

A REINCIDÊNCIA DA GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: ESTUDO RETROSPECTIVO E PROSPECTIVO EM REGIÃO DO SUL DO BRASIL

Maria Teresa de Campos Velho

Doutora e Docente Associado 2 do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia (DGO) da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Santa Maria, RS, Brasil; E-mail: mtcamposvelho@gmail.com.

Itamar Riesgo

Doutor e Docente Associado 3 do Departamento Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Santa Maria, RS, Brasil.

Cristiane Petri Zanardo

Mestre; Discente do Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia e do Mestrado Profissional em Ciências da Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Santa Maria, RS, Brasil.

Ana Paula Freitas

Especialista, Ex-residente do Serviço de Ginecologia do DGO/Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Santa Maria, RS, Brasil.

Rafael Fonseca

Especialista, Ex-residente do Serviço de Ginecologia do DGO/x Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Santa Maria, RS, Brasil. O projeto foi financiado pelos próprios autores.

RESUMO: Este estudo teve como objetivo verificar a prevalência de gestação/gestante adolescente reincidente (GAR), o perfil social, sexual, ginecológico e obstétrico das GARs, dos envolvidos no contexto familiar e analisar variáveis relacionadas ao tema. A pesquisa foi realizada em duas partes: uma retrospectiva e outra prospectiva. Na primeira foram revisados 2.158 prontuários no período de janeiro de 2008 a janeiro de 2012. Na parte prospectiva foram abordadas 252 gestantes adolescentes e, dessas, 54 foram incluídas na amostra (GARs). Todas participantes foram atendidas no Centro Obstétrico (CO) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), no período de fevereiro a agosto de 2010. Os dados foram analisados através de estatística descritiva e teste de correlação (teste de correlação de Spearman). O nível de significância admitido foi um $p < 0,05$. Na pesquisa retrospectiva a prevalência de GAR foi de 19,9%, em um período de cinco anos e o número de gestações de cada adolescente variou de 2 a 6. Na pesquisa prospectiva constatou-se que as GARs provinham de Santa Maria (RS), tinham baixo nível socioeconômico e educacional, com média de idade de 17,2 anos. Das participantes, 56% moraram com a mãe durante a infância, só estudavam quando o bebê nasceu (58%), os pais dos bebês da gestação atual tinham dez anos a mais que as GARs e em 52% dos casos eram o mesmo pai de filho anterior. Conclui-se que é elevada a prevalência de adolescentes que repetem a gravidez. Isso pode contribuir para a permanência do ciclo pobreza, baixa escolaridade e menores possibilidades futuras em amplo sentido.

PALAVRAS-CHAVE: Recidiva; Reincidência; Gestação Reincidente; Adolescência.

RECURRENCE OF PREGNANCY DURING ADOLESCENCE: A RETROSPECTIVE AND PROSPECTIVE ANALYSIS IN THE SOUTHERN REGION OF BRAZIL

ABSTRACT: The prevalence of recurring pregnancy in adolescents (RPA), social, sexual, gynecological and obstetric profile of RPA is analyzed, coupled to an investigation on the family context and other related variables. Research was performed retrospectively and prospectively. The first part comprised 2158 clinical charts ranging between January 2008 and January 2012. The prospective section comprised 252 adolescent pregnant females of whom 54 were included in the RPA sample. All participants were attended at the Obstetric Center (OC) of the University Hospital of Santa Maria (HUSM), Santa Maria RS Brazil, between February and August 2010. Data were analyzed by descriptive statistics and Spearman's correlation test at 0.05 significance level. RPA prevalence in the retrospective research reached 19.9% within a 5-year period and the number of pregnancies in each adolescent varied between 2 and 6. The prospective research demonstrated that RPAs in

Santa Maria was characterized by low socio-economical and educational level and low age bracket, with a mean 17.2 years. Further, 56% of the participants lived with their mother when they were children and schooling occurred when the baby was born (58%). The fathers of the children in current pregnancy were 10 years older than RPAs and in 52% of the cases the children had the same father of the previous pregnancy. Results show the prevalence of adolescents with recurrent pregnancy, contributing towards the permanence of the poverty cycle, low schooling and less future possibilities.

KEY WORDS: Recurrence; Recidivisms; Recurrent Pregnancy; Adolescence.

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A palavra adolescência vem do latim *ad* (a, para) e *olescere* (crescer), que significa condição ou processo de crescer. Entretanto, também significa adoecer, pois deriva da palavra *adolescere*, que significa enfermar (OUTEIRAL, 1994). Assim, esta etapa de vida compõe duas possibilidades: aptidão para crescer física e psicologicamente e de sofrimento emocional pelas transformações biológicas e psicológicas que podem ocorrer. A adolescência compreende, segundo a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013a) o período entre 10 e 19 anos e é caracterizada por diversas mudanças físicas (surgimento de caracteres sexuais secundários, finalização do crescimento e desenvolvimento morfofisiológico), além de transformações psicológicas, cognitivas e sociais.

No Brasil, onde 21% da população é formado por adolescentes, a alta prevalência de gravidez neste período – aproximadamente 20% – corresponde a um problema social de difícil abordagem e solução (SANTOS JÚNIOR, 1999; CUNHA; MONTEIRO, 1998; SOUZA; COSTA; GOMES, 2002; CAMPOS VELHO, 2003). Autores afirmam que 18% a 20% das adolescentes brasileiras entre 15 e 19 anos já têm, pelo menos, um filho. A realidade nos dias atuais parece não ter diferença relevante. Anualmente, no país, cerca de um milhão de jovens, entre 10 e 19 anos de idade, tornam-se mães. Além de muito frequente, muitas vezes a gravidez na adolescência não é um evento

único, fortuito, já que, para algumas jovens, tal condição acaba se repetindo (VITIELLO et al., 1988; CUNHA, MONTEIRO; REIS, 1998; SCHIRO et al., 2012; BERLOFI et al., 2006). Esta reincidência continua frequente no Brasil e no mundo. Nos Estados Unidos da América do Norte, um estudo mostrou que, entre as adolescentes que não fizeram acompanhamento pós-parto, a reincidência da gravidez ocorreu em torno de 30% no primeiro ano e até em 50% no segundo ano (COWDEN; FUNKHOUSER, 2001).

A gestação na adolescência, repetida ou não, ocasiona maior probabilidade de problemas para o binômio materno-fetal: baixo peso dos recém-nascidos, ausência de pré-natal, prematuridade, maior necessidade de internação em unidade de terapia intensiva neonatal, doenças da gestação como hipertensão na gravidez e pequeno intervalo interpartal. Observa-se, também, nessa condição, a presença e a influência de fatores sociodemográficos, dentre os quais se destacam a pobreza, a educação e o cuidado pré-natal deficientes, com riscos adicionais à gestação e à maternidade (CAMPOS VELHO; MORAIS, 2001; EURE; LINDSAY; GRAVES, 2002; SILVA et al., 2013).

Mulheres que se tornam mães na adolescência tendem a ter um maior número de filhos durante toda a sua vida reprodutiva. Na maioria dos casos, a primeira gravidez não é planejada, e algumas vezes até indesejada. Assim, a probabilidade de as gestações seguintes adquirirem o caráter não desejado da primeira torna-se altíssima. Com o intuito de reverter esta situação, muitas adolescentes recorrem à prática de aborto clandestino. Segundo dados da OMS, dos quatro milhões de abortos realizados no Brasil, por ano, em torno de 25% deles ocorrem em adolescentes. Como complicação dessa prática, não legalizada e insegura, muitas mulheres tornam-se estéreis e cerca de 200.000 morrem, sendo esta a maior causa de morte entre adolescentes femininas no país (SOUZA; COSTA; GOMES, 2002; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010).

A gravidez na adolescência constitui um problema de saúde pública no mundo e, principalmente, nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Exceção é feita aos EUA, cujo comportamento paradoxal

de altas taxas de gestações na adolescência contrasta com o nível de desenvolvimento socioeconômico do país. Geralmente não planejada, a gravidez na adolescência ocorre independentemente do conhecimento ou do acesso que as pessoas têm em relação aos métodos contraceptivos e repete-se, muitas vezes, ainda nesta faixa etária, chegando a 50% sua taxa de reincidência, no segundo ano pós-parto (DUARTE; SIMÕES, 1998).

Levando em consideração esses fatores, foi proposto, neste estudo: verificar, descrever e analisar, de modo retrospectivo e prospectivo, questões relativas à gravidez recorrente em adolescentes, atendidas no Hospital Universitário de Santa Maria e provenientes da região central do Estado do Rio Grande do Sul.

2 MÉTODO

A pesquisa foi realizada em duas partes:

A) A primeira parte foi um estudo descritivo, retrospectivo, realizado por meio de consulta aos livros de registros e prontuários de atendimentos das pacientes do HUSM ($n=2.158$), ocorridos no período de janeiro de 2008 a janeiro de 2012. Os dados foram coletados dos registros por meio do preenchimento de um protocolo. Desses prontuários, todos de adolescentes que foram gestantes (parto ou aborto), 430 foram incluídos no estudo por serem de adolescentes recorrentes na gestação. Salienta-se que esta parte da pesquisa objetivou, fundamentalmente, um estudo de prevalência.

B) A segunda parte foi uma pesquisa prospectiva, realizada simultaneamente ao estudo retrospectivo acima apontado. Tratou-se de uma etapa descritiva e analítica, que avaliou dados referentes às gestantes adolescentes atendidas no HUSM, no período de 15 de junho a 15 de outubro de 2011, que tiveram recidiva na gravidez (parto ou aborto). A obtenção dos dados foi feita por meio de preenchimento de um protocolo, no momento da internação, desde que a paciente consentisse e estivesse em condições de responder ao questionário. Quando isso não foi possível, pelo trabalho de parto ou abortamento, a coleta foi realizada em um momento oportuno, na unidade de internação, antes da alta hospitalar. Foram

abordadas 252 gestantes adolescentes, das quais 54 eram gestantes adolescentes recorrentes (GARs) e, por isso, foram incluídas no estudo.

Justifica-se a realização do estudo em duas partes, uma retrospectiva e outra prospectiva, pois muitas das circunstâncias que se pretendia estudar a respeito das adolescentes não constavam nos registros obstétricos padronizados pelo hospital. Dentre esses aspectos, citam-se: a verificação das condições socioeconômicas dos implicados, a escolaridade, os dados do pai da criança, etc. A coleta foi feita mediante concordância da paciente e preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). As informações foram obtidas por dois entrevistadores, previamente treinados, e a validação do protocolo foi testada por um estudo-piloto. Foram consideradas adolescentes as mães com idade entre 10 e 19 anos, conforme critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013a).

2.1 VARIÁVEIS EM ESTUDO E ANÁLISE DOS

As variáveis analisadas no estudo retrospectivo visaram, principalmente, o cálculo da prevalência da gravidez recorrente em adolescentes, além de algumas variáveis obstétricas e do recém-nascido. No estudo prospectivo foram analisadas, dentre outras, as seguintes variáveis: as condições socioeconômicas e educacionais das adolescentes, dos pais das crianças, dos familiares destes, assim como os dados ginecológicos, obstétricos e aspectos que envolviam a sexualidade e a afetividade das participantes e seu contexto relacional e familiar. As informações obtidas pela coleta foram analisadas por meio de estatística descritiva e analítica. Como ferramenta para tratamento dos dados foi utilizado o pacote computacional SPSS 15.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) pertencente ao HUSM e, quando pertinente, foi aplicado o teste estatístico (Correlação de Spearman) que possibilitou verificar associações ou diferenças entre as variáveis do estudo.

2.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente projeto foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e aprovado conforme Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 0203.0.243.000-08. Os pesquisadores cumpriram com as normativas da Resolução nº 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde, que regula as questões da pesquisa em seres humanos no Brasil.

3 RESULTADOS

Serão demonstrados, abaixo, alguns resultados obtidos do estudo retrospectivo. Nesse, foram analisados 2.158 prontuários de mães adolescentes e verificou-se que, no período do estudo, 430 eram GARs, o que representou uma prevalência de 19,9% dos partos ou abortos atendidos no Centro Obstétrico do HUSM, correspondente ao percentual de adolescentes que engravidaram mais de uma vez. Verificou-se que, na amostra estudada, o número de gestações variou de duas até cinco ou mais como demonstrado na figura 1.

de Santa Maria, 252 gestantes adolescentes. Dessas, 59 eram adolescentes que tiveram, em sua história, mais de uma gestação (parto ou aborto), sendo denominadas pelos autores como gestantes adolescentes reincidentes (GARs). Das 59 GARs, 54 preencheram os critérios de inclusão para participar do estudo. Com base nessas 54 gestantes adolescentes reincidentes incluídas neste estudo, obteve-se uma taxa de 21,42% de reincidência na gestação, no estudo prospectivo, aproximadamente o mesmo percentual do estudo retrospectivo.

As gestantes eram predominantemente de cor branca (50%), sendo que 30% referiram-se como pardas e as outras 20% como afrodescendentes. A maior parte das GARs (61%) era de solteiras, 24% relataram viver em união estável e 15% eram legalmente casadas. Quando interrogadas quanto à cidade de procedência, 75,07% disseram ser provenientes de Santa Maria (SM) e 27,78% de outras cidades da região central do Rio Grande do Sul. Dentre as adolescentes provenientes de Santa Maria, 40,74% eram moradoras de zonas periféricas da cidade, redutos de populações de baixas condições socioeconômicas. A situação econômica das famílias das GARs revelou as seguintes condições: 31,4% recebiam entre um e dois salários mínimos, 31,5% referiram que

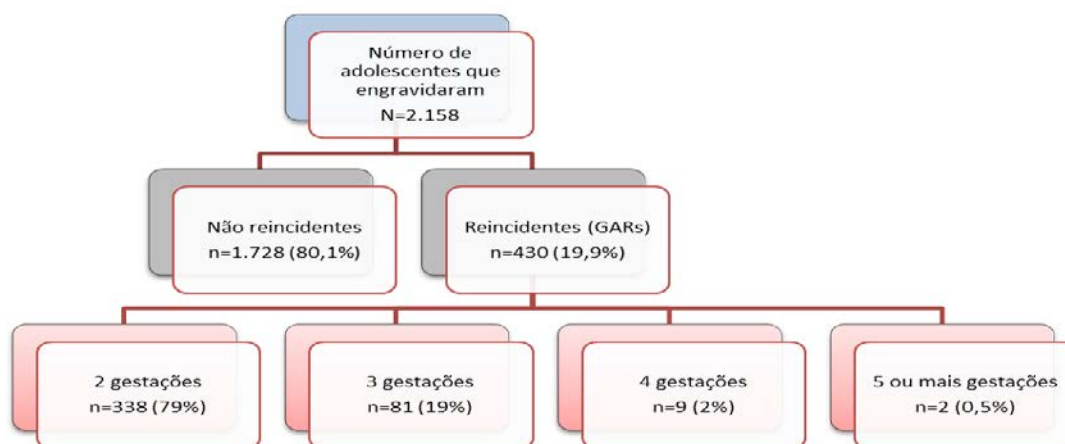


Figura 1. Organograma demonstrativo do número total de gestantes adolescentes, da reincidência de gestações e do número de gestações (parto e/ou aborto).

Neste artigo far-se-á referência maior aos resultados do estudo prospectivo realizado. No período de 1º de fevereiro a 1º de agosto de 2012 foram atendidas, no Setor Centro Obstétrico (CO) do Hospital Universitário

a família não tinha renda fixa, 11,1% que recebiam entre três e quatro salários mínimos, 11,1% mais que quatro salários mínimos e 14,8% não sabiam informações a respeito de renda.

Ao serem analisados os dados referentes à idade média das GARs e dos pais dos bebês, foi verificada uma diferença entre elas, de aproximadamente dez anos a mais para os homens, pois a idade média das GARs era de 17,72 anos e a dos pais dos bebês era de 28 anos. A escolaridade das GARs, dos seus companheiros atuais e de suas mães foi um dos elementos considerados importantes a serem pesquisados e sua descrição encontra-se relacionada na figura 2.

pré-natal 26,5% realizaram entre uma a três consultas; 28,7% quatro consultas e 45% realizaram cinco ou mais consultas. Quando inquiridas a respeito do aleitamento materno na gestação anterior, 53,71% das GARs referiram ter amamentado (46,3% com amamentação exclusiva e 7,41% amamentação mista), 31,48% não puderam amamentar e 14,81% optaram por não amamentar. Quando questionadas sobre a intenção de amamentar, 66,67% das GARs disseram que pretendiam amamentar,

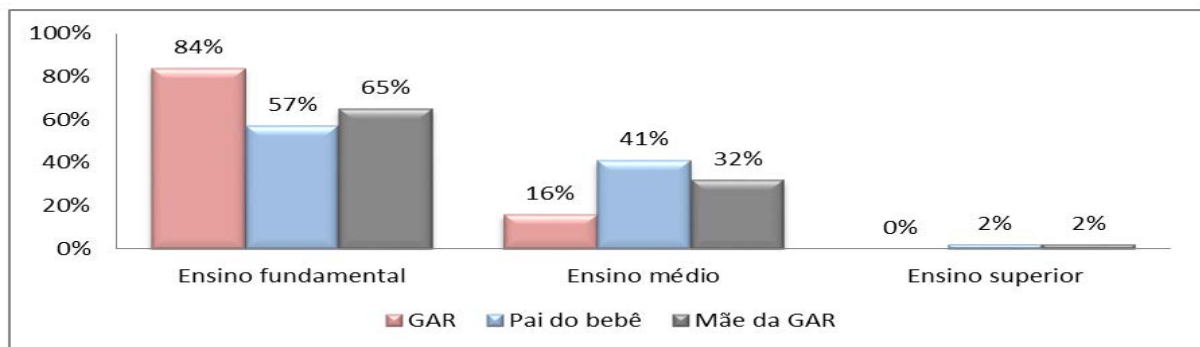


Figura 2. Distribuição percentual do nível de escolaridade das gestantes adolescentes reincidentes (GARs), do pai do seu último bebê e da mãe das GARs.

O protocolo também buscou dados que permitissem demonstrar o perfil obstétrico das GARs. Foram analisados: o número de gestações, de abortos, a realização de acompanhamento pré-natal, a amamentação, os sentimentos com relação à gestação, a aceitação desta e se o pai do bebê em questão era o mesmo da gestação anterior.

As gestantes adolescentes, participantes do estudo, tiveram em média 2,22 gestações. O número mínimo foi de duas (critério para inclusão no estudo), e o máximo de seis. Quando indagadas sobre abortamento, 44,45% das pacientes responderam que já tinham tido pelo menos um aborto e, dentre essas, 37,04% os referiram como espontâneos e 7,41% como provocados. No entanto, quando interrogadas a respeito do desejo de realizar um aborto, em alguma de suas gestações, 24,07% das GARs responderam que, em algum momento, desejaram ter abortado de alguma forma.

Dentre as GARs estudadas, 75,0% realizaram acompanhamento pré-natal na última gestação e as demais 25,0% não o fizeram. daquelas que realizaram

22,22% referiram não poder amamentar e 11,11% disseram não ter essa intenção.

Outro questionamento realizado foi se o pai do bebê da última gestação era o mesmo do bebê da gestação anterior: 52% das GARs responderam afirmativamente e 48% delas responderam que não. Foi perguntado às GARs se elas desejavam ter engravidado ou não, sendo que 51,9% delas referiram que sim, desejavam ter engravidado. Dentre os motivos relatados citam-se: desejavam tornarem-se mães (14,8%), desejavam sair da casa da família (11,1%), buscavam melhores condições de vida (11,1%), achavam poder melhorar como pessoas (11,1%) e 3,7% delas disseram que queriam saber se poderiam engravidar. No entanto, 48,2% das GARs relataram que não queriam ter engravidado. Ao serem interrogadas sobre o sentimento de estarem preparadas para ser mãe, 72,22% delas responderam que sim, 12,96% que não, 9,26% mais ou menos e 5,56% não sabiam.

Conforme mostra a figura 3, que demonstra a aceitabilidade da gestação pelas pessoas que conviviam com as GARs ou que pertenciam ao círculo dos envolvidos

com o “casal grávido”, pode-se verificar que as pessoas que apresentaram mais dificuldade em aceitar a gestação, segundo o relato das GARs, foi o pai do bebê da gestação atual e sua família (soma percentual da não aceitação, mais ou menos e, só mais tarde. Essa soma correspondeu, para o primeiro e a segunda anteriormente citados, respectivamente, 25% e 28%).

orientação e 33,2% delas referiram que não receberam nenhuma.

Neste trabalho, pôde-se verificar que a maior parte das GARs que compuseram a amostra fez uso de métodos contraceptivos antes da primeira relação sexual. Assim sendo, 61,1% delas fizeram uso de algum método contraceptivo: preservativo masculino ocasional (31,5%),

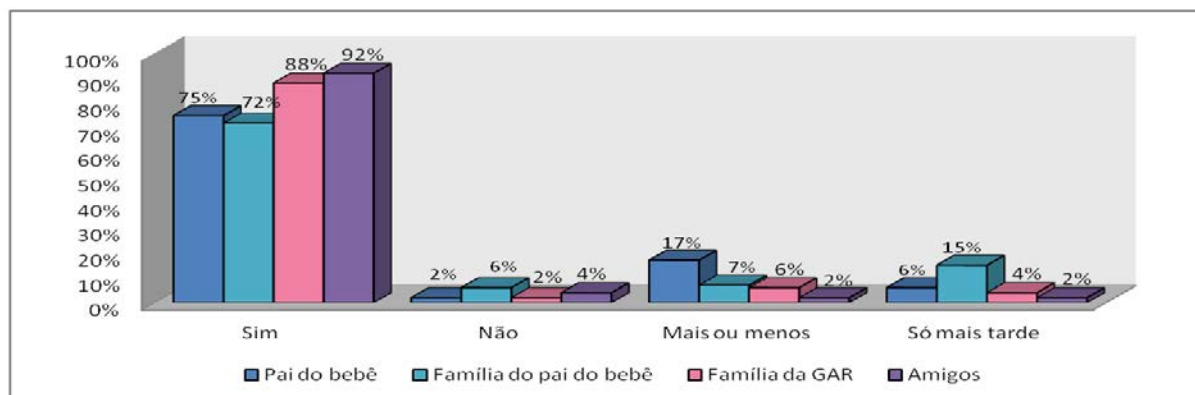


Figura 3. Demonstração percentual do sentimento de aceitabilidade da gestação atual demonstrada pelas pessoas que faziam parte do contexto familiar e social das gestantes adolescentes reincidentes (GARs).

A terceira parte do protocolo foi voltada ao perfil ginecológico e sexual das adolescentes. Na figura 4 podem-se ver os dados referentes à menarca e sexarca das GARs.

pílula anticoncepcional oral (16,7%), tabelinha (11,1%), “outro” (1,85%). Nenhuma delas fez uso de dispositivo intrauterino e 39,9% disseram não ter usado método algum.

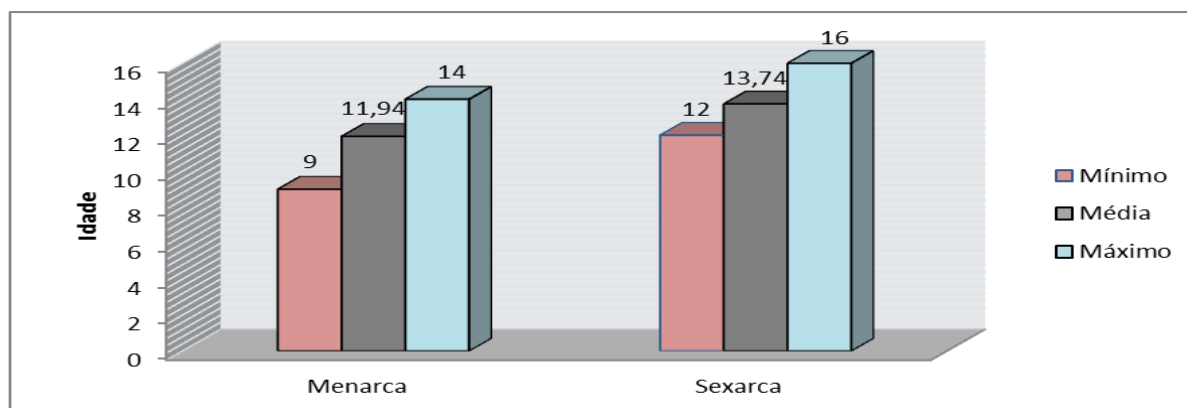


Figura 4. Distribuição da idade, em números absolutos, da menarca e sexarca das gestantes adolescentes reincidentes (GARs).

As componentes da amostra foram questionadas em relação a alguma informação sexual educativa que pudessem ter recebido antes de iniciar sua vida sexual ou engravidar. Considerando a pergunta feita, 66,8% das GARs disseram ter recebido alguma informação/

A pesquisa procurou investigar também a ocupação atual das participantes do estudo, de seus companheiros, de membros da família e amigos. A maior parte das GARs (57%) só estudava antes de engravidar, 15% delas só trabalhavam, 17% estudavam e trabalhavam

e 11% não estudavam e nem trabalhavam. Sobre os pais dos bebês, as GARs referiram que 9% só estudavam antes da gestação, 61% só trabalhavam, 28% estudavam e trabalhavam e 2% não estudavam e nem trabalhavam.

Visando identificar projetos pessoais futuros após as gestações, perguntou-se às GARs o que pretendiam fazer após o nascimento do bebê. Desta forma, 24% delas pretendiam só estudar, 43%, só trabalhar, 13%, estudar e trabalhar e 20% não pretendiam ter outra ocupação além dos trabalhos domésticos e cuidar dos filhos. Essas últimas alegaram alguns motivos para ficarem em casa, quais sejam: 36% desejavam apenas cuidar das crianças, em 28% dos casos os companheiros ou os pais dos bebês não queriam que elas saíssem de casa, 20% não tinham mais vontade de estudar e 5,6% não desejavam trabalhar fora de casa. Já entre os pais dos bebês da última gestação, nenhum deles pretendia apenas estudar, pois 78% pretendiam só trabalhar, 22% pretendiam estudar e trabalhar após o nascimento do bebê e nenhum deles, segundo as GARs, ficou sem referir alguma ocupação pretendida. Perguntou-se, também, sobre os diversos tipos de apoio que teriam recebido durante a última gestação. A figura 5 demonstra estes achados.

se referem à sua repetição nesse período da vida, muitas vezes, inclusive, com curto espaço de tempo entre uma e outra gestação.

Um dado relevante que se observou ao coletar os elementos que preencheram o protocolo desta pesquisa foi a pequena diferença entre as médias das idades da menarca das meninas e as de sua iniciação sexual que foi de, aproximadamente, dois anos. Este intervalo de tempo entre estes dois eventos (menarca e sexarca) é concordante com o encontrado por Cunha, Monteiro e Reis (1998) que, inclusive, afirmaram que o intervalo entre a sexarca e a primeira gestação foi de dois ou três anos. Neste estudo a idade média das mães que já tinham mais de uma gravidez foi de cerca de 17,7 anos.

Ressalta-se a importância destes fatores que serão, na realidade, os que continuarão a ter implicações relevantes na vida da adolescente após o parto e que podem trazer repercussões ao longo de toda a sua vida. Geralmente tais fatores têm um espectro amplo, que caminha do pessoal ao social, mais negativo do que positivo e, segundo o relato de uma delas, “respinga para toda a vida” (CAMPOS VELHO, 2003; CAMPOS VELHO; MORAIS, 2001; EURE; LINDSAY; GRAVES,

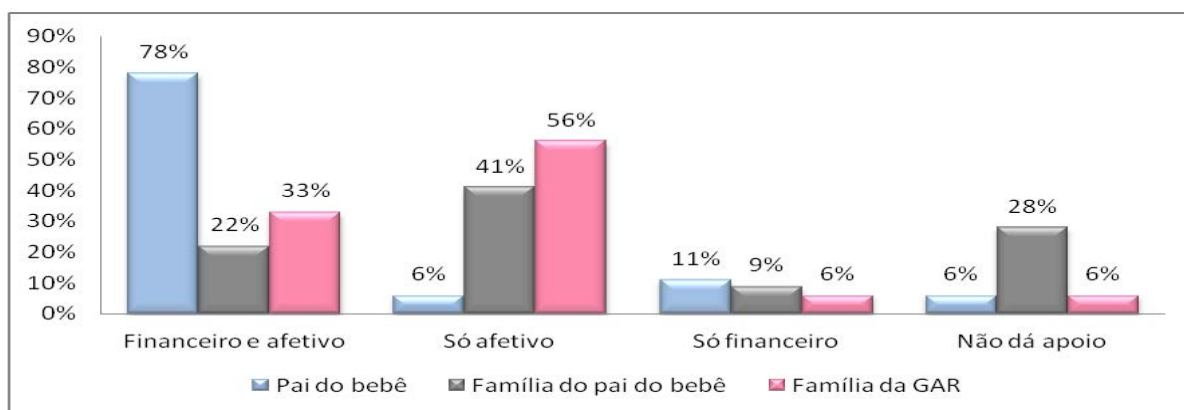


Figura 5. Distribuição percentual demonstrativa dos tipos de apoio, referidos pelas gestantes adolescentes reincidentes (GARs), recebidos na gestação atual pelos pais dos bebês, pelas famílias dos pais dos bebês e pelas famílias das próprias GARs.

4 DISCUSSÃO

Faz-se importante ressaltar que os estudos que consideram a gravidez na adolescência em si, sem considerar sua reincidência são extremamente frequentes na literatura, o que já não ocorre com os trabalhos que

2002; MUNITZ; SILBER, 1992; MOCCELLIN et al., 2010; PARIZ; MENGARDA; FRIZZO, 2012). O percentual de 19,9 de reincidência encontrado corrobora os relatos da literatura nacional e mundial acerca do tema nos países em processo de desenvolvimento equivalente ao Brasil. Bruno et al. (2009) referiram que são escassos

os trabalhos na literatura mundial sobre reincidência de gravidez na adolescência e os índices variavam de 25 a 50%.

No entanto, uma pesquisa realizada na Universidade Federal do Ceará demonstrou percentuais de reincidência gestacional em níveis superiores, ao redor de duas vezes o percentual encontrado no sul do Brasil. Na pesquisa realizada no nordeste, os autores referiram que a gestação na adolescência repete-se muitas vezes, ainda nessa faixa etária, chegando a 50% a taxa de reincidência no segundo ano pós-parto. Em serviços especializados para mães adolescentes, ocorre em até 39% das vezes, nos dois anos subsequentes à gravidez juvenil (CUNHA; BRUNO, 2007; SANTOS et al., 2009; ROSA; REIS; TANAKA, 2007).

Em Santa Maria - RS, observou-se, no estudo retrospectivo, que 79% delas tiveram duas gestações antes dos 20 anos, 19%, três gestações, 2%, quatro gestações e 0,5%, cinco gestações ou mais. A maioria dos artigos consultados refere-se à reincidência gestacional sem apontar o número de partos ou abortos que as jovens tiveram. Aborda-se mais as idades em que as mulheres engravidaram, o intervalo entre as gravidezes dentre outros fatores. No entanto, concorda-se com esses autores quando afirmam que tais dados são alarmantes, sobretudo ao se considerar a idade em que ocorrem e a gama de implicações que a gravidez precoce traz para todos os envolvidos no contexto da prenhez juvenil (CAMPOS VELHO, 2003; BRUNO et al., 2009; SURITA et al., 2011).

As GARs responderam um protocolo com perguntas sobre sua vida e a dos familiares que estavam mais envolvidos com a última gravidez (sua mãe, o pai de seu bebê, seus amigos), sobre a gestação em si e sobre diversas questões físicas e psíquicas a ela relacionadas (SANTOS et al., 2009). Ressalta-se que conhecer esses aspectos foi um dos principais objetivos do trabalho. Assim, para analisar de forma mais adequada as questões que circundam a reincidência na gestação, considerou-se importante estudar, além das facetas biológicas supracitadas, o que é menos frequente. A literatura consultada informa, no mais das vezes, o *status* socioeconômico e educacional das adolescentes, de sua

família e de todas as pessoas que compõem o grupo que circunda o fenômeno “gestação na adolescência” na primeira vez em que tal evento ocorre (CAMPOS VELHO; MORAIS, 2001; EURE, LINDSAY; GRAVES, 2002; MUNITZ; SILBER, 1992; PARIZ; MENGARDA; FRIZZO, 2012). Pontua-se, desta forma, que o estudo desses mesmos fatores, nas gestações repetidas é menos frequente.

Sabe-se que a gestação na adolescência ocorre prioritariamente nas classes econômicas menos favorecidas e está vinculada, conforme demonstram vários estudos, ao tipo de raças e etnias. No presente trabalho, a maior parte das famílias envolvidas no processo da gestação juvenil (63%) tinha renda familiar entre um e dois salários mínimos ou não apresentava renda fixa. Sabe-se que um dos fatores fortemente vinculados à problemática é o nível socioeconômico baixo das mulheres e suas famílias (MOCCELLIN et al., 2010; SILVA et al., 2013; RIGSBY; MACONES; DRISCOLL, 1998).

As GARs eram predominantemente de cor branca (50%), solteiras (61%) e provenientes de Santa Maria. Um fato relevante que ficou demonstrado foi a respeito do lugar de proveniência das adolescentes. Um número expressivo delas (40,07%), procedentes de Santa Maria, era oriundo de bairros pobres que fazem parte do conjunto habitacional conhecido como “Sem Teto”. Este lugar é conhecido no município pela sua infraestrutura extremamente deficitária, sem um sistema adequado de saneamento básico, com muitas moradias sem água e esgoto e habitado por pessoas e famílias com baixa renda. A maioria dos autores refere, igualmente, que a pobreza é um fator de risco para a ocorrência de gravidezes repetidas (SILVA et al., 2013; PARIZ; MENGARDA; FRIZZO, 2012; BRUNO et al., 2009).

É preciso lembrar a situação de pobreza, de marginalidade e de exclusão social em que vivem milhões de adolescentes brasileiros. Mesmo com taxas de gravidez na adolescência alarmantes, ainda existem, no Brasil, poucos programas governamentais voltados preventivamente para este aspecto e, quase nenhum suporte financeiro ou preparatório para o trabalho é oferecido pelas esferas oficiais, às meninas que se tornaram mães precocemente (MOCCELLIN et al., 2010;

PARIZ; MENGARDA; FRIZZO, 2012; BRUNO et al., 2009; ROSA; REIS; TANAKA, 2007).

Nos EUA, as taxas de gravidez na adolescência são igualmente altas, mas há referências de diversos programas de ajuda, prevenção e reintegração das jovens e/ou seus companheiros ao meio social. Esses programas apresentam custeio e subvenção governamental, além de auxílio financeiro específico, para a própria adolescente e seu filho, com o intuito de proporcionar sua reinserção na sociedade, abrindo oportunidade em diversos aspectos, do educacional ao profissional, do psicológico ao social como um todo e, deste modo, procurando unir esforços para prevenir outras gravidezes no período adolescente. Para receber esse apoio, a mãe adolescente precisa cumprir com os requisitos dos programas socioeducativos e preventivos. Da mesma forma, os homens que se tornaram pais e, principalmente, se eram também adolescentes, tornaram-se parte integrante dos programas sociais propostos, com o objetivo de ampliar o processo para além de um problema essencialmente feminino e implicar o casal a comprometer-se com a situação (SCHIRO et al., 2012; BERLOFI et al., 2006; MOCCELLIN et al., 2010; COLEY; CHASE-LANDSDALE, 1998; ASTONE, 1993; BREWSTER; BILLY; GRADY, 1993; GUTTMACHER INSTITUTE, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b).

A questão educacional deficitária vincula-se, fortemente, ao início sexual precoce e à gravidez na adolescência (BERLOFI et al., 2006; SILVA et al., 2013; PARIZ; MENGARDA; FRIZZO, 2012; BRUNO et al., 2009). Nesta pesquisa evidenciou-se a baixa escolaridade de todas as pessoas envolvidas no processo da gravidez juvenil (mãe adolescente, pai do bebê e mãe da adolescente), sendo que 75% das mães adolescentes e 48% dos pais dos bebês da gestação atual cursaram entre a quinta e a oitava séries do ensino fundamental e somente 7% das GARs tinham o segundo grau completo, o que é plausível, uma vez que estavam ainda em idade aquém desse nível de estudos. Esses dados coincidem com a literatura mundial relacionada com o tema, demonstrando a forte vinculação entre educação precária e insuficiente e a gravidez na adolescência. Deste modo, evidencia-se o agravamento da situação facilitando a reincidência gestacional em

idade precoce (SANTOS JÚNIOR, 1999; BRUNO et al., 2009; ROSA; REIS; TANAKA, 2007; RIGSBY; MACONES; DRISCOLL, 1998).

A OMS, no ano de 2012, apontou que 16 milhões de meninas e mulheres jovens dão à luz a cada ano, perfazendo um percentual maior que 11% de todos os nascimentos no mundo. A proporção de nascimentos que tem lugar durante a adolescência é ao redor de 2% na China, 18% na América latina e Caribe e mais de 50% na África Subsaariana (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b).

Assim sendo, a depender da cultura e do desenvolvimento do país têm-se realidades diferentes relativas ao tema em questão, ou seja, as taxas de gravidez nas mulheres com idade inferior aos 18 anos são muito baixas, comparativamente aos menos desenvolvidos e pobres. O Japão apresenta neste caso, da gravidez na adolescência, um dos percentuais mais baixos do mundo (ao redor de 1%). Países europeus como a Holanda, Inglaterra, Suécia, Itália, Espanha apresentam percentuais de gravidez na adolescência ao redor de 5% (GUTTMACHER INSTITUTE, 2013).

A *United Nations Population Fund* (2013) comparou, em números absolutos, os nascimentos registrados na faixa etária dos 15 aos 19 anos, por 1.000 mulheres, e obteve os seguintes dados, respectivamente, para países desenvolvidos, em desenvolvimento e países não desenvolvidos: 25, 57, 112. Os estudos são claros ao demonstrar os aspectos negativos vinculados à questão, sejam obstétricos, neonatais ou socioeducacionais. As conclusões são contundentes ao demonstrar que, no aspecto obstétrico, ocorre mais partos prematuros, hipertensão na gestação, maior prevalência de cesarianas e infecções sendo, inclusive, uma das principais causas de morbimortalidade entre adolescentes em diversos países do mundo (CUNHA, MONTEIRO e REIS, 1998; MOCCELLIN et al., 2010; SURITA et al., 2011). Os bebês prematuros têm uma maior necessidade de internações em unidades de tratamento intensivo neonatal, assim como os problemas associados a isso e deles decorrentes (DUARTE; SIMÕES, 1998; SURITA et al., 2011).

Além das questões biológicas relacionadas à gravidez precoce, aspectos sociais e psíquicos estão,

do mesmo modo, fortemente vinculados à questão, com repercussões de longo prazo, como já citado. Tais aspectos, frequentemente, são mais difíceis de serem corrigidos e/ou reconduzidos: a efetivação de uma educação escolar completa e a qualificação profissional deficitária que geram dificuldade de acesso ao mercado de trabalho, bem como maiores índices de instabilidade conjugal com mais separações e divórcios (CAMPOS VELHO, 2003; MOCCELLIN et al., 2010; CUNHA; FREIRE, 1998). Da mesma forma, há relatos de que a imaturidade emocional da mãe adolescente *pode* repercutir negativamente no estabelecimento de relações afetivas com o filho, gerando, inclusive, uma maior incidência de maus tratos às crianças (PAIVA; CALDAS; CUNHA, 1998). Todos os fatores relacionados concorrem para um aumento do risco de agravos à saúde física e emocional da adolescente e de seu filho.

Nesta pesquisa foi verificado que, provavelmente devido à faixa etária em que se encontravam, mais da metade das jovens apenas estudava (52%) e frequentava o ensino fundamental. Contudo, também seus companheiros, em geral dez anos mais velhos, apresentaram, igualmente, baixa escolaridade, assim como as mães das GARs. Tal fato pode representar a manutenção de um círculo vicioso movimentado sempre numa mesma direção: educação escassa, dificuldade de acesso ao trabalho digno e bem remunerado e pobreza.

Os achados também mostraram que a maioria das pessoas próximas envolvidas no processo gestacional da jovem apresentou boa aceitabilidade da nova gravidez. Possivelmente esses dados encontram-se vinculados à situação social das jovens mães e de suas famílias, em geral pobres e que, segundo a literatura, vinculam a gravidez e a maternidade à ascensão social. Isso porque, conforme observado, os pais dos bebês, que eram, em sua maioria (78%), dez anos mais velhos que as jovens, ofereceram auxílio econômico e afetivo às parceiras que engravidaram. A aceitação da gravidez pela sociedade e pelas famílias envolvidas apresenta, geralmente, uma tendência diversa e oposta, em classes sociais e econômicas mais elevadas (CAMPOS VELHO, 2003).

Ao serem questionadas em relação aos seus planos pessoais futuros, sobre seus relacionamentos e

sobre o futuro dos filhos, muitas disseram que pretendiam apenas cuidar destes. Poucas se referiram ao fato de criar e buscar novas perspectivas de projetos pessoais futuros e de construção pessoal integral. Verifica-se que esta parte importante de educação para a vida e também para a saúde é praticamente ausente de suas experiências. Contudo, essa possibilidade, se bem concretizada, com programas de reinserção educacional, profissional e sociais de longo prazo, pode representar a diferença na vida dessas pessoas e de suas famílias (CAMPOS VELHO, 2003; SCHIRO et al., 2012; FAGIM; MATOS; CUNHA, 1998; BARATIERI; CAZETTA; MARCON, 2011).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelos dados expostos, verifica-se a necessidade de reforçar – em todos os âmbitos – a questão da educação para a saúde e auxiliar a evitar, tanto quanto possível, que as jovens engravidem precocemente e, de forma mais comprometedora, que venham a reincidir nas gestações em curto espaço de tempo. Isso pode intervir e desviar toda a perspectiva de vida futura das pessoas em qualquer classe social.

Para tal, os serviços de saúde devem aportar condições de auxiliar a educação das(os) jovens. É relevante ressaltar a integração da perspectiva de gênero nesta abordagem educativa, principalmente na área afetivo-sexual, pois auxiliar na aquisição das possibilidades e potencialidades das mulheres pode, em primeira instância, auxiliar a postergar uma gravidez. Entende-se que essa é uma mudança fundamental e que, portanto, deve se fazer presente nos serviços de educação e saúde. É preciso ir além da mera informação reprodutiva ou anticonceptiva. Contudo, ressalta-se que apenas informação, comprovadamente, não modifica favoravelmente nenhuma estatística para que seja possível diminuir a alta prevalência gestacional entre mulheres adolescentes, e as gravidezes juvenis continuam acontecendo de forma inoportuna e não planejadas. A abordagem necessita aportar outras vias (gênero) e outras tentativas, pois a informação está presente de forma crescente, mas parece não tocar as

jovens de maneira efetiva, ou seja, não ocasiona alterações comportamentais significativas.

De todas as formas, ao lado dessa tarefa difícil, mas importante, das mudanças de mentalidades, continua sendo fundamental informar às (aos) jovens como se prevenir, na prática, de uma gravidez não planejada e, principalmente, que ela não venha a ocorrer mais de uma vez em idade precoce. Se este ciclo não sofrer um corte e uma significativa mudança de visões e atitudes, principalmente entre meninas jovens e pobres, a tendência é a manutenção desta, em geral, nociva realidade.

REFERÊNCIAS

- ASTONE, N. M. Are adolescent mothers just single mothers? *Journal of Research on Adolescence*, v. 3, n. 4, p. 353-371, 1993.
- BARATIERI, T.; CAZETTA, V.; MARCON, S. S. Reincidência gestacional na adolescência: percepções da jovem mãe. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 10, n. 1, p. 19-26, jan./mar. 2011.
- BERLOFI, L. M. et al. Prevenção de Reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo, v. 19, n. 2, p. 196-200, 2006.
- BREWSTER, K. L.; BILLY, J. O. G.; GRADY, W. R. Social context and adolescent behavior: The impact of community on transition to sexual activity. *Social Forces*, v. 71, n. 3, p. 713-740, 1993.
- BRUNO, Z. V. et al. Reincidência de gravidez em adolescentes. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 31, n. 10, p. 480-484. 2009.
- CAMPOS VELHO, M. T. A. **Gestação na adolescência: um marco na construção de vida do ser-mulher**. 2003. 347f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.
- CAMPOS VELHO, M. T. A.; MORAIS, E. N. de. A gravidez na adolescência. In: MORAIS, E. N.; MAUAD FILHO, F. (Org.). **Medicina Materna e Perinatal**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 237-241.
- COLEY, L. R.; CHASE-LANDSDALE, L. Adolescent pregnancy and parenthood. *American Psychologists*, v. 53, n. 2, p.152-166, 1998.
- COWDEN, A. J.; FUNKHOUSER, E. Adolescent pregnancy, infant mortality, and source of payment for birth: Alabama residential live births, 1991-1994. *The Journal of Adolescent Health*, Alabama, v. 29, n. 1, p. 37-45, 2001.
- CUNHA, A. A.; FREIRE, S. M. Parto na adolescência: experiência do Hospital Universitário. In: MONTEIRO, D. L. M.; CUNHA, A. A.; BASTOS, A. C. **Gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. p. 107-114.
- CUNHA, A. A.; MONTEIRO, D. L. M. Gravidez na adolescência como problemas de saúde pública. In: MONTEIRO, D. L. M., CUNHA, A. A., BASTOS, A. C. **Gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. p. 31-42.
- CUNHA, A. A.; MONTEIRO, D. L. M.; REIS, A. F. F. Fatores de risco da gravidez na adolescência. In: MONTEIRO, D. L. M., CUNHA, A. A., BASTOS, A. C. **Gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. p. 43-56.
- CUNHA, S. M.; BRUNO, Z. V. Reincidência de gravidez na adolescência. *Femina*, v. 35, n. 11, p. 719-722, nov. 2007.
- DUARTE, J. L. M. B.; SIMÕES, H. V. In: MONTEIRO, D. L. M., CUNHA, A. A.; BASTOS, A. C. **Gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. p. 116-120.
- EURE, C. R.; LINDSAY, M. K.; GRAVES, W. L. Risk of adverse pregnancy outcomes in young adolescent parturients in a inner-city hospital. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, v. 186, n. 5, p. 918-920, 2002.
- FAGIM, I. G.; MATOS, H. J. de; CUNHA, A. A. Filhos de mães adolescentes. In: MONTEIRO, D. L. M.; CUNHA, A. A.; BASTOS, A. C. **Gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. p. 121-36.
- GUTTMACHER INSTITUTE. **Facts on the sexual and reproductive health of adolescent women in the deve-**

- loping world.** Disponível em: <<http://www.gutmacher.org/pubs/FB-Adolescents-SRH.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2013.
- MOCCELLIN, A. S. et al. Efetividade das ações voltadas à diminuição da gravidez não-planejada na adolescência: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** Recife, v.10, n. 4, p. 407-416, out./dez. 2010.
- MUNITZ, M.; SILBER, T. El embarazo entre adolescentes en América Latina. In: LÓPEZ, G. et al. (Ed.). **Salud reproductiva en las Americas.** Whashington, D.C: OPS/OMS, 1992. p. 96-131.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Saúde nas Américas.** Disponível em <http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?searchword=teen+pregnancy&ordering=newest&searchphrase=all&Itemid=80&option=com_search&lang>. Acesso em 12 abr. 2010.
- OUTEIRAL, J. O. **Adolescer:** estudos sobre adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- PAIVA, A. S. de; CALDAS, M. L. C. S.; CUNHA, A. A. Perfil psicossocial da gravidez na adolescência. In: MONTEIRO, D. L. M.; CUNHA, A. A.; BASTOS, A. C. **Gravidez na adolescência.** Rio de Janeiro: Revinter, 1998. p. 7-30.
- PARIZ, J.; MENGARDA, C. F.; FRIZZO, G. B. A atenção e o cuidado à gravidez na adolescência nos âmbitos família, político e na sociedade: uma revisão da literatura. **Saúde e Sociedade,** São Paulo, v. 21, n. 3, p. 623-636, 2012.
- RIGSBY, D. C.; MACONES, G. A.; DRISCOLL, D. A. Risk factors for rapid repeat pregnancy among adolescent mothers: a review of the literature. **Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology,** v. 11, n. 3, p. 115-126, 1998.
- ROSA, A. J.; REIS, A. O. A.; TANAKA, A. C. A. Gestações sucessivas na adolescência. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano,** v. 17, n. 1, p. 165-172, 2007.
- SANTOS JÚNIOR, J. D. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. **Cadernos Juventude Saúde e Desenvolvimento,** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999. p. 223-229.
- SANTOS, J. O. et al. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde,** São Paulo, v. 27, n. 2, p. 115-121, 2009.
- SCHIRO, E. D. B. D. et al. Características familiares y apoyo percibido entre adolescentes brasileños con y sin experiencia de embarazo. **Avances en Psicología Latinoamericana.** Bogotá (Colombia), v. 30, n. 1, p. 65-80, 2012.
- SILVA, A. A. A. et al. Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência em uma maternidade escola: estudo caso-controle. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 496-506, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 maio 2013.
- SOUZA, R. P. de; COSTA, M. C. O.; GOMES, W. A. Educação para a sexualidade. In: COSTA, C. O. M., SOUZA, R. P. (Org.). **Adolescência: aspectos clínicos e psicossociais.** Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 283-288.
- SURITA, F. G. C. et al. Fatores associados ao baixo peso ao nascimento entre adolescentes no Sudeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia,** v. 33, n. 10, p. 286-91, 2011.
- UNITED NATIONS POPULATION FUND. **Motherhood in childhood: facing de challenge of adolescent pregnancy.** Disponível em: <<http://www.unfpa.org/swp>>. Acesso em: 7 fev. 2013.
- VITIELLO, N. et al. **Gestação na adolescência: adolescência hoje.** Comissão Nacional de Estudos sobre Adolescência. São Paulo: Roca, 1988.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Adolescent development.** Disponível em: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/#>. Acesso em: 7 fev. 2013a.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adolescent pregnancy.** Disponível em: <http://www.who.int/maternal_

child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/en/>. Acesso em: 7 fev. 2013b.

Recebido em: 01 de junho de 2014

Aceito em: 17 de agosto de 2014