1 INTRODUÇÃO

No contexto do planejamento familiar, a gravidez ocorre no período em que são desejadas. Várias gestações, no entanto, sucedem em momentos não planejados. Boa parte dessas gestações é assumida, onde as mães se conformam com a situação e levam ao nascimento de bebês, trazendo felicidade para mães e bebês. Mas, outras são persistentemente rejeitadas, o que pode resultar em abortamentos, o que proporciona várias complicações para a mulher, relações mãe-filho conflituosas e abandono de recém-nascidos (BRASIL, 2013).

Toda relação sexual induz potencialmente à gravidez e para que ela não ocorra, algumas precauções anticonceptivas eficazes devem ser tomadas. Na atualidade, a gestação mesmo sendo teoricamente fácil de evitar, ainda continua significando um dos problemas de saúde pública, sendo difícil impedir sua ocorrência. (BRASIL, 2013).

Há um número elevado de gravidez não planejada na adolescência, que segundo Eisenstein (2005), esta fase é o caminho entre a infância e a vida adulta, vivenciado pelos acometimentos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive.

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990, a adolescência é o período de vida desde os 12 aos 18 anos de idade. O estatuto, estabelecido pela Lei 8.069 de 13 de julho de 1990, tem como princípio a garantia de proteção integral as crianças e adolescentes. Esta Lei é um marco legal e regulatório dos direitos humanos de crianças e de adolescentes, com finalidades sobre direitos e obrigações das crianças e dos adolescentes, pais, gestores públicos, profissionais da saúde e conselhos tutelares (FUNDAC/RN, 2014).

No início desta faixa etária, a ejaculação e a menstruação indicam que eles estão férteis, aptos a procriar. A vida sexual precoce e sem uso de preservativos geralmente acarreta consequências, como doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada, gerando vários problemas biopsicossociais na vida desses indivíduos (REIS *et al*., 2014).

O autor acima ainda refere que a gravidez precoce é uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas à sexualidade nesta fase, com sérias implicações para a vida dos adolescentes envolvidos, de seus filhos que nascerão e de suas famílias, a gravidez ocorre geralmente entre a primeira e a quinta relação, sendo o parto normal a principal causa de internação de brasileiras entre 10 e 14 anos.

Reis *et al*. (2014) a sexualidade humana vai se formando de acordo com a cultura e relações no grupo em que está inserido. No desenvolvimento do indivíduo, a família possui

papel primordial na educação sexual. Os jovens precisam de disciplina, confiança, independência e orientação para que tenham capacidade de enfrentar questões referentes à sexualidade, valores, sentimentos e suas emoções.

Nesse contexto de informação à sexualidade, pesquisas apontam que a maioria das famílias não esclarece sobre os riscos de infecção sexualmente transmissível (IST), gravidez precoce e suas consequências (TEIXEIRA; *et al*., 2013).

Verifica-se que o começo da vida sexual ocorre em condições desiguais para as adolescentes, confirmado nas diferenças de gênero, entre distintas categorias socioeconômicas, culturais, étnicas e de raça/cor, nas relações de poder entre gerações e na discriminação pela orientação sexual (SOARES; LOPES, 2011).

Nos últimos anos, em todo o Brasil, ocorreu um elevado índice de gravidez na adolescência, grupo considerado mais predisposto à gestação de alto risco (BRASIL, 2009). Observando os dados dos casos de gravidez na adolescência, quase todas as regiões de Mato Grosso obtiveram percentuais acima da média nacional e estadual, exceto Sinop que conseguiu o melhor desempenho.

Estes resultados apontam a necessidade de que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem inserir novas formas de comunicação e abordagem nas práticas de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde específica para essa faixa etária. A Política Nacional de Atenção Básica é a reordenadora da rede de atenção, que é constituída por um conjunto de atuações de saúde, no campo individual e coletivo, que envolvem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. (BRASIL, 2014).

Segundo Cabral (2010) *apud* LELIS (2014) atribuem os seguintes fatores para gestação precoce: a pobreza, baixa escolaridade, ausência de perspectivas futuras, e a não aceitação do uso de preservativo com o parceiro. Portanto, mulheres com maior vulnerabilidade social não conhecem seus direitos sobre a reprodução, o que dificulta o acesso aos métodos contraceptivos, uso inadequado dos mesmos, descontinuidade na oferta do anticoncepcional pelo serviço, que levam ao desinteresse da procura da assistência.

A gravidez indesejada na adolescência é prejudicial, tanto para a adolescente quanto para a família, resultando em baixa autoestima, problemas emocionais, evasão escolar por causa de questões culturais, vergonha, preconceitos e a desestrutura familiar (REIS, 2014).

Nas conferências mundiais a respeito de população, destaca-se a importância da educação para solucionar as dificuldades vinculadas ao desenvolvimento demográfico e suas implicações, e dando ênfase na educação sexual (REIS, 2014).

Desse modo, o estudo apresenta como objetivo traçar o perfil socioeconômico das adolescentes gestantes atendidas nas UBS no município de Sinop, relacionando os fatores que influenciam para uma gravidez indesejada na faixa etária dos 12 aos 17 anos de idade. Realizado através de uma pesquisa exploratória e descritiva com base em um questionário estruturado aplicado em adolescentes grávidas.

2 JUSTIFICATIVA

A escolha pelo tema ocorreu pelo fato de observar inúmeros casos de gravidez não planejada em adolescentes de diversas faixas etárias na Unida Básica de Saúde (UBS) União do município de Sinop - MT, no período de Estágio Supervisionado I, do 8° semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, *Campus* Sinop, em 2014.

Esta temática trata-se de um problema de saúde pública, uma vez que limita ou adia as possibilidades de desenvolvimento e engajamento na sociedade. O período gravídico e a maternidade na adolescência, muitas vezes exercem consequências negativas sobre a qualidade de vida, uma vez que prejudicam as condições de estudo e intensificam as dependências dos familiares, acrescido, implicações desfavoráveis na perspectiva de vida e trabalho (MICHELAZZO *et al*., 2004).

A expectativa em traçar o perfil dessas gestantes e fatores relacionados que levam ao problema citado anteriormente, visa à contribuição para a população, para que os profissionais de saúde e gestores municipais fiquem cientes dos fatores a serem trabalhados para diminuição dos casos futuros, para elaboração de campanhas que visem o cuidado com a educação em saúde, voltado ao envolvimento dessas jovens, familiares e sociedade. Com foco para as múltiplas causas deste fenômeno, possibilitará uma melhor atuação para minimizar o problema e seus impactos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Traçar o perfil socioeconômico de gestantes atendidas nas UBS (Unidade de Saúde da Família Boa Esperança, Unidade de Saúde da Família São Cristóvão, Unidade Saúde da Família Dr. Carlos Scholtão, Centro de Saúde Jardim das Oliveiras, Unidade de Saúde da Família União e Unidade de Saúde da Família Vitória Régia) do município de Sinop, bem como, rastrear a ocorrência da gravidez não planejada/indesejada, de modo a identificar os fatores que levaram ao problema.

3.2 Objetivos Específicos

- Avaliar o perfil social e econômico das adolescentes com gravidez não planejada/indesejada que realizam o pré-natal nas unidades de saúde, como nível de escolaridade, renda familiar, raça/cor, faixa etária, situação conjugal, situação ocupacional;
- Identificar os principais fatores que levam a gravidez não planejada;
- Verificar a ocorrência da gravidez não planejada ou indesejada;
- Averiguar se há dificuldades de acesso à unidade básica de saúde.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Reprodução Humana

Por meio da gametogênese masculina e feminina a natureza proporcionou a fertilidade e a capacidade dos seres humanos de gerar filhos, através do coito entre a mulher e homem. A reprodução é o mecanismo essencial para perpetuação da espécie humana, esse evento é possível quando a mulher atinge a fase em que ocorre a menarca até a menopausa, já o homem inicia-se na puberdade e pode ocorrer durante toda vida.

As relações entre sexo e reprodução estão tão ligadas, que é impossível falar da sexualidade, sem considerar essas relações, na reprodução, desde o coito, a gestação, o parto e a amamentação. A procriação, o número de filhos, e a socialização das crianças são socialmente organizados e controlados, embora a reprodução humana seja vista como um processo biológico ou natural. A reprodução biológica das populações humanas é essencial e, muitas vezes, sendo influenciada e determinada pela da sociedade ou sistemas sociais (LOYOLA, 2003).

A reprodução humana é um acontecimento biológico que resulta em indivíduos que altera o perfil e número da população, com interferência na economia e nas inclusões de parentesco, e, por conseguinte, passa por apropriação cultural e controle social, (RODRIGUES, 2006). Portanto, como a reprodução humana também atinge aos interesses políticos e econômicos, é coerente a intervenção estatal, o que se estabelece a questão no campo do direito público, delimitando os interesses simplesmente individuais e coletivos.

A Constituição Federal de 1988, no seu art. 226, estabelece que “a família está protegida pelo estado.” Que garante ao direito ao planejamento familiar livre, conforme estabelece o: Art. 226, parágrafo 7° sendo fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é de livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas. (BRASIL, 2005).

No Brasil foi criada a Lei 9.263/1996, que garantiu a todos o direito ao planejamento familiar, a garantia à saúde reprodutiva e a decisão do aumento ou limitação do número de filhos, deste modo, se as pessoas tem o direito de organizar suas vidas reprodutivas, com

liberdade de gerar seus filhos pelo método que melhor lhe agradar. A Constituição protege o ato inicial, a procriação, e com isso delimita três dos princípios que ultimamente guiam nosso direito civil: sendo o da personalidade, da autonomia da vontade e o princípio da responsabilidade (BRASIL, 2005).

Corrêa *et al*. (2003) menciona que um dos avanços principais em relação à sexualidade e reprodução, trazido pela IV Conferência Internacional sobre a Mulher, realizada em Pequim em 1995, foi definir como diretriz a "prevenção das restrições de direito que favorecem a vulnerabilidade das pessoas".

Assim, conforme consta no Marco Referencial em Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescente e Jovem, progrediu nessa Conferência com o significado dos direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos. Contudo, originou uma maior visibilidade aos direitos sexuais, sendo expressos em seu sentido de forma mais autônoma em relação aos direitos reprodutivos, ao mesmo tempo em que estes direitos são afirmados como condições para a conquista da igualdade de gênero. É notório, que até hoje se avançou mais, em termos de discurso e prática, no campo dos direitos reprodutivos do que no dos direitos sexuais (CORRÊA *et al.*, 2003).

Nessa Conferência, os direitos sexuais e direitos reprodutivos são definidos como:

> Direito de controle e decisão, de forma livre e responsável, sobre questões relacionadas à sexualidade, incluindo-se a saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens, no que diz respeito à relação sexual e reprodução, incluindo-se o respeito à integridade, requer respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades pelos comportamentos sexuais e suas consequências. (HERA, 1999).

Brasil (2014) refere que por mediação do departamento de DST/AIDS e o Ministério da Educação inseriram, em 2003, o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), com o intuito de unificar os domínios da educação e saúde para a ampliação de atos direcionada à prevenção de saúde sexual e reprodutiva de adolescente para a redução dos índices de IST e à AIDS. Porém, Malta *et al.*, (2011) menciona que no ano de 2008, o Governo Federal elabora o Programa Saúde na Escola (PSE), porém as ações alcançaram poucas escolas, e almeja abordar a saúde sexual e reprodutiva nas escolas do país.

Com essa visão de que a reprodução humana necessita incluir toda população, há o incentivo de estudos diferentes que apontam à necessidade de novos conceitos, integralizando o sistema reprodutor com a sexualidade, abrindo um leque. Portanto, descobre-se a necessidade de discutir e orientar sobre conteúdo da anatomia, fisiologia, embriologia e

patológico, na fase da adolescência e puberdade, onde ocorre a curiosidade pelas mudanças anatômicas do corpo, com o objetivo de ensinar o adolescente de acordo com o interesse de conhecimento de cada um. Com o exposto acima, tem-se a perspectiva de diminuir as informações erradas para que eles possam ter uma vida sexual saudável, interferindo positivamente nas ações de saúde pública (MELLO *et al.*, 2013).

4.1.1 Anatomia e Fisiologia da Gravidez: mudanças anatômicas, fisiológicas e hormonais na mulher no período gravídico

Em uma mulher que seu ciclo menstrual é de vinte e oito dias a ovulação ocorre no décimo quarto dia após o início da menstruação. O ciclo sexual feminino é constituído por uma série de eventos biológicos para provocar a ovulação e, no caso de existir fecundação, levar à fixação do óvulo fecundado já na fase de blastocito, na parede uterina. Este ciclo tem a duração de cerca de vinte e oito dias, e repete-se desde a puberdade (aumenta a secreção de hormônios) que é o início da fase adulta, com a menarca ocorre cerca dos oito aos dezesseis anos de idade, até à menopausa, acontece entre quarenta e cinquenta anos de idade, começa com o ciclo menstrual irregular, e a ovulção muitas vezes não ocorre, depois de alguns meses o ciclo para totalmente (FERNANDES *et al.*, 2004).

Na menopausa, em relação àa perda do estrogênio, várias alterações fisiológicas marcantes aparecem, como rubor extremo da pele (fogachos), sensações psíquicas de dispnéias, irritabilidade, ansiedade, fadiga, raramente estados de psicóse diversos, diminuição a resistência e calcificação dos ossos do corpo inteiro, esses sintomas surgem em apenas 15% das mulheres e necessita de tratamento (GUYTON, 2006).

Quando a puberdade se inicia, a glândula hipófise secreta dois hormônios: o fulículo-estimulante (FSH) e o luteinisante (LH) e tem como função amadurecer o óvulo no ovário para ser liberado, e é acolhido pela trompa de Falópio, depois destinado pela trompa em direção ao útero. Então, o ovário produz os hormônios: estrogênios e progesterona. Na primeira metade do ciclo, os estrogênios estimulam a proliferação da mucosa uterina, que se vai se acumulando para receber o óvulo fecundado (ARAÚJO *et al*., 2007).

Segundo Fernandes *et al*. (2004) refere que a progesterona promove condições mais adequadas para que a gravidez possa progredir. Os dois hormônios sexuais ovarianos são os estrogênios que tem por função a proliferação e o crescimento de células específicas no corpo,

responsáveis pela formação de tecidos dos órgãos sexuais e outros tecidos relacionados à reprodução, ele torna a pele da gestante mais espessa e vascularizada. E as progestinas agem preparando o útero para a gestação e diminui as contrações uterinas impedindo a expulsão do óvulo implantado e os seios para a lactação, fazendo com que ocorra a proliferação das celulas alveolares, depois de preparadas às mamas, o leite é secretado por estímulo da proclatina.

No estrogênio temos o estradiol o hormônio mais importante dessa classe, que é secretado pelos ovários e depois uma grande quantidade pela placenta, da progestina é a progesterona secretada durante a última metade de cada ciclo ovariano pelo corpo lúteo, é secretada também pela placenta, principalmente depois do quarto mês de gravidez (FERNANDES *et al*., 2004).

O autor Fernandes *et al.* (2004) afirma também que a fecundação é a junção do óvulo e o espermatozoide, dando origem a um novo ser humano. Logo após da ejaculação do sêmen na vagina da mulher durante a relação sexual, vários espermatozoides são levados em direção ascentente da vagina devido às contrações do útero e as trompas de falópio, esse processo de transporte de esperma é estimulado pelas prostaglandinas no líquido seminal masculino e por ocitocinas secretada pela hipófise anterior da mulher durante o seu orgasmo, até as ampolas de falópio, mais perto das terminações ovariana das trompas.

Estão presentes no acrossomo várias enzimas, entre elas a hialuronidase que têm função principal no período da fecundação, as atividades das enzimas beneficiam a entrada do espermatozoide através da corona radiata e da zona pelúcida durante a ação da fertilização (ARAÚJO *et al*., 2007).

Segundo Guyton (2006) a fecundação ocorre em uma das ampolas de umas das trompas ovariana, antes do espermatozóide consiga adentrar o óvulo, ele precisa penetrar as células granulosas envolta no exterior do óvulo (a coroa radiata), e no decorrer fixar e penetrar na zona pelucida que circunda o óvulo, então começa a fase de desenvolvimento do oócito secundário, que se divide constituindo um óvulo maduro mais um segundo corpo polar, que é expelido contendo seu núcleo (agora pronúcleo feminino) com 23 cromossomos e um deles chamado de cromossomo X.

O espermatozoide ao entrar no óvulo sua cabeça incha originando em pronúcleo masculino com 23 cromossomos metade X e a outra Y, que se alinham com os cromossomos femininos dando origem a um complemento de 46 cromossomos (23 pares) no óvulo

fertilizado, portanto é possível determinar o sexo do feto através da combinação de cromossomos (GUYTON, 2006).

Fernandes *et al*. (2004) menciona, que depois desse processo é preciso de três a cinco dias para transportar o óvulo fertilizado, então ocorre uma corrente de líquido devido à secreção epitelial mais a ação do epitélio ciliado que reveste a trompa, que batem na direção da cavidade uterina, depois de três dias as progesteronas secretadas cada vez mais pelo corpo lúteo ovariano ativam os receptores e promovem o relaxamento tubular que permite a entrada do óvulo no útero, durante esse processo antes do óvulo entrar, ocorre à divisão celular, denominando-o de blastocisto, e uma grande produção de secreção é produzida pela trompa de falópio, para nutrir o blastocisto em desenvolvimento.

Ao entrar na cavidade uterina, ele demora de um a três dias para fixar – se no endométrio, a implantação ocorre no 5° ao 7° dia depois da ovulação, a nutrição é garantida através da ação das células trofoblásticas que se desenvolvem sobre a superfície do blastocisto, essas células secretam enzimas proteolíticas que digerem e liquefazem células adjacentes do endométrio uterino, tornando possível o sustento para crescimento do blastocisto (GUYTON, 2006).

O blastocisto e o endométrio uterino se proliferam constituindo a placenta e as membranas da gravidez. A placenta tem como função proporcionar difusão de nutrientes e oxigênio do sangue materno para o sangue do feto e difusão de resíduos de excreção do feto de volta para mãe. Mais tarde a membrana placentária se expande o que permite que as células fetais passem para a mãe (GUYTON, 2006).

Segundo Fernandes *et al.* (2004) na gravidez, a placenta forma grande quantidade de essências responsáveis por uma gestação normal, são elas: a gonadotropina coriônica humana, ela é secretada pelas células trofosblásticas sinciciais para os líquidos maternos, e pode ser detectado no sangue de oito a nove dias após a ovulação, e que tem efeito na persistência do corpo lúteo ao final do ciclo sexual feminino mensal, e a ausência da menstruação, atráves da estimulação do corpo lúteo a produzir mais progesterona e estrogênios nos meses seguintes.

O estrogênio secretado pela placenta e corpo lúteo, tem como função o aumento dos tecidos dos órgãos reprodutores feminino, como aumento do útero, mamas e genitália externa da mãe, causa mudanças e relaxa os ligamentos pélvicos, tornando as articulações sacroilíacas maleáveis, e a sinfíse pubiana elásticas, para facilitar a passagem do feto no canal do parto. A progesterona secretada pela placenta é importante para que as células decíduas desenvolvam-

se no endométrio, que são fundamentais para a nutrição do embrião incial, diminui as contrações uterinas evitando o aborto espontâneo, aumenta as secreções das trompas de falópio para o desenvolvimento da mórula e blastocisto, e do útero, ajuda o estrogênio a preparar as mamas (FERNANDES *et al*., 2004).

O autor ainda afirma que a somatomamotropina coriônica humana, secretada pela placenta, age no desenvolvimento parcial das mamas, algumas vezes causa a lactação, participação de formação de tecidos proteicos da mesma forma que faz o hormônio do crescimento, e diminui a sensibilidade e a utilização de glicose pela mãe, sobrando mais para o feto, a glicose é a principal fonte de energia usada pelo feto.

Algumas alterações no corpo materno devido à gravidez mais aparente são o excesso de hormônios e o aumento do tamanho dos órgãos sexuais, o útero pode aumentar cerca de 50 gramas para 1.100 gramas, aumento das mamas e vagina, os hormônios podem causar edema, traços masculinos ou acromegálicos e acne. O ganho de peso durante a gestação é cerca 11 kg, podendo ser cerca de 2 kg de líquido amniótico, da placenta e membranas fetais, e 3 kg do feto, o peso do bebê pode ser variado, os demais kilos são atribuidos ao corpo da gestante. O aumento da fome é normal por fatores hormonais e remoção de substratos alimentares do sangue materno pelo feto, é necessário um controle da dieta para evitar o ganho excessivo de peso (GUYTON, 2006).

Há sensação de calor excessivo por causa da maior secreção de hormônios. Ocorre o aumento geral do metabolismo, com a circulação de sangue através da placente, o débito cardíaco, aumento cerca de 30% a 40% acima do normal, na 27ª semana gestacional ele diminui um pouco, o volume de sangue tem aumento de 30% acima do normal devido à aldosterona e aos estrogênios, ocorre maior retenção de líquidos pelos rins, a medula óssea fica mais ativa e produz hemácias extras que são perdidas durante o parto, garantindo um fator de segurança para mãe.

A respiração materna aumenta cerca de 20% de oxigênio a mais que o normal, pelo aumento da taxa metabólica e tamanho da gestante. O volume de urina também é maior por ingerir mais líquido e excretar os resíduos. Aproximadamente 5% das grávidas sofrem um rápido aumento da pressão arterial a níveis hipertensivos, nos últimos meses de gestação, pode estar associado a uma grande perda de proteína na urina, isso denomina pré-eclâmpsia ou toxemia gravídica, por uma excessiva retenção de sal e água pelo rim materno e o ganho de peso, edema e hipertensão (FERNANDES *et al.*, 2004).

No parto, o hormônio ocitocina no útero é secretado pela hipófise para causar as contrações uterinas, a hipófise do feto também produz a ocitocina que promove excitação do útero, maior proporção de estrogênio e menor de progesterona aumentam a contratilidade uterina, os fatores mecânicos como distensão e irritação da musculatura uterina aumenta a contração e expulsão do feto (GUYTON, 2006).

De acordo com as mudanças fisiológicas que ocorrem no corpo feminino pela gestação, não eram vistas com normalidade pelo grupo de adolescentes estudadas e a presença da barriga não só as perturbavam como as incomodava.

Segundo Oliveira (2013), a adolescência é a etapa evolutiva do ser humano onde culmina todo o processo de maturação biopsicossocial. Entretanto, a adolescente não está preparada para esta súbita evolução em seu corpo, por isso, tal fato (gravidez na adolescência) gera tantos conflitos. As mudanças biológicas, somadas ao aspecto psicológico, geram nas adolescentes conflitos que as levam a ter uma gestação carregada de temores e insegurança que poderão influenciar todo o processo da gestação.

As mudanças no corpo são as mesmas de uma mulher adulta, porém as marcas que ficam costumam ter maior impacto na adolescente. Marcas como espinhas, estrias e dificuldade de voltar ao peso habitual. Existe o impacto de sobrecarregar um corpo ainda em crescimento, o que poderia justificar, por exemplo, menor peso do recém-nascido, abortamento, e prematuridade (OLIVEIRA, 2013).

As alterações nos seios, são logo notados, acrescem e ficam doloridos, as veias no local aparecem com mais visibilidade, os mamilos ganham mais pigmentação e maiores, seu formato e cor não voltam a ser como era antes, às vezes pode formigar, podendo apresentar colostro, no segundo trimestre de gravidez. Na adolescência as mamas estão se desenvolvendo, e crescendo, portanto fica mais evidente esse sinal de mudança na perspectiva das adolescentes. A pele da adolescente é mais firme do que a de uma mulher de 30 anos, Mesmo assim, a pele rasga enquanto a barriga e as mamas crescem, resultando em estrias, que são para sempre, aumento de distribuição de gordura no corpo (MONTEIRO *et al.*, 2009).

Na maioria das adolescentes as principais alterações no corpo, são: o aumento do abdômen, dos seios, a presença de estrias, manchas e varizes e a obesidade. Essas mudanças no corpo dessas adolescentes, procedentes da gestação, faz com que se sintam feias, gordas e sem valor, fora do padrão estético imposto pela sociedade, passa a rejeitar a autoimagem, proporcionando sentimento de baixa autoestima, isolamento social, dificultando as relações

pessoais, principalmente com o companheiro, que muitas vezes deixa claro a insatisfação das mudanças no corpo dessas jovens (ALVES *et al.*, 2011).

4.2 Fatores que Levam a uma Gravidez não Planejada

A gravidez na adolescência não é um fenômeno novo e nem mesmo uma regra geral da atualidade. Segundo Souza (2011), até no início do século XX, a gravidez entre a idade de 12 a 19 anos ainda era considerada acontecimento habitual para os padrões culturais e para os costumes vigentes, e que nesse século a taxa de fecundidade de meninas com idade inferior a 19 anos foi diminuindo, na maioria dos países, tornando a gravidez nessa faixa etária mal vista pela sociedade.

Ainda de acordo com Souza (2011), foi a partir da segunda metade do século XX, inicia-se o processo de separação entre sexo e procriação e a preservação da virgindade até o casamento foi perdendo seu significado moral. Neste contexto de transformação de comportamentos surgiu o fenômeno da "gravidez na adolescência" como elemento perturbador do desenvolvimento dos jovens.

Conforme Ozório (2005) a adolescência tem sido um fenômeno estudado por vários segmentos sociais e áreas da ciência. Nas últimas décadas, esta fase da vida tem sido considerada como um momento crucial do desenvolvimento humano.

Com relação aos motivos do aumento no número de gestações em adolescentes, Dias e Teixeira (2010) considera como aspecto relevante a mudança ocorrida no controle exercido pelas famílias em relação aos filhos. Afirma que este controle dos pais tem sido relaxado, os filhos tem maior liberdade de ação e os pais procuram não se tornar empecilhos na vida dos filhos.

A gravidez precoce pode estabelecer relação com diferentes fatores, desde estrutura familiar, formação psicológica e diminuição da autoestima. Além disso, há evidências de que gestantes adolescentes podem sofrer mais intercorrências médicas durante gravidez e mesmo após esse evento do que as gestantes de outras faixas etárias (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

A gravidez na adolescência constitui-se como um problema de saúde pública mundial, em razão do acréscimo de sua incidência, atingindo, sobretudo a classe social mais pobre e com menores níveis de escolaridade, sendo que na maioria das vezes não é programada. Em função das repercussões sobre a mãe e sobre a concepção, a Organização Mundial de Saúde

(OMS) considerou a gravidez adolescente de risco, embora se considere atualmente que este risco seja mais social do que biológico. (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

A relação sexual na adolescência vem acontecendo cada vez mais cedo, com consequências graves e imediatas como o surgimento de doenças sexualmente transmissíveis (DST) nessa faixa etária; e gravidez, muitas vezes também não planejada e que por isso, pode terminar em aborto (CHACHAM *et al*., 2012).

Quando a atividade sexual tem como resultante a gravidez, gera problemas tardios e em longo prazo, tanto para a adolescente quanto para o recém-nascido. A adolescente poderá apresentar problemas de crescimento e desenvolvimento, emocionais e comportamentais, educacionais e de aprendizado, além de complicações da gravidez e problemas de parto. Há inclusive quem considere a gravidez na adolescência como complicação da atividade sexual (CHACHAM *et al*., 2012).

A respeito desta questão, a maternidade na adolescência é tida como um dos fatores que alteram o ciclo natural do desenvolvimento das jovens, justificada pelo fato de ela ter que assumir um novo papel, o de mãe, e algumas vezes, o de esposa, de modo tão amplo socialmente e definitivo, muitas vezes incompatível com a condição de adolescente. Há uma ideia de que a gravidez precoce provoca uma ruptura no ciclo de desenvolvimento das adolescentes, comprometendo seu crescimento em várias situações, principalmente nos estudos, com implicações no futuro profissional, pessoal e social (JORGE *et al.*, 2015).

Em outras palavras, a gravidez na adolescência traz sérios problemas para programas de saúde pública, para projetos educacionais, para a vida familiar, e para o desenvolvimento pessoal, social e profissional da jovem gestante como vem sendo reconhecido pela literatura (DIAS; TEIXEIRA 2010).

A gravidez em qualquer época é uma situação que normalmente gera alterações do papel social da mulher, e quando essa ocorre na adolescência, às alterações assumem um risco maior, pois é um período da vida em que há uma superposição de crises vitais, a de um organismo infantil para um organismo adulto (JORGE *et al.*, 2014).

O problema exige da saúde pública programas de orientação, preparação e acompanhamento durante a gravidez e o parto, e também cuidados pediátricos e psicológicos. Da família, requer uma redefinição de crenças, atitude e valores, e novos arranjos de espaços físicos (mais uma cama), de tempo (cuidado com a criança) e financeiro (aumento das despesas). Da jovem implica em dificuldades com a escola ou com atividades profissionais.

Sendo a gravidez desejada ou não, os planos pessoais serão revistos e as jovens terão que se defrontar com as dificuldades inerentes à nova realidade (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

4.3 Índices de Gravidez Não Planejada/Indesejada no Brasil, Mato Grosso e Sinop

Segundo dados do IBGE no Censo (2010), o Brasil possui uma população no total de 190.732.694 milhões de habitantes, e uma população de adolescentes na faixa etária dos 10 aos 19 anos (idade considerada pelo Ministério da Saúde) correspondentes a 34.157.631 milhões.

O DATASUS, no Sistema de informação de atenção básica (SIAB), atendidas pelo PSF, com equipe de saúde da família, refere abaixo o número de gestações em todas as faixas etária e em < de 20 anos de idade nos anos de 2010 e 2014, segundo informações do TABNET. (BRASIL, 2015).

No ano de 2010 no Brasil, o número de gestantes alcançou cerca de 2.062.283 milhões, parte delas 441.225 mil, tinham idade menor que 20 anos, no ano de 2014 foram 2.064.047 milhões de gravidez, analisando que 417.064 mil, com menos de 20 anos de idade (BRASIL, 2015).

Com 46.576 mil grávidas em Mato Grosso no ano de 2010, dentre elas, 11.688 mil com idade menor há 20 anos, em 2014 reduziu para 30.516 mil, observando 6.521 mil tinham idade menor há 20 anos.

O município de Sinop obteve 1.966 mil gestações no ano de 2010, entre essas 375 eram gestantes com menos de 20 anos de idade, em comparação com o ano de 2014 esse número reduziu-se para 1.924 mil, com 400 grávidas com menos de 20 anos de idade (BRASIL, 2015).

4.4 A Adolescência

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de Lei 8069 de 1990 refere que a adolescência é o período de vida que inicia aos 12 até os 18 anos de idade. O estatuto garante a proteção integral às crianças e aos adolescentes (DIGIÁCOMO, 2010). A adolescência é uma etapa de transformações entre a infância e a juventude. Essas alterações ocorrem nas dimensões biológicas, psicológicas, sociais ou culturais, as psicológicas seguem de acordo

com a cultura de cada sociedade, e ambiente onde estão inseridos, e no corpo sendo universais segundo Kovaleski *et al.,* (2013).

Para Kovaleski *et al.,* (2013), o ECA destaca a obrigação de respeitar os valores próprio da criança e adolescente, pelo estado desenvolvimento e vulnerabilidade, portanto é preciso garantir a proteção, educação, e cuidados com a situação de saúde nessa fase, pois é quando ocorre o desenvolvimento no corpo, no modo de raciocinar, e na atuação dos papéis sociais, com tantas evoluções do corpo, e construção da personalidade, essas modificações passam a ser destacada como um período decisivo para o sujeito.

Nessa época, na adolescência, que ocorre a construção do autoconhecimento, que dá origem aos sentimentos de autoestima e a observação dos valores dos pais e dos adultos em geral; os acometimentos e desejos sexuais, e a capacidade de procriar, ficam perceptível em virtude do processo de maturidade física. Portanto, a evolução de cada adolescente, ocorrerá de maneira diferente proporcional à sua vivência no grupo socioeconômico que está implantado (GAMA *et al.*, 2002).

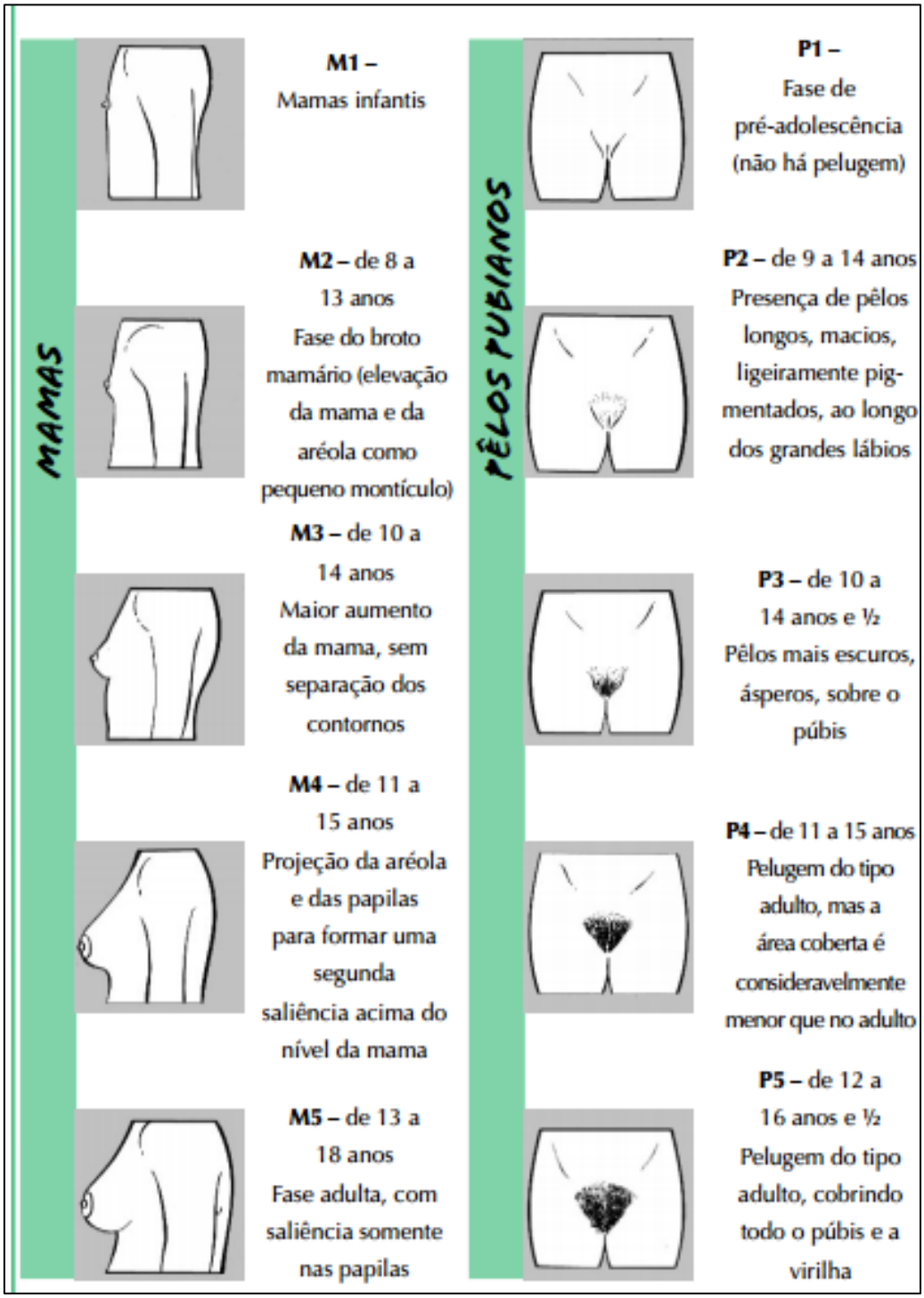
4.4.1 Alterações na mulher durante a puberdade e adolescência: menarca, pubarca, telarca

São várias e importantes às mudanças durante a passagem entre a infância e a adolescência, a seguir será descrito essas alterações decorrente dessa fase, que por muitas vezes vivenciadas com medo e insegurança, devido à ausência de orientação sobre a fisiologia do corpo em desenvolvimento, tornando-se adulto.

A palavra puberdade é referida para nomear as primeiras modificações corporais por ação dos hormônios do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, com intensas alterações biológicas, começando a aparição do broto mamário nas meninas (telarca), tem seu início entre os 08 e os 13 anos de idade. No decorrer acontece evento do estirão de crescimento (aceleração e desaceleração do crescimento), as mudanças na coleção e na distribuição de gordura no corpo. A evolução do sistema respiratório, circulatório e das gônadas. O aparecimento dos caracteres sexuais secundários inicia, em média, na faixa etária dos 11 anos. A menarca (primeira menstruação) indica o começo da vida reprodutiva e representa a etapa de amadurecimento do útero. (SPINELLI, 2006).

A autora acima ainda refere que o significado do termo pubarca (aparecimento de pelos na região pubiana) e mudanças na genitália, pode ser, às vezes, o primeiro sinal puberal. A seguir a figura 01 exemplifica o desenvolvimento puberal feminino.

Figura 01 – Desenvolvimento Puberal Feminino



Fonte: Núcleo de Estudos a Saúde do Adolescente, 2009.

4.5 Planejamento Familiar na Atenção Básica

A legislação de Planejamento Familiar, Lei nº. 9.263, de 12 de janeiro de 1996, garante o planejamento familiar em todas as faixas etárias da população, sendo ele: adolescente, jovem e adulto. O planejamento familiar é um conjunto de medidas preventivas e educativas e com a garantia de disponibilidade igualitária às informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade, e para ser capaz de decidir a hora certa de reproduzir os seus descendentes (BRASIL, 2005).

O julgamento e monitoramento das atuações e táticas desenvolvidas nos programas, desde palestras, cartilhas e estudos realizados pelo Ministério da Saúde, necessitam conhecer as considerações da realidade local, cultural, econômico em linguagem clara para a fase de adolescência, assim, direcionando programas de saúde e projetos. São os profissionais de cada micro área que vão delinear o perfil da sua comunidade de abrangência, sendo informações importantes a serem inseridas no SIAB e outros sistemas de informação do Ministério da Saúde (SILVA, C., 2012).

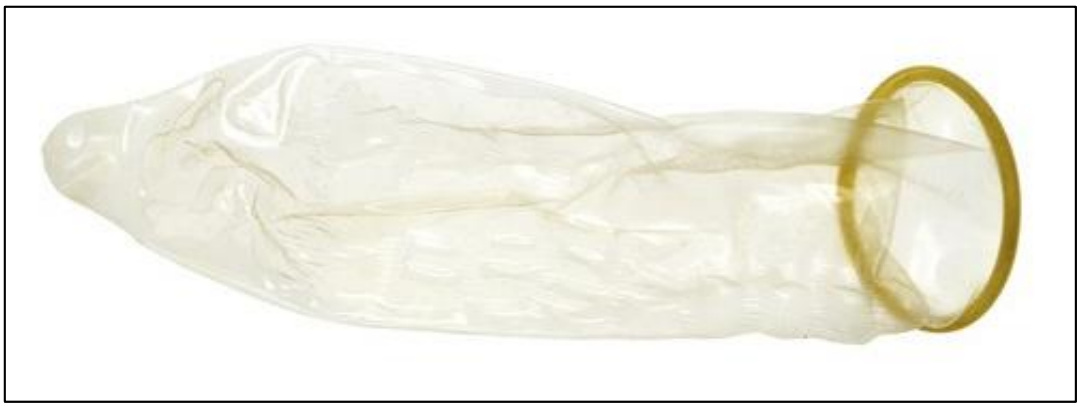
O planejamento, no Sistema único de Saúde (SUS), é desenvolvido através da Estratégia Saúde da Família (ESF), cujas equipes de multiprofissionais trabalham com a comunidade, criando a formação de vínculo entre o serviço e a população. Além da assistência em planejamento familiar, à integração com outros serviços de atenção à saúde reprodutiva, de pós-parto e aborto, prevenção do câncer do colo do útero e de controle das infecções sexualmente transmissíveis (IST). (SILVA, C., 2012).

Na sociedade atual, o planejamento familiar é muito importante para a qualidade de vida, pois só assim para garantir um futuro digno para os descendentes. Para isso, foram criados vários métodos contraceptivos, ou seja, métodos que evitem a gravidez e as IST.

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são doenças infeciosas provocadas por bactérias, fungos, vírus e protozoários, que se transmitem por contato sexual íntimo, desde que um dos parceiros esteja infetado. A possibilidade de infecção ou transmissão de uma IST é maior com o aumento do número de parceiros sexuais. As IST/AIDS mais conhecidas são: VIH/SIDA, Clamídia, Gonorreia ou blenorragia, Herpes genital, Hepatite B, Vírus do Papiloma Humano-HPV, Sífilis e Infeções por tricomoníase, entre outras. Na sequência descreveremos alguns dos métodos, mas utilizáveis para prevenção dessas IST, e também a gestação (CUNHA, 2013).

A camisinha masculina, produzida com material de látex, é colocada no pênis ereto do homem, com o objetivo de barrar os espermatozoides logo após a ejaculação. Na ponta, é muito importante deixar uma parte vazia sem ar, para que ali fique o esperma. Caso contrário, a camisinha pode estourar ou o esperma subir até a base do pênis, tendo contato com o corpo feminino (MOURA; GOMES, 2014).

Figura02 – Preservativo masculino



Fonte: Dragan Milovanovic, Shutterstock, 2015.

A camisinha feminina é composta pelo mesmo material que a camisinha masculina, possui dois anéis nas extremidades, conforme a figura 03. Um serve para facilitar a introdução da camisinha na vagina, e o outro serve para segurar a camisinha na vulva, protegendo os pequenos e grandes lábios também. Evita a aquisição de IST e gravidez (MOURA; GOMES 2014).

Figura 03 – Preservativo feminino

Fonte: Shutterstock, 2015.

Segundo Moura e Gomes (2014) os métodos contraceptivos que podem ser utilizados de maneira correta, tanto em uma situação de emergência, como de maneira programada para prevenir uma gravidez indesejada, são:

- Pílula do dia seguinte - contém grande quantidade de hormônios (levonorgestrel), que cria um ambiente desfavorável aos espermatozoides e também evita a ovulação. É utilizada em casos de emergência: quando não estiver usando nenhum método anticoncepcional; falha do método em uso ou na sua utilização e violência sexual. Não deve ser utilizada com frequência, pois pode desregular o ciclo menstrual. Possui eficácia de 99,9%. Deve ser tomada em até 72 horas após a prática sexual. Ela previne a gestação.
- Diafragma - previne somente a gravidez, ficando exposto a IST, é um dispositivo de borracha com um aro dobrável que se insere na vagina, evitando que o espermatozoide alcance o colo do útero.
- Pílula contraceptiva - um método hormonal age inibindo e evitando a gestação. As pílulas de tipo combinado (COC) são produzidas de estrogênio e progesterona, e as que possuem somente progestagênio (POC), são escolhidas quando o estrogênio não pode ser administrado. Não proporciona proteção em IST.
- Adesivo - libera uma dose diariamente de hormonas, o estrogênio e progestagênio, para a corrente sanguínea, através da pele. Estas hormonas são parecidas as liberadas pelos ovários e as usadas nas pílulas contraceptivas. Sua ação é impedir a ovulação, e deixa o colo do útero com um muco, Torna mais compactado, atrapalhando a entrada dos espermatozoides no útero.
- DIU - é um dispositivo de plástico revestido com fio de cobre que é implantado pelo médico no útero, permanecendo por anos. Causa mudanças nas condições uterinas impossibilitando a gravidez.
- Injetável - de composição hormonal, administrada por injeção intramuscular, de solução aquosa contendo acetato de medroprogesterona (DMPA), liberada lentamente na corrente sanguínea durante o mês, ou as de 03 meses, prevenindo a ovulação.
- Espermicidas - apresentar-se sob a forma de creme, gel, espuma ou comprimidos vaginais, sua introdução na vagina deve ser uma hora antes da prática sexual, assim liberam substâncias que extinguem a mobilidade dos espermatozoides.

- Laqueadura - distribuição gratuita, garantida pela Lei Federal 9.263. Para a realização do procedimento, a mulher, ter acima de 25 anos ou mais de 02 filhos, e expressar o desejo próprio, em um documento assinado por ambos (mulher e marido) e realizar outras rotinas. O procedimento através de um processo cirúrgico com a necessidade de anestesia e internação hospitalar.
- Vasectomia - vasectomia e laqueadura são procedimentos feitos com a mesma finalidade, porém distintos, 30 minutos é o tempo que leva para a realização da vasectomia e o pós-operatório é tranquilo, a anestesia é local, e logo após da cirurgia o usuário recebe alta. Vasectomia é cirurgia realizada na região da bolsa escrotal, onde passa o canal deferente, responsável pelo deslocamento de espermatozoides para fora dos testículos. Os espermatozoides continuam sendo produzidos, e absorvidos pelo corpo, pelo fato que a passagem pelo canal por onde são ejetados fora bloqueado**.**

4.6 Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente

Esse programa proporciona o acesso à saúde para adolescentes, no âmbito de promover a prevenção de agravos e subsídio primário, secundário e terciário, vinculadas com instituições governamentais e não governamentais, resgatando-se as diversas jurisdições e responsabilidades, inclusive familiares, perante o adolescente, para impor a atenção integral.

> A Constituição Federal de 1988, preconizando a saúde como um direito de todos, trouxe um novo mandato social para o setor saúde onde os trabalhadores do SUS tornam-se os agentes da garantia desse direito para todos. Reforçando essa determinação e considerando como sujeitos de direitos as crianças e adolescentes, o Estatuto da Criança e do Adolescente traz em seu art. 11: É assegurado o atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do SUS, garantindo o acesso às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2010).

A adolescência é uma fase, onde ocorrem inúmeras alterações físicas, emocionais e sociais, com base no contexto de atenção integral, as atuações de saúde integral, serão descritas, para promover e prevenir as circunstâncias de riscos presenciadas pela população de adolescentes. Áreas de atuação:

- Promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis, prevenção e detecção de agravos a essa faixa etária (acolhimento, atendimento geral, vacinação, promoção á saúde bucal).

- Atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva.
- Redução da morbimortalidade por causas externas (abordagem do uso abusivo de álcool e outras drogas e atenção à saúde de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas).
- Notificação de situações de violência.

Segundo o Manual Técnico da Área de Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ), do Ministério da Saúde, visando à melhor qualidade no atendimento, preconiza os seguintes princípios e diretrizes (BRASIL, 2006):

• Adaptação dos serviços de saúde às precisões particulares dos adolescentes e jovens.

• Análise do modelo de atenção vigente no local e dos recursos humanos e materiais disponíveis.

• Consideração das propriedades e aspectos socioeconômicos e culturais, além das representações epidemiológicas da população local.

• Participação no planejamento, desenvolvimento, divulgação e avaliação relacionadas às ações.

O profissional de saúde deve assumir cuidados para não sobrepor seus princípios de julgamento pessoais, dificultando a adesão do adolescente ao serviço prestado. Se o profissional não estiver apto a adotar uma decisão, precisa aconselhar-se com sua equipe de trabalho, junto com Conselho Tutelar e ou Vara da Infância, com o intuito de garantir todos os direitos destinados aos adolescentes (BRASIL, 2006).

5 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem quantitativa, para avaliar o perfil social e econômico, relacionando os fatores causais da gravidez na juventude. Utilizou-se de aplicação de um protocolo de pesquisa estruturado com perguntas fechadas. A pesquisa quantitativa tem a finalidade de colher dados para a caracterização do perfil das gestantes, sujeito da pesquisa.

5.1 Local de Estudo

A pesquisa foi desenvolvida nas UBS (Unidade de Saúde da Família Boa Esperança, Unidade de Saúde da Família São Cristóvão, Unidade Saúde da Família Dr. Carlos Scholtão, Centro de Saúde Jardim das Oliveiras, Unidade de Saúde da Família União e Unidade de Saúde da Família Vitória Régia) do município de Sinop – MT, todas estas Unidades de Saúde trabalham no modelo de Estratégia de Saúde da Família contendo uma equipe mínima de atendimento, sendo: um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, uma equipe de saúde bucal e seis agentes comunitários de saúde.

Estas UBS foram escolhidas de modo a possuir uma quantidade elevada de gravidez, sendo muitas destas abaixo de 18 anos de idade. Todas possuem um mesmo perfil de comunidade atendida, abrangendo bairros de periferia, com semelhanças econômicas e sociais, importante para que desse modo garantisse uma singularidade entre as gestantes.

Portanto, o presente estudo objetiva identificar características que possa garantir o traçado de um perfil dessas gestantes, que iniciam tão cedo à maternidade.

Sinop é um município brasileiro do Estado de Mato Grosso, localizado a 505 km de sua capital Cuiabá, com aproximadamente 130 mil habitantes, destes cerca mais de 60 mil são do sexo feminino. O município possui grande desigualdade social, isso impossibilita traçar um perfil das mulheres que habitam a região, por ser um polo universitário, acredita-se que grande parte de mulheres residentes na cidade estão em fase universitária, mas também mulheres trabalhadoras de todos os tipos de classes sociais (IBGE, 2014).

O município de Sinop tem sua denominação derivada do acrônimo de Sociedade Imobiliária Noroeste do Paraná, nome da empresa responsável pela colonização do norte de Mato Grosso. Conta com quatro hospitais e um pronto atendimento. Também considerada

Cidade-polo em Saúde. Com cerca de dezessete UBS que trabalham com o Programa de Saúde da Família (PSF), do Governo Federal.

Este programa veio para abranger à saúde a todos os lares. Para tanto, médicos, enfermeiros e agentes de saúde são distribuídos de acordo com o número de habitantes de cada bairro, para que o atendimento não tenha deficiências. Sinop tem um Pronto Atendimento que faz em média 700 mil procedimentos/mês, com um hospital particular que possui convênio ao Sistema Único de Saúde (SUS) passam a atendem procedimentos de média e alta complexidade, já que a cerca de dois meses funcionam oito unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) e uma Ala de Oncologia, para atendimentos quimioterápicos para doentes de câncer. (REMADE, 2007). Porém, em 2015, o município de Sinop já conta com um Hospital Regional.

Segundo DATASUS (2015), o município de Sinop obteve 1.924 mil gestações em 2014.

5.2 Universo de Estudo e Amostra

O tamanho da amostra foi definido por trinta gestantes adolescentes, sendo um tamanho de amostra mínima para uma análise de abrangência local. De acordo com Freitas (2002), para avaliar o desempenho do grupo total, em relação à Estatística, em uma amostra de trinta pessoas, já se pode calcular e predizer, embora de forma rústica, o que se ocorre na população em geral.

5.3 Fonte e coleta de Dados

As entrevistas foram realizadas nas UBS (Unidade de Saúde da Família Boa Esperança, Unidade de Saúde da Família São Cristóvão, Unidade Saúde da Família Dr. Carlos Scholtão, Centro de Saúde Jardim das Oliveiras, Unidade de Saúde da Família União e Unidade de Saúde da Família Vitória Régia) do município de Sinop no período de Janeiro a Maio de 2015. As referidas unidades foram escolhidas em diversas áreas de Sinop, para garantir a diversidade socioeconômica das pesquisadas. Considera-se o fato de a pesquisadora e orientador desenvolverem atividades de ensino no local, fator que facilitou o contato com as mulheres sujeito de estudo.

Os dados foram coletados diretamente pela pesquisadora. Os dados quantitativos, após a coleta, foram digitados em planilha eletrônica, Excel ®, versão 2007, e tabulados manualmente.

5.3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídas trinta adolescentes gestantes, de acordo com a aceitação de participar do estudo, como requisito realizar o pré-natal na determinada UBS no período da pesquisa, além de estar cadastrada no Sisprenatal, independente de seu histórico obstétrico.

Foram incluídas todas as mulheres acima de doze e abaixo de dezoito anos, que procuraram as UBS para realização do pré-natal no período de Janeiro á Maio de 2015.

5.3.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídas as mulheres que possuíam idade fora da referida (menor que 12 e maior que 18 anos), e que não aceitaram assinar o TCLE.

5.4 Tratamento e Análise dos Dados

Os dados quantitativos foram digitados em planilha eletrônica e tratados estatisticamente mostrando o valor absoluto e sua porcentagem, e demonstrados graficamente em tabelas e gráficos para melhor visualização e análise.

Desse modo, referem que análise quantitativa pode ser entendida como aquela que se baseia em técnicas estatísticas a amparar suas análises. (SILVA; MATA, 2013).

Os dados foram analisados confrontando-os com a literatura consultada sobre o assunto e os princípios de objetivos definidos pelo SUS, para atenção básica.

Para efetuação dessa proposta quantitativa, traduzimos em números as opiniões e informações para serem classificadas e analisadas, utilizando as técnicas estatísticas. (RODRIGUES *et al*., 2006).

5.5 Considerações Éticas

A pesquisa foi submetida em análise ao CEP-HUJM. Respeitou-se a autorização das instituições (anexo C) e aprovado do pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos, seguindo a resolução 196/96 e 466/12, para assim dar início à pesquisa.

As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo A) sendo garantido anonimato, sigilo das informações, direito a desistir sem nenhum prejuízo e permissão de acesso ao pesquisador e aos resultados do estudo. As adolescentes assinaram o TCLE (anexo B), também com a assinatura do responsável por cada uma.

O pesquisador compromete-se com a preservação do anonimato do sujeito da pesquisa, bem como a utilização de seus resultados para a finalidade exclusivamente científica.

6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Os dados citados nas tabelas e gráficos a seguir são de fonte da pesquisa realizada pela acadêmica de enfermagem, através de um questionário aplicado a trinta adolescentes gestantes na faixa etária dos 13 aos 17 anos, cadastradas no Sisprenatal das UBS citadas anteriormente, no período de janeiro a maio de 2015. Onde será referido o número de gestantes e a porcentagem dos dados descritos, em um total de 100% em relação às trinta pesquisadas.

Para melhor analise e compreensão, os dados foram organizados em duas categorias temáticas, sendo elas: perfil socioeconômico e epidemiológico, planejamento familiar e grau de conhecimento.

6.1 Categoria 01: perfil socioeconômico e epidemiológico

Tabela 01 – Faixa etária das adolescentes grávidas e história obstétrica, período de janeiro a maio de 2015

Idade	Casos de Gravidez	%	1ª Gestação	2ª Gestação	Aborto	Parto
12	0	0	0	0	0	0
13	1	3	1	0	0	0
14	3	10	3	0	0	0
15	6	20	4	2	1	1
16	8	27	8	0	0	0
17	12	40	12	0	0	0

Fonte: De própria autoria.

A tabela 01 mostra que no período da pesquisa, das adolescentes gestantes, 3% tinham 13 anos de idade, 10% com 14 anos, a idade de 15 anos obteve 20%, 16 anos 27%, e 17 anos com maior percentual de 40% total da pesquisa. Podemos identificar, entre 15 aos 17 anos de idade, um índice maior de ocorrência de gravidez precoce.

Em relação à quantidade de gravidez, 93% mostraram-se adolescentes primíparas, e 7% com duas gestações; em meio a essas com mais de uma gravidez, ocorreu 3% aborto, 3% de parto.

Em relação à elevação da fecundidade na população adolescente, uma pesquisa formada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2006) menciona um aumento da fecundidade na faixa etária entre os 15 a 17 anos de idade, passando de 6,9%, em 1996 para 7,6%, em 2006. Segundo dados do Ministério da Saúde, desde 1970 vêm aumentando o número de gravidez. (BRASIL, 2006).

Segundo BRASIL (2014), houve uma diminuição nos casos de abortos em todas as idades, porém, observamos um pequeno aumento de internações decorrente das complicações do aborto na faixa etária dos 15 anos, com maior incidência em jovens adultas de 20 a 24 anos, e em adolescentes com idades menores de 15 anos ocorreu um decréscimo.

Tabela 02 – Estado civil das gestantes, atualmente e quando engravidaram, e de seus pais

Estado Civil	Situação Atual da Gestante	%	Pais	%	Situação Quando Engravidou	%
Casada(os) ou União Estável	25	84	7	23	18	60
Solteiro	4	13	1	3	0	0
Separados	0		20	67	0	0
Namorando	1	3	0	0	12	40
Vive com outro Companheiro	0	0	0	0	0	0
Viúvo	0	0	2	7	0	0

Fonte: De própria autoria.

Silva *et al.* (2012) refere que a gravidez na adolescência pode ser desejada, a gestação e maternidade, passa ser um *status* na sociedade onde as adolescentes estão agregadas, como um reconhecimento social. Também de probabilidade de concretização do relacionamento com o companheiro, afirmando sua feminilidade e fertilidade.

O contexto familiar, embora muitas vezes sejam estruturas desgastadas, continua sendo o único referencial para que o adolescente possa enfrentar suas experiências, diminuindo o sentimento de estar sozinho frente a uma gestação precoce.

A tabela 02 evidencia que 84% das gestantes adolescentes vivem atualmente em união estável, solteiras equivalem a 13%, e 3% namorando. Em relação ao período em que engravidaram 60% estavam em união estável, 40% namorando entre 01 mês a 02 anos de relacionamento. Os pais das gestantes, 23% apresentaram-se casados/ou união estável, 3% solteiro, 67% encontram-se separados, 7% viúvos.

Como podemos notar a maioria das gestações ocorreram com adolescentes que apresentam um relacionamento, e com famílias onde os seus pais são separados.

Um número maior de adolescentes mães começou sua vida sexual e afetiva com o pai do primeiro filho. Sendo que 09 delas já conviviam com seus parceiros quando engravidaram pela primeira vez. Portanto, pode referir que o casamento é, em alguns momentos, avaliado como escolha a uma vida sem perspectivas quanto ao estudo e trabalho (SOARES; LOPES, 2011).

Tabela 03 – Renda financeira da família das adolescentes gestantes

Renda	**Gestantes**	**%**
Menos de 1 Salário Mínimo	3	10
Até 1 Salário Mínimo	9	30
Mais de 1 Salário Mínimo	14	47
Mais de 2 Salários Mínimo	4	13

Fonte: De própria autoria.

Levando em conta que a gestação na fase da adolescência não é só motivada pela pobreza, esse evento ocorre em outras classes mais elevadas, porém com menor incidência. Em população com classe mais desprovida de recursos financeiros, as sequelas são mais negativas, pelo fato da dificuldade em bens materiais e acesso a informação de saúde (RIBEIRO *et al.*, 2014).

A tabela 03 exibe que 10% possuem renda familiar menor que 01 salário mínimo, 30% com até 01 salário mínimo, 47% concentram no grupo de mais de 01 salário mínimo, e 13% declaram mais de 02 salários mínimos. Como podemos notar que o maior percentual das

famílias das pesquisadas conta pouco mais de um salário mínimo para sustentar as despesas de casa, sendo elas aluguel, alimentação, remédio quando necessário, energia, água, transporte, roupas, entre outras.

Tabela 04 – Situação sexual e reprodutora

Idade	Menarca	%	Sexarca	%	Idade que Engravidou	%
10 – 12	14	47	2	7	0	0
13 – 15	16	53	24	80	12	40
16 – 17	0	0	4	13	18	60

Fonte: De própria autoria.

A sexarca feminina ocorre com namorado ou parceiro em idade adulta e mais experiente. Na masculina, iniciam a prática sexual com a namorada, com parceira eventual e com profissionais do sexo (BRASIL, 2010).

Peixoto *et al*. (2012) verificou que a maior parte das pesquisadas (222; 71,6%) referiu a ocorrência da menarca entre 9 e 13 anos de idade, existindo semelhança com um estudo de revisão no qual se mostra que os aspectos étnico-raciais, ambientais e econômicos interferem na idade da menarca. Em relação à idade da sexarca, constatou - se que está acontecendo precocemente, pois a maioria das entrevistadas (274; 88,4%) referiu ter começado sua vida sexual aos 11 e 19 anos de idade.

A tabela 04 mostra que 47% apresentou menarca entre 10 aos 12 anos, e 53% relataram ocorrer entre 13 – 15 anos. Em relação à sexarca, 7% aconteceram entre a faixa etária dos 10 – 12 anos, dos 13 – 15 anos sendo 80%, e 13% entre 16 – 17 anos de idades. Porém 40% das entrevistadas engravidaram aos 13 – 15 anos de idade, sendo um maior percentual nas idades dos 16 – 17 anos, com 60%. Como podemos observar através dos dados da pesquisa, as adolescentes apresentam a primeira relação sexual cada vez mais jovem. Entretanto, o maior índice de gravidez precoce foi na idade dos 16 – 17 anos com 60% das pesquisadas. Sendo este um fator preocupante, pois, quanto mais jovem, menos informação essa adolescente contém, estando assim vulnerável não só a adquirir a gravides, mas também como a IST.

Em relação à menarca, a idade mínima verificada na ocorrência foi aos 09 anos e a maior aos 14 anos, a média referida foi de 11,89 anos. No que diz respeito á iniciação sexual, a idade variou de 12 a 19 anos, sendo a média de 14,82 anos (TRAJANO *et al.*, 2012).

Tabela 05 – Situação escolar das gestantes, motivos da evasão escolar

Idade	Parou de Estudar (Sim)	%	Parou de Estudar por outros motivos	%	Estuda	%	Concluiu	%
12 – 14	2	7	2	7				
15 – 17	13	43	11	37	1	3	1	3

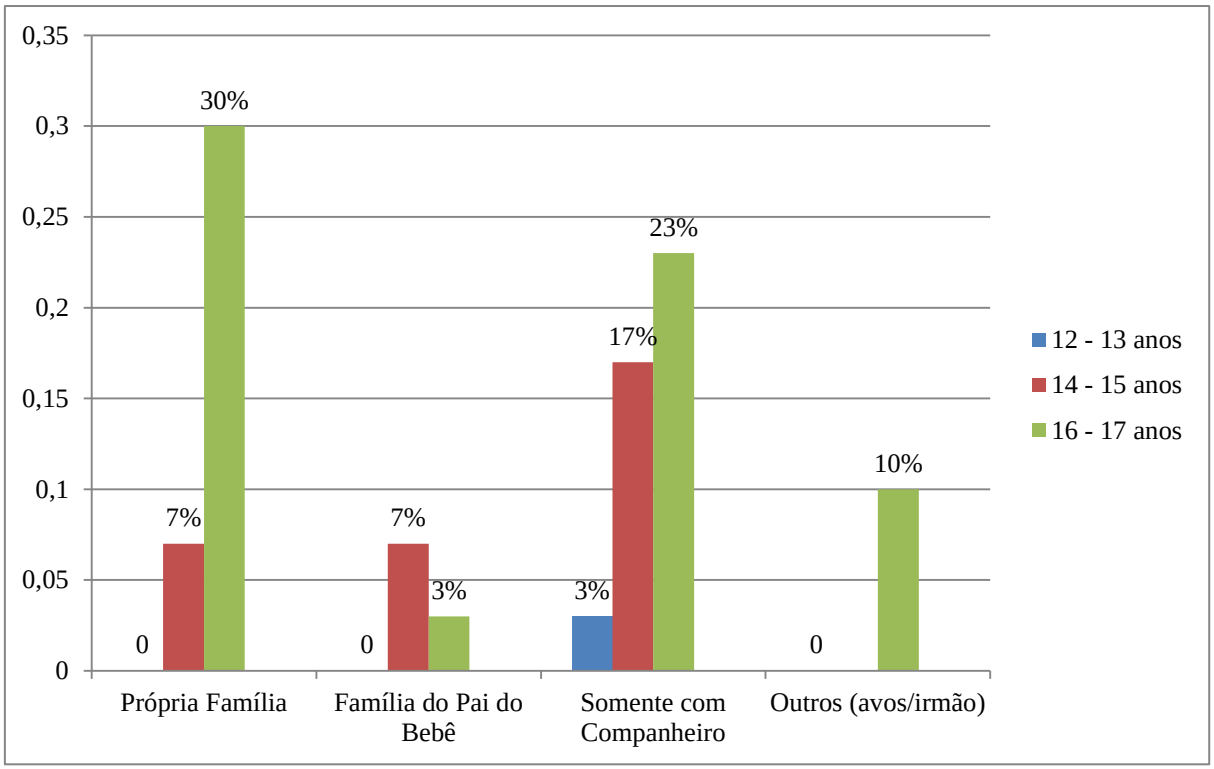
Fonte: De própria autoria.

Adolescentes que não estudam ou abandonam a escola, possuem mais probabilidade em fazer parte das estatísticas de gravidez precoce, possuindo pouca aquisição de prevenção, pois a escola tem um importante papel nas informações sobre educação sexual (SILVA, A., 2013).

A tabela 05 expõe que dos 12 – 17 anos, 50%, abandonaram a escola por influência da gestação, e dos 12 – 17 anos, 44% evadiram da escola por não gostarem de estudar ou pela influência da união estável, somente 3% entre 15 – 17 anos, continuou estudando e dentre essas da mesma idade referida anteriormente 3% concluiu o ensino médio.

Sendo uma evidência de agravo bem relevante para a incidência de casos de gravidez precoce, onde um fator causal do problema influencia outro fator levando a uma sequência de estímulos ao constituírem uma família, a procriarem e ser dona de casa, sem mais expectativas de vida, o que vem tornando um *status* nessas classes menos favorecidas (SILVA, F., *et al.*, 2012).

Gráfico 01 – Pessoas com quem as adolescentes moravam ao engravidar

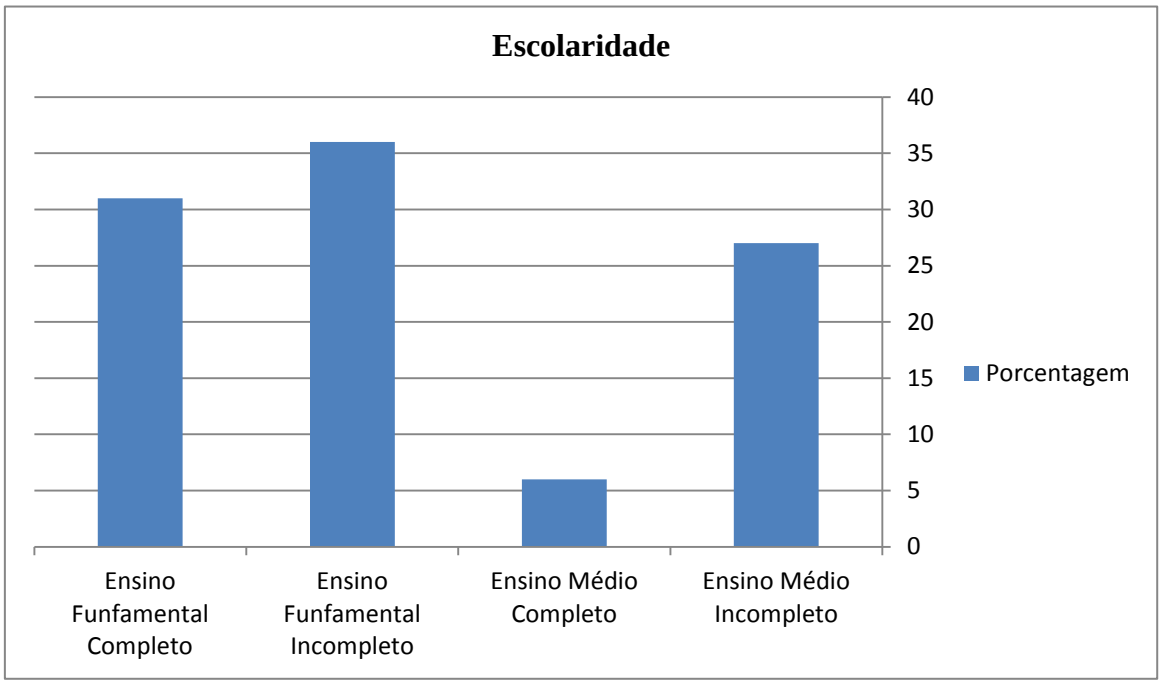


Fonte: De própria autoria.

No que diz respeito à residência e à composição familiar com o companheiro, a maioria das adolescentes não possui um casamento civil, e sim uma união estável com o parceiro, onde moram juntos com outros familiares sendo eles tanto da adolescente, quanto do pai do bebê (RIBEIRO *et al*, 2012).

O gráfico 01 indica que as adolescentes entre a faixa etária dos 13 – 17 anos, 37%, ao engravidar residiam na casa da própria família; 10% das adolescentes entre os 14 – 17 anos moravam com a família do pai do bebê; na idade dos 13 – 17 anos, 43% residiam com o companheiro; dos 16 – 17 anos, 10% moravam com outros (avós e irmão).

Gráfico 02 – Escolaridade



Fonte: De própria autoria.

Segundo Patias *et al*. (2013) o nível de escolaridade das adolescentes grávidas, as que estudavam quanto as que não estudavam, 22 (44%) tinham o ensino médio incompleto, 20 (40%) o ensino fundamental incompleto, 4 (8%) o ensino médio completo, 2 (4%) o ensino fundamental completo.

O gráfico exibe que 31% das adolescentes pesquisadas nas idades dos 14 – 17 anos, relataram ter concluído o Ensino Fundamental completo; 36% (12 – 17 anos) apresentaram Ensino Fundamental incompleto; 3% delas com idade entre (16 – 17 anos) referiram ensino médio completo; e 30% delas com idade entre 14 – 17 anos, relataram ensino médio incompleto.

A adolescente grávida, muitas vezes, perde o amparo familiar, da sociedade, com isso possui ampla probabilidade de desistir de estudar. Nesse momento de detrimentos, como angústias e até mesmo a fuga do parceiro com as responsabilidades da gestação, dificulta seu retorno escolar (JUNIOR; NETO, 2006).

Tabela 06 – Aceitação de paternidade, faixa etária e ajuda financeira em gastos relacionados com a gestação

Idade do Pai	Quantidade	%	Aceitação Paternidade		Ajuda Financeira	
			Sim	Não	Sim	Não
17 – 19	12	40	12	0	12	0
20 – 26	11	37	11	0	11	0
27 – 30	7	23	6	1	6	1

Fonte: De própria autoria.

Monteiro *et al.* (2009) evidenciaram que a idade dos companheiros era maior que a das adolescentes gestantes, que talvez possa ser atribuído pela falta do pai na vida delas, portanto a procura de homens com mais idade, visando um alicerce sólido e seguro, dados semelhantes às gestantes estudadas. Com esse ponto de vista, a maioria delas vive com o parceiro, onde aderem ao papel de mãe e dona de casa, desistem dos estudos e probabilidade de título profissional.

Os autores acima referem que essa visão de segurança passa ser apenas uma ilusão e, muitas vezes as adolescentes vivenciam o desinteresse dos parceiros, com a indiferença na relação de homem/mulher/gestação e família, e com a dependência financeira, acabam submissa a uma relação conturbada.

Na tabela 06 observamos as idades dos homens que as adolescentes escolhem para ter relação sexual são elas: 17-19 anos são 40%, 20-26 anos, 37%, 27-30 anos são 23%. Observa-se que 97% dos pais aceitam a paternidade e financeiramente contribui com os gastos da gestação, 3% não assumiu sua responsabilidade em relação à gestação.

6.2 Categoria 02: planejamento familiar e grau de conhecimento

Tabela 07 – Conhecimento sobre anticoncepção, e se já usaram em algum momento

Métodos	**Conhece Anticoncepcional**				**Já Usou**			
	Sim	**%**	**Não**	**%**	***Sim***	**%**	**Não**	**%**
Preservativo	27	90	3	10	24	80	6	20
Pílula	23	77	7	23	6	20	24	80
Injeção	0	0	30	100	0	0	30	100

Fonte: De própria autoria.

A frequente utilização dos métodos contraceptivos nas práticas sexuais entre os adolescentes vem sendo baixa, com maior probabilidade à gravidez precoce e à IST, o não uso se explica pela confiança quando se conhece o parceiro ou possui um companheiro fixo, e por achar que a gravidez não vai acontecer com ela, ignorando ou até mesmo nem pensando nas consequências de seus atos (JEOLÁ; FERRARI, 2003).

A tabela aponta que 90% das adolescentes referiram conhecimento sobre preservativos masculinos, 10% não conhecem, mas 80% já fizeram uso em algum momento, 20% nunca usou. Em relação à pílula anticoncepcional, 77% possuem conhecimento, porém 23% desconhecem, 20% já fizeram uso, 80% nunca usaram. Aos injetáveis, 100% não conhecem e não usaram.

Segundo (MARTINS *et al.*, 2006) em relação ao conhecimento sobre métodos anticoncepcionais, constatou-se os adolescentes dos dois tipos de instituições (95%) referiram conhecer algum tipo de contraceptivo, sendo a camisinha masculina e feminina, e a pílula os métodos mais conhecidos entre eles.

Tabela 08 – Planejamento de Gravidez

Idade	Desejada	%	Planejada	%	Indesejada/ não Planejada	%
12 – 13	0	0	1	3	0	0
14 – 15	2	7	2	7	5	17
16 – 17	3	10	1	3	16	53

Fonte: De própria autoria.

Estudos apontam que a gestação na adolescência pode ocorrer de vontade própria, com perspectiva de reorganização da vida no contexto social. Colocando esperança de tudo possa ser resolvido perante uma gestação. Mas, também ocorre de maneira indesejada associada aos fatores de risco que contribui para o problema (SOUZA, 2014).

Como evidenciado na tabela 08, na idade 12-17 anos 13% das gestações foram planejadas, dos 14 – 17 anos, 17% desejaram engravidar, e 70% não planejaram a gestação.

Porém as adolescentes referem-se a uma gravidez planejada de acordo com suas percepções. Para elas, o planejamento não consiste em orientação de um profissional de saúde à cerca da gestação, nem realiza exames para saber se há existência de alguma ITS que possa ser transmitida para o bebê. Optam por deixar de usar preservativo ou anticoncepcional, e depois de meses ocorre à descoberta da gravidez, iniciando o pré-natal muitas vezes tardiamente.

Tabela 09 – Motivo da gravidez

Idade	Descuido	%	Desejo Próprio	%	Falta de Orientação	%
12 – 13	0	0	1	3	0	0
14 – 15	6	20	3	10	0	0
16 – 17	15	50	4	14	1	3
Todas	21	70	8	27	1	3

Fonte: De própria autoria.

Segundo Souza (2014), a gestação em adolescentes, às vezes, pode ser um projeto de vida para contribuição na formação da família, sendo evidenciada em sua pesquisa que 33% das adolescentes engravidaram por desejo próprio, e para outro lado, 45% aconteceu de forma não planejada, trazendo transtornos e medos, e 22% por falta de orientação.

A tabela 09 mostra que cerca de 70% das adolescentes com idade entre 14 e 17 anos, engravidaram por descuido, 27% dos 13 – 17 anos expressaram desejo próprio, 3% por motivo de falta de orientação. Os dados da pesquisa são semelhantes com outros estudos, comprova que a gravidez precoce ocorre em sua maioria por descuido das adolescentes e seus parceiros.

Tabela 10 – Vontade de Interromper a gravidez

Idade	Interrompimento da Gravidez			
	Sim	**%**	**Não**	**%**
12 – 13	0	0	1	3
14 – 15	0	0	9	30
16 – 17	1	3	19	64

Fonte: De própria autoria.

Segundo Henrique (2014), alguns casos onde a gravidez não é desejada e com falta de apoio familiar e/ou companheiro, várias adolescentes procuram o método do aborto em condições precárias. Aproximadamente 2,5 milhões de adolescentes realizam aborto ilegal durante o ano, com consequências bem maiores comparados às mulheres adultas.

Podemos visualizar na tabela 10, que na idade 12-17 anos, 97% afirmaram que não tiveram vontade de interromper a gestação, e na idade 16-17 anos, 3% expressou vontade de interromper. Podemos considerar que, nesta faixa etária, a falta de apoio familiar e medo de repressão pela gravidez podem contribuir para que estas realizem o aborto.

Tabela 11 – Apoio familiar após a descoberta da gravidez

	Sim	**%**	**Não**	**%**
12 – 13	1	3	0	0
14 – 15	8	27	1	3
16 – 17	20	67	0	0

Fonte: De própria autoria.

Essa tabela demonstra que as adolescentes na faixa etária dos 12 – 17 anos, 97% receberam apoio familiar ao saber da gravidez, na idade 14 – 15 anos, enquanto 3% não receberam.

De acordo com Souza (2014), em relação ao apoio familiar após a descoberta da gravidez, 82% das jovens pesquisadas conseguiram o apoio da família, o que mudou culturalmente, antigamente a adolescente era expulsa de casa, e tinha que assumir a responsabilidade pelo bebê sozinha, ou conviver com o parceiro quando ele assumia a gravidez.

Tabela 12 – Números de parceiros sexuais

Idade	**Quantidade de parceiros**					
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**11**
12	0	0	0	0	0	0
/13	0	0	0	0	1	0
14	1	2	0	0	0	0
15	3	2	1	0	0	0
16	4	2	1	0	1	0
17	6	2	2	1	0	1
%	47	27	13	3	7	3

Fonte: De própria autoria.

Na pesquisa de Silva, A. (2013) em relação ao número de parceiros sexuais na vida das adolescentes, a maioria (169; 54,6%), referirem ter tido de 2 a 5 parceiros, sendo que existiu relato de até 30 parceiros sexuais. Mesmo que a atividade sexual aumente com a idade, esse acréscimo não é seguido de um controle positivo na utilização de métodos contraceptivos (LONGO, 2013).

A tabela acima apresentou que na faixa etária dos 14 aos 17 anos, 47% haviam se relacionado com um parceiro ao longo de sua vida; entre 14 – 17 anos, 27% relataram relação sexual com dois parceiros até o momento da pesquisa; aos 15 – 17 anos de idade, 13%

referiram três parceiros; com 17 anos, 3% referiram quatro parceiros sexuais, dos 13 – 16 anos, 7% indicaram relacionar-se com cinco parceiros sexuais; com 17 anos, 3% referiram onze parceiros sexuais até o momento da pesquisa.

Tabela 13 – Perspectiva do futuro em relação ao nascimento do bebê

	Muito Difícil	**Difícil**	**Um Pouco Difícil**	**Sem Dificuldade**
12 – 13	0	0	1	0
14 – 15	1	2	5	1
16 – 17	3	0	12	5
Total %	13	7	60	20

Fonte: De própria autoria.

Segundo Moreira *et al* (2008), que a relação psicológica das adolescentes, mesmo com essa abrupta e conflituosa mudança de filha para mãe, algumas ficam deslumbradas e em êxtase de uma ilusão talvez que, ao nascimento do bebê, tudo possa ser perfeito, sem mais conflitos.

Na tabela acima mostra perspectiva de vida das adolescentes em relação ao nascimento do bebê, na idade 12-13 anos, 13% das adolescentes esperam passar por muitas dificuldades; na idade dos 14 – 15 anos, 7% imaginam essa fase como difícil; entre os 12 – 17 anos, 60% delas referem vivenciar um pouco de dificuldade, e dos 14 – 17 anos, 20% não visualizam dificuldades.

Tabela 14 – História ginecológica

	Consulta Ginecológica antes da gestação		Dificuldade em ter acesso à UBS, promoções preventivas à gravidez e IST	
Idade	**Sim**	**Não**	**Sim**	**Não**
12 – 13	0	1	0	1
14 – 15	2	7	0	9
16 -17	9	11	2	18
Total %	37	63	7	93

Fonte: De própria autoria.

Autores evidenciaram que os adolescentes buscam muito pouco as unidades de saúde, e quando procuram, os motivos são por gripe, cefaleia, quase nunca para a saúde preventiva voltada para questões de sexualidade e reprodução. (MALFITANO; BARDI, 2015).

A tabela 14 refere-se que na idade entre 14 – 17 anos, 37% das adolescentes, participaram de consulta ginecológica antes da gestação, e que 63% dos 12 – 17 anos, não realizaram nenhuma consulta preventiva; 7% entre idade dos 16 – 17 anos, referiram apresentar dificuldades ao ter acesso nas UBS e obter acesso às promoções de prevenção à saúde, por motivos particulares, como problemas com ambiente com muita aglomeração de pessoas, e por falta de médico para o atendimento, 93% não apresentaram nenhuma dificuldade em acessar as UBS e às ações preventivas de gravidez precoce e IST.

6.3 Discussão

Na pesquisa, o objetivo fundamental consistiu em rastrear a ocorrência da gravidez não planejada/indesejada, de modo a identificar os fatores que levaram ao problema. A aplicação de um questionário contendo informações socioeconômicas de cada adolescente das UBS facilitou o relato concreto da experiência relativa à gravidez na adolescência e, atribuiu credibilidade às descrições. A pesquisa possibilitou traçar o perfil das gestantes adolescentes atendidas nas UBS do Município de Sinop e identificar alguns fatores de risco que levam a uma gravidez precoce.

Desse modo, as adolescentes têm a visão que a gravidez foi simplesmente descuido, e associam a gravidez a aspectos negativos, como o fato de não poder voltar atrás, de sentir-se presa, de ter que parar de estudar, de ter perdido a liberdade, por ter acontecido muito cedo em suas vidas, como uma situação complicada e difícil.

O ato de engravidar ocorre, em sua maioria, quando moram junto com seu parceiro, ou seja, em 43% conforme a pesquisa demonstra. No entanto, nas UBS o atendimento se restringe à área médica, deixando a desejar em termos de atendimento psicológico, pois neste aspecto não há nenhum tipo de respaldo devido.

Com base nas análises efetuadas neste estudo conclui-se que a hipótese de trabalho foi confirmada na medida em que foi constatada ausência do planejamento familiar e a falta de orientação reprodutiva e sexual das adolescentes e de seus parceiros. Outra questão é a vulnerabilidade social e baixa escolaridade desses jovens, muitas que engravidaram não tinham concluído o ensino fundamental, e com condições financeiramente desfavoráveis.

Entende-se que este trabalho é relevante na medida em que possibilita refletir sobre a gravidez na adolescência como um fenômeno social, presente na atualidade e merecedor de estudos considerando sua complexidade. Com base na abordagem sócio-histórica entende-se o sujeito como ativo social e histórico. Os resultados podem ser utilizados por diferentes profissionais, pois trazem com amplitude a discussão de questões relacionadas à gravidez na adolescência. E, em especial, serve de alerta para se refletir sobre a possibilidade de implantar apoio psicológico, educacional, a esta população nos serviços oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde.

Os resultados mostram que é fundamental que a atenção básica invista e intensifique cada vez mais em planejamento familiar e educação em saúde neste foco, haja vista que a gravidez indesejada, e ou numa faixa etária inadequada, sem apoio familiar e sem uma base educacional mínima destas gestantes, podem impedi-las de desenvolver uma família estruturada e com uma base financeira e educacional adequada, perpetuando assim cada vez mais esse problema.

CONCLUSÃO

Podemos identificar que o perfil traçado pelo estudo é de jovens com uma predominância de casos de gravidez precoce na faixa etária de 17 anos de idade, e evidenciando uma fase crítica aos 15 anos de idade, pois apresentam reincidência de gravidez, e aborto. E que ao engravidar um número de adolescentes residiam somente com o companheiro, e atualmente muitas possui união estável com parceiros de idade superior ao delas, sendo muitas jovens, filhas de pais separados, com uma renda financeira um pouco maior que um salário mínimo.

Em relação à situação sexual e reprodutora, em média as adolescentes iniciam a menarca entre 13 – 15 anos, com isso à sexarca, passa a acontecer cada vez mais cedo, por volta dos 13 – 15 anos, com tudo a gravidez precoce obteve um maior percentual nas idades dos 16 – 17 anos.

Ao nível de escolaridade, confirmou que houve um percentual maior de gestantes que referiram possuir apenas o ensino fundamental incompleto. E a situação escolar, o estudo confirma que, a metade das pesquisadas evadiram a escola por influencia da gravidez precoce, e um número significativo evadiram pelo estimulo da união estável, e por não gostar de estudar.

Na categoria 02 que diz respeito ao planejamento familiar e grau de conhecimento, observamos em relação à anticoncepção, que quase todas as adolescentes conhecem o preservativo masculino, embora sendo usado poucas vezes em suas práticas sexuais. No que diz respeito à pílula anticoncepcional, a maioria conhece, porém poucas usaram. Aos injetáveis, as jovens não conhecem, e nunca fizeram uso.

O planejamento da gestação, na idade dos 14 – 17 anos, ocorre um percentual muito alto de gravidez não planejada. E que os motivos por ter engravidado, sendo uma maior quantidade por descuido, mesmo assim, não possuíram vontade de interromper a gravidez, ainda ressaltando uma quantidade significativa que engravidaram por desejo próprio, e que nesse momento conseguiram o apoio familiar.

Nota-se que muitas dessas jovens se relacionaram somente com um parceiro sexual até o momento da pesquisa. E com a perspectiva do futuro em relação ao nascimento do bebê, referem que poderia vivenciar um pouco de dificuldade.

No que diz respeito à história ginecológica, a pesquisa confirma que a maioria das adolescentes não realizou nenhuma consulta preventiva antes de engravidar, e quase todas não referiram dificuldades ao ter acesso nas UBS, e às ações preventivas de gravidez precoce e IST, mais que raramente procura esses serviços.

Com este perfil das adolescentes gestantes, podemos afirmar que a vulnerabilidade para a gravidez precoce está associada aos seguintes fatores: classe social menos favorecida; ausência de escolaridade, conhecimento, acesso e utilização correta de contraceptivo; falta de estrutura e ambiente familiar adequada, onde muitas vezes se torna um ambiente de conflito e violência física e sexual; falta de incentivo da família para estudar. Além do fato da união estável, onde há o estímulo dos companheiros à prática sexual sem preservativo, essas pela confiança, e para satisfazer a vontade do parceiro, ou medo de perdê-los, acabam cedendo, e por fim, a falta de adesão ao programa integral de saúde da criança e do adolescente e o não planejamento familiar.

REFERÊNCIAS

ALVES, Aline; ALBINO, Andreza Teresa; ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. **Um olhar das adolescentes sobre as mudanças na gravidez: promovendo a saúde mental na atenção básica.** REME rev. Min. Enferm. V. 15, n. 4, p. 545-555, 2011. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/69>. Acesso em 07 Jun. 2015.

ARAÚJO, Carlos Henrique Medeiros; *et al*. Gametogênese: estágio fundamental do desenvolvimento para reprodução humana. **Medicina (Ribeirao Preto. Online)**, v. 40, n. 4, p. 551-558, 2007. Disponível em <http://scholar.google.com.br/scholar?sourceid=navclient&ie=UTF-8&aq=&oq=&hl=pt BRBR529BR529&q=ARA%c3%9aJO%2c+Carlos+Henrique+Medeiros+et+al.+Gametog%c3%aanese%3a+est%c3%a1gio+fundamental+do+desenvolvimento+para>. Acesso em: 16 jan. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos**: uma prioridade do governo. Brasília: Área Técnica de Saúde da Mulher. Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=054987&pid=S1518181220070002000110000 7&lng=es>. Acesso em 05 jul. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2015.

_____. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / 1. Ed. Reimpr. – Brasília, 2013. 300 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para Implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília DF, 2006. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude>. Acesso em: 12 out. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Informação à Saúde (TABENET). **Assistência á saúde**, 2015. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php. Acesso em: 07 mai. 2015.

CHACHAM, Alessandra Sampaio; MAIA, Mônica Bara; CAMARGO, Malco Braga. Autonomia, gênero e gravidez na adolescência: uma análise comparativa da experiência de adolescentes e mulheres jovens provenientes de camadas médias e populares em Belo Horizonte. **Rev Bras Estud Popul**. v. 29, n. 2, p. 389-407, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v29n2/a10v29n2. Acesso em 17 Jun. 2015.

CENSO DEMOGRÁFICO 2010. **Características da população e dos domicílios: resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/pt/>. Acesso em 10 mai. 2015.

CORRÊA, Sônia; JANNUZZI, Paulo de Martinho; ALVES, José Eustáquio Diniz. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. **Saúde no Brasil: conceitos, programas e indicadores.** 2003. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/ind_mun_saude_sex_rep/ind_mun_saude_sex_rep_capitulo1_p27a62.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2015.

CUNHA, Carlota Maria Martins da. **Conteúdos narrativos de saúde reprodutiva e sexual na imprensa popular portuguesa,** 2013. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/72291/2/80731.pdf>. Acesso em 06 jul. 2015.

DIAS, Ana Cristina Garcia; TEIXEIRA, Marco Antônio Pereira. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paidéia**, v. 20, n. 45, p. 123-131, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932003000100012&script=sci_arttext>. Acesso em: 06 jun. 2015.

DIGIÁCOMO, Murillo José; DE AMORIM DIGIÁCOMO, Ildeara. **Estatuto da criança e do adolescente anotado e interpretado**. v. 80230, p. 110, 2010. Disponível em: <http://mpdft.mp.br/portal/pdf/unidades/promotorias/pdij/Legislacao%20e%20Jurisprudencia/ECA_comentado.pdf>. Acesso em 12 mai. 2015.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência & Saúde**. 06-07, 2005. Disponível em: <http://adolescenciaesaude.com/imagebank.pdf>**.** Acesso em: 10 out. 2014.

FERNANDES, João Soares; FORTUNATO, D. J. M. S.; CORREIA-PINTO, Jorge. **Fisiologia do sistema reprodutor feminino.** Universidade do Minho, 2004. Disponível em: http://www.uff.br/WebQuest/downloads/FisiolApRepFem.pdf. Acesso em 12 jan. 2015.

FREITAS, Henrique; MOSCAROLA, Jean. Da observação à decisão: métodos de pesquisa e de análise quantitativa e qualitativa de dados. **ERA eletrônica**, v. 1, n. 1, p. 1-29, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/raeel/v1n1/v1n1a06. Acesso em 13 Jun. 2015.

FUNDAC/RN. Fundação Estadual da Criança e do Adolescente. **Legislação**. Rio Grande do Norte, 2014. Disponível em: <http://www.fundac.rn.gov.br/Conteudo.asp?TRAN=ITEM&TARG=20484&ACT=null&PAGE=null&PARM=null&LBL=Legisla%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em 05 jul. 2015.

GAMA, Silvana Granado Nogueira da; SZWARCWALD, Célia Landmann; DO CARMO LEAL, Maria. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda Pregnancy in adolescence, associated factors, and perinatal results among low-income. **Cad. Saúde Pública**. v. 18, n. 1, p. 153-161, 2002. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csp/v18n1/8152.pdf. Acesso em 06 jul. 2015.

GUYTON, Arthur; Hall C. **Tratado de Fisiologia Médica**. Trad. De Barbar de Alencar Martins...[*et al.*]. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HENRIQUE, Luiz; GODINHO, Threicy Mayara. **Gravidez na Adolescência e o Risco para a Gestante, 2014**. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140331_212052.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2015.

HERA. **Direitos sexuais e reprodutivos e saúde das mulheres: ideias para ação**, 1999. Disponível em HERA – http://portugues.iwhc.org/docUploads/HERAactionsheets%5Fpo.pdf. Acesso em 05 jul. 2015.

IBGE, Diretoria de Pesquisas. **Coordenação de População e Indicadores Sociais**, 2014. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=510790&search=mato-grosso|sinop>. Acesso em 06 jul. 2015.

JEOLÁS, Leila Sollberger; FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 8, n. 2, p. 611-620, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200021. Acesso em 10 jul. 2015.

JORGE, Mariana Gomes *et al*. **Recorrência de gravidez em adolescentes usuárias do Sistema Único de Saúde.** 2014. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/revistaperiodicus/index>. Acesso em 17 Jun. 2015.

JÚNIOR, Gerardo Magela Ponte; NETO, Francisco R. Guimarães Ximenes. Gravidez na adolescência no município de Santana do Acaraú-Ceará-Brasil: uma análise das causas e riscos. **Revista eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 1, 2006. Disponível em: <http://h200137217135.ufg.br/index.php/fen/article/view/802/911>. Acesso em: 11 jun. 2015.

KOVALESKI, Douglas Francisco; *et al*. Conhecimento dos adolescentes sobre a importância de hábitos de vida saudável. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**. (2013). Disponível em: <http://stat.cbsm.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2550/3191>. Acesso em 12 fev. 2015.

LELIS, Camilla Cristian Feitosa; *et al*. **Aspectos Biopsicossociais de Puerperas: adolescentes no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil**. Revista Brasileira de Ciências da Saúde (2014): 319-326. Disponível em: <http://www.ies.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/12254>. Acesso em: 10 out. 2014.

LOYOLA, Maria Andréa. Sexualidade e medicina: a revolução do século XX. **Cad. Saúde Pública**. Vol. 19. Nº. 4. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n4/16839j.pdf >. Acesso em: 16 jan. 2015.

LONGO, Luciene A. F. De B. Juventude e contracepção: um estudo dos fatores que influenciam o comportamento contraceptivo das jovens brasileiras de 15 a 24 anos. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 19, n. 2, p. 229-247, 2013. Disponível em:

<http://rebep.org.br/index.php/revista/article/viewFile/320/pdf_301>. Acesso em: 12 jun. 2015.

MALFITANO, Ana Paula Serrata; BARDI, Giovanna. Atenção Básica em Saúde e Juventude: Entre Velhos Dilemas e Novos Desafios. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde.** V. 18, n. 2, p. 137-146, 2015. Disponível em: <http://www.ies.ufpb.br /ojs/index.php/rbcs/article/viewFile/16012/12918>. Acesso em: 12 jun. 2015.

MALTA, Deborah Carvalho; *et al*. Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. **Revista Brasileira Epidemiol**, v. 14, n. 1, p. 147-56, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14s1/a15v14s1.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2015.

MARTINS, Laura B. Motta et al. Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. **Rev Saúde Pública**. v. 40, n. 1, p. 57-64, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/27116.pdf>. Acesso em 10 jul. 2015.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Coordenadoria de Atenção Primária. **Análise dos Indicadores de Atenção Primária:** sistema de informação da atenção básica: modelo de atenção estratégia saúde da família. 2009. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Disponível em: <http:// www.saude.mt.gov.br/arquivo/323>. Acesso em: 12 out. 2014.

MELLO, Josiane Medeiros *et al*. Análise da Utilização de Metodologias Alternativas no Ensino do Sistema Reprodutor Humano. **Arquivos do Museu Dinâmico Interdisciplinar**, v. 9, n. 2, p. 38-45, 2013. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/ ArqMudi/article/view/20686>. Acesso em 17 de Jun. 2015.

MICHELAZZO, Daniela; *et al*. Indicadores sociais de grávidas adolescentes: estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 26, n. 8, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n8/a07v26n8.pdf>. Acesso em: 13 out. 2014.

MONTEIRO, Yohanna Andrade Moreira; *et al*. **Gravidez na Adolescência:** no olhar da primigesta. 2009. Disponível em: <http://189.59.9.179/CBCENF/sistemainscricoes /arquivosTrabalhos/I19137.E8.T2505.D4AP.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2015.

MOURA, Laís Norberta Bezerra; GOMES, Keila Rejane Oliveira. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v. 19, n. 3, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00853.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2015.

MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; *et al*. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 42, n. 2, p. 312-20, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a14.pdf>. Acesso em 04 de mai. 2015

OLIVEIRA, Francisca Silva. **Gravidez na adolescência:** políticas públicas de enfrentamento e atenção à gravidez na adolescência no município de Colíder - MT, 2013. Disponível em:

<http://www.biblioteca.ajes.edu.br/arquivos/monografia_20131113143517.pdf>. Acesso em 17 Jun. 2015.

OZÓRIO, Lúcia. A interculturalidade e seus inúmeros começos comunitários. **Psicologia e Sociedade**. v. 17, n. 3, p. 31-39, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n3/a05v17n3.pdf>. Acesso em 06 jul. 2015.

PATIAS, Naiana Dapieve; GABRIEL, Marília Reginato; DIAS, Ana Cristina Garcia. **A família como um dos fatores de risco e de proteção nas situações de gestação e maternidade na adolescência**. Estudos e Pesquisas em Psicologia. v. 13, n. 2, p. 586-610, 2013. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8427/ 6259>. Acesso em: 02 jun. 2015.

PEIXOTO, Catharina Rocha; *et al*. Perfil das gestantes atendidas no serviço de pré-natal das unidades básicas de saúde de Fortaleza-CE. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 16, n. 2, p. 171-177, 2012. Disponível em: http://reme.org.br/artigo/detalhes/516. Acesso em 25 de Mai 2015.

REIS, Tembé dos; *et al*. **Adolescentes e a sexualidade: compromisso e intervenção dos petianos no cuidado em oito municípios paraenses**. 2014. Disponível em: <http://www.portalpet.feis.unesp.br/media/grupos/enapet2014santamaria/atividades/enapet2014/artigos/PETMEDENF_ADOLESCENTE_UFPA_ENAPET_revisado.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014.

REMADE, Revista da Madeira - Edição N°105 - Maio De 2007. Disponível em: <http://Www.Remade.Com.Br/Br/Revistadamadeira_Materia.Php?Num=1100&Subject=Sinop&Title=Sinop. Acesso em: 06 Jul. 2015.

RIBEIRO, Pires Daiana; RODRIGUES, Cardoso Juliana; OLIVEIRA, Mateus Gislani. A Gravidez na Adolescência e sua interface com a Vigilância da Saúde na CAP 5.2. In: **10° Congresso Internacional da Rede Unida**. 2012. Disponível em: <http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/viewFile/191/pdf>. Acesso em: 12 jun. 2015.

RODRIGUES, Auro de Jesus. **Metodologia Científica**. São Paulo: Av. Ercamp, v. 90, 2006. Disponível em: <http://pesquisaemeducacaoufrgs.pbworks.com/Rodrigues_metodologia_cientifica.pdf>. Acesso em 12 Out. 2014.

RODRIGUES, William Costa; *et al*. **Metodologia Científica**. São Paulo: Avercamp, v. 90, 2006. Disponível em: <http://pesquisaemeducacaoufrgs.pbworks.com/w/file/fetch/64878127/Willian%20Costa%20Rodrigues_metodologia_cientifica.pdf>. Acesso em 02 jan. 2015.

SILVA, Fabiana da Nicomédio; *et al*. Gravidez na adolescência: perfil das gestantes, fatores precursores e riscos associados. **Gestão e Saúde**. v. 3, n. 3, p. pag. 1166-1178, 2012. Disponível em: <http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/viewFile/191/pdf>. Acesso em 04 mai. 2015.

SILVA, Ana Caroline Araújo; *et al*. Fatores de risco que contribuem para a ocorrência da gravidez na adolescência: revisão integrativa da literatura. **Revista Cuidarte** 4.1 (2013). Disponível em: <http://revistas.udes.edu.co/site/index.php/cuidarte/article/view/14/145>. Acesso em: 12 fev. 2015.

SILVA, Cristiani Aparecida Brito. Gravidez na Adolescência *x* Políticas Públicas: análise contextual. **Revista Eletrônica Interdisciplinar** 1.7 (2012). Disponível em: <http://revista.univar.edu.br/>. Acesso em: 13 fev. 2015.

SILVA, Edna Lúcia; PEREIRA, Magda Chagas; MATA Maria Margarete Sell. **Manual de Orientação para o Desenvolvimento do Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Bibliotecono.** Florianópolis, 2013. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/manual_TCCatualizado-12agosto2013>. Acesso em: 22 out. 2014.

SPINELLI, Mirella. Atenção à Saúde do Adolescente. **CEP**, v. 30150, p. 050, 2006 Disponível em: <http://www.ufu.br/sites/www.ufu.br/files/Atencao_a_saude_do_adolescente-SES_MG.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2015**.**

SOARES, Joannie dos Santos Fachinelli; LOPES, Marta Julia Marques. Biografias de gravidez e maternidade na adolescência em assentamentos rurais no Rio Grande do Sul. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 45, n. 4, p. 802-10, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a02>. Acesso em 04 jan. 2015.

SOUZA, Vilma Bezerra de. **Perfil Biopsicossocial das Adolescentes Grávidas do Município de Pocinhos – PB**. 2014. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br:8080/jspui/bitstream.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2015.

TRAJANO, Maria de Fátima Cordeiro; DA SILVA QUIRINO, Glauberto; GONÇALVES, Gleice Adriana Araújo. Consequências da maternidade na adolescência**. Cogitare Enfermagem**. v. 17, n. 3, 2012. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/25879/19031>. Acesso em: 11 jul. 2015.

TEIXEIRA, Ribeiro; BRITO, Jules Ramon; SILVA, Rita Narriman. **Adolescência e sexualidade**: uma reflexão com enfoque bioético. 2ª CAPA, p. 61, 2013. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/scholar?q=Nesse+contexto+de+informa%C3%A7%C3%A3o+%C3%A0+sexualidade>. Acesso em: 06 jan. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Título do estudo: PERFIL DE ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SINOP-MT: um rastreio da gravidez indesejada

2. Objetivo Geral:

- Traçar o perfil socioeconômico de gestantes atendidas nas UBS **(**Unidade de Saúde da Família Boa Esperança, Unidade de Saúde da Família São Cristóvão, Unidade Saúde da Família Dr. Carlos Scholtão, Centro de Saúde Jardim das Oliveiras, Unidade de Saúde da Família União e Unidade de Saúde da Família Vitória Régia) do município de Sinop, bem como, rastrear a ocorrência da gravidez não planejada/indesejada, de modo a identificar os fatores que levaram ao problema.

2.1 Objetivos Específicos:

- Avaliar o perfil social e econômico das adolescentes com gravidez não planejada/indesejada que realizam o pré-natal nas unidades de saúde, como nível de escolaridade, renda familiar, raça/cor, faixa etária, situação conjugal, situação ocupacional;
- Identificar os principais fatores que levam a gravidez não planejada;
- Verificar a ocorrência da gravidez não planejada ou indesejada;
- Averiguar se há dificuldades de acesso à unidade básica de saúde.

3. Local de Execução: Unidades Básicas Saúdes (Unidade de Saúde da Família Boa Esperança, Unidade de Saúde da Família São Cristóvão, Unidade Saúde da Família Dr. Carlos Scholtão, Centro de Saúde Jardim das Oliveiras, Unidade de Saúde da Família União e Unidade de Saúde da Família Vitória Régia) no Município de Sinop/MT.

4. Nomes e número do telefone da equipe envolvida no projeto:

- Professor responsável: Alan Nogueira Cunha, contato: (66) 9989–8974.
- Nome do Aluno responsável: Patrícia Mendes Santos, contato: (66) 9692-2109.

5- **Critérios de Inclusão dos Indivíduos:** Os critérios de inclusão da pesquisa serão: Adolescentes gestantes de faixas etárias acima 12 anos e abaixo de 18 anos, que não planejaram sua gravidez, e aceitar participar voluntariamente da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) presente no (APÊNDICE I).

6. Critérios de Exclusão: Os critérios de exclusão serão o não cumprimento dos critérios de inclusão mencionados.

7. Descrição do Estudo: A pesquisa será desenvolvida a partir da aplicação de um questionário estruturado, o qual abordará questões socioeconômicas relativas ao perfil de mulheres, aos fatores causais, e a incidência da gravidez não planejada.

8. Benefícios para os Indivíduos: Proporcionar para que levem á uma revisão das estratégias de saúde voltada para a mulher, e assim poder melhorar a educação em saúde com intenção de ampliar a adesão aos métodos que previne uma gravidez sem planejamento.

9. Riscos para os Indivíduos: Os participantes não serão submetidos a nenhum tipo de intervenção que possa causar danos à saúde e/ou profissional.

10. Direito dos Indivíduos de Recusar-se a Participar ou Retirar-se do Estudo: É garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação pela sua decisão.

11- Direito dos Indivíduos à Privacidade: A coleta de dados ocorrerá de modo singular e particular, no qual será preservada sua privacidade e assegurado o sigilo de todos os dados coletados.

12. Publicação de Informações: As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação das voluntárias, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

13. Informação Financeira: Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores.

14. Dano à Saúde: Não será acarretado dano à integridade física, psicológica e moral dos entrevistados.

15. Considerações: Este termo está em duas vias, uma delas ficará com a senhora, nela estão o nome e o contato dos pesquisadores, podendo localizá-las a qualquer momento.

Em caso de dúvida poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Júlio Muller (HUJM) da Universidade Federal de Mato Grosso, através do número (65) 3615- 8254 e/ou por email: cephujm@cpd.ufmt.br, este se localiza em: Avenida Fernando Correa da Costa nº 2367, Boa Esperança, CEP: 78.060-900 - Cuiabá- MT.

16. Assinaturas:

_____

Pesquisador: Prof. Alan Nogueira Cunha

_____

Acadêmica responsável – Patrícia Mendes Santos

_____

Voluntária e responsável legal

Data:_____/_____/_____

APÊNDICE II

QUESTIONÁRIO

Este questionário faz parte da pesquisa: **PERFIL DE ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SINOP-MT: um rastreio da gravidez indesejada.** Formado por 32 questões.

Data:_____/_____/_____

1. Idade:_____

2. História obstétrica: Gestação ( ) Abortos ( ) Partos ( )

3. Naturalidade:_____

4. Estado Civil: ( ) casada ( ) solteira ( ) amasiada ( ) vive com outro companheiro

( ) Namorando

5. Qual a sua renda mensal ou da sua família?
   ( ) menos de 1 salário mínimo
   ( ) mais de 1 salário mínimo
   ( ) mais de 2 1 salários mínimo

6. Seus pais são?
   ( ) casados/amaciados
   ( ) separados
   ( ) vivem com outro (a) companheiro (a)
   ( ) outros:_____

7. Com quantos anos você menstruou?_____

8. Quantos anos você teve sua primeira relação sexual?_____

9. Com quantos anos você engravidou?_____

11. Com quem residia quando engravidou?
    ( ) própria família
    ( ) família do pai do bebe
    ( ) somente o companheiro
    ( ) outros:_____

12. Escolaridade?
    ( )Sem escolaridade ( )Fundamental incompleto
    ( )Fundamental completo ( )Médio incompleto
    ( )Médio completo ( )Superior incompleto
    ( )Superior completo

13. Parou de estudar por conta da gravidez? ( ) sim ( ) não

14. pretende parar de estudar depois do parto ? ( ) sim ( ) não

15. Você trabalha atualmente? ( ) não ( ) sim, qual atividade exerce?_____

16. Parou de trabalhar por causa da gravidez? ( ) não ( ) sim, qual atividade exercia?_____

17. Qual a idade do pai do bebe?_____ anos

18. O pai do bebe aceitou a paternidade? ( ) sim ( ) não ( ) outros_____

19. O pai do bebe ajuda você financeiramente com os gastos relacionados com a gestação?

( ) sim ( ) não

_____

20. Quando engravidou você estava?
( ) sem companheiro
( ) namorando, quanto tempo?_____
( ) casada/amaciada
( ) outro_____

21. Em algum momento, você sentiu vontade de interromper a gravidez? ( ) sim ( ) não

22. Você conhece algum tipo de anticoncepcional? ( ) sim ( ) não

23. Já usou algum tipo de ou método contraceptivo? ( ) não ( ) sim, qual?_____

24. Antes de engravidar, você já fez alguma consulta ginecológica, ou já realizou o preventivo? ( ) não ( ) sim, quantas vezes_____

25. Sua gravidez é?
( ) desejada
( ) aceita
( ) indesejada
( ) planejada( ) outro_____

26. Por que você acha que engravidou?
( ) descuido
( ) desejo próprio
( ) falta de informação/orientação

27. Recebeu o apoio da sua família ao saber da gravidez? ( ) sim ( ) não

28. Número de parceiros que você já teve relação sexual até o presente momento?_____.

29. Usou ou faz uso de preservativo nas relações sexuais? ( ) nunca

( ) poucas vezes ( ) maioria das vezes ( ) sempre

30. Sua mãe já orientou você em relação à prevenção de gravidez precoce e doenças sexualmente transmissíveis? ( ) não ( ) sim

31. Como você imagina seu futuro em relação ao nascimento do bebê?
( ) muito difícil
( ) difícil
( ) um pouco difícil
( ) sem dificuldades

32. Possui alguma dificuldade para ter acesso a UBS, e aos seus programas e campanhas de saúde relacionada á prevenção de gravidez? ( ) não ( ) sim, quais?_____

APÊNDICE III

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA ACADÊMICO-CIENTÍFICA

Através do presente instrumento, solicitamos ao Coordenador (a) da Instituição_____, autorização para realização da pesquisa integrante do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da acadêmica: Patrícia Mendes Santos, orientada pelo Prof. Alan Nogueira da Cunha, tendo como título preliminar: Perfil de Adolescentes Gestantes Atendidas nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Sinop-MT: um rastreio da gravidez indesejada. A coleta de dados será feita através da aplicação de questionários objetivos e descritivos relacionados ao tema do projeto, com mães adolescentes na UBS (Unidade de Saúde da Família Boa Esperança, Unidade de Saúde da Família São Cristóvão, Unidade Saúde da Família Dr. Carlos Scholtão, Centro de Saúde Jardim das Oliveiras, Unidade de Saúde da Família União e Unidade de Saúde da Família Vitória Régia) do município de Sinop, onde será preservada a integridade física e moral de cada participante e com termo de consentimento livre e Esclarecido (TCLE), assinados pelos responsáveis, suas identidades serão mantidas em sigilo. A presente atividade é requisito para a conclusão do curso de Enfermagem, da Universidade Federal de Mato Grosso. As informações aqui prestadas não serão divulgadas sem a autorização final da Instituição.

_____ _____

Acadêmica Professor Orientador

_____

Assinatura do Coordenador (a) da Instituição

Sinop, _____ de _____ de _____.

APÊNDICE IV

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA ACADÊMICO-CIENTÍFICA

Através do presente instrumento, solicitamos ao representante do Conselho Tutelar_____, autorização para realização da pesquisa integrante do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da acadêmica: Patrícia Mendes Santos, orientada pelo Prof. Alan Nogueira da Cunha, tendo como título preliminar: Perfil de Adolescentes Gestantes Atendidas nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Sinop-MT: um rastreio da gravidez indesejada. A coleta de dados será feita através da aplicação de questionários objetivos e descritivos relacionados ao tema do projeto, com mães adolescentes na UBS (Unidade de Saúde da Família Boa Esperança, Unidade de Saúde da Família São Cristóvão, Unidade Saúde da Família Dr. Carlos Scholtão, Centro de Saúde Jardim das Oliveiras, Unidade de Saúde da Família União e Unidade de Saúde da Família Vitória Régia) do município de Sinop, onde será preservada a integridade física e moral de cada participante e com termo de consentimento livre e Esclarecido (TCLE), assinados pelos responsáveis, suas identidades serão mantidas em sigilo. A presente atividade é requisito para a conclusão do curso de Enfermagem, da Universidade Federal de Mato Grosso. As informações aqui prestadas não serão divulgadas sem a autorização final da Instituição.

_____ _____

Acadêmica Professor Orientador

_____

Assinatura do Representante do Conselho Tutelar

Sinop, _____ de _____ de _____

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
JÚLIO MULLER-
UNIVERSIDADE FEDERAL DE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL DAS ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS NAs UBS DO MUNICÍPIO DE SINOP-MT

Pesquisador: Alan Nogueira da Cunha

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 40660314.4.0000.5541

Instituição Proponente: Curso de Enfermagem da UFMT - Sinop

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.143.092

Data da Relatoria: 10/06/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratoria, analisado na modalidade de estudo de caso, com abordagem quantitativa, para avaliar o perfil biologico e social e os fatores causais da gravidez de adolescentes jovens com ate 20 anos de idades da UBS Uniao

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Tracar o perfil biologico e social das gestantes adolescentes (ate 20 anos) atendidas na UBS Uniao do Municipio de Sinop, de modo a identificar fatores que levaram estas a gravidez nao planejada/indesejada.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

• Avaliar o perfil biologico e social de adolescentes gravidas que realizam o pre-natal na unidade de saude; • Avaliar e relacionar os principais fatores que levam a gravidez indesejada nessa fase de desenvolvimento; • Observar a interacao das jovens gestantes com a familia e comunidade antes e durante a gestacao; • Analisar as perspectivas das gestantes adolescentes do seu futuro relacionado ao nascimento do bebe; • Verificar se ha dificuldades de acesso a unidade básica de saúde.

Endereço: Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n
Bairro: Alvorada **CEP:** 78.048-902
UF: MT **Município:** CUIABA
Telefone: (65)3615-7254 **E-mail:** shirleyfp@bol.com.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
JÚLIO MULLER-
UNIVERSIDADE FEDERAL DE

Continuação do Parecer: 1.143.092

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa nao oferece riscos as participantes, pois o questionario nao possui identificacao, e sera preenchido no dia da consulta de pre-natal de cada gestante individualmente. Somente o pesquisador e o orientador vao ter acesso aos termos assinados pelos responsaveis e participantes.

Beneficios:

Tem por beneficio a descricao das caracteristicas de determinada populacao e o estabelecimento de relacoes entre variaveis. O exploratorio traz como alvo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torna-lo mais explicito ou a formar hipoteses. E o estudo de caso explora situacoes de vida real na qual os limites nao estao claramente definidos, descrever a situacao do contexto da investigacao e preserva o carater do caso estudado (GIL, 2002).Assim norteando a assistencia dos profissionais de saude a essa populacao estudada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de importância para a área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto adequada.

Incluiu o instrumento de coleta de dados.

TCLE adequado.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador atendeu a todas as pendencias. Propomos a aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado quanto a análise ética.

Endereço: Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n
Bairro: Alvorada **CEP:** 78.048-902
UF: MT **Município:** CUIABA
Telefone: (65)3615-7254 **E-mail:** shirleyfp@bol.com.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
JÚLIO MULLER-
UNIVERSIDADE FEDERAL DE

Continuação do Parecer: 1.143.092

CUIABA, 08 de Julho de 2015

Assinado por:
SHIRLEY FERREIRA PEREIRA
(Coordenador)