

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM

CINARA PEREIRA NASCIMENTO SADALA

**ADOLESCÊNCIA E ANTICONCEPÇÃO: CONHECIMENTO E USO DE
MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NA ADOLESCÊNCIA**

VITÓRIA
2012

CINARA PEREIRA NASCIMENTO SADALA

**ADOLESCÊNCIA E ANTICONCEPÇÃO: CONHECIMENTO E USO DE
MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NA ADOLESCÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Valmin Ramos da Silva

VITÓRIA
2012

CINARA PEREIRA NASCIMENTO SADALA

ADOLESCÊNCIA E ANTICONCEPÇÃO: CONHECIMENTO E USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NA ADOLESCÊNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Aprovada em ____ de _____ de 2012.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -
EMESCAM
Orientador

Prof. Dr. Eduardo de Almeida Guerzet
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -
EMESCAM

Prof. Dra. Gilsa Helen Barcellos
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -
EMESCAM

Dedico este trabalho a minha mãe Maria Augusta, mulher frágil no corpo e forte na alma, pela formação que me deu, pela felicidade que certamente está sentindo neste momento; aos meus filhos Guilherme e Henrique, razão do meu viver; e ao meu esposo João Elias, companheiro de todas as horas, ombro amigo nos meus momentos de fragilidade humana.

Amo vocês.

E ao Prof. Dr. Valmin, mais que meu orientador, um pai que acolheu uma “filha abandonada”.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por se fazer presente em minha vida, guiando-me e mostrando-me que todo esforço tem sua recompensa.

Ao meu esposo, João Elias, pelo companheirismo, carinho e compreensão. Muito obrigada pelo incentivo e apoio na conquista deste sonho.

Aos meus filhos, Guilherme e Henrique, meus amores, que apesar da pouca idade, souberam compreender e muitas vezes suportar a minha ausência em prol desta conquista.

À minha doce e querida mãezinha, Maria Augusta, pelo exemplo de vida, que com toda a sua coragem, perseverança e amor, fez de mim o ser humano que sou hoje. Que mesmo distante me apoiou e me encorajou a nunca desanimar. Obrigada, sem você esta caminhada não seria possível.

Aos meus irmãos, Diana e Giovani, que acreditaram no meu sonho e sempre me apoiaram. Muito obrigada pelo carinho.

Ao Prof. Dr. Valmin Ramos, que foi muito mais que meu orientador, um anjo que caiu do céu na hora certa. Muito obrigada por ter acreditado em mim, pelos ensinamentos transmitidos ao longo desta jornada, pela paciência e competência com que orientou este trabalho.

À minha querida amiga, colega e eterna professora, Rosângela Joanilho Maldonado, que foi quem muito me incentivou e apoiou neste trabalho.

À minha querida colega e amiga de todas as horas, Alessandra Loureiro Paixão, que me apoiou sempre e muito contribuiu na coleta de dados. Muito Obrigada, “Florzinha”! Que Deus continue iluminando a sua vida.

À minha amiga e colega Madalena Mello, por dividir comigo as angústias e também os momentos felizes durante estes dois anos. Obrigada pelo apoio, incentivo e ajuda de sempre.

Aos professores do mestrado da EMESCAM que, direta ou indiretamente, participaram na construção deste trabalho.

"Quando se quer estudar os Homens é preciso olhar perto de si; mas para se estudar o homem, é preciso aprender a dirigir para longe o olhar; para descobrir as propriedades, é preciso primeiro observar as diferenças."

(Rousseau apud Lèvi-Strauss, 1987:43)

RESUMO

SADALA, CPN. Adolescência e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos contraceptivos na adolescência. [Dissertação de mestrado]. Vitória: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM; 2012.

OBJETIVOS: conhecer o processo de iniciação sexual de adolescentes gestantes, bem como o grau de informação sobre os riscos da gravidez não planejada e de doenças sexualmente transmissíveis, os procedimentos anticonceptivos e seu respectivo uso. **SUJEITOS E MÉTODOS:** o estudo utilizou uma abordagem qualitativa e quantitativa, de natureza descritiva e explicativa envolvendo 40 adolescentes grávidas com idade entre 10 e 19 anos, que responderam a um questionário estruturado com perguntas pré-codificadas e abertas, entre de maio e julho de 2012. **ANÁLISE DE DADOS:** para a análise qualitativa foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo e para os dados quantitativos foi usado o software SPSS. 11.0 com apresentação em média, desvio padrão, números absolutos e percentuais. **RESULTADOS:** as adolescentes apresentaram média de idade de 16,8 anos. Em relação ao grau de instrução, 47,5% interromperam os estudos e o principal motivo isolado do abandono escolar foi a gravidez (30%). A média de idade menarca foi 11,8 anos e da primeira relação sexual foi 15,02 anos e para 65% das avaliadas o motivo que as levaram a iniciar a vida sexual foi vontade dela e do parceiro. Nessa primeira relação sexual, 55% usaram algum método anticoncepcional, sendo o condom masculino utilizado em 75,5% dos casos. Escola (82,5%) e familiares (37,5%) foram os principais responsáveis na obtenção de informações acerca da sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis e métodos anticoncepcionais. Em relação ao período fértil, 85% das adolescentes não souberam identificá-lo corretamente e dentre as adolescentes que declaram ter planejado a gravidez (40%), o principal motivo foi o desejo de vivenciar a maternidade (43,75%). **CONCLUSÃO:** As adolescentes têm conhecimentos adequados sobre os métodos anticoncepcionais e concordam com seu uso durante o período da adolescência, mas na prática, o desejo de engravidar foi a principal justificativa pelo uso inadequado dos mesmos.

Palavras-chave: Contracepção, Adolescência, Gravidez.

ABSTRACT

SADALA, CPN. Adolescence and contraception: knowledge and use of contraceptives in adolescence. [Dissertation]. Vitória: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM; 2012.

OBJECTIVES: To know the process of sexual initiation of teenage pregnancy, as well as the degree of information about the risks of unplanned pregnancy and sexually transmitted diseases, contraceptive procedures and its uses. **SUBJECTS AND METHODS:** The study used a qualitative and quantitative, descriptive and explanatory involving 40 pregnant teenagers aged between 10 and 19 years, answered a structured questionnaire pre-coded open between May and July 2012. **DATA ANALYSIS:** For the qualitative analysis technique was used for content analysis and quantitative data was used SPSS software. Presentation with an average 11.0, standard deviation, absolute numbers and percentages. **RESULTS:** The adolescents had an average age of 16.8 years. Regarding schooling, 47.5% discontinued their studies and the main reason was the dropout pregnancy (30%). The average age of menarche was 11.8 years and the first sexual intercourse was 15.02 years and 65% of evaluated the reason which led them to begin sexual life was her will and partner. At first intercourse, 55% used a contraceptive method, condoms being used in 75.5% of cases. School (82.5%) and relatives (37.5%) were the main culprits in obtaining information about sexuality, sexually transmitted diseases and contraceptives. Regarding the fertile period, 85% of the adolescents were unable to identify it correctly, and among adolescents who report having planned the pregnancy (40%), the main reason was the desire to experience motherhood (43.75%). **CONCLUSION:** Adolescents have adequate knowledge of contraceptive methods and agree with their use during adolescence, but in practice, the desire to become pregnant was the main reason for the inappropriate use of them.

Keywords: Contraception, adolescence, pregnancy.

LISTA DE SIGLAS

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CAISM - Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher

DIU - Dispositivo Intrauterino

DST - Doença Sexualmente Transmissível

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MAC - Método Anticoncepcional

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNDS - Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

URS - Unidade Regional de Saúde

SUMÁRIO

1 JUSTIFICATIVA.....	12
2 REFERÊNCIAS CONCEITUAIS E HISTÓRICAS.....	13
3 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA.....	24
4 OBJETIVOS.....	25
4.1 OBJETIVO GERAL	25
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	26
5.1 DESCRIÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA	26
5.2 DELINEAMENTO E POPULAÇÃO DE ESTUDO	27
5.2.1 Amostra	29
5.3 PLANO AMOSTRAL E TAMANHO DA AMOSTRA	32
5.4. PARTICIPANTES DO ESTUDO	33
5.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	34
5.5.1 Perfil sócio demográfico das adolescentes	34
5.5.2. Menarca	35
5.5.3. Vida afetiva-amorosa-sexual	35
5.5.4 Fontes de informação e conversa sobre a vida sexual	36
5.5.5. Gravidez.....	36
5.5.6. Futuro profissional e reprodutivo	37
5.6 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	37
5.7 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS.....	38
5.8 RESULTADOS.....	41
5.8.1 Análise das entrevistas	41
5.8.2. Características sociodemográficas das gestantes adolescentes	43

5.8.3. Características da vida sexual das adolescentes gestantes	45
5.8.4. Conhecimento, atitude e prática dos métodos anticoncepcionais e percepção acerca do período fértil	47
5.8.5. Sentimentos em relação à gravidez	48
5.8.6. Futuro profissional e reprodutivo	49
5.9. GRUPOS FOCAIS	50
5.9.1. Síntese do registro de campo dos grupos focais	50
5.9.2. Análise do material empírico dos grupos focais	51
5.9.3. Caracterização dos grupos	52
5.9.4 A pesquisa realizada	52
5.10. DISCUSSÃO	54
5.11. PROCEDIMENTOS ÉTICOS	58
6 CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS.....	62
APÊNDICES	66
APÊNDICE A - Formulário de Identificação das Opiniões das Adolescentes...	67
APÊNDICE B – Declaração de Anuência.....	71
ANEXOS	72
ANEXO A – Declaração de Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética.....	73
ANEXO B – Questionário para Classificação Socioeconômico	74
ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	76

1 JUSTIFICATIVA

Esse tema “Adolescência e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos contraceptivos na adolescência”, como objeto de minha dissertação foi escolhido em função especialmente de minha experiência profissional nesse campo. Trabalho em serviços de ginecologia e obstetrícia há 16 anos, tendo lidado com um grande número de adolescentes em situação de gravidez. Observei, nesses anos, que apesar de muitas meninas terem informação sobre métodos anticonceptivos, raramente se cuidam, em termos de prevenção. Daí meu interesse em investigar as razões da não utilização do anticonceptivo.

Por outro lado, os aspectos relacionados à sexualidade, prevenção da gravidez e doenças sexualmente transmissíveis, na adolescência, guardam uma relação importante com a saúde pública, na medida em que o conhecimento nesse campo não está suficientemente elaborado para favorecer uma prática eficiente e preventiva. “Além disso, a gravidez na adolescência também pode acarretar o abandono da escola, que é um fator agravante das condições socioeconômicas, dificultando sua inserção no mercado de trabalho”. (PELLOSO, 2002).

Diante disso, a relevância desta pesquisa está em identificar as determinações da gravidez na adolescência e extrair elementos que possam auxiliar na elaboração de políticas públicas com vistas à redução deste problema social.

Acrescentam-se o despreparo da família e da comunidade para prevenção da gravidez na adolescente, como também as dificuldades no acolhimento das meninas que se deparam nessa situação; podendo-se mesmo admitir, também, a falta de sensibilidade dos profissionais da saúde para o conjunto dessa problemática.

2 REFERÊNCIAS CONCEITUAIS E HISTÓRICAS

O conceito de adolescência aceito na área da saúde foi definido em 1974, na Reunião da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre gravidez e aborto na adolescência. (OGIDO, 2011). Assim, segundo a OMS:

A adolescência corresponde à faixa etária dos 10 aos 19 anos e é "o período em que aparecem as características sexuais secundárias para a maturidade sexual. Manifestam-se processos psicológicos e padrões de identificação que evoluem da fase infantil para a adulta, ocorrendo a transição de um estado de dependência para outro, o de relativa autonomia". (BRASIL, 2000).

A Lei n.º 8069/90 do Estatuto da Criança e do Adolescente considera adolescentes aqueles com idade entre 12 a 18 anos. Já o Ministério da Saúde, a Sociedade Brasileira de Pediatria e a Organização Mundial de Saúde consideram a idade entre 10 e 19 anos. (BRASIL, 2000).

A literatura aborda diversos conceitos de adolescência analisada do ponto de vista histórico, social, psicológico, cronológico e biológico. Assim a adolescência é definida como uma fase evolutiva do ser humano, onde é preciso considerar a idade cronológica, os aspectos sociais, culturais, psicológicos e biológicos que caracterizam os indivíduos e grupos de uma sociedade. (BORGES, 2004).

Muitos autores têm considerado a adolescência como parte do desenvolvimento humano, singular e específico a cada indivíduo. Contudo, é necessário enfatizar a que a estrutura familiar, a vida social e a vivência de cada adolescente em diversos aspectos, é que vai determinar a forma que cada indivíduo vivencia a adolescência, devido ao seu caráter sociocultural e histórico. (BORGES, 2004).

Nesse período, o jovem assume mudanças físicas, de valores e de estilo de vida, afastando-se dos padrões estabelecidos por seus pais e criando sua própria identidade. De acordo com Ximenes Neto et al. (2007):

A adolescência é uma fase da vida humana que se caracteriza por um conjunto de transformações deixando o indivíduo exposto a um modelo de vida até então desconhecido, de certa forma vulnerável, mas ao mesmo tempo, estabelecendo padrões comportamentais e sonhos que permearão por toda a vida. Tais padrões se definem dentro de um ambiente que inclui a família, a escola, a sociedade, dentre outros, onde o adolescente acaba sendo influenciado na formação e construção de sua personalidade.

De acordo com Ariès (1986), *citado por* Avila (2005), o conceito de adolescência aparece no final do século XVIII e se difunde no século XX. Com a industrialização, a educação e as leis trabalhistas, surgiu um espaço entre a infância e a fase adulta que até então não era considerado uma fase do desenvolvimento humano.

Do ponto de vista sociológico, a adolescência é considerada uma fase de transição entre o ser criança e o ser adulto. É considerada uma “situação marginal”, na qual o indivíduo não faz parte de nenhum dos dois grupos. É necessário que sejam feitos ajustamentos para o comportamento da criança e do adulto, numa sociedade. (MUUSS, tradução nossa, 1988).

Para o Protocolo da Mulher Serrana, a adolescência é um período de transformações somáticas, psíquicas e sociais, sendo que as modificações físicas ocorrem mais rapidamente do que as demais. (ESPÍRITO SANTO, 2009). Essas diferenças nos tipos de amadurecimento são os fatores que respondem pela gênese dos problemas da gravidez na adolescência.

A puberdade que é caracterizada pelas modificações físicas, que transforma o corpo infantil em um corpo adulto. Estas modificações têm início na adolescência e “vai até o completo desenvolvimento físico, a parada do crescimento e a aquisição da capacidade reprodutiva”. (SAITO, 2001).

Durante esse processo de mudanças pode ser desencadeado um comportamento rebelde e patológico, o que Knobel (1992), considera um comportamento patológico, porém “normal” na adolescência. O autor denomina essa situação de “síndrome normal da adolescência” e a relaciona à instabilidade psíquica e ao desajustamento social ligados a dependência infantil ainda existente.

Na adolescência ocorrem mudanças físicas, psicológicas, de valores e de estilo de vida, principalmente na relação com os pais e com a sociedade. Para Aberastury (1983) trata-se de um período de contradições e conflitos que só podem ser solucionados quando se prepara o “luto pelo corpo de criança, pela identidade infantil e pela relação dos pais de infância”. As relações do adolescente com a família e os aspectos culturais podem favorecer ou não o seu desenvolvimento, mas não impedirão que o adolescente elabore por si só os seus “lutos”.

A adolescência é o período que o jovem direciona sua vida sexual, social e vocacional, e ainda luta pela sua autonomia. É quando o indivíduo começa a se

enxergar como adulto sente a necessidade conquistar seu espaço diante do meio familiar, social e também a necessidade de direcionar o seu futuro, ocasionando conflitos internos, muitas vezes violentos. Apesar disso, não se pode caracterizar todos os jovens desta forma, é necessário que tanto a família como a sociedade olhem cada um individualmente.

Com as transformações físicas decorrentes da puberdade, as diferenças sexuais que na infância eram sutis, na puberdade tornam-se explícitas o que torna a sexualidade mais evidente. (PATIAS; DIAS, 2011).

A sexualidade humana pode ser vista como um conceito que inclui a anatomia, biologia, fatores psicossociais, atitudes e processos de aprendizagem que influenciam os sentimentos e comportamentos dos indivíduos, podendo implicar na sua saúde física e psíquica. Esses aspectos são de grande importância na vida de qualquer ser humano, em particular na vida do adolescente. O comprometimento da saúde nessa fase de desenvolvimento pode repercutir negativamente na vida social e econômica do adolescente, da sua família e também da sociedade. (REIS, 2007).

Juntamente com o aparecimento e desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, a primeira ejaculação nos menino e a menarca (a primeira menstruação nas meninas) marca-se o início da puberdade. Essas experiências muito desejadas pelos adolescentes, por assinalar o início da vida adulta, podem também desencadear transtornos emocionais importantes como angústia e até mesmo um sentimento de culpa. (REIS, 2007).

Com o avanço da adolescência, o jovem se torna mais independente e começa a buscar o objeto amoroso. Isso é uma questão crucial na vida dos adolescentes que se não realizada pode levá-lo à solidão, uma situação difícil para estes indivíduos por ainda não serem suficientemente maduros para suportá-la.

Quando se compara as experiências que ocorrem no desenvolvimento sexual dos adolescentes, podemos observar que a primeira relação sexual é considerada um marco na vida desses indivíduos, permanecendo como uma ponte da adolescência para a vida adulta. Ao mesmo tempo em que a primeira relação sexual do adolescente é um passo para a vida adulta, é também quando esses indivíduos

passam a fazer parte de um grupo vulnerável às doenças sexualmente transmissíveis. (BORGES, 2004).

Os valores tradicionais oriundos de uma cultura patriarcal relacionados à sexualidade são diferentes entre os meninos e as meninas. Frequentemente há uma repressão em torno das meninas e um incentivo e apoio aos meninos pelo pensamento machista que coloca que o indivíduo do sexo masculino tem necessidade de realizar experiências sexuais e ainda erroneamente a ideia de que a ocorrência de uma gravidez não planejada seja de responsabilidade das meninas.

Ainda existe certa resistência em abordar o tema sexualidade junto aos adolescentes por parte da família, da escola e até mesmo dos profissionais de saúde, por persistir a ideia de que falar sobre sexualidade estaria estimulando o início precoce das relações sexuais. No entanto, os jovens devem ser informados o suficiente para o seu desenvolvimento saudável das relações interpessoais na área psicossocial e psicosssexual. (REIS, 2007).

Estudos têm demonstrado o baixo conhecimento sobre anatomia e fisiologia dos órgãos genitais femininos, assim como sobre aspectos fisiológicos da reprodução por grande parte dos adolescentes. (CARVACHO et al., 2008).

Os pais, a escola, os profissionais de saúde e todos que convivem com adolescentes precisam estar comprometidos em informar, orientar e educar corretamente os adolescentes e crianças para uma vivência saudável da sua sexualidade, de modo a evitar uma gravidez não planejada ou doenças sexualmente transmissíveis.

A população de adolescentes especialmente nos países em desenvolvimento são consideradas população de risco pelo índice elevado de fecundidade, merecendo assim, atenção específica.

O início, cada vez mais cedo, da vida sexual dos adolescentes é uma realidade clara em nosso meio, por isso é imprescindível uma boa orientação a respeito dos métodos contraceptivos evitando, assim, gestações não planejadas e por vezes indesejadas, além da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Esses

jovens necessitam de informações consistentes sobre os métodos contraceptivos e da conscientização da importância dos mesmos.

O conhecimento sobre os métodos contraceptivos e os riscos advindos de relações sexuais desprotegidas são fundamentais para que os adolescentes possam vivenciar o sexo de maneira adequada e saudável, assegurando a prevenção da gravidez indesejada e das DST/AIDS, além de ser um direito que possibilita cada vez mais, ao ser humano, o exercício da sexualidade desvinculado da procriação. (VIEIRA et al., 2006, p. 136).

Segundo Herter e Acceta (2001), a estimativa de adolescentes que não fazem uso de qualquer método contraceptivo na primeira relação sexual é de 20 a 50%. Outros estudos apontam que aproximadamente 50% das adolescentes descontinuam o uso do método contraceptivo nos primeiros três meses de uso, quando assim o fazem.

Nos últimos anos houve um grande avanço das políticas públicas voltadas aos adolescentes com a criação de vários programas, tais como o Programa da Saúde da Mulher, Programa de Atenção à Saúde do Adolescente, Programa de Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e de HIV/AIDS. Como também a criação do Conselho Nacional da Criança e do Adolescente, na década de 1980 e a introdução da educação sexual nas grades curriculares do Brasil a partir de 1995. (RIOS, 2002).

A escola é um dos principais responsáveis pela educação do indivíduo e precisa participar das transformações socioculturais ligadas à questão sexual. A família deve ser incluída ao processo de formação dos adolescentes e estas, muitas vezes, apresentam informações deturpadas sobre o assunto, cabendo à escola e serviços de saúde buscar estratégias para atraí-las. Estas três entidades devem atuar de forma conjunta para que estes jovens ganhem o devido respaldo e sejam capazes de transformar conhecimentos em atitudes e atitudes em comportamento, e que tenham a chance de ter acesso ao conhecimento a respeito dos métodos contraceptivos, e que isso possa refletir sobre os aspectos biopsicossociais ligadas ao tema.

Muitos adolescentes não utilizam métodos anticoncepcionais, mesmo que sejam oferecidos pela rede pública de saúde, onde o acesso não é tão difícil. Isso se deve ao nível de escolaridade, à falta de diálogo com a família e à falta de orientação adequada. Durante a adolescência, tanto a família quanto o profissional de saúde,

devem estar atentos ao exercício irrefletido da sexualidade, que pode ter como consequências a gravidez precoce, as doenças sexualmente transmissíveis, como HPV e AIDS e o aborto, podendo ser este um dos fatores de descontinuação do seu projeto e/ou qualidade de vida. (SAITO; LEAL, 2007).

A escolha do método anticoncepcional deve ser do adolescente. A função do profissional de saúde é orientar quanto à eficácia, a forma correta de usá-lo e a importância do retorno periódico para novos exames, como por exemplo, a realização do **Papanicolau** para a prevenção do câncer de colo uterino.

Recomendações internacionais vêm retardando o início do rastreamento do câncer do colo do útero. Nos Estados Unidos, a ACS (Sociedade Americana de Câncer) indicava o rastreio após o início da atividade sexual. Posteriormente, passou a recomendar que fosse realizado a partir dos 18 anos e, em 2002, passou a adotar três anos depois do início da atividade sexual, com limite máximo aos 21 anos. (SMITH, 2011). Em 2009, o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) eliminou a regra de três anos depois do início da atividade sexual e passou a recomendar o rastreio apenas a partir dos 21 anos de idade. (ACOG, 2009). Na Europa, o rastreamento do câncer do colo do útero é iniciado preferencialmente entre 25 e 30 anos de idade com algumas variações regionais. (INCA 2011, p. 34).

Os adolescentes podem usar a maioria dos métodos anticoncepcionais disponíveis, portanto, alguns contraceptivos enquadram-se melhor nessa fase da vida. Os métodos contraceptivos podem ser divididos em: comportamentais, de barreira, dispositivo intrauterino (DIU), métodos hormonais e cirúrgicos. (DÍAZ; DÍAZ, 1999).

Os métodos comportamentais são pouco recomendados por exigirem do adolescente disciplina e planejamento e as relações sexuais nessa fase, geralmente, não são planejadas. Os mais conhecidos são a tabelinha, temperatura basal e coito interrompido.

Os métodos de barreira como o preservativo masculino e feminino são os dois únicos métodos que oferecem dupla proteção, contra a gravidez, doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS deve ser usado em todas as relações sexuais, independente do uso de outro método anticoncepcional. Sua eficácia está relacionada à maneira como são usados.

O dispositivo intrauterino (DIU) pode ser usado pelas adolescentes, entretanto as que nunca tiveram filhos correm mais risco de expulsá-lo. (BRASIL, 2006).

Os métodos hormonais as pílulas combinadas e a injeção mensal podem ser usadas na adolescência, desde a primeira menstruação. Não há, em geral, restrições ao uso dos anticoncepcionais hormonais na adolescência, desde que a adolescente seja bem informada de como utilizá-la. A minipílula é usada para mães em amamentação exclusiva e a injeção trimestral pode causar amenorreia, o que talvez para a adolescente seja um fator preocupante pelo medo de estar grávida e também, muitas vezes causa sangramentos irregulares durante todo o ciclo menstrual. A contracepção de emergência, ou seja, a pílula do dia seguinte deve ser reservada para as situações emergenciais (rompimento de condom, esquecimento do diafragma, uso incorreto de pílulas, estupro ou qualquer forma de coito desprotegido) e o seu uso repetitivo deverá ser. Contudo, pode ser feito de modo programado, por mulheres com escassas relações sexuais, para não terem de ficar usando método contraceptivo sem uma vida sexual que o justifique. (Poli et al., 2009).

Métodos cirúrgicos como a ligadura das trompas e a vasectomia não são indicadas para os adolescentes. Eles são de uso raro na adolescência só estariam justificados em casos de existência de condições clínicas ou genéticas onde seja imperativo evitar a gravidez, pois é um método irreversível. (DÍAZ; DÍAZ, 1999).

Dentre os motivos mais mencionados pelos adolescentes pelo não uso da anticoncepção, está a dificuldade de diálogo com o parceiro, a má informação a respeito da contracepção e reprodução, bem como o uso correto dos métodos anticoncepcionais. (VIEIRA et al., 2006).

Todo adolescente tem o direito a educação sexual, aos contraceptivos e a maneira correta do uso, ao sigilo sobre a sua atividade sexual e a prescrição dos métodos anticoncepcional, respeitando as ressalvas do Art. 103, Código de Ética Médica:

É vetado ao médico: revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.

O aumento da fecundidade entre adolescentes e da quantidade de óbitos maternos nessa faixa etária mostra que as políticas de anticoncepção, planejamento familiar e pré-natal não tem sido suficientes para atender às necessidades desses jovens

diretamente na saúde reprodutiva. Isso mostra a necessidade de elaboração de estratégias para a garantia da autonomia reprodutiva em condições seguras. (BRASIL, 2006a).

A gravidez na adolescência constitui-se em uma das grandes preocupações do mundo moderno, sendo geralmente encarada como um grave problema de saúde pública a ser solucionado, isso porque geralmente esta gestação poderá acarretar sérios prejuízos na qualidade de vida futura dessas adolescentes: implicações físicas, emocionais, familiares e econômicas, que geralmente repercutem não só nelas isoladamente, mas também na criança gerada, nos familiares e na sociedade como um todo. (GONTIJO; MEDEIROS, 2004).

Mesmo com a constante diminuição das taxas de fecundidade no Brasil, a gravidez na adolescência é um fenômeno que pouco se modificou nas últimas décadas, inclusive verificou-se um aumento nos últimos anos para a faixa etária de 10 a 14 anos. Nas adolescentes entre 15 e 19 anos o decréscimo vem acompanhando as taxas de fecundidade dos últimos anos, mesmo que nessa faixa etária os partos correspondem quase 20% do total. A preocupação é o fato de que as complicações relacionadas à gravidez e ao parto estão entre as principais causas de morte de adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos em todo o mundo. (BRASIL, 2008).

As mudanças no comportamento sexual dos adolescentes ocorridas nos últimos anos, principalmente no que se refere à liberdade, e ao início precoce da vida sexual, tem repercutido muito em relação a tal situação. Apesar de o problema afetar e ser crescente em todas as classes sociais, tal situação é relevante em relação aos aspectos socioeconômicos, à pobreza, baixa escolaridade, menarca e primeira relação sexual, cada vez mais precoce.

Muitas vezes, essas grávidas escondem a situação e se afastam dos serviços de saúde por vergonha ou por medo, pondo em risco a sua própria saúde e a da criança. Apesar de já estar largamente divulgado que, se a adolescente fizer o pré-natal corretamente o risco de complicações é baixo. Em relação à educação e pelos mesmos motivos já colocados, ou por imposição disciplinar, como ocorre no nosso país, ela, abandona temporária ou definitivamente o processo de educação, o que

nos faz deduzir que o risco da gravidez na adolescência não é só biológico, mas também social.

Segundo relatos da literatura, uma gravidez na adolescência pode implicar negativamente na saúde da adolescente e do seu filho. Já foi descrito por diversos autores que filhos de mães adolescentes têm maior probabilidade de complicações, tais como baixo peso ao nascer, prematuridade, atraso no desenvolvimento cognitivo, dentre outras, que se deve à imaturidade anatômica e fisiológica do organismo materno. Há também maior probabilidade de complicações gravídicas com risco de óbito para a mãe e para o concepto. Isso pela imaturidade materna, cuidados pré-natais inadequados, déficits nutricionais e também por perturbações psicológicas. Esses riscos para a adolescente e para o seu filho pode ser minimizado com um pré-natal precoce e adequado.

Além disso, a maioria desses adolescentes não está preparada financeiramente e/ou emocionalmente para assumir uma responsabilidade tão grande como esta, acarretando fuga da sua própria realidade. Como pessoa acaba cometendo erros, muitas vezes, graves como abortos, abandono do seu lar, dos estudos e até mesmo da criança.

A gravidez na adolescência acontece em todas as classes sociais, porém é mais grave nas populações mais carentes. As crenças e os tabus morais e a ausência de orientação sexual específica contribuem para aumentar o problema. Muitas adolescentes grávidas fogem de casa por medo da repressão familiar e com isso, abandonam os estudos interrompendo o seu processo de socialização e conseqüentemente, abrem mão da sua cidadania. (REIS, 2007).

A Saúde Pública aponta a gravidez na adolescência como um fator social de risco quando é vista como consequência do baixo poder socioeconômico e da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, pelos seus riscos que implica na saúde da adolescente e do seu filho. A tendência à reincidência da gravidez nessa fase da vida, assim como um grande número de gestações futuras, pode gerar como consequência, um aumento da pobreza e marginalidade, por levar ao abandono da escola, a dificuldade de entrar no mercado de trabalho. Criando, assim, um ciclo que conserva e, muitas vezes, agrava a pobreza. (PANTOJA, 2003, p.1).

De acordo com as Estatísticas de Registro Civil 2009, o total de registros de nascidos vivos, ocorrido no ano de 2009, por grupos de idade da mãe na ocasião do

parto, segundo o lugar de residência da mãe no Brasil com idade entre 10 e 19 anos foi de 2.752.401; adolescentes com idade menor de 15 anos, 22.594 (0,82 %) e de 15 a 19 anos foi de 499.698 (18,15%) nascidos vivos. No estado do Espírito Santo o número foi de 51.025, o que corresponde a 1,85% dos registros de nascidos vivos no país; menores de 15 anos, de 380 (0,74%); e entre 15 a 19 anos foi de 8.807 (17,26%) nascidos vivos. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009).

De acordo com o Censo de 2010, a população brasileira é de 190.755.799, sendo que 51,03% são mulheres e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). A população do município de Serra encontra-se em 409.267 habitantes, sendo 207.852 do sexo feminino, que corresponde a 50,78% da população. No Brasil 34.157.631 dos indivíduos têm entre 10 e 19 anos, o que significa 17,9% da população total e no município de Serra encontra-se em 73.262, o que corresponde a 17,9% da população, sendo que 36.497 são do sexo feminino, o que corresponde a 17,55% de total das mulheres serranas.

A situação da saúde atinge diversas circunstâncias da vida, como a relação com o meio ambiente, lazer, moradia, condições de trabalho, alimentação e renda. Quando se trata de mulheres a situação é agravada devido à discriminação e a sobrecarga do trabalho doméstico.

No Brasil, nas décadas de 1930, 1950 e 1970 a saúde da mulher era vista apenas em relação ao ciclo gravídico. Com o advento do movimento feminista brasileiros, estes padrões foram extremamente criticados e este movimento conseguiu estabelecer questões importantes como as discussões que mostraram as desigualdades sociais e entre homens e mulheres, aos aspectos ligados à sexualidade e a reprodução e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e ainda sobrecarga de trabalho das mulheres. (ÁVILA; BLANDER, 1991).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com o objetivo maior de atender a mulher em sua integralidade, em todas as fases da vida, respeitando as necessidades e características de cada uma delas, como também incorpora princípios, diretrizes das

propostas do Sistema Único de Saúde (SUS) como a integridade e equidade da atenção à saúde. (BRASIL, 1984).

Com o objetivo de melhorar essa situação, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens de acordo com princípios e diretrizes do SUS, inserindo as regras do Estatuto da Criança e do Adolescente e da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Essa política visa estruturar planos de ação, programas e projetos nacionais, estaduais e municipais, salientando as responsabilidades de cada instituição, das condições epidemiológicas e demandas sociais para promover alterações na assistência, prevenção e promoção da saúde dos jovens e adolescentes. Esta política foi implementada em 2005 e tem três focos: violência; reprodução e sexualidade; crescimento e desenvolvimento. Acredita-se que essas iniciativas já estejam funcionando como forças progressivas, contribuindo para estabelecer uma melhoria na relação entre adolescentes e profissionais de saúde em prol de um atendimento digno, no acolhimento e nas respostas às exigências dessa população. (BRASIL, 2005).

As estatísticas de mortalidade são muito utilizadas para avaliar as condições de saúde da população. Segundo a OMS, houve uma redução dos óbitos por causas obstétricas, fato que levou à redução da taxa de mortalidade materna no Brasil: de 140 a cada 100 mil nascidos vivos, em 1990, em 2007 essa taxa passou para 75 a cada 100 mil. Houve uma significativa redução das mortes por complicações durante gravidez, parto e puerpério (56%), nos últimos 18 anos. Essa redução se deve à ampliação do acesso aos cuidados hospitalares, com acompanhamento das mulheres antes, durante e após o parto. Hoje, 98% dos partos no Brasil são realizados em hospitais e 89% por médicos. O resultado é reflexo do maior acesso ao pré-natal e acompanhamento médico por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Quase 90% das mulheres grávidas realizam pelo menos quatro consultas pré-natais no SUS. O número aumentou em 30% desde 1996. (BRASIL, 2009).

3 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA

Essa pesquisa se centra no desejo de pesquisar o uso de métodos contraceptivos na adolescência com base no número crescente de gravidez nessa faixa etária, no Brasil e em particular no estado do Espírito Santo. Nas últimas décadas várias pesquisas têm se voltado para a ocorrência da gestação na adolescência, porém, a grande maioria avalia apenas sua incidência, bem como as repercussões que traz à mãe e ao filho.

A pesquisa prioriza conhecer o grau de informação das adolescentes primigestas e de uso, por estas, de métodos contraceptivos, atendidas no ambulatório de Alto Risco da Unidade Regional de Saúde de Jacaraípe, Serra, estado do Espírito Santo. Focaliza ainda os fatores associados à iniciação precoce da atividade sexual, exposta a riscos da gravidez não planejada e de doenças sexualmente transmissíveis.

Acredita-se que a maioria dos adolescentes receba informações sobre contracepção e que possivelmente ocorra uma inadequação na utilização dos métodos contraceptivos, a descontinuidade de seu uso, além da falta de serviços assistenciais que ofereçam orientações e atendimento diferenciado a esses adolescentes.

Existe uma política pública voltada a essa problemática, no sentido de prevenção e assistência diante dos riscos que as meninas adolescentes ficam expostas. Nesse sentido, nossa investigação se dirige também a verificar como a Unidade Regional de Saúde de Jacaraípe executa essa política.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Estudar o fenômeno da gravidez na adolescência no município de Serra, estado do Espírito Santo.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar a situação socioeconômica, psicossocial e familiar das adolescentes primigestas atendidas no ambulatório de Alto Risco da Unidade Regional de Saúde de Jacaraípe, Serra, estado do Espírito Santo;
- b) Conhecer o processo de iniciação sexual das referidas adolescentes, o grau de informação sobre os riscos da gravidez não planejada e de doenças sexualmente transmissíveis, os procedimentos anticonceptivos e seu respectivo uso;
- c) Avaliar a aplicação da política pública de saúde, no referido ambulatório, em relação à anticoncepção na adolescência;
- d) Identificar as políticas públicas de saúde relacionadas à gravidez na adolescência desenvolvidas no município da Serra.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 DESCRIÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

Este estudo foi realizado na cidade de Serra, localizado no estado do Espírito Santo, na região Sudeste, ocupando uma área de 45.597km², equivalente a 0,53% do território nacional. O Espírito Santo tem como capital a cidade de Vitória, uma ilha de 89 km², limitando-se com os Estados da Bahia (ao norte), Minas Gerais (a oeste) e Rio de Janeiro (ao sul), além de ser banhado pelo oceano Atlântico (a leste). Sua extensão territorial é de 46.098,571km², divididos em 78 municípios, um dos quais é o Município da Serra, limítrofe à capital, situado ao norte de Vitória.

A pesquisa foi realizada no bairro de Jacaraípe, do município de Serra.

O município de Serra faz limite com o município de Vitória, a capital do estado e também outros municípios limítrofes como: Cariacica, Fundão e Santa Leopoldina. A sede do município, porém encontra-se mais afastada, ao norte do monte Mestre Álvaro - grande maciço de origem vulcânica que marca significativamente a geografia do município. Segundo o IBGE, a Serra tem 409 267 habitantes, destes, 207 917 (50,8%) compõem o universo feminino, sendo que 36 491 (17,55%) são adolescentes na faixa etária entre 10 e 19 anos. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010, p.1).

Sua sede está a aproximadamente 27 km ao norte da capital, e é cortada pela BR-101. Nos últimos trinta anos, conheceu transformação radical, deixando de ser tipicamente rural, provinciana e tradicionalista, passando a ser o principal polo industrial do Espírito Santo e a segunda economia do Estado, sendo superado apenas por Vitória. Abriga o Civit e a Arcelor Mittal tubarão (antiga CST). A maior parte da mão-de-obra está empregada na indústria.

É o segundo maior município do Espírito Santo no PIB, superado apenas por Vitória, a capital do estado. (IBGE, 2010). O município de Serra apresentará as maiores taxas de crescimento, e em 2020, será o município mais populoso do Estado com uma população total prevista de 515.400 habitantes, ocorrendo assim, um aumento estimado de aproximadamente 207 mil habitantes em sua população. (SERRA, 2000). O Município possui 51 estabelecimentos de serviço de Saúde Pública Municipal, sendo 34 Unidades Municipais de Saúde. O Município de Serra adota o modelo de Gestão Plena Básica a Saúde, que compreende as atividades pertinentes

às áreas de Pediatria, Clínica Médica e Ginecologia e Obstetrícia. No território municipal encontram-se instaladas 32 Unidades básicas de saúde, sendo 23 Unidades de Saúde da Família (USF), 1 Unidade de saúde itinerante (unidade móvel), 7 Unidades regionais de saúde, 1 Centro de referência ambulatorial, 1 Pronto-atendimento adulto, 1 Pronto-atendimento misto (médico-odontológico adulto e infantil), 1 Maternidade municipal, 1 Centro de testagem e aconselhamento DST/Aids, 2 Centros de Atenção Psicossocial, 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 1 Laboratório Central, 1 Farmácia de Especialidades, em Carapina (que funciona todos os dias), 1 Centro de Vigilância Ambiental em Saúde e 1 Centro Cirúrgico para controle de natalidade animal. (SERRA, 2012).

5.2 DELINEAMENTO E POPULAÇÃO DE ESTUDO

O presente estudo utilizou uma abordagem quantitativa e qualitativa, de natureza descritiva e explicativa realizado entre maio e julho de 2012. A pesquisa explicativa tem como principal objetivo tornar inteligível e explicar os motivos de algum fenômeno. Também analisa as causas deste fenômeno, a sua origem, suas relações, suas mudanças e as suas consequências, esclarecendo de que forma estas causas estão associadas entre si. (TRIVIÑOS, 1987).

Na natureza descritiva da pesquisa, Deslauriers e Kérisit (2008), colocam a questão dos mecanismos e dos sujeitos (o “como” e o “que” dos fenômenos) por meio da precisão dos detalhes e fornece informações contextuais que poderão servir de base para outras pesquisas de natureza explicativa.

Na coleta de dados descritivos, os pesquisadores qualitativos abordam os fatos de forma minuciosa. A abordagem da investigação qualitativa exige que o mundo seja examinado com a ideia que nada é trivial, que tudo possui potencial para a constituição de pistas que permitam estabelecer uma compreensão esclarecedora do objeto de estudo.

A escolha pelo tipo de estudo ou método de natureza qualitativa, deve-se à superioridade na compreensão de certos fenômenos sociais apoiados no

pressuposto da maior relevância do aspecto subjetivo da ação social face à configuração das estruturas sociais. (HAGUETE, 2001).

O método qualitativo é o que melhor se aplica à busca de respostas dentro do estudo da história, relações, representações, crenças, percepções e opiniões. Embora a pesquisa qualitativa seja, geralmente, lida por meio de falas ou palavras ao invés do uso de números, isso não significa que não possa ser utilizada para explicar fenômenos sociais. (POPE; MAYS, 2005).

Segundo Marshall e Rossman (1995), a pesquisa qualitativa não convém a todos os temas de pesquisa e apontam a utilidade e a superioridade metodológica desse método qualitativo em determinadas situações, principalmente quando a pesquisa:

- Não pode ser realizada de modo experimental, por razões práticas ou éticas;
- Tem por objetivos aprofundar processos ou fenômenos complexos;
- Comporta variáveis pertinentes, que não tenham ainda sido delimitadas;
- Pretende explorar em um momento e onde os políticos, o bom senso popular e a prática malogram;
- Se refere a sociedades desconhecidas ou estruturas inovadoras;
- Se refere aos processos organizacionais, suas ligações informais e não estruturadas;
- Se refere aos objetivos organizacionais reais, por oposição àqueles que são pretendidos. (DESLAURIERS; KÉRISIT 2008).

A pesquisa social visa, neste caso, tanto reconhecer os problemas e suas causas, como propor soluções ou estratégias de intervenção para resolvê-los. A contribuição da pesquisa qualitativa à pesquisa social consiste em renovar o olhar sobre os problemas sociais e sobre os mecanismos profissionais e institucionais de sua gestão, de acordo com as modificações que hoje existe na percepção dos problemas e também na avaliação dos programas e serviços, com a intenção de modificar tanto a prática, quanto seus modos de gestão. (LIRA, 2010).

Devido à natureza complexa do objeto desta pesquisa, concluímos que esta metodologia é a mais adequada para delimitar o objeto deste estudo.

Utilizamos, também, a técnica de grupo focal, na qual os sujeitos discutem um tema específico numa sessão informal. Essa técnica foi inspirada em técnicas de entrevistas não direcionadas e técnicas grupais usadas na psiquiatria.

5.2.1 Amostra

A amostra foi constituída por adolescentes grávidas com idade entre 10 e 19 anos, que procuraram o serviço pré-natal da URS de Jacaraípe, situada no município da Serra.

A faixa etária, entre 10 e 19 anos, foi definida, por considerar ser o período mais provável em que ocorre a iniciação da vida sexual em adolescentes da região, e por inserir-se na definição cronológica adotada pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2006a). E, ao considerar o início da vida sexual, verificar o conhecimento e uso dos contraceptivos na primeira e nas subsequentes relações sexuais.

Para identificar a situação socioeconômica e familiar das adolescentes primigestas atendidas no ambulatório de Alto Risco da Unidade Regional de Saúde de Jacaraípe, Serra, Estado do Espírito Santo. Inicialmente, consultamos o cadastro da unidade da Serra, quantificando todo o quadro desses pacientes, em processo de atendimento, atingindo aproximadamente um universo de 60 adolescentes.

Para a descrição e análise desse quadro de pacientes adolescentes, elaboramos uma tipificação da situação encontrada, em termos de idade, estado civil, cor, religião, grau de instrução, local de residência, número de gestações, abortos e hábitos como tabagismo e etilismo.

Ao final dessa etapa, tendo configurado o perfil do grupo, tratamos particularmente às adolescentes primigestas, configurando suas características específicas. Diante do quadro encontrado, selecionamos 66.6 %, ou seja, 40 adolescentes para aprofundar o estudo em termos de situação psicossocial, à história de vida e grau de informação sobre os riscos da gravidez não planejada e de doenças sexualmente

transmissíveis, os procedimentos anticonceptivos e seu respectivo uso. Além de entrevistas, com auxílio de um formulário, com perguntas abertas e outras fechadas (previamente testado), utilizamos a técnica grupo focal, mediante convocação das mesmas para esse fim, por meio de telefone e/ou busca ativa. Foram realizados 4 grupos focais, compostos por 3 adolescentes.

Uma característica de grupo focal, importante para o trabalho realizado, é permitir a identificação de elementos da dinâmica social do grupo, suas opiniões e motivações. Apesar dos participantes não se conhecerem, possuem características comuns para o tema estudado, onde o mediador deve estabelecer e facilitar a discussão e não realizar uma entrevista em grupo.

Possui como vantagens o clima relaxado das conversas, a confiança dos participantes em expressar suas opiniões, a participação ativa e a obtenção de informações que não ficam limitadas a uma prévia concepção dos avaliadores, bem como a alta qualidade das informações obtidas. E, como desvantagens, têm-se as dificuldades em conseguir participantes que obedecem a critérios muito específicos e a produção de polêmicas, oposição na discussão, além de invalidação dos achados devido à ingerência de alguns dos participantes. (TANAKA, 2001).

A entrevista de grupo focal é uma técnica utilizada quando a pesquisa se propõe a explicar como o indivíduo pensa a respeito de determinada experiência ou uma ideia, visto que nas reuniões são estimuladas discussões sobre o que pensam ou sentem sobre o assunto pesquisado. (MINAYO, 2000).

Em relação à importância desta técnica, cito Minayo,

O grupo focal consiste numa técnica de inegável importância para se tratar das questões da saúde sob o ângulo do social, porque se presta ao estudo de representações e relações dos diferenciados grupos profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população. (MINAYO, 2000, p. 129).

A amostra da pesquisa foi retirada do universo de adolescentes grávidas de 10 a 19 anos de idade atendidas no ambulatório de Alto Risco da Unidade Regional de Saúde de Jacaraípe. A idade mínima escolhida decorre do fato de já estarem aparecendo mulheres grávidas logo após o surgimento da menarca e a idade máxima foi escolhida com o intuito de avaliar, também, as ideias e atitudes das adolescentes, com idade igual ou superior aos 18 anos, que já se consideram adultas do ponto de vista social. Assim, foi possível comparar as perspectivas em

diferentes segmentos da faixa etária que compreende a adolescência, segundo critério da OMS.

De acordo com o livro de cadastro do Sis prenatal no ano de 2008, em Jacaraípe, foram realizados 557 pré-natais, sendo que 103 pacientes tinham idade entre 10 e 19 anos, o que corresponde a 18,49% das pacientes cadastradas.

O programa Sis prenatal - Assistência à Saúde da Gestante é um programa federal implantado no Município por ser uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada, que oferece uma assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco. Trata-se de um sistema informatizado, disponibilizado pelo Ministério da Saúde com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2011).

Foram incluídas todas as adolescentes primigestas que utilizaram o serviço e concordaram em participar da pesquisa, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, no caso, de menores de 18 anos, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por seus pais ou responsáveis legais. Além disso, avaliamos o perfil socioeconômico das pacientes selecionadas pelo modelo de classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (Anexo B), disponibilizado no site da associação. Foram excluídas as grávidas de alto risco maiores de 19 anos e as não primigestas.

De acordo com o nível de conhecimento dos métodos contraceptivos e uso dos mesmos pelos adolescentes, espera-se obter informações que auxiliem a formulação e a execução de políticas de saúde sexual e reprodutiva, resultando na diminuição da prevalência de gravidez não planejada, e doenças sexualmente transmissíveis.

Para completar a coleta de dados - em relação às variáveis “situação psicossocial”, “grau de informação sobre os riscos da gravidez não planejada e doenças sexualmente transmissíveis, métodos anticoncepcionais” e “utilização dos métodos anticoncepcionais” - realizamos grupos focais com as pacientes adolescentes primigestas, no sentido de discutir sobre as questões citadas.

5.3 PLANO AMOSTRAL E TAMANHO DA AMOSTRA

Os principais elementos da metodologia serão realizados de acordo com Minayo (1992), que supõe:

- a) Definição da amostragem: a pesquisa qualitativa não se baseia em números para uma representatividade. A amostra é ideal quando a mesma abrange a totalidade do problema em todas as suas dimensões.
- b) Coleta de dados: é preciso definir as técnicas a serem utilizadas. Normalmente se faz necessário anexar ao projeto, o roteiro dos instrumentos utilizados.
- c) Organização e a análise de dados: deverá ser escrita de forma clara como os dados serão organizados.

Minayo (1992), propõe um método para análise de dados que ela denomina de método hermenêutico-dialético, onde a fala dos atores é colocada no contexto para melhor compreensão.

Esse método de análise proposto pela autora citada possui dois pressupostos. No primeiro ela coloca que não há consenso nem ponto de chegada na produção do conhecimento. E no segundo, que a ciência se constrói numa relação dinâmica daqueles que a praticam e a experiência que aparece na realidade concreta. Para a autora, os resultados de uma pesquisa social é uma aproximação da realidade social, que não pode ser reduzida a nenhum dado de pesquisa.

A autora ainda apresenta os passos para a operacionalização da sua proposta:

- a) Ordenação dos dados: nesta etapa faz-se um mapeamento de todos os dados obtidos;
- b) Classificação dos dados: os dados são construídos através de questionamentos que fazemos sobre eles baseados em fundamentação teórica. Avalia-se o que há de importante nos textos e elaboram-se categorias

específicas, determinando o conjunto das informações presentes na comunicação;

- c) Análise final: é o momento de estabelecer ligações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo as questões com base nos objetivos.

Segundo Minayo (1992), a entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo e é através dela que o pesquisador busca informações contidas na fala dos atores sociais. A entrevista pode ser individual ou coletiva. É uma técnica que se caracteriza por uma comunicação verbal em que podemos evidenciar a importância da linguagem e do significado da fala. A autora ainda coloca que as entrevistas podem ser estruturadas ou não estruturadas e correlaciona ao fato de serem mais dirigidas ou não. Há formas que englobam essas duas modalidades, caracterizadas como semiestruturadas.

5.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os autores deste estudo foram selecionados de forma intencional, constituindo assim, uma amostra intencional ou por tipicidade, na qual os elementos que formam a amostra relacionam-se intencionalmente de acordo com algumas características estabelecidas no plano e nas hipóteses formuladas pelo pesquisador. Se o plano de pesquisa possuir características que definam a população, é necessário assegurar a presença do sujeito-tipo, constituindo-se naqueles indivíduos que apresentam as características típicas de todos os integrantes que pertencem a cada uma das partes da população. (LIRA, 2010). Dessa forma este estudo se configura e a amostra intencional apresenta-se como representativa do universo.

A amostragem intencional é baseada pressuposto de que pesquisador conhece a população a ser estudada e com isso poderá escolher os casos a serem incluídos na amostra ou escolher os sujeitos que considera típicos da população em questão.

Esse tipo de amostra é próprio da pesquisa qualitativa por ser flexível e pode sofrer modificações à medida que a pesquisa progride.

Pelo fato da pesquisa qualitativa poder tomar formas diversificadas, é quase impossível fazer um inventário detalhado das diferentes adaptações da amostra aos diferentes objetos. Pelas razões acima apontadas, a escolha dos participantes do estudo foi feita da seguinte maneira: uma médica, a pesquisadora, e uma enfermeira da Unidade Regional de Saúde de Jacaraípe.

Também participaram do estudo por meio de entrevistas não estruturadas a Coordenadora da Unidade Regional de Saúde de Jacaraípe, a Preceptora de Serviço Social e a Enfermeira responsável pelo acolhimento das adolescentes grávidas. Todo o grupo foi devidamente capacitado para participar da pesquisa.

5.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

5.5.1 Perfil sócio demográfico das adolescentes

- Idade: em anos;
- Cor: as categorias utilizadas seguiram o padrão do IBGE para autotclassificação em branca, parda, preta, amarela e indígena. As jovens foram agrupadas nas categorias “parda”, “preta” e os jovens que se classificaram como brancos, amarelos e indígenas foram agrupados na categoria “branca e outras”;
- Estado civil: as categorias utilizadas foram “casada”, “união estável” ou “solteira”;
- Religião: declarado pelo entrevistado (católica, evangélica, "acredito em Deus" e espírita);
- Escolaridade: ensino fundamental completo, ensino médio incompleto e ensino médio completo, que foram agrupadas na categoria “fundamental incompleto” e “médio completo”;
- Causas de abandono escolar - motivos que causaram a saída da adolescente da escola: nessa opção foi considerada a resposta descrita pela entrevistada;

- Coabitação: variável elaborada em função do responsável que coabitava com a adolescente. Foi agrupada “com os pais” ou “com o parceiro”.

5.5.2 Menarca

- Idade na menarca: idade em que teve a primeira menstruação em anos.

5.5.3 Vida afetiva-amorosa-sexual

- Idade do primeiro namoro: idade no momento do primeiro namoro em anos;
- Idade na primeira relação sexual: idade em que teve a primeira relação sexual em anos;
- Idade do pai da criança: variável categorizada em anos;
- Se está com o pai da criança: variável categorizada em sim e não;
- Por que esta com o pai da criança: nessa opção foi considerada a resposta descrita pela entrevistada;
- Tempo entre primeira relação menstruação e a primeira relação sexual: em meses;
- Uso de método contraceptivo na primeira relação sexual: variável categorizada em “sim” e “não”;
- Qual o método utilizado na primeira relação sexual: variável categorizada em “preservativo masculino”, “contraceptivo hormonal oral”, “contraceptivo hormonal injetável” ou “nenhum”;
- Motivos que levaram a usar ou não um método contraceptivo na primeira relação sexual: nessa opção foi considerada a resposta descrita pela entrevistada;

- Número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses: variável categorizada em 1, 2, 3, 4 ou mais de 4.

5.5.4 Fontes de informação e conversa sobre a vida sexual

- Conversa sobre métodos anticoncepcionais, doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS e gravidez com os pais: variável categorizada em “sim” e “não”;
- Informações sobre métodos anticoncepcionais, doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS e gravidez na escola: variável categorizada em “sim” e “não”;
- Informações na escola: se havia recebido informações na escola sobre métodos anticoncepcionais, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS: variável categorizada em “sim” e “não”;
- Conhecimento sobre fisiologia reprodutiva (período fértil): nessa opção foi considerada a resposta descrita pela entrevistada.

5.5.5 Gravidez

- Idade gestacional no momento da entrevista;
- Desejo de engravidar: variável categorizada em “sim” e “não”;
- Motivos que a levaram a engravidar: nessa opção foi considerada a resposta descrita pela entrevistada;
- Se ela está feliz com a gravidez: variável categorizada em “sim” e “não”;
- Por que está feliz ou não com a gravidez: nessa opção foi considerada a resposta descrita pela entrevistada;

- Se o pai da criança ela está feliz com a gravidez: variável categorizada em “sim” e “não”;
- Por que o pai da criança está feliz ou não com a gravidez: nessa opção foi considerada a resposta descrita pela entrevistada.

5.5.6 Futuro profissional e reprodutivo

- Se pretende continuar estudando após o nascimento da criança: variável categorizada em “sim” e “não”;
- Por que pretende continuar estudando ou não: nessa opção foi considerada a resposta descrita pela entrevistada;
- Quem ajudará a cuidar da criança: nessa opção foi considerada a resposta descrita pela entrevistada;
- Como irá conciliar a função de mãe e estudante: nessa opção foi considerada a resposta descrita pela entrevistada;
- Desejo no uso algum método contraceptivo após o nascimento do bebê: variável categorizada em “sim” e “não”;
- Qual método contraceptivo pretende usar após o nascimento da criança: nessa opção foi considerada a resposta descrita pela entrevistada.

5.6 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

O formulário de identificação da opinião das adolescentes era composto por: caracterização sócio demográfica da adolescente; informações sobre quais foram as orientações recebidas na escola e por parte dos familiares sobre a sexualidade, anticoncepção e doenças sexualmente transmissíveis; informações sobre idade da menarca, ou seja, da primeira menstruação e idade do primeiro namoro, da primeira relação sexual; informações sobre o conhecimento e uso de métodos

contraceptivos, informações sobre o conhecimento da fisiologia reprodutiva, informações sobre o desejo prévio de engravidar ou não; opinião e sentimentos em relação à gravidez (Apêndice A). O formulário foi submetido a um pré-teste com cinco adolescentes da população da área da URS de Jacaraípe, com a finalidade de avaliar a sua aplicabilidade e fazer os ajustes e adequações necessárias.

Também foram realizadas reuniões de grupo focal, nas quais as adolescentes discutiram livremente sobre cada tópico abordado, avaliando assim, a participação das adolescentes nas discussões do grupo focal.

- Participantes: 1 Médica Ginecologista/Obstétrica (Mestranda e facilitadora), 1 Enfermeira, 1 Técnica de enfermagem e 3 adolescentes;
- Local das reuniões: auditório de reuniões da URS de Jacaraípe;
- Duração de cada reunião: 30 minutos;
- Técnicas de coleta de dados: discussão em grupo com gravação e transcrição das falas e anotações de campo;
- Temas discutidos: sexualidade, anticoncepção, doenças sexualmente transmissíveis, iniciação sexual e gravidez.

5.7 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados obtidos do campo, foi utilizada a Técnica de Análise de Conteúdo, que é o método de tratamento e análise de informações colhidas por meio de técnicas de coleta de dados. Nesta modalidade aplica-se a análise de textos escritos ou comunicação oral, visual, gestual, alocada de um texto. O objetivo principal da análise de conteúdo está em traduzir fatos sociais em dados suscetíveis de tratamento qualitativo, como é o caso deste estudo, organizando-os de tal forma que adquiram significação para a teoria.

Segundo Triviños (1987), juntamente ao estudo dos sentimentos, atitudes, valores, crenças e tendências, a análise de conteúdo desvenda as ideologias que podem

existir nos dispositivos legais, princípios, diretrizes, que à simples vista não se apresentam com a devida clareza.

Várias definições concordam que a análise de conteúdo apresenta as características metodológicas de objetividade, sistematização e inferência. (MINAYO, 2006).

- **Objetividade:** refere-se à explicitação das regras e dos procedimentos utilizados em cada etapa da análise de conteúdo de forma suficientemente clara para que qualquer investigador possa replicar os procedimentos e obter os mesmos resultados. Para cada momento do processo, faz-se necessário que o pesquisador tome decisões sobre como que categorias utilizar, como realizar distinção entre elas, que critérios utilizar para registrar e codificar o conteúdo. Em uma análise categorial, as diversas categorias devem cumprir os requisitos de homogeneidade, não misturando critérios de classificação; exaustividade, classificando a totalidade do texto; exclusão, evitando que um mesmo elemento do conteúdo seja classificado em mais de uma categoria e objetividade específica, quando codificadores diferentes chegam ao mesmo resultado.

Sistematização: refere-se à inclusão ou exclusão do conteúdo ou de categorias de um texto de acordo com regras consistentes e sistemáticas, significando que para testar diversas hipóteses, o pesquisador deve analisar todo o material disponível, tanto aquele que apoia suas ideias quanto os que não as apoiam, em função dos objetivos e metas anteriormente estabelecidos.

- **Inferência:** é a operação pela qual se aceita uma proposição em virtude de sua relação com outras proposições já aceitas como verdadeiras. Considerando a descrição como uma primeira etapa da análise e a interpretação com a última etapa, a inferência é um procedimento intermediário que permite a passagem entre uma e outra.

De acordo com Minayo (2006), a análise de conteúdo do ponto de vista operacional, parte de uma leitura do primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material, aponta todos os procedimentos e levam a relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e a articular

a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características, como as variáveis psicossociais, o contexto cultural e o processo de produção da mensagem.

São previstas três etapas básicas no processo de trabalho com a análise de temática de conteúdo: pré-análise, exploração do material ou descrição analítica e tratamento dos resultados obtidos ou interpretação inferencial. (MINAYO, 2006; TRIVIÑOS, 1987).

- Pré-Análise – Nesta etapa é feita a escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. O investigador deve se perguntar sobre as relações entre as etapas realizadas e elaborar alguns indicadores que o orientem na compreensão do material e na interpretação final. Podemos decompor a pré-análise nas subetapas da leitura flutuante, que consiste em um contato direto e intenso com o material de campo. A dinâmica entre as hipóteses iniciais, as hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema tornarão a leitura progressivamente mais capaz de ultrapassar a sensação de desorganização inicial. A constituição do corpus diz respeito ao universo estudado em sua totalidade, o que deve responder a algumas normas de validade qualitativa: exaustividade, que implica no material contemplar todos os aspectos levantados no roteiro; representatividade, que ele tenha as características essenciais do universo de estudo pretendido; homogeneidade, que tenham sido obedecidos os critérios de escolha dos temas tratados, as técnicas empregadas e os atributos dos sujeitos pesquisados e pertinência que atribui aos documentos analisados adequabilidade às respostas fornecidas aos objetivos do trabalho. A formulação e reformulação de hipóteses e objetivos é o processo que consiste na retomada da etapa exploratória tendo como parâmetro da leitura exaustiva do material as indagações iniciais. Ao se falar em reformulação de hipóteses, abre-se a possibilidade de correção de rumos interpretativos ou novas indagações. Ainda durante esta fase, determinam-se as unidades de registro, as unidades de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientação à análise.

- Exploração do Material – esta etapa consiste numa operação classificatória visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para a realização desta etapa,

o investigador busca encontrar categorias ou expressões ou ainda palavras significativas em função das quais o contexto de uma fala será organizado. Apresenta-se como uma redução do texto às palavras e expressões significativas. De toda a análise surgem quadros de referências. Esta etapa consiste na codificação, categorização e quantificação das informações presentes no material e estas informações que constituem o corpus é submetido a um estudo orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos.

- Tratamento dos Resultados Obtidos – nesta fase, o estudo alcança agora sua maior intensidade. A reflexão embasada nos materiais empíricos estabelece relações com a realidade social ampla, aprofundando as conexões das ideias chegando às propostas básicas de transformação nas estruturas específicas e gerais. Na interação dos materiais dentro do tipo de pesquisa proposto, não é possível deter a atenção apenas no conteúdo manifesto dos documentos. A análise deve ser aprofundada, tratando ela de desvendar o conteúdo latente que o material possui, abrindo perspectivas para descobrir ideologias ou tendências dos fenômenos sociais, mostrando-se dinâmica, estrutural e histórica.

5.8 RESULTADOS

5.8.1 Análise das entrevistas

Os componentes para a análise temática foi constituído por material coletado em entrevistas individuais e na abordagem grupal antes da consulta de pré-natal, além da coletânea de documentos normativos sobre saúde reprodutiva e planejamento familiar publicados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria da Saúde do Município de Serra e do referencial teórico pesquisado.

A elaboração desse material iniciou-se com a transcrição das gravações e a leitura das entrevistas, extraíndo-se delas as questões e problemas consolidados nos temas: orientações recebidas na escola e por parte dos familiares sobre a sexualidade, anticoncepção e doenças sexualmente transmissíveis; informações sobre idade da menarca, ou seja, da primeira menstruação e idade da primeira relação sexual; informações sobre o conhecimento e uso de métodos

contraceptivos, informações sobre o conhecimento da fisiologia reprodutiva, informações sobre o desejo prévio de engravidar ou não; opinião sobre a gravidez (Apêndice A).

Procurou-se captar os “discursos” das entrevistadas e a partir das falas, confrontadas com as observações das ações em atendimento e atitudes com as usuárias, captar os significados que as mesmas atribuem a cada tema que foi colocado e ainda desvendar convergências e contradições entre o discurso proferido por eles e as atitudes observadas durante as consultas individuais e os grupos. Na apresentação das falas os entrevistados serão identificados por codinomes.

Os grupos foram constituídos de forma homogênea, mantendo um balanço entre uniformidade e diversidade do grupo, o que permitiu que os participantes se sentissem confortáveis e livres para participar da discussão. O tamanho definido para os grupos foi de 3 membros, com a intenção de compreender melhor as ideias de cada participante. Foram analisados 4 grupos focais, totalizando um número de 12 indivíduos. Esse número considerou a homogeneidade da população em relação ao objeto de avaliação, a complexidade das perguntas e a diversidade das experiências abordadas. Foram obtidas opiniões semelhantes e diferentes nos relatos das percepções de cada segmento abordado.

Foi esclarecido pela pesquisadora quais os temas seriam abordados e foi entregue um TCLE a cada participante para leitura e posterior assinatura, uma ficha de identificação, na qual constava: nome, idade, cor, escolaridade, estado civil e idade gestacional. Posteriormente, os mesmos foram utilizados para a caracterização dos grupos do estudo.

A conversa foi apoiada e induzida pelo roteiro temático: se recebeu informações sobre sexualidade, MAC, DST/AIDS, quais as informações recebidas e quem foram os informantes. A forma de condução dos grupos foi previamente padronizada, pela pesquisadora. Todos os quatro grupos foram monitorados pela própria pesquisadora responsável pelo estudo, que ficou encarregada da gravação dos encontros, com ajuda de uma enfermeira e de uma técnica de enfermagem.

O facilitador, no caso deste estudo foi a pesquisadora, que iniciou o encontro com uma breve explanação, agradecendo as presenças e propondo uma autoapresentação para aquecimento (nome, idade e idade gestacional).

Foi explicado sobre as atividades a serem desenvolvidas no grupo, a pesquisa e a seleção dos participantes. Foi explicado, também, sobre o uso do gravador e sobre o sigilo das informações obtidas. Deixou-se claro que todas as opiniões interessavam e, portanto, não existiam boas ou más opiniões, e que cada participante deveria falar na sua vez, permitindo uma boa gravação das falas. Foi lido e esclarecido o Termo de Consentimento para participar da pesquisa. Informou-se aos participantes sobre a duração do encontro e como este seria desenvolvido; foi proposta uma rodada inicial de falas, possibilitando a todos um comentário geral sobre o tema. A partir de uma fala, observou-se a mobilização das falas seguintes em torno do tema colocado. Cada grupo tinha dinâmica própria, e o papel da facilitadora foi deixar fluírem às percepções dos indivíduos do estudo. A relação de perguntas do questionário (Apêndice A) foi utilizada para induzir a discussão dos temas. Além das gravações do material empírico produzido nos grupos, foram feitas anotações do registro de campo pela pesquisadora.

5.8.2 Características sociodemográficas das gestantes adolescentes

A média de idade das adolescentes estudadas foi de 16,8 anos. A menor idade observada foi 14 anos, sendo que 12.5% das gestantes tinham até 15 anos de idade.

A média de idade da primeira menstruação das adolescentes gestantes foi de $11,8 \pm 1,2$ anos e da primeira relação sexual foi $15,0 \pm 1,5$ anos. Quanto à idade do parceiro, a média foi de $22,3 \pm 5,1$ e ao número de parceiros, a média foi de $1,3 \pm 0,7$ (Tabela 1).

TABELA 1: IDADE DAS GESTANTES ADOLESCENTES, IDADE DA MENARCA, COITARCA, NÚMERO DE PARCEIROS E IDADE DO PARCEIRO.

Variável	Mínimo	Máximo	Média ± DP
Idade da adolescente	14	19	16,8 ± 1,2
Idade da menarca	10	15	11,8 ± 1,2
Idade da coitarca	12	19	15,0 ± 1,5
Número de parceiros	1	4	1,3 ± 0,7
Idade do parceiro	15	35	22,3 ± 5,1

Fonte: a autora

Em relação ao estado conjugal, 10 adolescentes (25%) se declararam solteiras, 26 (65%) viviam em união consensual e 4 (10%) estavam casadas.

No momento da entrevista, 6 (15%) adolescentes haviam concluído o ensino médio, 8 (20%) frequentavam a escola e 26 (65%) deixaram de frequentar antes da conclusão do ensino médio. Das adolescentes que abandonaram a escola, 47,5% interromperam os estudos no ensino fundamental e o principal motivo alegado para o abandono escolar foi a gravidez (30%).

Afirmaram ter alguma religião 87,5% das entrevistadas, 57,5% referiram ser católicas e 20% evangélicas. Destas, 67,5% referiram comparecer pelo menos uma vez por semana às cerimônias religiosas.

Em relação à raça, a maioria das adolescentes (75%) se autodefiniram como pardas e 25% como brancas. Quanto à situação ocupacional, 12,5% estavam trabalhando e 2,5% estavam trabalhando e estudando. Das adolescentes que declararam trabalhar, 83,3% referiram ter abandonado os estudos porque começaram a trabalhar. Em relação ao nível de escolaridade, 16,6% haviam concluído o ensino médio, 33,3% tinham ensino fundamental incompleto, sendo o emprego doméstico (50%) e o comércio (33,3%) as ocupações mais frequentes.

Quanto à idade gestacional 12,5% das grávidas encontravam-se no primeiro trimestre de gestação, 55% no segundo e 32,5% no terceiro.

E em relação à classe socioeconômica, 45% pertenciam à classe C2, 32,5% pertenciam à classe C1, 17,5% à classe D e 5% à classe média B2, segundo a classificação da ABEP (Tabela 2).

TABELA 2: TABELA DE RENDA FAMILIAR POR CLASSES (ABEP)

Classe	Pontos	Renda média familiar (Valor Bruto em R\$)
		2010
A1	42 a 46	12.926
A2	35 a 41	8.418
B1	29 a 34	4.418
B2	23 a 28	2.565
C1	18 a 22	1.541
C2	14 a 17	1.024
D	8 a 13	714
E	0 a 7	477

Fonte: ABEP

5.8.3 Características da vida sexual das adolescentes gestantes

A média de idade da primeira menstruação das adolescentes gestantes foi de 11,8 anos e a idade média à primeira relação sexual foi 15,0 anos e os principais motivos que levaram essas adolescentes a iniciar a vida sexual foram: 65% disseram que ela e o parceiro quiseram, 20% porque amavam ou gostavam ou estavam apaixonadas pelo parceiro, 12,5% estavam com vontade e 7,5% por curiosidade. Nessa primeira relação sexual, 55% usaram algum MAC, sendo o condom masculino (75,5%) o mais utilizado, seguido do anticoncepcional hormonal oral (22,5%).

A média da idade do pai da criança foi de 22,4 anos, sendo que 15% informaram não estar com o pai da criança. Os motivos informados pelas adolescentes foram:

Joana, 16 anos:

- *Eu que não quero ficar com ele, porque eu sei que ele não é a pessoa ideal, sabe? Eu gosto é do outro, do primeiro que transei que te falei, lembra? Fiquei com esse só para passar o tempo mesmo, ele é um amigo. Mas aí engravidei.*

Márcia, 15 anos:

- *Porque enjoei dele por causa da gravidez e eu estou desgostando dele, eu cansei de correr atrás dele, ele fica com outra menina na minha frente. Eu cansei.*

Vilma, 19 anos:

- *Porque o namoro não deu certo. Ficamos juntos só 2 meses.*

Flávia, 16 anos:

- *Na verdade eu não gosto dele, mas a gente “tava” ficando junto por causa do neném, mas aí a gente “tava” brigando muito, não tem? Aí fui para casa da minha mãe. Ah, ele é muito chato, daqueles, assim, que pega no pé.*

Júlia, 18 anos:

- *Eu não estou com ele não. Quando ele ficou sabendo que eu estava grávida ele brigou comigo porque falou que eu que quis engravidar, por querer, entende? Aí ele me deu remédio para tirar o neném. Disse que nem adiantava eu ter porque ele não ia assumir. Mas eu não tomei, não. E aí ele nunca mais falou comigo.*

Helena, 17 anos:

- *Ele é casado e preferiu ficar com a sua esposa que também está grávida.*

Dentre as entrevistadas que informaram estar com o pai da criança, o principal motivo declarado foi “amor” (67,6%), seguido de por porque está grávida (26,4%) e para não ficar sozinha (3%).

O tempo médio entre a primeira menstruação e entre a primeira relação sexual das adolescentes foi 41,4 meses (3,4 anos). Uma das adolescentes entrevistadas relatou ter tido a primeira relação sexual e só aproximadamente 1 ano depois, menstruou.

Das adolescentes que não usaram qualquer MAC na primeira relação sexual (45%), as principais razões alegadas foram: não pensaram “nisso” na hora (38,8%), não esperavam ter relação sexual naquele momento (33,5%), falta de informação sobre MAC (11,2%), achou que não ficaria grávida (5,5%), medo de engordar (5,5%) e o parceiro não quis usar (5,5%).

No momento da entrevista 72,5% informaram que haviam tido um parceiro sexual nos últimos doze meses; 15%, 2 parceiros; 7,5%, 3 parceiros; 2,5% informaram ter tido 4 parceiros e 2,5% mais de 4 parceiros.

Em relação às fontes de informação e conversa sobre a vida sexual, 37,5% das adolescentes relataram que já conversaram com o pai e/ou a mãe sobre métodos anticoncepcionais, doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS e gravidez e 62,5% referiam nunca ter conversado sobre o assunto com os mesmos. Quando à escola, 82,5% das entrevistadas informaram que receberam orientação por meio de palestras e/ou durante as aulas e 17,5% disseram não ter tido essas informações na escola, porém todas elas foram enfáticas em dizer que houve palestras ou algum outro meio, porém, por motivos variados (não quiseram assistir, ou não compareceram à escola naquele dia) não assistiram às mesmas.

A distribuição percentual do conhecimento em que época seria o período fértil entre o início da menstruação e o início da próxima menstruação, apenas 15% conseguiu identificá-lo corretamente.

5.8.4 Conhecimento, atitude e prática dos métodos anticoncepcionais e percepção acerca do período fértil.

A gravidez foi planejada por 40% das adolescentes, enquanto 60% não a planejaram. Dentre as que desejavam ficar grávidas, 43,75% queriam ser mães, 31,25% referiram ser desejo do casal, 12,5% disseram que gostavam de crianças, 6,25% não queriam perder o parceiro, queriam uma companhia (6,25%). (Tabela 3).

Sobre a atitude em relação aos MAC, todas as adolescentes (100%) acharam que deveriam usar algum anticoncepcional nessa fase da vida.

TABELA 3: MOTIVOS ALEGADOS PELAS ADOLESCENTES PARA JUSTIFICAR O DESEJO DA GRAVIDEZ - PORCENTAGEM (N: 16).

MOTIVOS	%
Queriam ser mães	43,75%
Desejo do casal	31,25%
Gostavam de crianças	12,5%
Não queriam perder o parceiro	6,25%
Queriam uma companhia	6,25%

Cerca de 83% afirmaram que a decisão sobre o uso de MAC deve ser do casal. Na opinião das adolescentes grávidas, 2,5% não concordam em ter relações sexuais antes do casamento, ou antes de morar junto com seu parceiro. Cerca de 40% estavam usando algum MAC antes de ficarem grávidas. Os MAC utilizados eram condom (37,5%), anticoncepcional oral (31,25%), coito interrompido (18,75%), anticoncepcional injetável (12,75%).

5.8.5 Sentimentos em relação à gravidez

No momento da entrevista, das 40 adolescentes entrevistadas, 38 (92,5%) informaram que estavam felizes com a gravidez, apenas 1 (2,5%) informou não estar feliz e outra (2,5%) disse não saber.

A entrevistada que relatou não estar feliz:

- Eu não queria, não, sabe... Eu queria terminar de estudar, queria fazer minhas coisas. Foi na troca do remédio, eu tomava direitinho, mas estava enjoando com o remédio e aí tomei outro, aí engravidei. Aí o mundo caiu na

minha cabeça. Minha mãe brigou muito e me colocou pra fora de casa, porque ela sempre fez tudo por mim. Aí fui morar com ele. Mas eu não queria mesmo. Não aceitei ainda.

A entrevistada que relatou não saber se estava feliz:

- Eu queria ter um filho, mas não agora. Vai atrapalhar meus estudos, porque, tipo, quando eu for ganhar, acho que vai dar no mês de fevereiro, que é quando as aulas tão começando né. E, tipo, até que passar o resguardo, já tá quase no meio do ano. Aí eu não sei como que vai ser Eu não tenho ninguém para me ajudar. Ele falou que vai ajudar, mas ele trabalha o dia todo. Eu tô com medo da hora de ganhar: da dor, de morrer.

Em relação aos parceiros, 95% informou que o parceiro estava feliz com a gravidez, 2,5% informou que o pai da criança não estava feliz e 2,5% disse não saber o sentimento do pai em relação à gravidez.

A entrevistada que relatou que o pai da criança não estava feliz:

- Eu não estou com ele não. Quando ele ficou sabendo que eu estava grávida ele brigou comigo porque falou que eu que quis engravidar, por querer, entende? Aí ele me deu remédio para tirar o neném. Disse que nem adiantava eu ter porque ele não ia assumir. Mas eu não tomei, não. E aí ele nunca mais falou comigo.

A entrevistada que relatou que não sabia se o pai da criança estava feliz:

- Eu não sei, porque eu não estou com ele. Assim, a gente não namorava, só ficava e aí eu engravidei. Quando eu descobri que estava grávida eu não estava mais com ele. Ele mora no Rio, mas ele sabe que eu estou grávida, mas ele nem aí... Então eu acho que ele não gostou não, mas têm uns 4 meses que eu não vejo ele.

5.8.6 Futuro profissional e reprodutivo

Sobre a questão de quem a ajudará a cuidar da criança, 50% disseram que será a mãe, 20% a sogra, 15% do parceiro, 7,5% informou que cuidará sozinha, 5% pretende contratar uma babá e 2,5% disseram outros familiares.

Todas as adolescentes demonstraram interesse em continuar estudando após o nascimento da criança. Foi questionado a como irá conciliar a função de mãe e estudante e 25% informou quem ainda não sabe, 22,5% disse que a mãe é quem cuidará, 17,5% que o parceiro cuidará da criança enquanto ela estuda, 17,5% disse que será a sogra, 7,5% pretende contratar uma babá, 7,5% informou que outros familiares as ajudarão, tais como, irmãs, primas, etc. e 2,5% pretendem colocar numa creche.

Quanto ao desejo de usar algum método contraceptivo após o nascimento da criança, todos informaram que desejam usar, dentre os MAC, 60% expressou o desejo em usar o anticoncepcional hormonal oral, 22,5% fez referência ao contraceptivo injetável mensal, 12,5% informou que ainda não sabe o que quer usar, 2,5% disse que deseja usar o DIU e 2,5%, o preservativo masculino.

5.9 GRUPOS FOCAIS

5.9.1 Síntese do registro de campo dos grupos focais

Na síntese do registro de campo da pesquisadora pode-se observar situações diversificadas, desde o monopólio das falas com participação efetiva, risos e às vezes falas fora do contexto do grupo.

A abordagem inicial foi difícil nos quatro grupos, com ausência de participação verbal, assim, exigindo maiores recursos adaptativos da facilitadora. Foram grupos bastante produtivos, com envolvimento satisfatório, tendo sido gratificante para as facilitadoras. Na avaliação final, foi observada a expectativa de que os grupos continuassem a acontecer. Observou-se uma grande interação entre os indivíduos, e a percepção final dos participantes (pesquisadora, enfermeira e técnica de enfermagem), foi de que os grupos atingiram a sua finalidade. Observou-se, ainda, a carência dos diversos indivíduos por espaços para falar de si, de suas

necessidades e de seus problemas. Em vários momentos alguns participantes passaram a falar de assuntos variados, fugindo do foco da pesquisa.

Na avaliação das participantes, foram percebidos momentos positivos de intensa interação e que foram agregadores de novos conhecimentos para os indivíduos. Com exceção das falas dos adolescentes que destacaram o atendimento feito pela médica de adolescentes, não foi observada diferença relevante em relação às opiniões das adolescentes entre os quatro grupos focais realizados.

5.9.2 Análise do material empírico dos grupos focais

Para a análise das informações obtidas, foi adotada inicialmente a metodologia proposta por Minayo (2000), tendo por pressuposto que não existe um modelo acabado de análise dos dados. O material gravado foi transcrito pela pesquisadora. Após a transcrição, o material foi conferido numa segunda leitura pela pesquisadora. Em seguida, o conteúdo de cada entrevista foi trabalhado com inúmeras leituras do material. Elaborou-se, então, um plano descritivo das falas investigadas. Após ler repetidas vezes essas falas, foram feitos os registros das mesmas, ordenados por categorias de análise, relacionando a cada uma delas os correspondentes fragmentos das narrativas. As categorias foram geradas a partir das informações obtidas. O roteiro do grupo focal, utilizado pela facilitadora, serviu de esquema inicial para sua definição, mas as percepções que surgiram na discussão enriqueceram e acrescentaram novas categorias para análise.

A análise temática teve como objetivo descobrir os eixos temáticos que compuseram as falas. As matrizes foram construídas de acordo com os temas identificados e que foram agrupados conforme a abordagem do grupo.

Em princípio, de acordo com o modelo metodológico proposto por Minayo (2000), a análise buscou tratar o material empírico com leituras flutuantes para a descoberta dos temas. A importância deles para apreender o sentido dos fragmentos de discurso que compuseram as falas, levou a montar os eixos para a análise, juntamente com as categorias temáticas estabelecidas no roteiro. Nas leituras

flutuantes, foram obtidas também as falas na íntegra, que serão apresentadas para a discussão dos temas identificados.

5.9.3 Caracterização dos grupos

Participaram do estudo 12 indivíduos e na caracterização dos sujeitos do estudo, observa-se que, para os adolescentes, o grupo tendeu a ser mais homogêneo, houve predomínio da faixa etária de 16 e 17 anos. Em relação à classe socioeconômica, 50% pertenciam à classe C2, 41,7% pertenciam à classe C1 e 8,3% à classe D, segundo a classificação da ABEP, citada anteriormente.

Quanto à escolaridade, 58,3% informou ter ensino fundamental incompleto, 25% médio completo e 16,7%, o médio incompleto, sendo que 50% não estavam estudando e dessas, 50% referiam não estar estudando porque concluíram o ensino médio.

Afirmaram ter alguma religião 91,6% participantes do grupo focal, 58,3% informaram ser católicas e 33,3% evangélicas. E destas, 75% referiram comparecerem pelo menos uma vez por semana às cerimônias religiosas. E 66,6% maioria das adolescentes informaram ser pardas, 16,6% brancas e 8,3% negras.

5.9.4 A pesquisa realizada

A média de idade da primeira menstruação das adolescentes gestantes foi de 12,8 anos e a idade média à primeira relação sexual foi 16,08 anos e os principais motivos que levaram essas adolescentes a iniciar a vida sexual foram: 58,3% disseram que ela e o parceiro quiseram, 25% porque amavam ou gostavam ou estavam apaixonadas pelo parceiro e 16,6% informaram que estavam com vontade. Nessa primeira relação sexual, 41,6% usaram algum MAC, sendo o condom masculino (71,4%) o mais utilizado, seguido do anticoncepcional hormonal oral (28,6%).

Das adolescentes que não usaram qualquer MAC na primeira relação sexual (41,6%), as principais razões alegadas foram: não pensaram “nisso” na hora (60%) e 40% informaram que não esperavam ter relação sexual naquele momento.

No momento da entrevista 73,3% informaram que haviam tido um parceiro sexual nos últimos doze meses e 16,6% 2 parceiros.

A distribuição percentual do conhecimento em que época seria o período fértil entre o início da menstruação e o início da próxima menstruação, 2 adolescentes, ou seja, 16,6% conseguiu explicá-lo corretamente.

Adolescentes que identificaram o período fértil corretamente:

- Eu acho que depois de uma pausa de 14 dias da menstruação é que tem mais chance de engravidar. Não é que uns dias antes não tem jeito. Eu acho que é mais difícil.

- Éééé assim, tipo, sei que é quinze dias depois que a menstruação chega que engravida.

Dentre as adolescentes que participaram do grupo focal 41,6 % planejaram engravidar e os principais motivos referidos foi que desejavam ficar grávidas: 60% informaram que desejavam “ser mãe”, 20% informou ser desejo do casal e 20% queriam uma companhia:

Ana, 15 anos:

- Eu queria muito, para mim tá sendo uma bênção. E ele também queria. A gente tá junto já tem 5 anos.

Vera 17 anos:

- Ah, eu sempre quis ser mãe, entende? Eu que quero cuidar, eu sinceramente, eu não quero jogar nas costas de ninguém porque quem quis ter filho fui eu.

Maria, 17 anos:

- *Eu parei de tomar o remédio para engravidar porque eu fico muito sozinha, meu marido trabalha e eu fico sozinha o dia todo. Minha família é da Bahia e a dele também. Então, né, é muito ruim ficar sozinha.*

Ângela, 17 anos:

- *Ele está mais feliz do que eu, ele tinha um problema e o médico falou com ele que ele não podia fazer filho, sabe. Era tudo que nós dois queria.*

Patrícia, 16 anos:

- *Eu que quis, eu parei a injeção porque eu queria engravidar e depois de três meses sem tomar a injeção eu fiquei.*

Eu pergunto:

- *Mas ele também queria?*

Patrícia, 16 anos:

- *Nem perguntei para ele, eu mesmo que queria ser mãe.*

5.10 DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa mostraram, claramente, que as adolescentes grávidas têm conhecimento da existência de MAC, mas a grande maioria não usa ou usa incorretamente. Apesar de esse conhecimento ser um elemento extremamente necessário para o seu uso, a literatura mostra que existe uma grande divergência entre os níveis de conhecimento e taxas de utilização. Uma das razões que poderia justificar esse comportamento, seria a imaturidade psicoemocional, característica da faixa da adolescência. (CAVALCANTI, 2000).

De certa forma, esse alto grau de conhecimento sobre MAC era esperado, pois as adolescentes estudadas residem zona urbana, como a maioria das adolescentes brasileiras, segundo dados do IBGE (2010), pois os jovens nos centros urbanos mais desenvolvidos tenham maior acesso à escola, a serviços de saúde de melhor

qualidade e às informações da mídia, testam estas suposições são os resultados encontrados situação que garantiriam melhor e maior conhecimento.

A difusão dos métodos naturais é sempre necessária, mesmo sabendo que a sua eficácia contraceptiva ser claramente inferior aos demais métodos disponíveis. Entretanto, poderá ter uma eficácia significativa quando utilizados corretamente. Outra vantagem a considerar, seria a de que permitiria, por suas características peculiares, ser utilizados emergencialmente, situação muito comum na prática sexual dos adolescentes. Seu uso, entretanto, exige maior conhecimento da fisiologia reprodutiva e da maneira adequada para usá-los. São recomendáveis quando são o único recurso disponível, nas situações de relação sexual inesperada pelas dificuldades de acesso, razões alegadas pelas adolescentes em suas explicações tardias para a gravidez inesperada. (DIAZ; DIAZ, 1999).

Uma das hipóteses, considerando sobre os elementos influentes na vida reprodutiva das adolescentes, faz-se através de conceitos morais, éticos e religiosos. A religião, orientando o comportamento e a vida das pessoas, é um fator influente no que tange ao exercício da sexualidade e ao conhecimento e práticas contraceptivas. (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1997).

A melhoria da qualidade de atendimento nos serviços de nível primário, através de uma equipe multidisciplinar capacitada, visando em particular uma atenção integral e diferenciada à saúde do adolescente, poderia suprir com mais eficiência as necessidades dos adolescentes, como também promover saúde e prevenir novos agravos atuais e futuros. (SAITO, 1999).

A falta de conhecimento da fisiologia reprodutiva poderia contribuir para um maior risco de gravidez, sendo o desconhecimento do período fértil, uma das causas referidas como associadas ao aumento da fecundidade na população mais jovem. Em nosso estudo, apenas 15% das adolescentes grávidas conseguiram identificá-lo de forma apropriada e correta, enquanto para todo o Brasil, a proporção encontrada foi de 17% entre as adolescentes e 22% entre mulheres de 15 a 24 anos. (FERNANDES, 1998).

A importância do uso dos MAC é evidenciada pela concordância de todas as adolescentes entrevistadas. Apesar disso, a maioria (67,3%) não estava usando qualquer método antes de ficar grávida, indicando a existência de múltiplos e complexos fatores que justificam tal atitude, inclusive o desejo, explícito ou não, de engravidar.

A proporção de gravidez não planejada encontrada foi de 72,4%. Em 1980, uma pesquisa realizada no CAISM (Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher), encontrou taxa de 45,9% de gravidezes indesejadas. (PINTO E SILVA et al., 1980, citado por BELO, 2001).

Os conceitos relacionados à gravidez desejada ou indesejada podem ter várias dimensões, interpretações e significados, que irão depender do estágio de adaptação e aceitação da gravidez pela adolescente e particularmente, do momento em que se realiza a entrevista. Justificam-se, assim, as diferenças de resultados quando indagamos sobre o planejamento da gestação e o desejo de se ter o filho. Muitas vezes a gravidez não foi planejada, o que se pode observar nos 60% das adolescentes que referiram a questão, embora possa existir um desejo inconsciente de engravidar. Muitas vezes, a gravidez representa um desafio da adolescente ao seu círculo imediato, sua desadaptação, um instrumento utilizado como forma de agressão.

Aproximadamente 11,1% das adolescentes afirmaram que não utilizaram MAC porque não acreditavam que poderiam ficar grávidas, evidenciando o que se convencionou denominar “pensamento mágico do adolescente”, inerente ao estágio de desenvolvimento psicológico. Comparativamente, em 1980, essa justificativa apareceu em 26,2% (PINTO E SILVA et al., 1980, citado por BELO, 2001), mostrando que a disseminação e divulgação dos conhecimentos apropriados poderiam ser o início para um novo comportamento mais realista e preventivo.

Comparando a idade média à menarca e a da primeira relação sexual, constatamos que as adolescentes iniciaram a vida sexual num intervalo muito curto de tempo em relação ao início da maturidade reprodutiva, da vida sexual e a ocorrência da gravidez.

Uma pesquisa realizada aqui no Brasil entre jovens com idade entre 15 a 19 anos encontrou-se que a média de idade da primeira relação sexual para as mulheres foi 16,5 anos, em concordância com o presente estudo, que a média de idade foi de 15,02. A iniciação sexual pode ser afetada por diversos fatores. Ocorreria mais cedo nas áreas urbanas, nos jovens de nível educacional mais baixo, em alguns tipos de religião como espírita e seguidoras da umbanda, e entre jovens que não têm o hábito de frequentar espontaneamente serviços religiosos. (FERRAZ; FERREIRA, 1998, citado por BELO, 2001).

Os motivos declarados para o não uso de MAC na pesquisa de âmbito nacional foram: 40% disseram que não esperavam ter relação sexual naquele momento de sua vida e 30% reportaram desconhecer métodos, enquanto no nosso material, as respostas às mesmas questões foram 33,5% e 11,2% respectivamente. Esses dados parecem indicar que houve melhora no conhecimento do MAC, mas relações sexuais inesperadas, não programadas continuam sendo um dos principais motivos para o que as primeiras relações se façam sem proteção adequada.

Quanto ao tipo de MAC usado à primeira relação sexual, o condom masculino (75,5%) e o anticoncepcional hormonal oral (22,5%) foram os mais utilizados entre as adolescentes grávidas. Em estudo realizado com 2470 adolescentes de ambos os sexos no município de Maceió, o condom e o coito interrompido foram os MAC mais referidos. (LEITE, 2001).

O conhecimento e o uso de MAC observados neste estudo mostraram que houve significativos avanços na informação disponível e apropriada pelas nossas adolescentes. Entretanto, a disponibilidade do conhecimento, de mais serviços e dos próprios métodos para favorecer a mudança de atitude dos adolescentes em relação a uma prática de uso eficiente e preventiva aparentemente não foi suficiente ou significativa.

Algumas razões para este insucesso, que parece quase imutável no tempo, são de natureza variada: a condição própria das características psicoemocionais deste grupo etário peculiar, com dinâmica especial e culturalmente incomparável, poderia ser a mais destacada. Outras razões poderiam incluir variáveis de caráter ambiental socioeconômicas – demográficas, que induziriam o papel social que está reservado

para cada uma das nossas jovens, as oportunidades sociais ditadas pelas características de seu núcleo familiar, as disponibilidades econômicas, sua formação e práticas religiosas, as mesmas variáveis consideradas na perspectiva de seu parceiro, seus antecedentes reprodutivos, e principalmente suas expectativas de vida e oportunidades futuras.

A análise destas alternativas, obviamente fica parcialmente comprometida com a utilização para este estudo de uma amostra de adolescentes já grávidas experimentando o fim de certa forma, já de per se significaria uma consequência negativa, a contaminar seus valores, reação e juízos de valor. Por outro lado, a inevitabilidade da situação, e a quase totalidade da adequação à nova situação em que se encontram, poderiam funcionar como um elemento de avaliação menos temeroso de críticas ou mesmo de punição outras, propiciando análises mais sinceras, objetivos verdadeiros sobre os acontecimentos que as envolveram.

Os resultados mostram que alguns componentes envolvidos neste fenômeno talvez não possam, definitivamente, ser modificados, ou até mesmo, não deveriam ser modificados. Muitas adolescentes queriam ficar grávidas, desejo compartilhado com seus parceiros, com anuência de seus familiares e núcleo de convivência social imediato, mostrando que a gestação na adolescência nem sempre será um acontecimento indesejado e inoportuno, mas um fenômeno de contribuição para melhor adequação e inserção social de conquista da maturidade e de felicidade pessoal.

Outro componente imutável sempre será aquele que se relaciona com a necessidade biológica de afirmação do ser humano, apoderado de suas condições plenas de sexualidade e do instinto de procriar e preservação da espécie. E finalmente, em nossa maneira de ver, a gravidez na adolescência é resultante das mazelas sociais, que estabelecem injustiça na distribuição de seus bens de interesse comum, privando parte importante dos indivíduos que não estão inseridos ainda no mundo dos adultos e das decisões.

5.11 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Foi encaminhado um Ofício à Unidade Regional de Jacaraípe (Apêndice C) com o objetivo de informar sobre a pesquisa e, solicitar a devida autorização para a realização do estudo e utilização do nome da Instituição.

O projeto de pesquisa foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM (CEP/EMESCAM), respeitando a normatização da Resolução Nº 196/96 (BRASIL, 1997), referente aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos obtendo parecer favorável (Protocolo CEP/EMESCAM nº 107/2011) na reunião ordinária de 29/11/2011 (Anexo A).

Esta resolução incorpora os quatro referenciais básicos da Bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1997).

A pesquisa procurou respeitar estes referenciais, uma vez que reportando-se à autonomia de indivíduos participarem ou não da pesquisa, esta lhes foi proporcionada, quando da explicação da finalidade do estudo, a fim de que houvesse um entendimento por parte dos sujeitos pesquisados e estes exercessem, então, a autodecisão de participar da pesquisa.

A beneficência foi atingida quando consideramos que os resultados do estudo serão enviados à Secretaria Municipal de Saúde de Serra para que seja divulgado às Equipes do Programa de Saúde da Mulher e do Adolescente deste município. Pretendemos também, publicar os resultados em congressos e encontros e em periódicos científicos.

Pensando na questão não-maleficência, procuramos evitar todos os riscos possíveis, proporcionando aos sujeitos entrevistados um ambiente seguro, discreto, onde eles pudessem expressar sem interferências suas ideias e opiniões, sendo-lhes assegurado o absoluto sigilo de sua pessoa e de suas declarações.

Para o alcance dos referenciais da Bioética neste estudo, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, apresentado ao início da entrevista, a fim de obter o consentimento dos entrevistados para as respostas às perguntas e para o

uso do gravador, esclarecendo-os do anonimato a respeito de sua identidade, a retirada de sua participação a qualquer momento da pesquisa e o acesso aos resultados da mesma.

Após esclarecimento dos objetivos, justificativa e importância da pesquisa, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C) e, no caso, de menores de 18 anos, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por seus pais ou responsáveis legais das adolescentes que concordaram em participar.

6 CONCLUSÃO

1. Uma proporção elevada de adolescentes usou MAC à primeira relação sexual. Houve um decréscimo de sua utilização, tendo um período de tempo curto entre o início da vida sexual e a gravidez.
2. As adolescentes grávidas têm conhecimento adequado em relação aos MAC e concordam com o seu uso durante o período da adolescência.
3. O uso de MAC antes da gravidez foi considerado inadequado e o principal motivo isolado para a não utilização foi o desejo de engravidar.
4. A falta de conhecimento da fisiologia reprodutiva pelas adolescentes grávidas foi evidenciada pela incapacidade de identificação do período fértil.
5. A religião, a idade e a classe socioeconômica estão relacionadas ao conhecimento adequado dos MAC.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.. et al. **Adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

ARIÈS, P. **História social da infância e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

ÁVILA, M. B. E.; BANDLER, R. **A Contracepção no Brasil 1980-1990**. Recife: SOS Corpo, 1991. Mimeo.

AVILA, S. F.O. Um ideal como adolescência social. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE, 2., 2005, São Paulo (SP). **Anais...** São Paulo: FEUSP, 2005. Disponível em: <<http://www.proceedings.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 01 jun. 2011.

BIS. Boletim do Instituto de Saúde. **Juventude e vulnerabilidade**. São Paulo, ano 12, n. 40, dez. 2006.

BORGES, A. L. V. **Adolescência e vida sexual**: análise do início da vida sexual de adolescentes residentes na zona leste do município de São Paulo. 2004. 185 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 13 jul. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília, 1984.

_____. **Saúde integral de adolescentes e jovens**. Orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília, 2005.

_____. **Coordenação Nacional de DST e Aids**: prevenir é sempre melhor. Brasília, 2000.

_____. **Gestão municipal de saúde**: leis, normas e portarias atuais. 2001. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao_munic_leis.pdf>. Acesso em: 14 maio 2011.

_____. **Nascimentos por residência e idade da mãe segundo município de Serra no ano de 2008**. Brasília: DATASUS, 2011.

_____. **Departamento de informática do SUS**: Datasus. 2012. Disponível em: <<http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php>>. Acesso em: 14 maio 2011.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial**: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: 2006a. (Série B. Textos Básicos de Saúde.

Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/atividade_sexual.php>. Acesso em: 8 jul. 2011.

BUENO, G. M. **Variáveis de risco para a gravidez na adolescência**. 2010.

Disponível em: <<http://www.virtualpsy.org/infantil/gravidez.html>>. Acesso em: 24 jul. 2011.

CARVACHO, I. E.; PINTO E SILVA, J. L.; MELLO, M. B. Conhecimento de adolescentes grávidas sobre anatomia e fisiologia da reprodução. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 54, n. 1, p. 29-35, fev. 2008.

CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. Disfunções sexuais. In: _____.; _____. **Tratamento clínico das inadequações sexuais**. 2. ed. São Paulo: Roca, 1997. p. 261-435.

CAVALCANTI, S. M. O. C. **Fatores associados ao uso de anticoncepcionais na adolescência**. 2000. 91 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, Recife, 2000.

DESLAURIERS, J-P.; KÉRISIT, M. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 127-153.

DIAZ, J.; DIAZ, M. Contraceção na adolescência. In: SCHOR, N.; MOTA, M.; CASTELO BRANCO, V. (Org.). **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas da Saúde, 1999. v. 1.

ESPÍRITO SANTO. **Protocolo da mulher serrana: pré-natal e puerpério**. Serra: Secretaria de Saúde, 2009.

_____. **Protocolo da mulher serrana: saúde da mulher**. Serra: Secretaria de Saúde, 2009.

GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M. A gravidez/maternidade de adolescentes em situação de risco social e pessoal: algumas considerações. **Rev. Eletr. Enf.**, 2004.

HAGUETE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 224 p.

HERTER, L. D.; ACCETTA, S. G. Contraception and pregnancy in adolescence. **J. Pediatr.**, Rio Janeiro, v. 77, n. 2, p. 170-8, nov. 2001.

HEILBORN, M. et al. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes antropológicos**, Porto Alegre, v. 8, n. 17, p. 3-45, jun. 2002.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uteri.pdf>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Jovens mães**. 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/saude/jovensmaes.html>>. Acesso em: 04 maio 2011.

_____. **Diretoria de pesquisas, coordenação de população e indicadores sociais**. Estatísticas do Registro Civil. 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/saude/jovensmaes.html>>. Acesso em: 22 abr. 2011.

_____. **Sinopse do censo demográfico**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/saude/jovensmaes.html>>. Acesso em: 27 jun. 2011.

KNOBEL, M. **Orientação familiar**. Campinas: Papyrus, 1992.

LEITE, A. P. L. L.. **Sexualidade na adolescência**: conhecimentos, atitudes e práticas dos adolescentes estudantes do município de Maceió. 2001. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação da Universidade de Pernambuco, Recife, 2001.

LIRA, R. C. M. **Dimensões sociopolíticas no atendimento em planejamento familiar nos serviços públicos de saúde**. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2010.

MARSHALL, C.; ROSSMAM, G. Recording, managing and analyzing data. In: _____.; _____. **Designing qualitative research**. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 1995. p. 109-119.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 14. ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 1992.

MUUSS, R. E. **Theories of adolescence**. 5. ed. Nova York: Mcgraw-Hill College, 1988.

OGIDO, R. **Adolescência, maternidade e mercado de trabalho**: uma relação em construção. 2011. 248 f. (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

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

PATIAS, N. D.; DIAS, A. C. G. Fatores que tornam adolescentes vulneráveis à ocorrência de gestação. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 40-45, abr./jun. 2011.

PELLOSO, S. M. O vivenciar da gravidez na adolescência. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 24, n. 3, p. 775-781, 2002. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/2508/1677>>. Acesso em: 05 abr. 2011.

POLI, M. E. H, et al. Manual de anticoncepção da FEBRASGO. **Femina**, v. 37, n. 9, set. 2009.

POPE, C.; MAYS, N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 118 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA. A estrutura da saúde na Serra. 2012. Disponível em: <http://www.serra.es.gov.br/sesa/saude_do_cidadao>.

REIS, L. M. **Gravidez e maternidade na adolescência um estudo no município de Uberaba estado de Minas Gerais, Brasil**. 2007. 226 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde) - Universidade Aberta Lisboa, Lisboa, 2007.

RIOS, L. F. et al. Rumo à adultez: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros. **Cad. CEDES**, Campinas, v. 22, n. 57, p. 45-61, ago. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v22n57/12002.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2011.

ROCHA, M. J. F. **Adolescência e anticoncepção**: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais por estudantes da zona urbana de Cruzeiro do Sul. 2010. 186 f. (Dissertação de Mestrado) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

SAITO, M. I. **Adolescência, prevenção e risco**. São Paulo: Atheneu, 2001.

SAITO, M. I.; LEAL, M. M. Adolescência e contracepção de emergência: Fórum 2005. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 180-186, Jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822007000200014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 fev. 2011.

SANTOS JÚNIOR, J. D. **Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência**: vulnerabilidade à maternidade. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

SINASC. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos. Equipe de vigilância de eventos vitais, doenças e agravos não transmissíveis. Porto Alegre, 2008.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. p. 116-173.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação Mundial da Infância**. 2011.

VIEIRA, L. M. et al. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 6, n. 1, jan./mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-8292006000100016&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 mar. 2011.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. **Gravidez na adolescência**: motivos e percepções de adolescentes. **Rev. Brás. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 279-85, maio/jun.2007. 60(3):279-85.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Formulário de Identificação das Opiniões das Adolescentes



Escola Superior da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local
Av. Nossa Senhora da Penha, 2190 – Santa Lúcia
Vitória/ES - CEP: 29045-402 - Tel: (27) 3334 3500

Comitê de Ética em Pesquisa

FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DA OPINIÃO DAS ADOLESCENTES

Data: ____ / ____ / ____

1- Nome: _____

Idade: _____ anos Cor: _____ Semanas de gestação: _____

2- Estado civil:

Está casada Relação Estável Solteira

3- Escolaridade:

Fundamental Incompleto Fundamental Completo
 Médio Incompleto Médio Completo

4- Você está estudando?

Sim Não

a) Se não, parou quando e por quê?

5- Seus pais vivem juntos?

Sim Não

6- Você já conversou com seus pais sobre sexo e anticoncepção?

Sim Não

O quê? _____

7- Recebeu alguma orientação sexual na escola?

Sim Não

Que tipo de informação você recebeu? Ou alguém na sua escola te falou sobre camisinha ou como se engravida? Quem?

8- Com que idade você teve seu 1º namorado ou ficou com alguém?

Como foi este relacionamento?

Você apaixonou-se por ele? Teve contato sexual com ele?

Ele é o pai do seu bebê?

sim não

9- Você engravidou com quanto tempo de namoro e de relacionamento sexual?

10- Quando foi sua 1ª menstruação: _____ anos

Quando foi sua 1ª relação sexual: _____ anos

11- Usou algum método anticoncepcional na 1ª relação sexual:

sim não Por que usou ou por que não usou?

Se usou, qual foi o método anticoncepcional usado? Quem indicou?

12- Você sabe dizer por que você ficou grávida? Você desejava engravidar?

13- Você sabe qual a época do mês que a mulher tem mais risco de engravidar? (a partir da menstruação)

Sim Não

Qual é a época? _____

14- Número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses:

1 2 3 4 mais de 4

15- Idade do pai da criança: _____ anos

16- Você está com o pai da criança?

Sim Não

Por quê? _____

17- Você está feliz com a gravidez?

Sim Não

Por quê? _____

18- O pai da criança está feliz com a gravidez?

Sim Não

Por quê? _____

19- Quando o bebê nascer, quem cuidará dele (a)? Quem irá ajudar?

20- Você pretende continuar estudando?

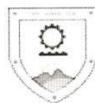
Sim Não

Por quê? _____

21- Se for você quem vai cuidar e se estuda, como conciliará a função de mãe e estudante?

22- O que você pensa em fazer quanto à anticoncepção após o nascimento do bebê?

APÊNDICE B – Declaração de Anuência



PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE DE JACARAÍPE

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

A **Unidade Regional de Saúde de Jacaraípe** declara, como instituição co-participante da pesquisa intitulada “**Adolescência e anticoncepção conhecimento e uso de métodos contraceptivos na adolescência**”, realizada por **Cinara Pereira Nascimento Sadala**, discente do Mestrado de Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM –, orientada pela Profª. Drª. Raquel de Matos Lopes Gentili, da mesma instituição, nos termos propostos pelo Sistema CEP/CONEP nº. 0212/10, tem a declarar ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente Projeto de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Serra, 04 de novembro de 2011.


Bruna Ferrari Campos Richa
Coordenadora U.R.S. Jacaraípe
Mat. 26603 / PMS

Responsável Institucional

ANEXOS

ANEXO A – Declaração de Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética



DECLARAÇÃO

O projeto de pesquisa “**Adolescência e Anticoncepção: conhecimento e uso de métodos contraceptivos na adolescência**”, cadastrado com o No **107/2011**, do pesquisador responsável “**Cinara Pereira Nascimento Saldanha**”, foi analisado e julgado pelo Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) desta Instituição.

Declaramos que o referido projeto cumpre plenamente as exigências da resolução 196/96 e resoluções posteriores da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde e, portanto, foi **APROVADO**, pelo Colegiado do CEP na reunião ordinária de 29/11/2011.

Este projeto de pesquisa não poderá sofrer interrupção ou modificação na forma original apresentada sem o prévio conhecimento e consentimento deste CEP. Cabe esclarecer que o pesquisador responsável tem a obrigação de apresentar relatório dos resultados da pesquisa deste projeto ao CEP na data máxima de **29/11/2012**, sendo que o não cumprimento deste prazo resultará no impedimento do pesquisador responsável submeter novos projetos de pesquisa para análise neste CEP.

Vitória, 01 de dezembro de 2011

Dr. Elisardo Corral Vasquez
Coordenador Adjunto
Comitê de Ética em Pesquisa
EMESCAM

ANEXO B - Questionário para Classificação Socioeconômica



Escola Superior da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local

Av. Nossa Senhora da Penha, 2190 – Santa Lúcia
Vitória/ES - CEP: 29045-402 - Tel: (27) 3334 3500

Comitê de Ética em Pesquisa

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL¹

1. Quais dos itens abaixo há em sua casa? Quantidade.

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar roupa	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

2. Qual o grau de instrução do chefe da sua família?

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto / Primário Incompleto	Analfabeto / Até 3ª série fundamental / Até 3ª série 1º Grau	0
Primário Completo / Ginásial Incompleto	Até 4ª série fundamental / Até 4ª série 1º Grau	1
Ginásial Completo / Colegial Incompleto	Fundamental Completo / 1º Grau completo	2
Colegial Completo / Superior Incompleto	Médio Completo / 2º Grau completo	4
Superior Completo	Superior Completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

¹ Instrumento de Coleta de Dados Socioeconômicos adaptado para a pesquisa do modelo da ABEP
ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - 2011 - www.abep.org - abep@abep.org
Dados com base no Levantamento Socioeconômico 2009 – IBOPE

Classe	Pontos
A1	42 – 46
A2	35 – 41
B1	29 - 34
B2	23 – 28
C1	18 – 22
C2	14 – 17
D	8 – 13
E	0 – 7

CLASSE	
---------------	--

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Escola Superior da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local
Av. Nossa Senhora da Penha, 2190 – Santa Lúcia
Vitória/ES - CEP: 29045-402 - Tel: (27) 3334 3500

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisadora: Cinara Pereira Nascimento Sadala

Orientador: Valmin Ramos da Silva

Título da Pesquisa: **Adolescência e Anticoncepção: conhecimento e uso de métodos contraceptivos na adolescência.**

Nome da participante _____ RG _____

Declaro por meio deste termo que concordarei em ser entrevistada e participar da pesquisa referente ao projeto intitulado “**Adolescência e Anticoncepção: conhecimento e uso de métodos contraceptivos na adolescência**” desenvolvido por Cinara Pereira Nascimento Sadala.

Fui informada ainda, que a pesquisa é orientada pela Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva, e sempre que quiser poderei pedir mais informações à pesquisadora através do telefone (27) 9982 7058, ou e-mail cisadala@gmail.com.

Afirmo que aceitei participar espontaneamente, sem receber qualquer incentivo ou ter qualquer ônus, com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa.

Fui informada que ao participar desta pesquisa não terei nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre o conhecimento das adolescentes sobre métodos anticoncepcionais, pois a partir dessas informações, que a pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos, os dados ficarão mais palpáveis para a prevenção da gravidez na adolescência e a disponibilidade dos anticoncepcionais nas Unidades de Saúde.

Fui também esclarecida de que apenas a pesquisadora e seu orientador terão acesso às minhas informações e as mesmas ficarão sob a guarda da pesquisadora até 5 (cinco) após a conclusão da pesquisa, quando então serão descartados de maneira adequada.

Minha colaboração será feita de forma confidencial e privativa através de uma entrevista com duração de aproximadamente 30 (trinta) minutos, que será realizada por um profissional médico, treinado e especialista em gestação de alto risco, e fornecerei informações que contribuirão para o desenvolvimento da pesquisa, e não sofrerei nenhum dano à minha saúde com minha participação.

Estou ciente que posso me retirar dessa pesquisa e também me recusar a dar alguma informação a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento médico ou sofrer qualquer constrangimento.

Qualquer dúvida sobre a ética da pesquisa fui informada de que poderei procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM (CEP/EMESCAM), no telefone: (27) 3334-3586.

Atesto o recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Serra, _____ de _____ de 201__.

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

Autorização do responsável (menor de 18 anos)

