

ARTIGO ORIGINAL

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E GINECO-OBSTÉTRICAS DE ADOLESCENTES ASSISTIDAS EM SERVIÇO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

SOCIODEMOGRAPHIC AND GYNECRO-OBSTETRIC CHARACTERISTICS OF ADOLESCENTS ASSISTED IN A FAMILY PLANNING SERVICE

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y GINECOOBSTÉTRICAS DE ADOLESCENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Maria Veraci Oliveira Queiroz¹
Mônica Medeiros Vasconcelos²
Caroline Magalhães de Alcântara³
Martha Campos de Moura Fé⁴
Amanda Newle Sousa Silva⁵

Doi: 10.5902/2179769226988

RESUMO: Objetivo: caracterizar adolescentes assistidas em serviço de planejamento familiar quanto aos aspectos sociodemográficos, ginecológicos e obstétricos. **Método:** estudo transversal, retrospectivo, com abordagem quantitativa. População de 145 adolescentes, com idade de 13 a 19 anos, de um Serviço de Planejamento Familiar com dados secundários, de hospital público de Fortaleza, Ceará, Brasil. Análise estatística realizada através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* versão 20.0, e dados descritos e apresentados em tabelas. **Resultados:** prevaleceram idades de 15 a 17 anos (45,5%) e união conjugal (89,7%). A média de idade da menarca igual $11,88 \pm 1,52$, da iniciação sexual de $14,01 \pm 1,53$, e da primeira gestação de $15,06 \pm 1,71$. A maioria (75,1%) teve uma gestação. O tipo de parto que prevaleceu foi o normal (52,2%). **Conclusão:** observaram-se carências de cuidados individuais às adolescentes para fortalecimento da autonomia e escolhas de práticas sexuais seguras.

Descritores: Adolescente; Anticoncepção; Planejamento familiar; Serviços de saúde.

ABSTRACT: Aim: to characterize adolescents assisted in a family planning service regarding sociodemographic, gynecological, and obstetric aspects. **Method:** it was a cross sectional retrospective study with quantitative approach. The population comprised 145 adolescents aged from 13 to 19 years old in a Family Planning Service with secondary data, from a public hospital in Fortaleza, Ceará, Brazil. Data were analyzed through the *Statistical Package for the Social Sciences* software version 20.0, which were then described and presented in tables. **Results:** there was predominance of adolescents aged 15-17 years old (45.5%) and conjugal union (89.7%). The mean age at the menarche was 11.88 ± 1.52 years; of 14.01 ± 1.53 at sexual initiation; and of 15.06 ± 1.71 at first pregnancy. The majority

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza – Ceará, Brasil. E-mail: veracioq@hotmail.com

² Enfermeira. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza – Ceará, Brasil. E-mail: monicamedeiros@hotmail.com

³ Enfermeira. Mestranda do Programa de Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza – Ceará, Brasil. E-mail: krouzinha_alcantara@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza – Ceará, Brasil. E-mail: martha_mourafe@yahoo.com.br

⁵ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza – Ceará, Brasil. E-mail: amandanewle@hotmail.com



(75.1%) had one pregnancy. Normal delivery (52.2%) was the prevailing type. **Conclusion:** it was verified a lack of individual care for adolescents to strengthen the autonomy and choices to practice safer sex.

Descriptors: Adolescent; Contraception; Family planning (public health); Health services.

RESUMEN: Objetivo: caracterizar adolescentes atendidas en un servicio de planificación familiar, según los aspectos sociodemográficos, obstétricos y ginecológicos. **Método:** estudio retrospectivo, con enfoque cuantitativo. Población de 145 adolescentes, con edad entre 13-19 años, de un servicio de planificación familiar con datos secundarios de un hospital público de Fortaleza, Ceará, Brasil. Análisis realizado utilizando el programa Statistical Package for the Social Sciences versión 20.0, y datos descritos y presentados en tablas. **Resultados:** prevaleció la edad de 15-17 años (45,5%) y la unión marital (89,7%). El promedio de edad de menarquia fue de 11,88 + 1,52, la iniciación sexual fue de 14,01 + 1,53, y el primer embarazo 15,06 + 1,71. La mayoría (75,1%) tuvieron embarazo. El tipo de parto predominante fue el normal (52,2%). **Conclusión:** se observó la necesidad de atención individual a las adolescentes para fortalecer la autonomía y opciones sexuales más seguras.

Descriptorios: Adolescente; Anticoncepción; Planificación familiar; Servicios de salud.

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma etapa da vida do ser humano caracterizada por alterações biopsicossociais intensas, percebidas e vivenciadas de maneira diferenciada, com interpretações e tratamentos distintos, a depender da cultura em que o indivíduo esteja inserido.¹ Esta fase de desenvolvimento define padrões biológicos e de comportamentos que irão se manifestar durante toda a vida.²

A adolescência compreende o período de 10 a 19 anos e, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), essa divisão visa atender às particularidades da fase.³ Ao atender a população adolescente, é necessário reconhecer as várias dimensões e os determinantes sociais que têm impacto direto na saúde do adolescente, bem como acidentes, homicídios, suicídios e violência, sobretudo relacionados ao uso abusivo de álcool, e as intercorrências da gravidez e maternidade na adolescência são as principais causas desse panorama.⁴

A adolescente se expõe ao risco de engravidar com o início da relação sexual, muitas vezes, sem orientação dos pais ou educadores. Aspecto associado ao tabu ainda existente nesses ambientes sociais, em que há pouco diálogo. Assim, os adolescentes obtêm informações de fontes inseguras e imprecisas sobre saúde sexual e métodos contraceptivos. Logo, estes fatores induzem a vulnerabilidade da prática sexual e mesmo aqueles com algum conhecimento sobre os métodos contraceptivos, deixam de utilizá-los.⁵

Em relação à prevenção da gravidez, salienta-se que a educação sexual efetivada por meio de diálogo aberto entre profissional e adolescente, respeitando valores, crenças e cultura destes, é possível, motivando maior adesão aos meios preventivos e redução da gravidez precoce e suas consequências.⁶

O planejamento familiar, segundo o código civil brasileiro, é um direito sexual e reprodutivo de todo cidadão, inclusive dos adolescentes, no qual orienta-se a livre decisão da pessoa sobre ter ou não filhos.⁷ Os direitos sexuais e reprodutivos de crianças e adolescentes são amplamente reconhecidos no cenário internacional e supostamente no nacional; são previstas nas normas e leis brasileiras, uma vez que o Brasil foi signatário dos documentos resultantes de tais eventos. Contudo, os adolescentes são particularmente vulneráveis e ignorados pelos serviços de saúde reprodutiva.⁸

É necessário enfoque multidisciplinar para o cuidado com o adolescente na medida em que este se constitui como grupo vulnerável, principalmente em suas necessidades relacionadas à sexualidade e experiência da reprodução. Atenta-se para o fato de que maiores investimentos devem ser realizados no cuidado de enfermagem aos adolescentes, incluindo capacitação para lidarem com os agravos de saúde que assolam esse público, como gravidez precoce e infecções sexualmente transmissíveis (IST).⁹

A justificativa para execução da pesquisa está na vivência de uma das autoras, que trabalha no serviço de planejamento familiar, demonstrando que a escolha de um método contraceptivo pelas adolescentes nem sempre está pautada em orientações profissionais, comumente seguem indicação de amigos ou alguém da convivência, portanto, tornam-se vulneráveis às consequências dessa conduta.

Entretanto, há necessidade de envolvimento maior entre profissionais e adolescentes, para que se promova ambiente em que haja troca de informações sobre saúde sexual e reprodutiva e a adolescente possa se empoderar quanto ao cuidado, evitando gravidez não planejada e IST. Assim, o estudo das informações registradas em um serviço de planejamento familiar a envolver adolescentes torna-se relevante para subsidiar ações, incluindo práticas educativas.

Nesse contexto, as inquietações das pesquisadoras motivaram a formular a seguinte questão: quais os aspectos sociodemográficos, ginecológicos e obstétricos de adolescentes acompanhados em Serviço de Planejamento Familiar?



Para tanto, objetivou-se caracterizar as adolescentes assistidas em serviço de planejamento familiar quanto aos aspectos sociodemográficos, ginecológicos e obstétricos.

MÉTODO

Estudo transversal, descritivo com dados retrospectivos que foram analisados quantitativamente. Os estudos transversais possuem como característica fundamental a aferição, realizada em um único período de tempo, utilizando-se para descrever variáveis e seus padrões de distribuição.¹⁰

A população foi constituída de adolescentes do Serviço de Planejamento Familiar de um hospital público, terciário, referência do Sistema Único de Saúde em Fortaleza, CE, no segundo semestre de 2013. A amostra foi determinada pelos seguintes critérios de inclusão: adolescentes inscritas nos últimos cinco anos (2008 a 2012), cujas informações no banco de dados estavam completas em relação às variáveis do estudo.

As variáveis do estudo foram definidas nos aspectos sociodemográficos (idade, procedência, estado civil, escolaridade, número de filhos), obstétricas (idade da primeira gestação, número de gestações, número de partos, tipos de partos e número de abortos) e ginecológicas (idade da menarca, idade da iniciação sexual e método contraceptivo). A população contemplada neste estudo foi, ainda, caracterizada quanto às comorbidades. Assim, a referida amostra foi composta por 145 adolescentes, com idade variando de 13 a 19 anos.

Os dados foram extraídos do banco de dados do Serviço de Planejamento Familiar (SPF). O referido banco de dados estava digitado em uma planilha formatada do *Microsoft Office Excel* (versão 2007), que foram exportados para o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Este banco de dados foi revisado e submetido à análise de consistência, mediante a observação das planilhas digitadas e correção das divergências. Seguidamente, foi efetivada a análise estatística descritiva, com a elaboração de tabelas, com frequência absoluta e porcentagem e em valores de média \pm desvio-padrão.

O estudo cumpriu os aspectos éticos, conforme a Resolução n°. 466/12 que regulamenta a pesquisa com seres humanos.¹¹ O projeto foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), obtendo aprovação conforme parecer n° 220.992, no dia 13 de março de 2013. No protocolo encaminhado ao CEP, constava a anuência do setor responsável pelo setor de Obstetrícia.

RESULTADOS

A Tabela 1 informa dados sobre as características sociodemográficas das adolescentes assistidas no SPF da instituição pesquisada.

Tabela 1: Características sociodemográficas de adolescentes assistidas no Serviço de Planejamento Familiar do Hospital Geral de Fortaleza, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012.

Variáveis	F	%
Idades estratificadas		
13 --- 15	20	13,8
15 --- 17	66	45,5
17 --- 19	42	29
19	17	11,7
Idade média $16,50 \pm 1,59$ anos; Mínima = 13 anos; Máxima = 19 anos.		
Região de residência	F	%
Capital do Estado	142	98
Região Metropolitana	01	0,7
Interior do Estado	02	1,3
Modalidade de união conjugal		
Solteira	02	1,4
Sem compromisso	05	3,4
Casada	08	5,5
Com compromisso	130	89,7
Escolaridade		
Não sabe ler	04	2,8
Sabe ler	01	0,7
Ensino Fundamental	102	70,3
Ensino Médio	38	26,2
Número de filhos vivos		
Zero	14	9,6
Um	105	72,4
Dois	22	15,2
Três	04	2,8

Fonte: Dados da pesquisa

Legenda: F: frequência

A Tabela 2 informa dados sobre o perfil gineco-obstétrico das adolescentes assistidas no SPF da instituição pesquisada. Em números inteiros, a idade média da menarca daquelas adolescentes era de 12 anos, iniciação sexual de 14 anos e primeira gestação de 15 anos. Na Tabela 2, observa-se, ainda, que a diferença entre a média de idade da menarca ($11,88 \pm 1,52$) e a média de idade da iniciação sexual ($14,01 \pm 1,53$) foi estatisticamente significativa ($F=5,91$; $p=0,001$). A diferença entre a média de idade da iniciação sexual e da primeira gestação não apresentou diferenciação significativa. O estudo também aponta que as principais prevalências de morbidades entre as adolescentes foram: Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) com 21 (14,5%); epilepsia com seis (4,1%); infecção urinária

com quatro (2,8%); Papiloma Vírus Humano (HPV) com três (2,1%); e outras morbidades, totalizando 18 (12,4%).

Tabela 2: Características gineco-obstétricas de adolescentes assistidas no Serviço de Planejamento Familiar do Hospital Geral de Fortaleza. Janeiro de 2008 a dezembro de 2012.

Variáveis	Valores	
	X ± S	Mínima Máxima
Idade		
Da menarca	11,88 ± 1,52	8 17
Da iniciação sexual	14,01 ± 1,53	11 18
Da primeira gestação	15,06 ± 1,71	11 19
Nº de gestações	F	%
Uma	109	75,1
Duas	26	18
Três	08	5,5
Quatro	01	0,7
Cinco	01	0,7
Nº de partos		
Zero	11	7,6
Um	108	74,4
Dois	22	15,2
Três	04	2,8
Total	145	100,0
Tipos de parto		
Normal	70	52,2
Cesariano	57	42,5
Normal e cesariano	05	3,7
Fórceps	01	0,8
Normal, cesariano e fórceps	01	0,8
Total	134	100,0
Abortos		
Zero	130	89,7
Um	15	10,3
Total	145	100,0
Uso de métodos contraceptivos		
CONDOM / CHCO / CI	35	24,1
CONDOM	24	16,5
CONDOM / CHCO	20	13,8
CONDOM/CHCO/ CHCI/CI	12	8,3
CONDOM / CI	10	6,9
CONDOM/CHCO/ CHCI	08	5,5
CHCO	06	4,1
CONDOM / CHCI / CI	06	4,1
CHCO / CHCI	04	2,8
Não usa	04	2,8
CI/ CHCI	03	2,1

CHCI	02	1,4
DIU	02	1,4
Outras combinações	06	4,1
Total	145	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

Legenda: X: média

S: desvio padrão

CONDOM: Camisinha ou preservativo

CHCO: Contraceptivo hormonal combinado oral

CI: Contraceptivo injetável

CHCI: Contraceptivo hormonal combinado injetável

DIU: Dispositivo intrauterino

DISCUSSÃO

Observou-se que a idade das adolescentes que fizeram parte do estudo variou de 13 a 19 anos, porém a maioria estava entre 15 e 17 anos, e todas tiveram acesso ao serviço especializado, planejamento reprodutivo, conforme assegurado na legislação⁷ e nas normas deste serviço.

No tocante à procedência das participantes, observou-se que a maioria das adolescentes era da capital cearense (Fortaleza), principalmente, dos bairros próximos. Provavelmente, essas demandas são em decorrência da característica do atendimento especializado, tendo as adolescentes garantia de acesso ao serviço.

Neste estudo, a maioria das adolescentes se encontrava com parceiro fixo e era mãe de apenas um filho, mostrando que é fundamental a relação de sinceridade e confiança entre o casal, para viverem o sexo de forma plena e segura. As adolescentes permaneciam na escola e o maior quantitativo delas frequentava o ano escolar preconizado para a faixa etária. Entretanto, estudo mostra que com a gravidez, o abandono ao estudo é comum em decorrência das dificuldades financeiras, falta de apoio da família ou parceiro para cuidar do filho.¹²

Acrescenta-se que há ainda enfrentamentos quando se deseja trabalhar a educação sexual na escola, dentre estes, citam-se as crenças de pais e educadores, pois acreditam que esta ação estimula à prática sexual cada vez mais precoce.¹³ Acredita-se que o diálogo mais aberto e reflexivo com adolescentes poderia reduzir o número alarmante de IST, uma vez que dúvidas, medos e anseios sobre o assunto seriam minimizados.¹⁴ Assim, tem-se a necessidade da cooperação interprofissional na escola para desenvolver educação sexual entre adolescentes, pois, assim, serão esclarecidas dúvidas e crenças, favorecendo às adolescentes desfrutarem da sexualidade de maneira saudável e responsável.¹⁵

A maioria das adolescentes do estudo tinha um filho vivo. Possivelmente, em decorrência das diversas ações para diminuir a mortalidade infantil e conscientizar o casal na decisão de ter ou não um filho, o planejamento familiar é normalmente oferecido no contexto de educação em saúde em palestras, orientação individual ou em grupos, por médicos e enfermeiros em unidades básicas de saúde.¹⁶ O adolescente necessita de um serviço de saúde com atendimento diferenciado, que possa considerar os referenciais subjetivos, mas que seja capaz, também, de oferecer respostas claras para possíveis dúvidas.

Sobre as questões obstétricas e ginecológicas, observou-se, neste estudo, que o período entre a menarca e a iniciação sexual era o dobro do tempo decorrente entre a média de idade da iniciação sexual e a média de idade da primeira gestação. Embora os dados apontem que as adolescentes participantes tenham iniciado a vida sexual precocemente, a maioria referiu ter utilizado métodos contraceptivos. Isto pode ser um aspecto a explorar em outros estudos, se estes aspectos estão relacionados com a educação recebida acerca dos métodos contraceptivos. Estima-se que o tempo aproximado entre a primeira relação sexual de uma adolescente e a iniciativa de obter informações seguras em uma unidade de saúde é, em média, 12 meses. Assim, muitas adolescentes iniciam a vida sexual sem se proteger contra as IST/Aids e uma gravidez indesejada. Por isto, alerta-se que a abordagem sobre os métodos contraceptivos deve ser anterior à iniciação sexual.¹⁷

Observa-se tendência das adolescentes em iniciarem a vida sexual de maneira mais precoce e insegura.¹⁷ Entretanto, pesquisa destaca que a gravidez pode ser uma opção das próprias meninas, em uma busca distorcida por autonomia, autoridade, reconhecimento social por parte das próprias famílias e de amigos e colegas.¹⁸

A maioria das adolescentes que chegou ao serviço tinha uma gestação e, dentre elas, uma em especial mereceu atenção: não sabia ler, era casada, procedia da capital do estado, teve a menarca aos nove anos de idade e iniciação sexual aos 15. A primeira gestação também ocorreu aos 15 anos. Quando admitida no serviço, estava com 19 anos de idade, na quinta gestação, com três filhos vivos, um aborto, histórico de depressão, pré-eclampsia e parto cesariana. Logo, percebe-se que era uma adolescente vulnerável, desprovida de assistência sócio familiar e cuidados profissionais dirigidos à condição específica, pois em quatro anos de vida sexual, ela se encontrava na quinta gestação, fato que poderia ter sido diminuído com uso de contraceptivo seguro, como o DIU, que tem segurança e eficácia. Estudo mostra que quando a adolescente

não tem conhecimento sobre a colocação e retirada do DIU, ela acaba ficando mais vulnerável de ter gestações múltiplas, já que, devido à pouca idade e menos experiência sexual, acaba não utilizando os métodos contraceptivos para evitar uma gravidez não planejada.⁶

Nesse contexto, afirma-se que a iniciação sexual precoce entre adolescentes gera preocupação em decorrência da frequente associação dessa prática e do desconhecimento sobre saúde reprodutiva e, conseqüentemente, do uso inadequado dos métodos contraceptivos.¹⁹ Porventura, o aspecto da sexualidade entre os adolescentes está recebendo atenção recentemente, devido aos efeitos adversos nesta etapa da vida, refletindo no projeto de vida destes. Portanto, a abordagem às adolescentes deve ser integral, discutindo-se além dos aspectos obstétricos, mas incluir o âmbito psicossocial, pois a adolescente poderá ter uma nova gestação.

Como as informações foram extraídas do Serviço de Planejamento Familiar, as adolescentes atendidas tinham recebido atendimento na obstetrícia e foram encaminhadas a este serviço. Observou-se que o número de partos normais neste grupo estudado ultrapassou o parto abdominal (cesáreo), porém esta diferença não foi tão grande. Estudo mostra que o número de partos cesáreos vem decrescendo, porém, o quantitativo de intervenções ainda se apresenta elevado, em detrimento da decisão da hora e de como parir caber, na maioria das vezes, aos obstetras.²⁰

Os dados mostram diferença das frequências entre gestações e partos, isto pelo fato de uma adolescente ter apresentado gravidez gemelar (uma gestação e dois partos) e uma com trigêmeos (uma gestação e três partos), no período de 2008 a 2012. As diferenças cujos números de parto foram menores que os de gestação se justificam pelos abortos e pelo número de primigestas.

Quando foi abordada a questão do aborto, algumas adolescentes afirmaram que tiveram, porém não foi dito se foi provocado ou espontâneo. De acordo com as informações cedidas por elas, levantou-se a hipótese de que 11 a cada 100 adolescentes da cidade de Fortaleza admitem ou revelam que passaram por experiência de aborto. Contudo, pode ser que tal prevalência seja ainda maior, devido ao aborto ser uma questão difícil de ser revelada e por favorecer a ocorrência de erro por tipo de resposta.

Diante disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) alerta sobre a importância de medidas que evitem gravidez durante a adolescência. No mundo todo, uma em cada cinco adolescentes e jovens já deu à luz com menos de 18 anos, elevando os casos de morte entre mulheres de 19 anos devido às complicações no pós-parto. Adolescentes grávidas são mais susceptíveis a terem abortos inseguros. Natimortos e mortes em recém-nascidos são 50%

maiores entre filhos de mães adolescentes do que entre aqueles nascidos de mães com idades entre 20-29 anos.²¹ Com isso, muitas adolescentes preferem abortar a perder a oportunidade de desfrutar uma vida com menos responsabilidades, e esta prática é procedida, muitas vezes, de forma clandestina, fazendo com que tanto a mãe quanto o bebê corram risco de morte.²²

Dados do Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (registro de janeiro de 2010 a março de 2011), revelam a ocorrência de 45.342 procedimentos de curetagens pós-aborto, em mulheres abaixo de 19 anos.²³

O estudo realizado aponta escolhas dos métodos contraceptivos entre as adolescentes, em que um dos mais utilizados é a associação do condon (conhecido popularmente como camisinha ou preservativo), anticoncepcional oral e coito interrompido, este é o de maior experiência de uso neste estudo, levanta-se a hipótese de que ele seja o mais usado pelas adolescentes de Fortaleza.

O conhecimento sobre esses métodos é de grande importância para as adolescentes evitarem a gravidez não planejada e as IST's. Porém, o conhecimento das adolescentes sobre a contracepção ainda é incipiente, em virtude da dificuldade de diálogo com a família e com os profissionais, o que as tornam mais vulneráveis a agravos relacionados à sexualidade, como as IST's e a gravidez na adolescência.¹³

Quanto às morbidades observadas entre as adolescentes do estudo, a mais prevalente foi a DHEG e somente uma teve aborto relacionado, possivelmente, em decorrência do acompanhamento neste serviço com suas especificidades.

O Ministério da Saúde orienta a responsabilidade da atenção básica no acompanhamento de adolescentes, e no tocante às ações de proteção e promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva, estas serão fortalecidas com vistas a melhorar a resolutividade, neste nível de atenção.²⁴ Quando o profissional tem experiência, e conhecimento sobre o quanto as decisões sexuais influenciam os adolescentes, sua família e a sociedade, ele incorpora e desenvolve ações educativas que podem ter efeito nas ações e decisões desse público.²⁵ Deste modo, profissionais da saúde e da educação precisam investir esforços educacionais para auxiliar adolescentes a assumirem comportamento sexual livre de riscos, incentivando estilos de vida saudáveis.

Nesse contexto, ações educativas com os adolescentes permitem integrar pais, professores e enfermeiros no cuidado continuado e permanente, favorecendo o desenvolvimento destes e contribuindo para que sejam os protagonistas do seu cuidado.¹⁵ O

SPF do hospital em estudo proporcionou a estas adolescentes o conhecimento sobre os métodos contraceptivos e vivências com o sexo de forma plena, investindo em uma educação sexual, seja de modo individual ou nos grupos.

CONCLUSÃO

A população estudada apresentou como principais características encontrar-se na adolescência maior (15 e 17 anos) e residirem na área circunscrita ao serviço de planejamento familiar. A maior parte cursava o Ensino Fundamental e possuía relação afetiva e sexual com parceiro fixo e, no histórico obstétrico, relato de uma gravidez ou mais.

Algumas comorbidades identificadas estão diretamente relacionadas ao período gravídico puerperal, como DHEG, pré-eclampsia e eclampsia, podendo ser fator preditivo para parto cesariano, com possíveis influências em partos subsequentes.

Sugere-se, portanto, que o enfermeiro, ao assumir o acompanhamento pré-natal, explore os riscos destes agravos, pois a detecção precoce pode diminuir as intercorrências com a gestante adolescente e o respectivo bebê.

Constatou-se que a primeira gestação tende a ocorrer muito próxima do início da atividade sexual. Assim, para evitar a gravidez não planejada na adolescência, é importante que logo após a menarca e antes da iniciação sexual, sejam intensificadas ações educativas, estimulando nos ambientes de cuidados, seja na escola ou na atenção básica, o fortalecimento da autonomia e das escolhas por práticas sexuais seguras.

Neste sentido, a pesquisa tem implicações para a enfermagem uma vez que, essas informações técnicas e científicas, podem agregar às estratégias de cuidados nos setores de saúde e de educação, o fortalecimento de práticas educativas relacionadas às questões sexuais e reprodutivas. Salienta-se que o estudo teve limitação na coleta de dados, por ter sido realizada através de dados secundários, observando-se algumas inconformidades nas informações. Além disso, esse modo de coleta não oferece oportunidade de diálogo com os sujeitos, ocasionando dúvidas sobre aspectos comportamentais que demonstrem a realidade pesquisada.

Sugerem-se, portanto, ampliação de trabalhos acerca desta temática, em que se utilizem metodologias participativas e instrumentos validados na apreensão de conhecimentos e vivências sobre as práticas sexuais dos adolescentes.

REFERÊNCIAS

1. Almeida RS. Adolescência e contemporaneidade - aspectos biopsicossociais. *Resid Pediatr.* 2015;5(3 Supl. 1):13-6.
2. Araujo NB, Mandú ENT. Production of meanings among adolescents about self care during the pregnancy. *Interface Comum Saúde Educ.* 2016;20(57):363-75.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
4. Pan American Health Organization (PAHO), World Health Organization (WHO). Plan of action on adolescent and youth health [Internet]. 2016 [acesso em 2016 nov 18]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12276%3A2016-55th-directing-council-documents&catid=8811%3Adc-documents&Itemid=42078&lang=en.
5. Silva DA, Carvalho FS. Percepções de adolescentes sobre práticas de saúde. *Adolesc Saude.* 2016 [acesso em 2016 dez 13];13 Supl 1:64-71. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=570.
6. Hoopes AJ, Ahrens KR, Gilmore K, Cady J, Haaland WL, Oelschlager AMA, et al. Knowledge and acceptability of long-acting reversible contraception among adolescent women receiving school-based primary care services. *J Prim Care Community Health;* 2016;7(3):165-70.
7. Moraes SP, Vitale MSS. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. *Rev Assoc Med Bras.* 2012;58(1):48-52.
8. Jimenez L, Assis DAD, Neves RG. Direitos sexuais e reprodutivos de crianças e adolescentes: desafios para as políticas de saúde. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 out [acesso em 2016 dez 1];39(107):1092-104. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000401092&script=sci_abstract&tlng=pt doi: 10.1590/0103-110420151070385.
9. Silva IR, Gomes AMT, Valadares GV, Santos NLP, Silva TP, Leite JL. Percepções de enfermeiros acerca das vulnerabilidades para DST/Aids diante das conexões processo de adolescer. *Rev Gaúcha Enferm*[Internet]. 2015 set [acesso em 2016 out 23];36(3):72-8. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/47293>.
10. Fletcher RH, Fletcher SW, Fletcher GS. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais.* 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
12. Dias PMM, Oliveira JM, Lustosa AP, Lima HKLS, Moreira KAP, Pereira TM. Repercussões da gravidez na adolescência na vida da mulher adulta. *Rev Rene.* 2017;18(1):106-13.



13. Borges ALV, Fujimori E, Kuschnir MCC, Chofakian CBN, Moraes AJP, Azevedo GD, et al. ERICA: início da vida sexual e contracepção em adolescentes brasileiros. *Rev Saúde Pública*. 2016;50(Supl 1):15s.
14. Chofakian CBN, Borges ALV, Fujimori E, Hoga LAK. Conhecimento sobre anticoncepção de emergência entre adolescentes do ensino médio de escolas públicas e privadas. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(7):1525-36.
15. Dias MSA, Vieira FMBR, Silva LCC, Vasconcelos MIO, Machado MFAS. Colaboração interprofissional no Projeto Saúde e Prevenção na Escola. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(6):1789-98.
16. Silva KR, Souza AS, Pimenta DJ, Silva R, Lima MDO. Planejamento familiar: importância das práticas educativas em saúde para jovens e adolescentes na Atenção Básica. *Rev Eletrônica Gestão & Saúde*. 2016 [acesso em 2017 jan 18];7(1):327-42. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22083/15777>.
17. Costa GPO, Guerra AQS, Araújo ACPF. Conhecimentos, atitudes e práticas sobre contracepção para adolescentes. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2016 [acesso em 2016 nov 18];8(1):3597-608. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3131/pdf_1763.
18. Santos CC, Wilhelm LA, Alves CN, Cremonese L, Castiglioni CM, Venturini L, et al. A vivência da gravidez na adolescência no âmbito familiar e social. *Rev Enferm UFSM*. 2014;4(1):105-12.
19. Queiroz MVO, Brasil EGM, Alcântara CM, Carneiro MGO. Perfil da gravidez na adolescência e ocorrências clínico-obstétricas. *Rev Rene*. 2014;15(3):455-62.
20. Borges AP, Silva ALR, Correa ACP, Nakagawa JTT. Caracterização da assistência ao parto em adolescentes primigestas no município de Cuiabá-MT. *Cienc Cuid Saude*. 2016;15(2):212-9.
21. World Health Organization (WHO). Adolescent pregnancy: fact sheet [Internet]. Brasil; 2012 [acesso em 2017 jan 18]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>.
22. Higa EFR, Bertolin FH, Maringolo LF, Ribeiro TFSA, Ferreira LHK, Oliveira VASC. Intersectorality as a strategy for promoting adolescent sexual and reproductive health. *Interface Comun Saúde Educ* [Internet]. 2015 [acesso em 2016 nov 28];19(Supl 1):879-91. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500879.
23. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-DATASUS). Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde. Brasília; 2010 [acesso em 2017 jan 18]. Disponível em: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=652.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2017 jun 18]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2320.



25. Jennings JM, Howard S, Perotte CL. Effects of a school-based sexuality education program on peer educators: the Teen PEP model. Health Educ Res. 2014;29(2):319-29.

Data de submissão: 04/05/2017

Data de aceite: 06/05/2017

Autor correspondente: Caroline Magalhães de Alcântara

Endereço: Rua: Rosalvo Quinderé, 385 – Bairro: Quintino Cunha, Fortaleza – Ceará, Brasil.

CEP: 60351-200

Email: krouzinha_alcantara@hotmail.com