade não tenha tanta importância de ser mantida, tem sido mostrado que maior atenção é dada à primeira relação sexual, com o planejamento desta “passagem”, seja pela escolha do parceiro, seja mantendo o modelo feminino tradicional de opinião sobre sexo vinculando-o ao amor e afeto⁽²¹⁾.

Os dados sugerem que a idade da primeira relação sexual tenha sido próxima à idade da menarca e mais distante da maioridade, pois mais de metade do grupo teve a primeira relação até os quinze anos de idade. Importante chamar atenção para o fato de a idade de quinze anos ser a única idade isolada de maior freqüência para que estas jovens tenham tido sua primeira relação sexual com penetração, o denominado “debut sexual”. No Brasil, a idade de 15 anos tem um significado de passagem da fase de menina para a fase de mulher, que é celebrado com uma festa especial, o baile de debutantes. Tradicionalmente, os pais são mais liberais com as garotas após elas completarem 15 anos e antes desta idade é comum que pais prometam para a garota várias permissões, tal como poder sair sem a companhia deles à noite, quando ela tiver 15 anos.

Tendo-se em conta que não era objetivo deste estudo explorar profundamente este assunto, e diante de achado tão inusitado, sugere-se que futuros estudos investiguem se em outros grupos sociais há esta freqüência aumentada do *debut* sexual nesta idade e se há relação entre o *debut* da idade de 15 anos e o *debut* sexual, bem como esclarecer os fatores que levam a esta relação, caso esta se confirme.

A sexualidade na juventude tem sido considerada tanto pela ciência quanto pelo poder público um ponto essencial para a redução de problemas de saúde pública relacionados ao tema. Assim, a educação sexual ganha vultuosidade teórica que se divorcia da prática como pode ser constatado em achados na literatura⁽²¹⁻²²⁾. O tripé formado pela família, comunidade e escola que deveriam teoricamente orientar a jovem nas suas escolhas sexuais e reprodutivas têm limitações severas para exercer sua função⁽²³⁾. A família e a escola não têm se mostrado preparadas adequadamente para abordar o assunto e a comunidade, e quando representada pelos serviços públicos de saúde também não⁽²²⁾. A abordagem quando é feita, na maioria das ocasiões, está centrada na biologia reprodutiva ou conselhos sem profundidade⁽²¹⁻²²⁾. Outro ponto importante é que a educação sexual deve ser provida antes da iniciação sexual da adolescente, devendo os envolvidos na tarefa estar convencidos de que a educação sexual não incentiva a prática sexual e sim, torna-a consciente⁽²³⁾. Como constatado em nosso estudo, a escola

foi mais frequentemente apontada como instituição que orientou a adolescente antes de sua iniciação sexual, quando comparada à família.

Assim, recomendamos que as políticas públicas sejam elaboradas de forma a integrarem as instituições pilares da problemática social que é a gravidez na adolescência. Incluir a família, capacitar os professores e disponibilizar serviços competentes para atenderem as demandas sexuais e reprodutivas dos jovens são fatores cruciais para que se reduza a prevalência de gravidez precoce, tornando o jovem consciente de que sexo tem consequência, seja a gravidez precoce e muitas vezes indesejada, sejam as doenças sexualmente transmissíveis ou alterações emocionais de variada monta⁽²⁴⁻²⁵⁾.

CONCLUSÃO

A reincidência de gravidez nos últimos dois anos de acordo com esse estudo ocorreu em uma parcela bem menor, o que não deixa de ser preocupante, se levado em consideração que o maior número de filhos pode reduzir mais ainda a possibilidade de retorno aos estudos desta jovem mãe, bem como aumentam as probabilidades de ter outra repetição rápida de gravidez. O aumento do risco de ter gestações repetidas também tem sido mostrado em decorrência delas terem um novo parceiro que não o pai do bebê da gestação anterior, principalmente se ele ainda não tem filhos. Notou-se que a primeira gestação de mais da metade de destas jovens repetiu o passado obstétrico de suas mães, o que pode ser um indício de que a história obstétrica se repete por gerações.

Mesmo quando a gravidez ocorrer entre jovens estudantes, que a escola por meio de todos que a fazem – professores, alunos, funcionários e pais de alunos – seja inclusiva para estas jovens, pois assim, elas se sentirão bem-vindas e amparadas. Para isso é fundamental que os pais também sejam receptivos e a acolham, sem se importar com a repercussão que a gravidez possa ter em suas relações sociais, pois somente dessa maneira, a jovem identificará que a gravidez pode até dificultar sua vida e lhe trazer responsabilidades para as quais ela não imaginava poder assumir, mas que a tarefa será mais suave se ela puder contar com o respeito e o apoio de todos envolvidos nesse contexto.

Espera-se que a adolescente que já tem um filho se sinta acolhida pela família, escola e profissionais de saúde, para que alcance sucesso profissional almejado. Nesse sentido, a enfermagem, por excelência, contempla ações educativas de cunho social, tendo respaldo para gerenciar e desenvolver políticas educativas específicas para a clientela adolescente, seja em instituições hospitalares, escolares, bem como no âmbito coletivo utilizando a Estratégia de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Child and Adolescent Health Development. Geneva: WHO; 2001. Disponível em: <<http://www.who.int/child-adolescent-health/OVERVIEW/AHD/adh-over.htm>>. Acesso em: abril, 2008.
2. Galleta MJC, Zugaib M. Pré-natal no PSF 2001. Disponível em <http://www.pre-natalnopsf.com.br>. Acesso em 2007.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estatísticas de saúde e assistência médica>
4. sanitária. 2002. Acesso: 02/11/07.
5. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e Adolescente. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: CONANDA; 2003.
6. Sekef G. Outro bebê a caminho. Veja 2001.;1706.
7. Hercowitz A. Gravidez na adolescência. Rev Pediatria Moderna 2002; 38(8): 74-5.

7. Coates V, Sant'anna MJC. Gravidez na adolescência. In: Gejer D. Sexualidade e Saúde Reprodutiva na Adolescência. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 71-84.
8. Belo MAV, Silva JLP. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. Rev Saúde Pública 2004; 38(4): 479-87.
9. Fundação Municipal de Saúde. Informações em saúde. Súmula informativa. Teresina; 2006. [citado em 2008 Abril 10]. Disponível em: http://www.saude.teresina.pi.gov.br/informacoes_em_saude/SUMULA_informativa_2005-2006_03.pdf
10. Ministério da Saúde (BR). Base de dados do SINASC. [citado em 2008 Abril 10]. Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvpi.def>
11. Sabroza AR, Leal MC. Perfil sociodemográfico e psicosocial de puérperas adolescentes do município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999 – 2001. Cad Saúde Pública 2004; 20 (supl 1): 112-20.
12. Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: perfil sociodemográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2007; 23(1): 177-86.
13. Gomes KRO. Who are the pregnant adolescents in the poorest state capital of Brazil? Public Health Nurs 2008; 25: 319-26.
14. World Health Organization. Marriage adolescents: no place of safety. 2006. [cited 2009 April 21]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241593776_eng.pdf
15. World Bank. World Bank list of economies (July 2008). [cited 2009 April 21]. Available from: <http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/CLASS.XLS>.
16. Mathur S, Greene M, Malhotra A. Too young to wed: the lives, rights and health of young married girls. International Center for Research on Women (ICRW). Washington; 2003. [cited 2009 April 21]. Available from: http://www.icrw.org/docs/tooyoungtowed_1003.pdf
17. Gupta N. La formation des unions chez les adolescentes du Nordeste (Brésil). Cahiers Québécois Démographie 2000; 29(2): 287-306.
18. Almeida MCC, Aquino EML, Barros AP. School trajectory and teenage pregnancy in three Brazilian state capitals. Cad Saúde Pública 2006; 22(7): 1397-1409.
19. Haberland N, Chong E, Bracken H. Married adolescents: an overview. Geneva: WHO; 2003.
20. Altmann H. Educação sexual e primeira relação sexual: entre expectativas e prescrições. Est Feministas 2007; 15(2): 233-40.
21. Almeida ACCH, Centa ML. A família e a educação sexual dos filhos: implicações para a enfermagem. Acta Paul Enferm 2009; 22(1): 71-6.
22. World Health Organization. Promoting and safeguarding the sexual and reproductive health of adolescents. [cited 2009 April 21]. Available from: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/policybrief4.pdf>
23. Persona L, Shimo AKK, Tarallo MC. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré natal. Rev Latino-am Enfermagem 2004; 12(5): 745-50.
24. Crittenden CP. The role of mental health factors, behavioral factors, and past experience in the prediction of rapid repeated pregnancy in adolescence. J Adolesc Health 2009; 44: 25-32.
25. Gomes KRO, Speizer IS, Oliveira DDC, Moura LNB, Gomes FM. Contraceptive method use by adolescents in brazilian state capital. J Pediatric Adolescent Gynecol 2008; 21: 213-19.