

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Dissertação

**Representações sociais acerca do planejamento familiar para adolescentes
que vivenciaram a gravidez recorrente**

Kamila Dias Gonçalves

Pelotas, 2017

Kamila Dias Gonçalves

**Representações sociais acerca do planejamento familiar para adolescentes
que vivenciaram a gravidez recorrente**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de Concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e Enfermagem.

Orientador: Enf^a Dr^a Marilu Correa Soares

Pelotas, 2017

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

G635r Gonçalves, Kamila Dias

Representações sociais acerca do planejamento familiar para adolescentes que vivenciaram a gravidez recorrente / Kamila Dias Gonçalves ; Marilu Correa Soares, orientador. — Pelotas, 2017.

125 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2017.

1. Gravidez na adolescência. 2. Planejamento familiar. 3. Adolescente. 4. Anticoncepcional. 5. Enfermagem. I. Soares, Marilu Correa, orient. II. Título.

CDD : 610.73

Kamila Dias Gonçalves

**Representações sociais acerca do planejamento familiar para
adolescentes que vivenciaram a gravidez recorrente**

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Ciências do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de

Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

Aprovada em:

Banca examinadora:

Prof^a Enf^a Dr^a Marilu Correa Soares (Orientador)
Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP-USP

Prof^a Enf^a Dr^o Diana Cecagno
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande.

Prof^a Enf^a Dr^a Karen Knopp de Carvalho
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande.



Prof^a Enf^a Dr^o Sonia Maria Konzgen Meincke
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a Enf^a Dr^a Juliane Portella Ribeiro
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande.

Dedico este trabalho:

A minha vida, minha filha Antônia, que me permite experimentar o mais puro e verdadeiro amor desde a sua chegada e por ser o principal motivo de incentivo a tudo que faço. Tudo que faço é por ti minha filha.

Agradecimentos

A Deus, a mais pura gratidão pela oportunidade da vida e por todas as portas abertas nestes últimos anos. Obrigada por estar sempre presente. Obrigada pela oportunidade de ter uma família linda com o qual posso contar.

A minha mãe Kátia, por ser presente em minha vida, por ter me educado, por me permitir e incentivar a estudar desde sempre.

Ao meu pai Mário, que mesmo ausente sempre me conforta e estimula.

Ao meu irmão que amo tanto, pelos “papos cabeça”, por me orgulhar sempre e por me mostrar que maturidade nem sempre está atrelada a idade.

Ao meu melhor amigo, parceiro, companheiro e amor Fabiano, se cheguei até aqui foi porque tu te desdobrou para cobrir minha ausência, abandonou teus sonhos para vivenciar os meus. Obrigada por ser tão maravilhoso. Desculpe minhas ausências e estresses. Te amo.

Ao meu amigo Cézar que sempre se faz presente e me ajudou em um dos momentos de mais temor de minha vida.

A minha parceira de piscina, de escola, de festas, de faculdade, de pós-graduação, de trabalho. A minha melhor amiga Marjoriê. Sempre presente em minha vida não me permitiu desistir e serve de inspiração a tudo que faço.

Aos demais familiares e amigos que se orgulham de mim e me permitem sentir uma pessoa especial.

Aos meus alunos do curso de Técnico de Enfermagem, que sempre ouviram falar do mestrado, da dissertação e atentos compreendiam a importância de tudo isso pra mim.

A amiga Pricilla, por estar presente nas coletas e dividir comigo estas vivências e experiências.

As adolescentes participantes pela confiança e disposição em contribuir para elaboração deste estudo.

As professoras do PRPPG pelos aprendizados, pelas trocas e por servirem de inspiração pra mim.

A professora Marilu Correa Soares, por ser mais que orientadora. É alguém que posso confiar e que compreendeu toda essa jornada que enfrentei no último ano.

Meus mais sinceros agradecimentos por me acolher como orientanda e pela compreensão.

As professoras da Banca Examinadora, que avaliaram e contribuíram para o enriquecimento do trabalho.

E a minha vida, minha filha, minha Antônia. És a coisa mais importante e especial da minha vida. Um amor imensurável que não cabe em palavras.

Resumo

GONÇALVES, Kamila Dias. **Representações sociais acerca do planejamento familiar para adolescentes que vivenciaram a gravidez recorrente**. 2017. 125 f. Dissertação – Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde – Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

O estudo objetivou conhecer as representações sociais acerca do planejamento familiar de adolescentes que vivenciaram a gestação recorrente. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais proposta por Serge Moscovici. Fizeram parte desta pesquisa nove adolescentes, com idades entre 10 aos 19 anos de idade, que vivenciaram a gestação recorrente. Os dados foram coletados no período de março a maio de 2017, por meio de entrevista semiestruturada, nos dois bairros com maior incidência de gestação na adolescência do município de Pelotas/RS. Por meio da Análise Textual Discursiva e do referencial teórico da Teoria das Representações Sociais, foram construídas três categorias: (Des)conhecimento da sexualidade e dos métodos contraceptivos antes da primeira relação sexual: a construção dos conhecimentos na ótica de adolescentes; Gravidez não planejada na adolescência X uso de métodos contraceptivos; e Representações Sociais do desejo de engravidar na adolescência: planejando a maternidade. Observou-se diferentes representações sociais acerca do planejamento da gestação das adolescentes, tanto para as que planejaram a gravidez quanto para as que não planejaram, sendo estas representações atreladas a aspectos como educação, cultura, hábitos e valores das participantes. No que se refere a gestação não planejada existe diferentes dimensões de representações sociais, ancoradas na falta de conhecimento acerca da sexualidade e da proteção contra a gravidez e na aceitabilidade como alternativa para encarar a vivência da maternidade. Este estudo possibilitou referir que o aprendizado e a consciência das dificuldades enfrentadas fazem parte do cotidiano das adolescentes depois de tornarem-se mães, mesmo que estes fatores não sejam motivo de temor para vivenciar outra gestação. Conhecer a representação social do planejamento familiar de adolescentes que vivenciaram gravidez recorrente ajuda a avaliar este evento e reforça a importância do diálogo e acolhimento das adolescentes para construção do conhecimento sobre o planejamento familiar, não como meio de evitar filhos, mas como forma de planejamento seguro, consciente e responsável da família.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência; Planejamento familiar; Adolescente; Anticoncepcional; Enfermagem; Educação em saúde.

ABSTRACT

GONÇALVES, Kamila Dias. **Social representations about family planning for adolescents who experienced recurrent pregnancy.** 2017. 125 f. Dissertation - Graduate Program in Health Sciences - Faculty of Nursing. Federal University of Pelotas, Pelotas.

The study aimed to know the social representations about family planning for adolescents who experienced recurrent pregnancy. This is a descriptive and qualitative research based on the Theory of Social Representations proposed by Serge Moscovici. Nine adolescents, aged between 10 and 19 years, who experienced recurrent pregnancy, were part of this study. The data were collected from March to May 2017 through a semi-structured interview, at the two neighborhoods that have the highest incidence of pregnancy during adolescence in Pelotas/RS. Through the Discursive Textual Analysis and the theoretical reference of the Theory of Social Representations, three categories emerged: (Un)knowledge about sexuality and contraceptive methods before the first sexual intercourse; the formation of knowledge under the adolescents' perspective; Unplanned pregnancy in adolescence X use of contraceptive methods; and Social Representations on the desire to becoming pregnant during adolescence: planning motherhood. Different social representations about the planning of the pregnancy of the adolescents were observed, both for those who planned the pregnancy and those who did not plan it. These representations were tied to aspects such as education, culture, habits and participants' values. Regarding the unplanned pregnancy, there are different dimensions of social representations, anchored in the lack of knowledge about sexuality and protection against pregnancy and acceptability as an alternative to face the experience of motherhood. This study made it possible to understand that knowing and awareness about the difficulties faced are part of the daily life of adolescents after becoming mothers, even if these factors are not a reason for fear of experiencing another pregnancy. Knowing the social representation of family planning of adolescents who have experienced recurrent pregnancy helps to evaluate this event and reinforces the importance of dialogue and reception of adolescents to build knowledge about family planning, not as a means of avoiding children, but as a form of conscious planning, conscious and responsible family.

Keywords: Adolescent pregnancy; Family planning; Adolescent; Contraceptive; Nursing; Health education.

Lista de figuras

Figura 1	Abordagens da Teoria das Representações Sociais	31
Figura 2	Ciclo da análise discursiva.....	53

Lista de abreviaturas e siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ATD	Análise Textual Discursiva
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
IST	Infecção Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
RS	Representações Sociais
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
WHO	World Healthy Organization

Sumário

1	Introdução	13
2	Objetivos	19
	2.1 Objetivos geral	19
	2.2 Objetivos específicos	19
3	Pressupostos.....	20
4	Revisão de literatura	21
	4.1 Adolescência: da saúde reprodutiva à gestação recorrente.....	21
	4.2 Redes de apoio às adolescentes.....	25
	4.3 Ações de planejamento familiar para adolescentes	28
5	Referencial teórico.....	31
	5.1 Vertentes da Teoria das Representações Sociais.....	31
6	Metodologia	36
	6.1 Caracterização do estudo	36
	6.2 Cenário do estudo.....	36
	6.3 Participantes do estudo.....	38
	6.4 Critérios para seleção das participantes.....	38
	6.5 Critérios de exclusão das participantes	38
	6.6 Princípios éticos	39
	6.7 Procedimento para coleta de dados	40
	6.8 Análise dos dados	51
	6.9 Divulgação dos resultados	53
7	Análise e discussão dos resultados.....	54
	7.1 Caracterização das participantes: quem são estas adolescentes?.....	54
	7.2 (Des)conhecimento da sexualidade e dos métodos contraceptivos antes da primeira relação sexual: a construção dos conhecimentos na ótica de adolescentes.....	63
	7.3 Gravidez não planejada na adolescência X uso de métodos contraceptivos.....	72
	7.4 Representações Sociais do desejo de engravidar na adolescência: planejando a maternidade.....	80

8	Considerações finais.....	91
	Referências	95
	Apêndices	107
	Anexos.....	121

1 Introdução

O planejamento familiar é definido como mecanismo fundamental na prevenção primária de saúde que auxilia as usuárias acerca da escolha e uso efetivo de métodos anticoncepcionais adequados (CAMIÁ et al., 2001). Esta definição contempla a prevenção da saúde, entretanto, o envolvimento e participação masculina no planejamento familiar é tão reduzido quanto o número de programas para a saúde sexual e reprodutiva dos homens (CAMIÁ et al., 2001).

Para o Ministério da Saúde (MS), o planejamento familiar deve estar pautado nos direitos reprodutivos da mulher, do homem, ou do casal e ancorado na Lei 9.263/96, que regulamenta o planejamento familiar, estabelecendo a garantia e assistência ao planejamento familiar, junto a outras ações que buscam compor a assistência integral a saúde (BRASIL, 1996; BRASIL, 2002).

Mesmo antes de 1996 quando ocorreu a regulamentação da Lei supracitada, ações de planejamento familiar já eram propostas por meio do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983. O PAISM defendia a autonomia dos indivíduos envolvidos no processo reprodutivo e condiciona à mulher ou ao casal, a oferta de métodos contraceptivos (BRASIL, 2004; HEILBORN et al., 2009).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) as ações de planejamento familiar são dispensadas pelas equipes multiprofissionais de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as características destas ações quanto a temática, não estão em consonância com o preconizado pelo MS, visto que a maior ênfase de cuidado quanto à saúde reprodutiva é no ciclo gravídico-puerperal (MOURA; SILVA; GALVÃO, 2007).

Mulheres em idade reprodutiva, sem antecedentes gestacionais, sexualmente ativas ou inativas, ou mesmo com dificuldades para engravidar, não têm o mesmo empenho das instituições e equipes de saúde no atendimento de suas

necessidades, o que pode indicar a falta de organização dos serviços em oferecer às usuárias a possibilidade de escolha de ter filhos no momento em que desejam, ou mesmo sem riscos a gravidez não planejada (HEILBORN et al., 2009).

Os cuidados à saúde reprodutiva do homem e da mulher se fazem necessários, com vistas também a prevenção por Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e a gravidez não planejada, fatores que devem ser trabalhados e prevenidos desde cedo em escolas e Unidades Básicas de Saúde (UBSs).

A atividade sexual tem iniciado cada vez mais precoce e a redução de consequências negativas das práticas sexuais inseguras precisam ser trabalhadas, gerando uma demanda ainda maior e que se torna cada vez mais necessária no que diz respeito aos adolescentes (MOURA; GOMES, 2014).

A adolescência é compreendida entre os 10 e 19 anos de idade conforme a *World Healthy Organization* (WHO) (WHO, 2010). É uma importante etapa do desenvolvimento humano, permeada de mudanças e alterações psicológicas, anatômicas e fisiológicas, que possui vários percursos marcando a transição da infância para a fase adulta (BRÊTAS et al., 2011; KERNIER; CUPA, 2012).

A sexualidade na adolescência é vista por Brêtas et al (2011) como algo que se constrói e se aprende, sendo parte integrante do desenvolvimento humano. Considerando que as escolhas reprodutivas dos adolescentes acarretam grande impacto na sua saúde, educação, expectativas de emprego, bem como transição para a vida adulta, a prestação de serviços efetivos de prevenção e promoção da saúde com diálogo e informação são indispensáveis para melhoria da expectativa de vida e de participação ativa dos adolescentes com sua saúde e escolhas (MOURA; GOMES, 2014).

Levando-se em consideração as características biopsicossociais da adolescência, esta fase da vida pode ser vista como turbulenta e quando não bem compreendida é rotulada de problemática (SÃO PAULO, 2006; MAIA et al., 2012). A sexualidade encontra-se entre os fatores do desenvolvimento do adolescente, entretanto, pode ser considerada pouco discutida e a mais temida pelos pais, professores e profissionais da saúde. Dentre os motivos, estão as dificuldades pessoais, preconceitos, informações inadequadas ou insuficientes e aspectos como

valores e tabus de um corpo que encontra-se em estruturação (BRÊTAS et al., 2011; KERNIER; CUPA, 2012).

A falta de experiência associada às mudanças e descobertas da adolescência podem expor o adolescente a situações de vulnerabilidade, tornando-o suscetível a conseqüências como, por exemplo, a gravidez não planejada (MOCCELLIN et al., 2010; MORAES; VITALLE, 2012).

Outro fator que expõe a adolescente a gravidez não desejada, é o fato dos serviços de saúde apresentarem fragilidade no atendimento com foco no planejamento familiar, além do que, a procura espontânea também é reduzida e ocorre apenas por parte das adolescentes quando já estão grávidas (MOURA; GOMES, 2014).

Em contrapartida, estudo de Osis et al. (2006), fazem referência às ações de educação sexual destinadas aos adolescentes comumente realizadas em escolas e com abordagem a métodos anticoncepcionais para as adolescentes, a prevenção por ISTs para os adolescentes e aspectos de saúde sexual e reprodutiva para ambos. Entretanto, em algumas UBSs, o acesso e participação dos adolescentes nas palestras com foco no planejamento familiar são restritos, visto que é solicitado aos mesmos a presença de um responsável, o que diminui ainda mais a procura por informação.

Embora a gravidez na adolescência seja conhecida como um acontecimento desestruturador e que afeta a vida social, a educação e o futuro, são muitos os casos em que as adolescentes planejam ficarem grávidas. Acredita-se que mesmo que se discuta o objetivo das ações em planejamento familiar junto dos adolescentes, ou mesmo a validade destas ações dispensadas pelas equipes de ESF, cabe refletir acerca da vontade dos adolescentes em tornarem-se pais, ou mesmo de utilizarem a gravidez como estratégia de vida, isto é, a gestação pode ser uma opção ou projeto para os adolescentes que entendem este evento como elemento estruturador e reorganizador em suas vidas (MONTEIRO, 2010; MENESES, 2007).

Em relação a vontade de ser pai e mãe na adolescência, para Silva et al. (2009), responsabilidade, amadurecimento perante a sociedade e ascensão social, são os principais fatores abordados pelas adolescentes que desejam a maternidade nesta fase da vida.

Acredita-se que reconhecer que as adolescentes desejam a gravidez, implica em valorizar as políticas de planejamento familiar, tornando-as uma prática ou rotina, uma vez que estas poderão nortear a escolha do momento desejado e planejado para a maternidade.

A gravidez é comumente entendida como inapropriada, inadequada e de risco para os adolescentes, principalmente porque afeta, em especial, meninas de baixa renda e em países pouco desenvolvidos. Nestes casos, raramente a gravidez na adolescência é acidental ou mesmo resultado de uma experimentação sexual. Muitas vezes as adolescentes são induzidas e encorajadas a casarem e ficarem grávidas cedo, visto que muitas delas são desprovidas de perspectivas de vida e desconhecem outra realidade que não esteja atrelada a maternidade, utilizando-se desta como estratégia e anseio de vida (SILVA; SURITA, 2012).

Alguns estudos trazem a baixa escolaridade, início precoce da atividade sexual e história de gravidez materna na adolescência, como fatores associados à gestação precoce (IBGE, 2009; NÓBREGA; COUTINHO, 2012). Nos estudos acima se observa questionamentos quanto as ações das equipes de saúde frente ao planejamento familiar, consideradas como insuficientes ou inadequadas especialmente na adolescência. Percebe-se também, que a adolescência, é vista na maioria dos estudos, como turbulenta e complexa, podendo ser um dos fatores que dificulta a captação e inclusão dos adolescentes nas ações destinadas ao planejamento familiar.

Diante do contexto apresentado, entende-se ser fundamental compreender as representações sociais das adolescentes acerca do planejamento familiar, em especial daquelas que estão experimentando a recorrência da maternidade.

Nesta lógica, este estudo pretende compreender com quem as adolescentes que vivenciam a gravidez recorrente se informam acerca do planejamento familiar.

Meu interesse pela área de Saúde da Mulher deu-se a partir da inserção em projetos de pesquisa e extensão desde o início da graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas (UFPeL) acerca da temática. A proximidade com a saúde das adolescentes deu-se quando fui bolsista de Iniciação Científica da pesquisa “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes”¹ e utilizei dos dados da

¹ A pesquisa intitulada Atenção Humanizada ao Parto das Adolescentes obteve financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq Processo Nº 551217/2007-3, A pesquisa de caráter multicêntrico e envolveu duas instituições no Estado do Rio Grande do Sul: a

mesma para construção do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). No TCC, trabalhei a percepção das adolescentes acerca do cuidado prestado no processo de parturição, e na construção deste estudo por meio da revisão de literatura, surgiu algumas ansiedades acerca da gestação na adolescência, as principais inquietações estavam relacionadas a estudos que apontavam a gravidez como um evento almejado pelas adolescentes e outros a não utilização de métodos de contracepção.

Dentre os questionamentos emergidos destaca-se o conhecimento das adolescentes acerca do planejamento familiar, dos seus direitos reprodutivos, do entendimento acerca dos métodos contraceptivos disponíveis pelo SUS, da utilização e acesso a estes métodos.

Neste sentido e, mediante a escassez de literatura científica em relação ao tema desta pesquisa, destaca-se a necessidade da realização de estudos que dêem prioridade para as representações sociais da gestação na adolescência (planejada ou não), com a pretensão de conhecer como as adolescentes buscam no meio social o conhecimento a respeito do planejamento familiar e gestação, como interação neste contexto e constroem significados vinculados à sua vivência.

Assim, para compor o referencial teórico deste estudo, optou-se pela Teoria das Representações Sociais (TRS) criada por Serge Moscovici em 1978, que pode possibilitar identificar os modos de pensar e de agir das adolescentes no que se refere à construção e a subjetividade do conhecimento acerca do planejamento familiar. Por meio das representações sociais, será possível compreender o conhecimento socialmente construído das adolescentes.

Moscovici afirma que “as representações são sempre um produto da interação e comunicação e elas tomam sua forma e configuração específicas a qualquer momento, como uma consequência do equilíbrio específico desses processos de influência social” (MOSCOVICI, 2010, p. 21). Assim, a partir da compreensão das representações sociais do planejamento familiar na ótica de adolescentes será possível a reflexão dos profissionais de saúde e das instituições

Universidade Federal de Rio Grande (FURG) e a Universidade Federal de Pelotas (UFPel). A população do estudo foi composta por quatro grupos: puérperas adolescentes que tiveram seu processo de parturição pelo Sistema Único de Saúde no Centro Obstétrico dos hospitais envolvidos; familiares ou acompanhantes das adolescentes; trabalhadores de saúde atuantes nesses centros obstétricos e; gestores das instituições envolvidas. A coleta dos dados foi realizada por meio de um instrumento aplicado no período de novembro 2008 a outubro de 2009, (KERBER, 2007).

em relação às ações de informação, educação e promoção da saúde sexual das adolescentes. Por meio do conhecimento das participantes frente á temática, contrapondo o olhar unilateral de risco, problema, precocidade, situação social indesejada e transgressora, para uma prática que possibilite às adolescentes vivenciar a gestação e o processo de escolha dos métodos contraceptivos de forma tranquila e segura.

O estudo proposto poderá ainda contribuir para a construção e definição de estratégias que visem a promoção da saúde reprodutiva na adolescência, a prevenção de gestações não planejadas, o planejamento da gravidez, a disseminação de informações acerca do planejamento familiar para a adolescente e a aproximação destas com a unidade de saúde e seus profissionais.

Trabalhar com a gravidez recorrente na adolescência configura-se um desafio, visto que são poucos os estudos que elucidam a temática, mesmo que esta esteja presente e em avanço no nosso país, esses fatores consolidam a justificativa desta pesquisa.

Diante do exposto, busca-se com este estudo responder a seguinte questão:
Quais as representações sociais acerca do planejamento familiar de adolescentes que vivenciaram a gestação recorrente?

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Conhecer as representações sociais acerca do planejamento familiar de adolescentes que vivenciaram a gestação recorrente.

2.2 Objetivos específicos

Identificar a construção do conhecimento de adolescentes que vivenciaram a gestação recorrente acerca do planejamento familiar.

3 Pressupostos

Alinhados as literaturas apresentadas, buscando atender aos objetivos deste estudo, se estabelece os seguintes pressupostos:

- As adolescentes que vivenciam a gestação recorrente não receberam informações relacionadas ao planejamento familiar. O conhecimento das mesmas acerca do planejamento familiar está atrelado às informações adquiridas no espaço em que vivem e a troca de experiências que o meio social proporciona e estão relacionadas a métodos contraceptivos;
- As adolescentes que vivenciam a gestação recorrente não procuram a UBS para informações acerca de sua saúde reprodutiva;
- As adolescentes que procuram a UBS é para buscar seu método contraceptivo;
- As adolescentes que vivenciam a gestação não planejada mesmo fazendo uso de método contraceptivo, utilizam o método de maneira errada;
- As adolescentes que vivenciaram a gestação recorrente não tem acesso as políticas sociais e de saúde inclusivas que possibilitem e motivem outras perspectivas que não seja a gestação para suas vidas.

4 Revisão de literatura

Visando fundamentar teoricamente o presente estudo, nesta etapa desta pesquisa, são estes: Adolescência: da saúde reprodutiva à gestação recorrente; Redes de apoio às adolescentes; Ações de planejamento familiar para as adolescentes.

4.1 Adolescência: da saúde reprodutiva à gestação recorrente

Nesta etapa do estudo será apresentada ênfase para adolescentes do sexo feminino, tendo em vistas que estas serão as participantes da pesquisa.

A palavra adolescência deriva do latim *adolescere* (*ad*: a, para a + *olescere*: crescer), dando o significado de crescer (ABERASTURY; KNOBEL, 1992, p.89). A *World Healthy Organization* (WHO), caracteriza a adolescência como o período de vida compreendido entre 10 e 19 anos de idade, faixa etária que será utilizada neste estudo (WHO, 2010).

A adolescência é uma fase marcante e especial do desenvolvimento humano na qual cada indivíduo carrega sua singularidade, sendo caracterizada por diversas alterações (BRÊTAS et al., 2011). Fase em que o sujeito encontra-se em estruturação, sendo compreendida como a transição da infância para a fase adulta (KERNIER; CUPA, 2012).

As mudanças e alterações vivenciadas na adolescência são de ordem fisiológica, anatômica, psicológica e social e possuem vários percursos de desenvolvimento.

Do ponto de vista emocional e psicológico, o misto de ansiedades, insegurança e incompreensão pode desencadear desequilíbrios e instabilidades, como rebeldia, impulsividade e agressividade, afetando os relacionamentos interpessoais com sua família, amigos, professores e sociedade (BERTOL; SOUZA,

2010; PRATTA; SANTOS, 2007). Estes são fatores comuns nos adolescentes e podem ser entendidos como precursores no desenvolvimento do conceito da população frente a adolescência, visto que muitos indivíduos enxergam essa fase como turbulenta e a rotulam de problemática.

Dentre as mudanças, destaca-se a vivência de um dos maiores acontecimentos da fase, do ponto de vista anatômico e fisiológico: a puberdade (MORAES; VITALLE, 2012).

A puberdade é um fenômeno biológico no qual ocorrem mudanças neuro-hormonais marcadas pelo desenvolvimento de características sexuais secundárias, como a fecundação, que no caso da adolescente permite a ovulação e com isso, a capacidade de engravidar (EISENSTEIN, 2005).

O desenvolvimento da puberdade feminina pode ser observado na adolescente quando o fenômeno menarca acontece, sendo o nome dado a sua primeira menstruação (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

A idade média da menarca nas adolescentes brasileiras é de 12 anos e estudos demonstram que fatores como condições socioeconômicas, nutricionais e etnia estão diretamente ligados a idade inicial do ciclo menstrual, sendo que as meninas de classe econômica mais alta tendem a apresentar a primeira menstruação mais precocemente do que as de classe média e baixa, provavelmente, pela melhor condição nutricional e estímulos emocionais (ROMAN et al., 2009; LOURENÇO; QUEIROZ, 2010)

Apesar de tratar-se de um evento fisiológico, natural e que assume caráter vital do desenvolvimento feminino, a menstruação é cercada por inúmeros tabus. A menarca por se tratar de um marco do início da vida reprodutiva, é geradora de ansiedade, medo e preocupações à adolescente e família (BOUZAS; BRAGA; LEÃO, 2010).

No Brasil, não há uma cultura de levar os adolescentes ao médico de maneira preventiva, diferente do que acontece na infância, entretanto fatores como a sexualidade, a imagem corporal e a anticoncepção, por vezes, mobilizam os adolescentes a procurarem ajuda de profissionais da saúde (BOUZAS; BRAGA; LEÃO, 2010).

A maneira como a adolescente é preparada para a menarca, está diretamente ligada ao impacto que esta irá exercer e a sua visão frente à menstruação e de si mesma como mulher (BRÊTAS et al., 2012).

Estudo realizado por Brêtas et al., (2012) evidenciou que é muito baixo o índice de adolescentes que aguarda a menarca com expectativa positiva por conta da fertilidade. Estes autores afirmam que o despreparo, a falta de orientação e o preconceito contribuem para esse entendimento e, mesmo que as adolescentes entendam este fato como importante, a menstruação vem cercada de angustias e medos, em especial, pela falta de suporte e apoio familiar e social.

Mesmo sabendo que a adolescente com o início da puberdade está condicionada a fertilidade e com isso a possibilidade de engravidar, estudos apontam que os pais possuem poucas habilidades para o diálogo acerca da sexualidade e que é baixo o índice de adolescentes que afirmam ter espaço para o diálogo sobre o tema, e ainda indicam que as mães desempenham papel fundamental neste processo, pois aparecem como as precursoras deste diálogo e das primeiras informações acerca da gravidez e concepção (HEILBORN et al., 2006; BORGES; LATORRE; SCHOR, 2007).

A falta de diálogo e de experiência vinculada as alterações e descobertas da adolescência, pode expor a adolescente à situações de vulnerabilidade tornando-a suscetível a consequências como, por exemplo, a gravidez não planejada (MOCCELLIN et al., 2010; MORAES; VITALLE, 2012).

Independente do planejamento e da idade, a gravidez é um evento que desencadeia mudanças importantes na vida da mulher, representando uma experiência única e intensa que modifica sua vida social, psicológica, conjugal, fisiológica e anatômica (PICCININI; LOPES; GOMES, 2008).

Quando gestante, a adolescente se depara com todas as mudanças e alterações que ocorrem nos dois processos: gestação e adolescência (BRÊTAS et al., 2011). Esta passa da condição de filha para a condição de mãe e busca enxergar-se/estruturar-se no novo papel que irá exercer com a maternidade. A experiência frente a este processo de reestruturação, geralmente exacerba a sensibilidade feminina e a maneira como a mulher lida com as novidades geradas está diretamente ligada a sua futura relação com a maternidade e o bebê (PICCININI; LOPES; GOMES, 2008).

A gravidez na adolescência tem sido vista como um problema de saúde pública desde a década de 1970, afirmação que é fundamentada pelas complicações obstétricas que repercutem na mãe e no bebê, problemas psicológicos, econômicos e sociais (PARIZ; MENGARDA; FRIZZO, 2012).

Em 1999, estimava-se que do total de gestantes no Brasil, de 20 a 25% eram adolescentes, ou seja, uma em cada cinco mulheres grávidas tinham idades entre 10 e 19 anos. Dados do Datasus, em 2010, apontaram que a incidência da gravidez na adolescência vai de 16,27 a 25,96% (BRASIL, 1999; BRASIL, 2010).

O relatório da Situação da População Mundial 2013, publicado pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), divulgou que cerca de 20 mil meninas menores de 18 anos dão a luz todos os dias em países em desenvolvimento. O total é cerca de 7,3 milhões de novas mães adolescentes por ano, destas, 2 milhões tem menos de 15 anos (UNFPA, 2013).

Outros dados que chamam a atenção, são os relativos à recorrência da gestação na adolescência. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde revelou que em 2006, 16,2% das adolescentes na faixa etária dos 15 aos 19 anos já eram mães, e destas 13,5% tinham dois ou mais filhos (BRASIL, 2006).

A gravidez recorrente na adolescência ainda é pouco estudada, mesmo que esta seja uma situação cada vez mais frequente. Os principais agravantes são os índices de morbidade materna e fetal, além de problemas sociais como a diminuição da probabilidade na conclusão de estudos da adolescente, a dificuldade em empregar-se e ser economicamente estável e autosuficiente (SAMANDARI; SPEIZER, 2010).

Estudo realizado em 2011 por Silva et al. (2013) apontou que a média de idade de adolescentes multigestas é de 17,9 e varia dos 15 aos 19 anos. Entre os fatores associados a recorrência estão os reprodutivos e de assistência à saúde: coitarca antes dos 15 anos, primeira gestação antes dos 16 anos e não amamentar após a última gestação; fatores socioeconômicos e familiares: não ser a responsável pelo seu primeiro filho e ter renda familiar menor que um salário mínimo.

Outros fatores ligados a recorrência da gestação na adolescência são os associados a falta de planejamento familiar e ao despreparo das equipes de saúde em promover a saúde e educação sexual deste grupo populacional (JORGE et al., 2014).

Na ocorrência da gestação sem planejamento, os cuidados preventivos para uma nova gestação devem ser trabalhados e adotados de imediato ainda no pré-natal da adolescente, evitando uma gravidez repetitiva. Abordagem acerca do planejamento familiar e estímulos a contracepção ainda na maternidade na ocasião da chegada de seu primeiro filho, dificultariam uma nova gravidez, assim como consultas e busca ativa à adolescente ainda no puerpério (SILVA et al., 2013).

A maternidade dificulta a adolescente de exercer seus direitos à educação, saúde e autonomia, assim como quando ela é impedida de desfrutar destes direitos básicos, também está suscetível e vulnerável a gravidez. Por isso, pode-se pensar que a gestação na adolescência é, simultaneamente, uma causa e uma consequência de violações de direitos (UNFPA, 2013).

A adolescência é marcada por suas curiosidades, descobertas, novas experiências, rupturas, aprendizado e questionamentos a adesão – ou não – aos valores e normas referentes à família, escola e grupo de amigos. Com isso entende-se esta como uma etapa de necessária integração social e que busca nesta integração a independência, informação, autoafirmação para definição de sua identidade inclusive sexual (SCHENCKER; MINAYO, 2003; SILVA; MATTOS, 2004).

Desta forma, torna-se importante conhecer as representações sociais que os adolescentes construíram no decorrer de suas experiências acerca da vida sexual, bem como doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência. O conhecimento socialmente construído, a comunicação entre os adolescentes e a elaboração de seus comportamentos pode influenciar na forma como eles recebem às informações de seus familiares e profissionais de saúde e educação.

4.2 Redes de apoio às adolescentes

O desenvolvimento saudável das adolescentes e suas percepções frente a este desenvolvimento, tanto do ponto de vista fisiológico quanto psicológico, está diretamente ligado as suas relações interpessoais e ao meio social no qual estão inseridas, estes desempenham papel fundamental frente as suas escolhas e reflexões (FILIPINI et al., 2013).

O apoio social é entendido como fundamental na promoção da saúde, pois pode amenizar sentimentos negativos de vivências estressantes, além de auxiliar em necessidades emocionais e físicas dos sujeitos (BRAGA, 2011).

De acordo com Brito e Koller (1999), rede de apoio social compreende um conjunto de sistemas e indivíduos que compõem os relacionamentos de outro indivíduo. Siqueira et al (2009), aborda a rede de apoio social como um processo que está em constante construção, contribuindo para o bem estar do sujeito na medida em que ele se insere em diferentes contextos e novos grupos sociais.

Sabe-se que as representações sociais emergem da contribuição de cada indivíduo na sociedade, este constrói seu conhecimento no meio social no qual está inserido, estabelecendo seu comportamento perante a sociedade a partir de suas representações. Moscovici (2010) aponta que as RS são expressões e interpretações que possuem vida própria, afinal existe comunicação entre as mesmas como se fossem objetos materiais uma vez que se atraem e se repelem por meio da interação dos indivíduos, construindo e reconstruindo o universo consensual. Assim as representações sociais compõem o vocabulário e a interpretação dos indivíduos sobre os objetos do mundo.

Neste pensar, no presente estudo, tem-se o indivíduo pertencente à sociedade, representado na figura da adolescente que vivencia a gestação na adolescência, e o objeto inserido no mundo, o planejamento familiar na adolescência.

Entende-se por tanto, que as adolescentes agem e reagem frente ao planejamento familiar a partir das informações acerca dos métodos contraceptivos que circulam na sociedade

A família é a principal rede de apoio na adolescência, cumprindo assim importante função no desenvolvimento da fase, bem como na construção das representações sociais no que se refere ao planejamento familiar, visto que é o primeiro grupo social e de convívio desta fase, influenciando significativamente no seu processo de adaptação, construção da personalidade, proporcionando apoio, limites e informações. A relação entre adolescente e família pode ser estabelecida sob o modelo de imposição e autoritarismo ou a valorização do relacionamento e aplicação do diálogo, o modelo empregado estabelece o vínculo e o tipo relação entre pais e adolescente (SÃO PAULO, 2006; PRATTA; SANTOS, 2007).

O primeiro espaço fora do contexto familiar no qual o adolescente ainda na infância é inserido é a escola. Esta também desenvolve importante papel na vida dos adolescentes, pois se percebe enriquecimento na concepção de sua identidade,

planejamento do futuro, percepção das diferenças sociais e condicionamentos, além da ampliação da socialização, isso após sua inserção neste ambiente (SÃO PAULO, 2006).

As instituições de ensino necessitam de espaço no qual as adolescentes possam encontrar apoio social, pois este ambiente pode ser utilizado em estratégias de promoção e prevenção da saúde de adolescentes (HARDEN et al., 2009).

Assim, entende-se que o contexto familiar e escolar, por desempenharem papel importante no desenvolvimento, necessitam estar preparados para lidar com a adolescência e suas alterações, de maneira a dar suporte, apoio e atenção necessária às mudanças desencadeadas pela fase. Com isso, o diálogo é fundamental para que haja esclarecimento a respeito dos temas que permeiam este processo, como a puberdade e as alterações que proporciona, a educação sexual e o início da atividade sexual, visando preparar os adolescentes para vivenciarem a fase.

O diálogo a respeito destes temas deve ter início antes mesmo da menarca buscando sua compreensão acerca da naturalidade desta vivência e dos riscos e precauções que deverão ser iniciados após este acontecimento. Quando se fala em riscos pós menarca, refere-se a maturidade puberal e com isso o começo da capacidade reprodutiva feminina. Além da fertilidade as interações hormonais expõem a adolescente ao despertar da sexualidade e ao início da vida sexual (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010; BRÊTAS; TADINI; FREITAS, 2012).

Os profissionais da saúde também constituem importante papel na construção de conhecimentos na adolescência. Estes necessitam compreender a adolescência e acolher a adolescente que procura o serviço sem pré julgamentos ou pré conceitos, buscando mecanismos de fortificação desta relação (NASCIMENTO et al., 2012).

Conhecer as redes de apoio social das adolescentes significa compreender de onde surgem os seus conhecimentos e seu entendimento a respeito do planejamento familiar, o que facilita também na qualificação de ações que possam instruí-las acerca da temática, partindo de seus conhecimentos, suas vivências e o significado que atribui a tudo isso.

4.3 Ações de planejamento familiar para adolescentes

Todos os níveis das instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em toda sua rede de serviços, são obrigadas a garantir assistência a concepção e contracepção às mulheres, homens, ou casais. Este fato se dá desde 1996 quando foi sancionada a lei que regulamenta o planejamento familiar, como parte das demais ações que agregam a assistência integral à saúde dos brasileiros. O acesso aos meios de concepção ou anticoncepção nos serviços públicos de saúde foram democratizados após esta medida que afetou também a rede privada, regulamentando suas práticas sob o controle do SUS (BRASIL, 2002).

O principal objetivo do Planejamento Familiar é a garantia de um direito básico do contexto reprodutivo e de cidadania de homens e mulheres previsto na Constituição Brasileira, o direito de ter ou não filhos (BRASIL, 2002).

A Política Nacional de Planejamento Familiar foi criada em 2007 no Brasil, com o propósito de auxiliar as pessoas que pretendem ou não ter filhos, por meio da oferta de contraceptivos distribuídos gratuitamente pelo sistema de saúde e também a redução de preços nas vendas de anticoncepcionais na rede Farmácia Popular (BRASIL, 2011).

Antes da Política Nacional de Planejamento Familiar, ou mesmo da lei de 1996, o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1984, porém regulamentado em 2004, supriu a ausência de políticas públicas voltadas para o planejamento familiar. Isso porque o programa surgiu como marco na abordagem integral à saúde da mulher, que antes visava apenas o seu ciclo gravídico-puerperal. O PAISM inclui ações de educação e prevenção da saúde, diagnóstico, tratamento, recuperação, pré-natal, parto, puerpério, climatério e em planejamento familiar (PEREIRA; ÁVILA, 2010; BANDEIRA; MELO, 2010).

Assim, torna-se importante salientar que, desde a criação do PAISM em 1984, dentre os princípios que regulam esta política estão a garantia ao acesso de meios para evitar uma gravidez não planejada, acompanhamento clínico e ginecológico, além de ações educativas para conhecimento dos métodos contraceptivos e escolhas conscientes (BRASIL, 2002).

Entretanto, de acordo com Brasil (2011), há muitas dificuldades políticas, técnicas e administrativas para implantação das ações instituídas pelo PAISM nos municípios. Com isso, são grandes as restrições e carências relacionadas ao

planejamento familiar brasileiro, no acesso aos serviços de saúde, à oferta de métodos contraceptivos, organização das unidades de saúde no que diz respeito às práticas educativas, consultas clínicas e atenção a infertilidade (COSTA et al, 2006).

Dados como os da pesquisa nacional do PAISM de 1992, contribuíram para atenção à saúde reprodutiva e constituição do Planejamento Familiar no Brasil, os achados apresentavam altos índices de morbi-mortalidade materna, de esterilização cirúrgica, abortamento provocado, além da utilização da pílula anticoncepcional adquirida direto da farmácia sem nenhum acompanhamento pelo serviço de saúde (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000).

Instigados pela proposta teórica do PAISM e a concreta realidade brasileira, estudo de Coelho, Lucena e Silva (2000), buscou analisar as contradições existentes entre a política de planejamento familiar e a prática em João Pessoa (PB), concluindo que esta política é uma etapa fundamental da construção à cidadania, em especial a feminina, porém a prática reflete contradições, pois apesar de inúmeras declarações do governo favoráveis à sua implantação, existem evidências políticas que buscam inviabilizar a política, como a contracepção controlada por interesses econômicos e a mercantilização da contracepção que privilegiam métodos restritos á médicos.

Além da importância das instâncias responsáveis pelos serviços de saúde, a atuação dos profissionais da saúde está também, diretamente ligada á assistência no que se refere ao planejamento familiar com atividades que envolvem educação em saúde, aconselhamentos e atendimento clínico (BRASIL, 2002).

A enfermagem desempenha importante função no que diz respeito a promoção, educação, aconselhamento e atendimento á saúde, podendo atuar na instituição de saúde por meio das práticas cotidianas, bem como ir além, em atendimentos domiciliares e ações escolares, por exemplo.

A informação é indispensável nas ações de planejamento familiar, tanto para alcance dos objetivos do serviço quanto para a captação dos usuários, o que exige dos profissionais empenho e atitude em atrair, informar e emponderar a clientela a respeito dos métodos de concepção e anticoncepção disponíveis, para que estes participem ativamente na escolha do método e no alcance de seus interesses reprodutivos (MOURA; SILVA, 2004).

Há grande necessidade entre os adolescentes em se expressar e questionar, e, na maioria das vezes, é nos âmbitos familiar e escolar que estabelecem esta troca, por isso entende-se a família e a escola como espaços favoráveis à informação acerca do planejamento familiar, não restringindo esta ação apenas aos profissionais de saúde. Para Pratta e Santos (2007), a família, em especial, possui grande valia nesta construção de conhecimento e diálogo, visto que seus membros tornam-se próximos e íntimos, transmitindo segurança aos pais que estão atentos ao dia-a-dia de seus filhos e aos adolescentes que sentem-se seguros e valorizados.

5 Referencial teórico metodológico

Nesta etapa, será apresentada a Teoria das Representações Sociais (TRS), proposta por Serge Moscovici (1978), na qual este estudo está embasado.

5.1 Vertentes da Teoria das Representações Sociais

A TRS visa compreender o pensamento social e o processo de construção das representações, por meio de três abordagens (conforme Figura 1) com enfoques distintos que se relacionam e se complementam.

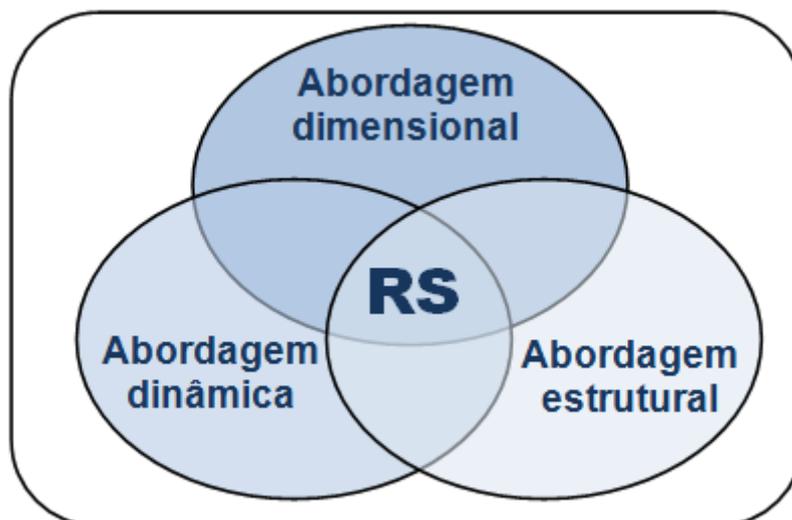


Figura 1: Abordagens da Teoria das Representações Sociais

Fonte: Adaptado de Torres (2010). Organização da autora.

A abordagem dimensional, vertente moscoviciana, preocupa-se com a formação da representação social por meio da informação, da atitude e do campo de representação (MOSCOVICI, 1978).

Denise Jodelet propõe a abordagem dinâmica, por meio da etnografia visando compreender, a partir da dimensão de Moscovici, como as representações sociais interferem no cotidiano dos sujeitos (JODELET, 2001).

A terceira vertente proposta por Abric (2003) é a abordagem estrutural, em que para compreender a dimensão da representação social é preciso compreender como se dá sua estrutura, por meio de elementos centrais e periféricos, no qual os primeiros são mais resistentes à mudança.

Buscando compreender como se deu o processo de formação das representações sociais de adolescentes que vivenciaram a gravidez recorrente acerca do planejamento familiar, esta pesquisa norteou-se pela vertente moscoviciana.

Ao analisar a maternidade recorrente na adolescência, estudos evidenciaram que muitas meninas planejam suas gestações com o intuito de assumir uma posição na sociedade além de passar do ser menina para o ser mulher (SILVA et al.,2011). Entretanto, observou-se também que grande parte destas mães adolescentes experimentou a maternidade em péssimas condições sociais, o que compromete a sua qualidade de vida e seus direitos (CATHARINO; GIFFIN, 2002; HELBORN et al., 2006; SILVA et al.,2011).

Contextualizando a gravidez na adolescência, torna-se relevante compreender as concepções, ideias e pensamentos dessas adolescentes que vivenciaram a recorrência da gravidez, bem como o conhecimento das mesmas acerca do planejamento familiar. Assim, acredita-se que a Teoria das Representações Sociais possa subsidiar na compreensão deste evento, visto que, as representações sociais permitirão ratificar os significados e percepções dos sujeitos (as adolescentes) em relação aos objetos do mundo, que no caso deste estudo, refere-se ao planejamento familiar.

Serge Moscovici, quem propôs a Teoria das Representações Sociais, é psicólogo social francês. Nascido na Romênia em 1928 e naturalizado francês, reside em Paris capital francesa e coordena o Laboratório Europeu de Psicologia Social. Ele iniciou um movimento francês propondo uma nova psicologia social com forte apoio sociológico, considerando os processos subjetivos e cognitivos, ou seja, uma psicologia do conhecimento, tudo isso por meio de sua obra publicada em 1961 intitulada *La Psychanalyse: son image et son public* (DUVEEN, 2003).

O desenvolvimento das Teorias das Representações sociais partiu do conceito proposto pelo sociólogo francês Emile Durkheim (1912), de representações sociais coletivas, que são vinculadas a uma classe geral de ideais e crenças como a ciência, mito e religião (SÁ, 2004).

Uma teoria sustentada pela psicologia do conhecimento tornando-a uma maneira de informação socialmente elaborada e partilhada é a proposta de Moscovici, que procura romper a idéia de Durkheim, caracterizada pela dicotomia entre as representações coletivas e individuais (MOSCOVICI, 2010).

Para Moscovici (2010), as representações sociais são uma forma de compreender e comunicar o que já sabemos, abstraindo sentido ao mundo e assim, por meio da ordem e percepções deste sentido, reproduzindo o mundo de maneira significativa.

O senso comum para Moscovici (2010) é o conhecimento adquirido pelo indivíduo a partir de suas vivências, experiências e observação do mundo, é o modo no qual a maioria das pessoas pensa e assume esses pensamentos.

Para tanto, as representações sociais depois de idealizadas, circulam e se intercruzam na sociedade, se atraem e se repelem por meio de gestos ou reuniões cotidianas, surgindo então novas representações que podem induzir o comportamento de indivíduos pertencentes a uma comunidade. Assim, pode-se considerar que velhas representações morrem, o que Moscovici chama de “flutuação de sistemas unificadores”, que nada mais são do que as ciências, as religiões e as ideologias sociais (MOSCOVICI, 2010, p.41).

Há duas formas de efetivar o conhecimento e a comunicação social, a primeira é o universo consensual relacionado ao cotidiano rodeado pela conversação informal e a segunda é o universo reificado que está vinculado ao espaço científico pautado em regras e hierarquias (MOSCOVICI, 2010).

Quando a sociedade manifesta suas opiniões e concepções permeadas pelo sentido e finalidade acerca de qualquer assunto, agindo e reagindo como ser humano, falamos em universo consensual. Quando a participação do sujeito na concepção de um conhecimento depende de sua qualificação e exigirá comportamentos e informações adequadas, refere-se ao universo reificado, que é um sistema de entidades sólidas, básicas e invariáveis, que não leva em consideração a individualidade. Deste modo, os limites entre os dois universos

resultam em um impacto psicológico, pois dividem a realidade física com a coletiva. Assim, o universo reificado baseia-se na ciência, enquanto o universo consensual está relacionado às representações sociais (MOSCOVICI, 2010).

Com isso, as RS têm como objetivo tornar algo não familiar em familiar, visando este como um processo construtivo, de ancoragem e objetivo, no qual o que não é familiar passa a ocupar espaço no mundo familiar (MOSCOVICI, 2010).

Para Moscovici (2010), ancoragem significa a compreensão de idéias estranhas, redução destas idéias em categorias e imagens comuns, para assim, acrescentá-las no contexto familiar. A objetivação pode transformar em concreto algo que é abstrato, visando transportar o que temos em mente em algo existente no mundo.

A ancoragem e a objetivação efetivam-se como processos de formação das RS, estando atreladas entre o cognitivo e as condições sociais em que as representações são criadas (VALLA, 2000).

De acordo com Moscovici (2010), a função das RS é convencionalizar os objetivos conforme os sujeitos categorizam as coisas do mundo, as localizam em uma categoria e colocam como um modelo, designando assim significados e definições a tudo que os cercam, o que permite a compreensão da realidade (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2010).

O autor ainda refere-se às RS como prescritivas, visto que são impostas sobre os sujeitos, sendo o resultado de sucessivas gerações que transmitem um conjunto de elaborações e mudanças decorridas do tempo, no qual os sujeitos repensam, recitam e representam (MOSCOVICI, 2010).

Para Moscovici (1978), as representações sociais seguem sua própria lógica, contribuindo para as informações, atitudes e o campo de representação ou imagem dos sujeitos, por meio não apenas de opiniões, mas sim de proposições, reações e avaliações advindas de um determinado objeto.

A dimensão da informação refere-se ao conhecimento que um grupo social possui acerca de determinado objeto. A dimensão das atitudes é a busca pelos julgamentos construídos a respeito de condutas, declarações e crenças inseridas em um campo social. O campo da representação revela a idéia de modelo social e de imagem (MOSCOVICI, 1978).

Com isso a sociedade constrói e reconstrói as representações, na maioria das vezes os sujeitos vivem de acordo com as RS já construídas (MOSCOVIVI, 2010).

Por acreditar que o entendimento das adolescentes acerca do planejamento familiar está atrelado ao contexto social, busca-se na Teoria das Representações Sociais compreender como se dá a construção desse significado.

6 Metodologia

6.1 Caracterização do estudo

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais proposta por Serge Moscovici (1978).

A pesquisa qualitativa para Minayo (2013) trata-se de um recorte da realidade que não pode ser quantificada, permitindo a existência da relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito e compreende um sistema de relações e representações sociais que constituem a vivência dos atores, ou seja, trabalha com significados, motivos, aspirações, crenças e valores. A pesquisa qualitativa permite conhecer os processos sociais vinculados a grupos e/ou fatos particulares, como o caso deste estudo que pretende identificar a representação social acerca do planejamento familiar de adolescentes que vivenciaram a gravidez recorrente.

A pesquisa de caráter descritiva permite conhecer o universo do estudo, seus problemas e seus valores. Surgem de pressupostos e almeja aprofundar os limites de uma realidade (TRIVIÑOS, 2008).

6.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado em duas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do município de Pelotas/RS com Estratégia de Saúde da Família e de alta incidência de gestação recorrente na adolescência apontada no estudo de Silva (2015).

Optou-se por realizar este estudo nas duas UBSs com altos índices de gestação na adolescência, pois, acredita-se que trabalhar com a recorrência da maternidade na adolescência poderia ser mais complexo o que acabou se confirmando após o término do estudo.

Pelotas é uma importante cidade no pólo regional de saúde desde agosto de 2000, seu sistema de saúde tem estrutura própria e conta com parceria das universidades e prestadores de serviços privados, compondo assim todos os níveis de atenção á saúde, o que torna a cidade um importante sistema nos indicadores de saúde locais, regionais e estaduais (PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS, 2009)

Optou-se por realizar o estudo em UBSs com ESF, pois se entende que esta estratégia da atenção permite maior proximidade com a comunidade assistida, além de priorizar práticas participativas de cuidado à população, o que possibilita maior contato do indivíduo com a unidade de saúde.

A escolha das UBSs Getulio Vargas e Dunas está pautada no estudo realizado por Silva (2015), que após levantamento junto ao Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) em julho de 2013, identificou estas UBSs com maior incidência de gestação na adolescência na cidade de Pelotas, a UBS Dunas com 28,8% da população gestante adolescente e Getúlio Vargas com 32,8% (BRASIL, 2012). As referidas unidades encontram-se em localidades com altos índices de vulnerabilidade, como criminalidade, desemprego prostituição e uso de álcool e outras drogas (SILVA, 2015).

Para melhor entendimento do funcionamento e abrangência das UBSs que fizeram parte do estudo apresenta-se a seguir o número de equipes e profissionais conforme estudo de Silva (2015):

UBS Getúlio Vargas: Implantada desde 2002 a ESF conta com três equipes, sendo duas convencional e uma do Programa Mais Médicos. A UBS conta com três médicos de ESF, três enfermeiros, três auxiliares de enfermagem, uma cirurgiã-dentista, uma nutricionista, uma agente social e 13 agentes comunitários de saúde.

UBS Dunas: A ESF foi implantada no ano de 2003 e conta com quatro equipes, destas duas são do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), uma equipe do Programa Mais Médicos e uma convencional. No quadro de profissionais constam quatro médicos de ESF, um médico clínico, quatro enfermeiros, quatro técnicos em enfermagem, 1 agentes comunitários de saúde, dois cirurgiões-dentistas, uma nutricionista e uma assistente social.

6.3 Participantes do estudo

As nove participantes deste estudo foram adolescentes com idades entre 10 e 19 anos, que vivenciaram a gravidez recorrente. A delimitação desta faixa etária está baseada no conceito de adolescência proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como já apresentado (WHO, 2010).

A pesquisa qualitativa permite que o número de participantes não seja quantificado previamente, pois se almeja aprender com o universo subjetivo contido nas falas dos entrevistados (MINAYO, 2013).

Para Moscovici (2010) as interações humanas - sejam estas entre duas pessoas ou dois grupos - desencadeiam representações sociais, assim sendo não há número específico de participantes para estudos com abordagem da Teoria das Representações Sociais.

Com base nas colocações acima, a presente pesquisa foi finalizada após a saturação teórica que é definida como o momento em que pouco de substancialmente o novo aparece, levando em consideração cada uma das questões abordadas e/ou identificadas durante a análise e o conjunto dos entrevistados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

6.4 Critérios de inclusão das participantes

Entre os critérios de inclusão das participantes do estudo estavam:

- Ser adolescente com idade entre 10 e 19 anos, conforme critério cronológico da OMS;
- Ter vivenciando a gravidez recorrente;
- Ter realizado acompanhamento de pré-natal nas UBSs selecionadas;
- Concordar com a divulgação e publicação dos resultados em meios acadêmicos e científicos;
- Permitir o uso de gravador durante as entrevistas.

6.5 Critérios de exclusão das participantes

Foram critérios de exclusão:

- Morar fora do perímetro de abrangência da UBS;
- Adolescentes com dificuldades de comunicação oral.

6.6 Princípios éticos

Os princípios éticos que nortearam esta pesquisa estão em consonância com o preconizado na Resolução nº 466/12² do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que dispõem sobre Pesquisas com seres humanos, bem como o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (2007)³, que no Capítulo III fala a respeito dos deveres nos artigos 89, 90 e 91 e das proibições nos artigos 94 e 98³.

Foi solicitada Carta de Anuência da Secretaria da Saúde e dos gestores das UBSs onde o presente estudo foi realizado.

Às participantes do estudo foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, o anonimato, o direito à desistência durante o processo de investigação, o acesso aos resultados, os riscos e benefícios para às participantes e mediante aceite em participar da pesquisa, as adolescentes de 18 e 19 anos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), participantes menores de 18 anos assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (Apêndice B) e foi solicitado a um responsável assinar o TCLE (Apêndice C). Todos os termos foram assinados em duas vias, ficando uma com a participante e/ou responsável e a outra com a pesquisadora.

Com o intuito de preservar o anonimato, as participantes foram identificadas pela letra E (entrevista) acrescida da ordem numérica de realização da entrevista (E1, E2, E3...).

Após a coleta, os dados foram armazenados em um banco de dados em CD, que ficará guardado na sala do Núcleo de Pesquisa na Faculdade de Enfermagem

² Resolução 466/2012: tem como objetivo aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Esta resolução incorpora sob ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça entre os outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

³ Capítulo III (dos deveres): Art. 89. Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação, Art. 90. Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e a integridade da pessoa, Art. 91. Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. Capítulo III (das proibições): Art. 94. Realizar ou participar de atividades de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos, Art. 96 Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família ou coletividade Art. 98. Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

da UFPel, sobre responsabilidade da orientadora do estudo por um período de cinco anos e após serão deletados.

O estudo não apresentou riscos físicos às participantes, visto que não foi realizado nenhum procedimento invasivo, coleta de material biológico ou experimento com seres humanos. Entretanto desconfortos durante a entrevista poderiam ocorrer, neste caso era orientado às adolescentes que poderiam responder ou não as perguntas na sua totalidade, ou desistir da participação em qualquer momento sem prejuízo para as mesmas.

Os benefícios às participantes envolvidas no estudo foram as informações e a troca de conhecimentos entre as mesmas e a pesquisadora, almejando-se a construção de ações acerca do planejamento familiar.

6.7 Procedimentos de coleta dos dados

Este item objetiva caracterizar as etapas da pesquisa, apresentando a logística da coleta de dados, a inserção da pesquisadora no campo, a realização das entrevistas, até a finalização da coleta de dados.

O estudo foi realizado em duas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do município de Pelotas/RS, UBS Getúlio Vargas e UBS Dunas. O deslocamento durante a etapa da coleta de dados foi realizado por meio de veículo particular e o combustível foi custeado pela pesquisadora. A coleta de dados foi realizada pela autora/pesquisadora responsável pelo projeto e contou com auxílio de uma bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da Faculdade de Enfermagem da UFPel.

O projeto desta pesquisa foi entregue a Secretaria Municipal de Saúde para liberação da pesquisa e recebeu parecer favorável por meio de anuência (Apêndice D), após, foi apresentado aos gestores das duas UBSs em dia previamente agendado, com o intuito de expor os objetivos do estudo e solicitar liberação para a pesquisa.

Com a liberação pela secretaria e o aceite dos gestores das unidades, o projeto de pesquisa foi submetido *on line* à Plataforma Brasil, com o propósito de ser avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (APÊNDICE E). O projeto foi avaliado pelo CEP da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas e

aprovado por meio de parecer consubstanciado número 1.967.166 e CAAE número 64151816.2.0000.5317 (ANEXO A),

De posse da carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde e do Parecer Consubstanciado do CEP, a autora do estudo retornou a primeira UBS para contato com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Optou-se por iniciar a coleta de dados pela UBS Getúlio Vargas, por ser o bairro com maior índice de gestação na adolescência.

No dia 20 de março de 2017 foi realizado o primeiro contato com os ACSs da UBS Getulio Vargas, foi apresentado o objetivo da pesquisa e os critérios de inclusão das participantes. Após, foi solicitado aos ACSs um levantamento das adolescentes que se encaixassem nos critérios de inclusão do estudo e moradoras de suas respectivas microáreas, para então obter a amostragem inicial deste estudo. Na construção da metodologia deste estudo, optou-se por definir uma amostragem inicial, no qual um ACS de cada UBS, indicaria três adolescentes com as características apresentadas nos critérios de inclusão. Porém, neste primeiro contato, os ACSs presentes relataram não ser fácil encontrar adolescentes com as características desejadas, pois o maior desafio de encontrar participantes para esse estudo seria a recorrência da gestação na adolescência. Foi então que a pesquisadora optou por solicitar o devido levantamento a todos os ACSs presentes neste dia.

A etapa inicial o processo de levantamento dos nomes e endereços das possíveis participantes realizado pelos ACSs aconteceu de forma tranquila devido a receptividade das ACSs. Neste primeiro dia ficou acordado que no dia 22 a pesquisadora retornaria a unidade, para então realizar um sorteio entre as possíveis participantes elencadas pelos ACSs.

No dia 22 de março ao chegar à unidade, estabeleceu-se contato com alguns ACSs para apurar os dados do levantamento solicitado e assim obter a amostragem inicial deste estudo. Três ACSs apresentaram o levantamento constando os seguintes dados: nome da adolescente, idade, endereço e número de filhos. Duas apresentaram apenas uma adolescente moradora de suas respectivas microáreas e com as características procuradas, a outra ACS apurou duas possíveis participantes na sua microárea, por tanto a amostragem inicial foi de quatro adolescentes. Optou-se então por iniciar na microárea da ACS com maior número de possíveis

participantes, com isso foi realizado um sorteio entre as duas adolescentes, para então identificar a “semente” do estudo.

A proposta inicial da pesquisa foi a utilização da técnica de *Snowball* (bola de neve) para agregar participantes. Esta técnica conforme Godmam (1999) nomeia a primeira participante de “semente”, e possibilita uma amostra em que as participantes indicarão outras com características em comum e de interesse da pesquisa, que serão então, posteriormente entrevistadas, trata-se de um método de abordagem intencional, ou seja, a semente indicará outra participante, esta indicará a seguinte e assim por diante.

Após sorteio, a pesquisadora definiu a semente do estudo e identificou o endereço para o contato com a primeira adolescente participante. A ACS ofereceu-se para acompanhar a pesquisadora até o endereço da adolescente, e assim ocorreu, visto a receptividade e boa vontade da profissional.

Chegando ao domicílio da semente, a pesquisadora inicialmente realizou uma conversa com a adolescente explicando as intenções do estudo, os objetivos e fazendo o convite da participação (APÊNDICE F). Todas as participantes contatadas aceitaram participar do estudo e não houve nenhuma desistência durante as entrevistas realizadas.

Posterior ao aceite da participação, a pesquisadora realizava a leitura do TCLE ou do TALE. Com o esclarecimento de todas as dúvidas das participantes, era solicitada à mesma a assinatura dos termos em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e outra com a participante. Quando menor de 18 anos, era solicitado à adolescente assinatura do TCLE por um responsável maior de idade. A partir de então, iniciava-se a entrevista semiestruturada (APÊNDICE G) gravada com as participantes.

Minayo e Gomes (2011) entendem que a entrevista semiestruturada é um meio de coleta de fatos relatados pelos atores, nesse caso as adolescentes, visto que não se trata de uma entrevista despreziosa e neutra. Com isso, este método permite ao pesquisador a obtenção de informes contidos na fala dos atores sociais.

Com a semente do estudo, adolescente E1, no primeiro contato ficou acordado que a entrevista seria no dia 24 de março às 10 horas. Combinou-se com a ACS da microárea da semente o encontro na UBS para posterior retorno ao domicílio da adolescente.

No dia 24 de março, conforme combinado, ocorreu o encontro da pesquisadora com a ACS na unidade, para que por volta das 9 horas e 40 minutos, ambas realizassem juntas o retorno ao primeiro endereço. No caminho, foi ressaltado a ACS a importância de manter a privacidade da adolescente no momento da entrevista, para que a mesma se sentisse a vontade e pudesse responder sem temores. Esse esclarecimento se deu com as demais ACSs que acompanharam em outros domicílios.

Ficou acordado com a ACS, que aguardasse o término da entrevista em outro domicílio para que o retorno à unidade fosse em conjunto com a pesquisadora, após o término da entrevista.

Chegando ao domicílio da semente, fomos recebidas por ela no portão. A mesma foi receptiva e nos acolheu na sala da sua casa. A casa era de madeira, chão batido e representava ter apenas três cômodos. Iniciou-se os procedimentos padrões para início da coleta de dados (apresentação dos objetivos, leitura e assinatura do TCLE), para então iniciar a entrevista semiestruturada gravada.

Realizado os primeiros procedimentos, a adolescente escolheu responder aos questionamentos ali mesmo, então deu-se início a entrevista gravada por telefone móvel e gravador digital, como ocorreu também nas entrevistas posteriores.

A adolescente E1 mostrou-se quieta e retraída durante a entrevista, porém respondeu a todos os questionamentos sem hesitar. Não se encontrou dificuldade nessa entrevista ao contrário, este primeiro contato permitiu a compreensão de estar no caminho certo.

Como se optou por utilizar da técnica *Snowball* (bola de neve), foi solicitado a E1, semente do estudo, indicar outra menina que se enquadrasse nos critérios, ou seja tivesse as suas mesmas características. E1 indicou uma amiga que também vivenciou gravidez recorrente, é adolescente e moradora do bairro. Foi então que com o endereço da segunda adolescente em mãos, fomos na mesma manhã de encontro à ela.

Junto da ACS, ao chegar na casa, E2 a segunda participante, nos recebeu no portão. Fomos acolhidas por ela na sala de uma casa de alvenaria, chão puro e com três cômodos. Realizada a apresentação dos objetivos, a participante topou responder aos questionamentos naquele momento, em sua casa e assinou o TCLE. Iniciou-se então a gravação da entrevista semiestruturada.

Tendo uma filha de 3 anos inquieta e presente durante toda a entrevista, a E2 não aparentava estar tão focada em responder as questões. Porém sua desenvoltura e boa comunicação permitiram uma entrevista completa e cheia de significados. Ao final, quando solicitada à adolescente a indicação de uma nova participante, esta sem pensar respondeu que não conhecia mais ninguém além de E1, nossa semente e primeira participante. Assim obteve-se a primeira dificuldade em empregar o método *Snowball* (bola de neve). Ficou acordado que, caso ocorresse essa situação, voltaríamos a contatar os ACSs.

Ao voltar da casa de E2 para a unidade junto da ACS, optamos por agregar como participante, a outra adolescente que havia participado do sorteio, ou seja, moradora da mesma microárea desta ACS.

Sendo assim, ficou combinado o retorno à unidade de saúde no dia 27 de março, para realização do contato com outra semente e terceira participante da pesquisa.

No dia 27 de março, reencontramos a ACS, que mais uma vez nos acompanhou até o endereço de destino. Ao chegarmos à residência por volta das 10 horas da manhã, encontravam-se todos dormindo. Porém fomos recebidas na porta pela própria adolescente que solicitou retorno no dia posterior. Voltamos então à UBS e no caminho acertamos mais um encontro com a ACS para o próximo dia. No dia 27 de março não realizamos nenhuma entrevista.

No dia, 28 de março, pela manhã, nos reencontramos na UBS com a ACS, que sempre esteve presente e solícita com a pesquisadora, juntas retornamos à casa da terceira participante, conforme combinado com ela.

A adolescente E3 nos recebeu no portão de sua casa por volta das 10 horas e 30 minutos e veio logo trazendo cadeiras para sentarmos na rua. Foi solicitada a entrada na residência, visto que o barulho local poderia atrapalhar a gravação da entrevista. A ACS retornou a UBS.

Mostrando-se envergonhada, a adolescente E3 nos recebeu na sala de sua casa, que era de alvenaria e piso frio. A casa é no centro de um grande terreno e aparentava ter pelo menos quatro cômodos. Ao entrar, observou-se a presença de quatro crianças. Foi então que a adolescente esclareceu que das quatro crianças, duas eram suas filhas e dois seus irmãos, sendo a sua filha mais velha, portadora de hidrocefalia e paraplegia. Então como de costume, realizamos os procedimentos

padrões: apresentação dos objetivos, convite de participação e leitura dos termos. Após aceitação, sugerimos fazer a entrevista ali ou na UBS, E3 optou por realizar a entrevista na sua residência.

O clima da entrevista não era favorável. A adolescente apresentou-se retraída e por vezes abatida, com isso, por dois momentos foi questionada se queria dar seguimento à entrevista, e as duas respostas foram sim. E3 não estava à vontade, apesar de ter respondido a todos os questionamentos. Seu olhar era baixo e sua voz por vezes parecia embargada desde a recepção. Foi uma entrevista breve. Ao final, quando questionada a respeito de uma conhecida com as mesmas características, E3 disse não ter amigas e nem conhecidas, referiu não ter contato nem mesmo com os vizinhos, e disse que essa situação é por escolha própria.

A adolescente assinou o TALE ao final da entrevista, após solicitamos a assinatura do TCLE pelo responsável pela adolescente, foi quando ela chamou o seu pai que esteve presente durante toda a entrevista em um quarto ao lado, ele assinou. Assim, acredita-se que pode ser este o motivo do aparente incômodo de E3 durante a realização da entrevista.

E3 não sugeriu uma nova participante, assim deparamo-nos com o segundo desafio em utilizar a técnica *Snowball* (bola de neve). Como acordado na construção da metodologia deste estudo, caso não tivéssemos uma participante sugerida pela anterior, voltaríamos a UBS para contatar os ACSs.

A amostragem inicial contou com quatro adolescentes, duas da mesma microárea, no qual já haviam sido entrevistadas (participantes 1 e 3), ou seja, ainda restavam duas participantes dessa primeira amostragem, sendo uma de cada microárea. Ainda no dia 28, com os dados (nome e endereço) destas duas participantes em mãos, a pesquisadora tentou contato com as duas ACSs para agendar previamente as próximas visitas, porém não foi possível visto que as ACSs não estavam na UBS.

Por meio telefônico, no dia 29 de março a pesquisadora contactou uma das ACSs, e acordou visita ao domicílio da adolescente no dia 31 de março. O contato telefônico com a outra ACS não foi estabelecido.

No dia 31 de março às 8 horas a pesquisadora encontrava-se na UBS conforme o combinado. Às 10 horas a ACS e a pesquisadora foram até a residência da quarta participante. No descolamento da UBS até a residência, ficou acordado

com a ACS que, caso fosse aceito o convite de participação do estudo, ela não compartilhasse da entrevista, visando deixar a adolescente á vontade.

Ao chegar, tratava-se de um terreno com três casas. A primeira casa era da mãe da adolescente que foi quem nos recebeu e informou que estavam todos dormindo na casa ao lado, onde a adolescente residia. Mesmo assim, foi estabelecido contato com a adolescente, que aceitou nos receber no dia 3 de abril. No retorno a UBS, ficou combinado com a ACS de voltarmos no dia previsto.

Dia 3 de abril, feito o contato com a ACS na UBS, nos deslocamos até a residência da quarta participante. Chegando lá por volta das 10 horas e 30 minutos, fomos novamente recebidas pela mãe da adolescente que a chamou. A ACS foi embora. A adolescente nos recebeu no portão e convidou-nos para entrar, ao aceitar o convite realizamos os procedimentos padrões e ela aceitou a participação no estudo e a entrevista foi realizada ali mesmo, conforme escolha dela. A casa era de madeira, chão batido e aparentava ter um cômodo dividido por um guarda-roupa. A cozinha era dentro do quarto, ao lado do beliche onde haviam dois meninos dormindo.

Foi uma entrevista com muitos achados interessantes. Com sua desenvoltura, a adolescente E4 demonstrou desde o início sentir-se á vontade, respondendo todos os questionamentos de maneira aberta e clara. Mais do que isso, E4, aparentava necessidade de conversar e se expressar, visto que conversou até mesmo sobre outros assuntos durante a entrevista, e a pesquisadora precisava estar atenta e sempre retornando ao foco principal da entrevista. Ao término, E4 não soube indicar a quinta participante da pesquisa.

Ao voltar para UBS, a pesquisadora tentou contato com a última ACS, porém esta não se encontrava na UBS, então, foi estabelecido contato com ACS por telefone, porém sem sucesso.

Nos dias 4 e 5 de abril, os acontecimentos foram parecidos, a pesquisadora tentou contato com ACS tanto na UBS quanto por via telefônica, porém este não se estabelecia. Cabe ressaltar que nestes dois dias, a pesquisadora tentou contato com outros ACSs para encontrar possíveis participantes em suas microáreas, porém, todos os contatados afirmavam não ter adolescentes neste perfil em suas microáreas.

O bairro Getúlio Vargas é o primeiro na lista dos bairros com maior incidência de gestação na adolescência no município de Pelotas (SILVA, 2015). Os profissionais da UBS Getúlio Vargas bem como os ACSs, relataram que são altas as taxas de gestação na adolescência, porém, os ACSs tiveram dificuldades em localizar adolescente com o perfil solicitado pela pesquisadora, e mais uma vez relatavam que a recorrência era o fator que dificultava.

No dia 7 de abril foi estabelecido contato com mais uma ACS e agendado visita à adolescente no dia 11 de abril.

No dia 11 de abril ao encontrar a ACS na UBS, à casa da quinta adolescente, por volta das 10 horas. No caminho foi orientado ao ACS sobre a importância de manter a privacidade da adolescente no momento da entrevista.

A residência era a mais afastada da UBS, ficando na última rua do bairro. Ao chegar, E5 nossa quinta participante, nos recebeu na porta e pediu desculpas por não consentir nossa entrada e justificou que a casa “estava uma bagunça”. Apesar de ser na rua, não aparentava que tínhamos problemas quanto a gravação da entrevista, visto que não havia fluxo de automóveis ou pessoas.

Iniciamos o contato com os procedimentos padrões, apresentação dos objetivos e leitura dos termos. E5 aceitou participar do estudo e optou pela realização da entrevista ali mesmo. Após a assinatura do TALE, E15 chamou sua mãe, que mora algumas casas depois, para assinar o TCLE.

A entrevista foi um tanto conturbada por conta das brincadeiras da filha mais velha de E5 com a vizinha, porém não impediu o desenvolvimento da mesma. A adolescente mostrou-se á vontade durante a entrevista e respondeu com desenvoltura a entrevistas. Ao final, quando questionada sobre o conhecimento de uma adolescente também moradora do bairro e com as mesmas características, E5 indicou uma colega, apesar de relatar não ter certeza da idade da mesma, com isso, foi anotado o endereço da adolescente para que o contato fosse realizado.

Com a indicação da E5, conseguimos pela segunda vez colocar em prática a técnica *Snowball* (bola de neve), precisava-se então conhecer a adolescente indicada e possível sexta participante, para avaliar se realmente se encaixava nos critérios de inclusão deste estudo.

Ao retornar a UBS, a pesquisadora não encontrou nenhum ACS, com isso, foi até a recepção a fim de investigar em qual microárea se encaixava o endereço da

adolescente indicada, para assim contatar o ACS responsável e agendar a visita, porém não foi obtido sucesso, pois a recepcionista não se mostrou receptiva e respondeu estar terminando o trabalho daquela manhã.

O próximo retorno a UBS Getúlio Vargas foi dia 13 de abril. Ao chegar à unidade, foi realizado o contato com uma das enfermeiras que informou ser a residência próxima da unidade, por isso a pesquisadora optou por ir até lá sem a companhia de um ACS, por volta das 10 horas da manhã.

Ao chegar a casa, a adolescente E6 nos recebeu, no portão explicamos o motivo do contato e os objetivos do estudo, a adolescente topou participar e optou pela realização da entrevista naquela manhã. Fomos então convidadas a entrar, sendo recebidas na sala de uma casa de alvenaria, com piso frio e aparentando ter cerca de quatro cômodos. Foram realizados os procedimentos padrões, a leitura e assinatura do TCLE e após foi dado seguimento com a realização da entrevista.

A adolescente E6 desde a recepção até a entrevista mostrou-se sorridente e simpática, respondeu a entrevista de forma clara e objetiva. Ao final, foi solicitada a indicação de mais uma adolescente, no entanto E6 referiu não conhecer nenhuma moradora do bairro com as mesmas características, conhecia apenas de um bairro próximo.

Assim sendo, a pesquisadora retornou até a UBS com o propósito de contatar os demais ACS que não haviam realizado o levantamento das adolescentes que vivenciaram gestação recorrente de suas microáreas. Porém no dia 13 de abril não foi estabelecido contato.

Dia 17 de abril a pesquisadora retornou a UBS Getulio Vargas por volta das 8 horas, entretanto, nenhum ACS foi encontrado. Foi estabelecido contato com três ACSs no dia 18 de abril, que relataram não ter nenhuma adolescente com recorrência da gestação.

A coleta de dados nestes últimos dias não aconteceu. As adolescentes da amostragem inicial já haviam sido contatadas e entrevistadas. Dos cerca de seis ACSs, três fizeram o levantamento inicial conforme solicitado pela pesquisadora e os demais afirmaram não haver participantes em suas microáreas com gravidez recorrente na adolescência, o que dificultou ampliar o número de participantes neste bairro. A pesquisadora definiu que a partir de então a coleta de dados seria realizada na segunda UBS, no bairro Dunas.

Percebeu-se na primeira UBS, a dificuldade de empregar a técnica *Snowball* (bola de neve), pois das seis adolescentes entrevistadas até o momento, apenas duas indicaram outra participante. Outra dificuldade foi encontrar os ACSs na UBS.

Na UBS do Bairro Dunas foi decidido pela pesquisadora que facilitaria solicitar a todos os ACSs o levantamento das possíveis participantes de cada microárea, pois assim, ao iniciar a coleta de dados, caso houvesse mais um caso de participante sem indicação, já teríamos elencado o nome de outras adolescentes. A pesquisadora preferiu que as enfermeiras solicitassem aos ACS o levantamento, a fim de obter melhor empenho por parte destes.

Nesta perspectiva, no dia 18 de abril na UBS do Bairro Dunas, as enfermeiras da unidade foram primeiramente procuradas, a fim de que estas solicitassem aos ACSs o levantamento das adolescentes que vivenciaram a gestação recorrente. Apenas duas enfermeiras se mostraram prestativas e interessadas em ajudar, ficou então acordado que fariam o pedido aos ACSs na próxima reunião da UBS, para então entregar em mãos à pesquisadora, os nomes e endereços.

Dia 24 de abril, a pesquisadora entrou em contato por meio telefônico com uma das enfermeiras da UBS Dunas a fim de obter alguma informação, foi repassado o nome e endereço de uma possível participante e a enfermeira sugeriu que a pesquisadora se descolasse até a residência acompanhada de uma ACS.

A pesquisadora esteve presente na UBS novamente dia 25 de abril às 8 horas e pessoalmente conversou com a mesma enfermeira do contato telefônico a qual tentou contato com um ACSs para acompanhar a pesquisadora até o domicílio, porém, os poucos presentes não se mostraram interessados em ajudar.

Na mesma manhã por volta das 10 horas, uma das enfermeiras e uma das ACSs saíram para realizar vacinações no domicílio de usuários impossibilitados de ir até a unidade. Estas informaram à pesquisadora, que na área que iriam proceder a vacinação, teria uma possível participante, apesar de não terem certeza da idade. A pesquisadora se deslocou em carro particular da enfermeira, que estacionou frente ao domicílio para que a pesquisadora estabelecesse contato, após saíram para vacinar.

A pesquisadora chegou a residência da possível sétima participante. E7 recebeu a pesquisadora na porta, local onde foi explicado o motivo do contato. Ao topar realizar a entrevista em sua residência, adentrou-se à casa de alvenaria, sem

reboco e aparentando ter quatro cômodos. Havia duas crianças dormindo que eram filhos da participante, além de seu irmão mais novo.

Após os procedimentos padrão, leitura e assinatura do TCLE, a entrevista foi iniciada. E7 apresentou-se objetiva e á vontade, até a chegada de seu companheiro na metade da entrevista, que permaneceu conosco até o seu término. Apesar de tudo, E7 aparentou tranquilidade e maturidade durante a entrevista, permitindo bons achados. Ao final foi solicitada a indicação de outra adolescente, porém E7 referiu não conhecer ninguém do bairro que se encaixasse nos critérios. Ao final da sétima entrevista, a pesquisadora retorna a UBS que já estava fechada.

No dia seguinte, 26 de abril, com o retorno a UBS, a pesquisadora obteve contato com quatro ACSs, todos relatam ter conhecimento da pesquisa, porém não identificaram possíveis participantes nas suas microáreas. Entretanto, duas das ACSs se oferecem para acompanhar a pesquisadora até o domicílio da única adolescente encontrada por meio do levantamento até o momento, mesmo não sendo de suas microáreas. Acompanhada, a pesquisadora chega a residência da oitava adolescente. Fomos recebidas por sua irmã que referiu que a adolescente não estava. Combinamos com ela de deixar um aviso a sua irmã, de que voltaríamos no dia seguinte para conversar por volta do mesmo horário, às 11 horas. Pesquisadora e ACSs voltam a UBS e no caminho, deixam acordado o retorno até a casa no próximo dia.

Dia 27 de abril, as ACSs e a pesquisadora retornaram à casa da adolescente e chegando lá somos recebidas por E8 que nos convida para entrar na sala. Após procedimentos iniciais, E8 aceita participar da entrevista e opta por ser naquele momento, assina o TALE e o TCLE é assinado por sua mãe, após iniciou-se a entrevista.

A adolescente mostrou-se bem humorada e comunicativa durante toda entrevista. As ACSs participaram da entrevista o que não pareceu ser incomodo para a participante. Foi solicitado a indicação de uma nova participante com características parecidas, porém, sem sucesso.

Ao voltar para a UBS, uma das enfermeiras estava em consulta com uma adolescente que se encaixava nos critérios. Ao término da consulta, a enfermeira chamou a pesquisadora, que conseguiu uma sala para conversar com a

adolescente. Foi explicado para E9 a respeito dos objetivos da pesquisa, realizada leitura e assinatura do TCLE e realização da entrevista no local.

E9, a nona participante, mostrou-se muito comunicativa durante a entrevista. Sua filha mais velha esteve presente o que não dificultou o andamento da pesquisa. Foi a primeira entrevista realizada fora do domicílio da participante. Foi utilizada a sala da dentista, que se mostrou cooperativa para emprestar a sala para a entrevista. Não fomos interrompidas em momento algum. E9 não tinha referência de adolescente com características parecidas.

Na construção da metodologia deste estudo, optou-se por não estipular o número de participantes, pois de acordo com Minayo (2013), a pesquisa qualitativa permite não quantificar este número, pois, é no subjetivo universo contido nas falas dos entrevistados que está o aprendizado que necessitamos.

Ao transcrever as nove entrevistas foi possível observar que a objetividade das respostas das adolescentes começaram a apresentar muitas semelhanças.

Para Fotanella, Ricas e Turato (2008), quando pouco de substancialmente novo aparece defini-se saturação teórica. Já para Moscovici (2010), as interações entre duas pessoas ou grupos desencadeiam representações sociais, ou seja, desde que há interações humanas não há número específico para abordar a Teoria das Representações Sociais.

Assim com base na saturação dos dados, quando mais nada de significativo foi apontado pelas participantes deste estudo, a pesquisadora identificou o término da coleta de dados em 08/05/2017.

Das nove entrevistas, 8 foram realizadas nas residências das participantes e uma na UBS, todas foram transcritas após o término o que possibilitou iniciar a pré-análise do material obtido.

Os dados foram armazenados em um banco de dados em CD que ficará guardado na sala do Núcleo de Pesquisa na Faculdade de Enfermagem da UFPel, sob responsabilidade da orientadora do estudo, durante o período de cinco anos e após serão incinerados.

6.8 Análise dos dados

Os dados obtidos na coleta foram transcritos e analisados sob a perspectiva da Análise Textual Discursiva (ATD), que tem como finalidade “a produção de novas

compressões sobre os fenômenos e discursos”. Trata-se de um movimento interpretativo que está inserido entre os extremos da análise de conteúdo e a análise de discurso (MORAES; GALIAZZI, 2011, p.07).

A ATD organiza-se por meio de um ciclo de três etapas, consideradas como os elementos principais da análise: desmontagem dos textos, estabelecimento de relações e captação do novo emergente (MORAES; GALIAZZI, 2011).

1. Desmontagem dos textos ou Unitarização: nesta etapa buscou-se examinar o texto proveniente das entrevistas (também denominado de “corpus”) nos mínimos detalhes, com o objetivo de encontrar significantes (parte física da palavra), para os quais serão dados significados (conceito transmitido à palavra) e sentidos por meio do conhecimento do pesquisador e da revisão de literatura. Assim, nesta etapa, realizou-se a desmontagem do texto das transcrições, levando em consideração o objetivo de seu estudo, pressupostos e referencial teórico. Nesta desconstrução surge a unitarização, que pode ser definida em função de critérios pragmáticos ou semânticos, ou seja, pode partir tanto de 40 categorias definidas *a priori*, como categorias emergentes da análise do texto, independente do critério de construção de categoria, as mesmas precisam estar entrelaçadas com o objeto de estudo (MORAES; GALIAZZI, 2011).

2. Estabelecimento de relações ou categorização: Nesta etapa estabeleceu-se relações entre as unidades constituintes da etapa anterior, ou seja, buscou-se a combinação e a classificação das mesmas, resultando na categorização. Assim, começa a emergir um novo texto, ou melhor, um metatexto que tem como origem os textos originais (MORAES; GALIAZZI, 2011).

3. Captando o novo emergente: Nesta etapa tem-se uma compreensão renovada desencadeada pelas etapas anteriores, no qual se consolida pela construção do metatexto, constituindo-se um processo intuitivo e auto-organizado, no qual o pesquisador vai dizer algo sobre o fenômeno estudado de maneira descritiva ou interpretativa. Na descrição o autor não se aprofunda no texto, apenas descreve as ideias e sentidos encontradas, já na interpretação, o autor dialoga com teorias já existentes, buscando apresentar novos sentidos e significados (MORAES; GALIAZZI, 2011).

O processo de análise descrito pode ser entendido como um ciclo, representado na Figura 2:

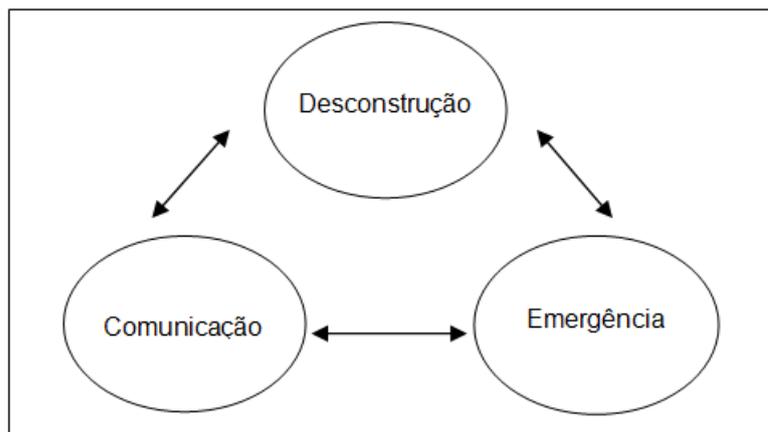


FIGURA 2: Ciclo da análise discursiva

Fonte: Moraes; Galiazzi, 2011.

Desta forma, a ATD, permite uma desorganização e fragmentação dos materiais textuais que se almeja analisar, após possibilita-se a formação de novas estruturas de compreensão do fenômeno sob investigação, a qual será expressa em produções escritas, em que a qualidade e originalidade da produção resultante estão atreladas ao envolvimento do pesquisador com todo processo, assim os metatextos deverão ser confrontados com as concepções do autor (MORAES; GALIAZZI, 2011).

6.9 Divulgação dos resultados

Os dados serão divulgados por meio da dissertação de Mestrado Acadêmico em Enfermagem e produção de publicações de artigos científicos oriundos da pesquisa. Os resultados serão devolvidos à população estudada por meio de folders contendo informações acerca da saúde reprodutiva, métodos contraceptivos disponíveis pelo SUS e outras informações que contemplem o planejamento familiar. Além disso, serão planejadas, organizadas e realizadas ações de incentivo junto às UBSs, propondo à implementação ou manutenção de ações de planejamento familiar voltadas para os adolescentes.

7 Análise e discussão dos resultados

A análise e discussão dos resultados deste estudo serão apresentadas em duas etapas: a primeira consiste na caracterização das adolescentes participantes para melhor compreensão dos dados apresentados, e a segunda etapa é composta dos temas que emergiram após a análise do conteúdo das entrevistas, são eles: (Des)conhecimento da sexualidade e dos métodos contraceptivos antes da primeira relação sexual: a construção dos conhecimentos na ótica de adolescentes; Gravidez não planejada na adolescência X uso de métodos contraceptivos; Representações Sociais do desejo de engravidar na adolescência: planejando a maternidade.

7.1 Caracterização das participantes: quem são essas adolescentes?

Acredita-se ser fundamental traçar uma caracterização das participantes deste estudo a fim de conhecer as adolescentes quanto à faixa etária, histórico obstétrico e relações sociais para subsidiar a compreensão do universo de cada uma.

E1: 18 anos, duas gestações, dois filhos vivos, menarca aos 10 anos e sexarca aos 10 anos. Com companheiro, renda familiar é de 163 reais, reside em casa própria com 4 pessoas (E1, companheiro e seus dois filhos). Ensino fundamental incompleto, não trabalha e não possui religião. Vivenciou duas cesarianas, com 15 e 16 anos respectivamente. Realizou pré-natal nas duas gestações, porém não soube informar quantas consultas.

E2: 19 anos, duas gestações, dois filhos vivos, menarca aos 13 anos e sexarca aos 16 anos. Com companheiro, renda familiar em torno de 700 reais, reside em casa própria com 4 moradores (E2, companheiro e seus dois filhos). Está cursando o 8º

ano do ensino fundamental no turno da noite, não trabalha e não possui religião. Quanto ao parto sua primeira experiência foi cesárea com 16 anos e sua segunda experiência foi parto normal aos 18 anos. Realizou pré-natal nas duas gestações, cerca de 6 consultas por gestação.

E3: 16 anos, dois filhos vivos, menarca aos 11 anos, sexarca aos 13 anos. Com companheiro, renda familiar em torno de 800 reais, reside em casa própria onde moram 6 pessoas (E3, companheiro, seus dois filhos e dois irmãos mais jovens de E3). É responsável também por dois irmãos mais novos de 6 anos e 8 anos de idade. Ensino fundamental incompleto, não trabalha e é evangélica. Teve suas duas experiências com o parto normal, com idades de 14 e 15 anos respectivamente. Realizou pré-natal nas duas gestações, com cerca de 9 consultas por gestação.

E4: 19 anos, dois filhos vivos, sofreu um aborto em sua primeira gestação, menarca aos 13 anos e sexarca aos 14 anos. Casada, renda familiar em torno de 1400 reais, reside em casa própria onde moram 5 pessoas (E4, esposo, seus dois filhos e um sobrinho), É responsável por um sobrinho de 6 anos de idade. Ensino fundamental incompleto, não trabalha e não possui religião. Vivenciou o primeiro parto cesariana aos 16 anos e o segundo, parto normal, aos 19 anos. Realizou pré-natal nas duas gestações, com cerca de 6 consultas por gestação.

E5: 15 anos, dois filhos vivos, menarca aos 11 anos e sexarca aos 12 anos. Com companheiro, renda familiar em torno de 400 reais, reside em casa própria onde moram 4 pessoas (E5, companheiro e os dois filhos). cursando o 6º ano do ensino fundamental no turno da noite, não trabalha e não possui religião. E5 vivenciou duas cesárias com 13 e 14 anos respectivamente. Realizou pré-natal nas duas gestações, cerca de 6 consultas em cada.

E6: 18 anos, dois filhos vivos, menarca aos 11 anos e sexarca aos 13 anos. Com companheiro, renda familiar de 1500 reais, reside em casa própria onde moram 4 pessoas (E6, companheiro e seus dois filhos). cursando o 5º ano do ensino fundamental, não trabalha e não possui religião E6.18 vivenciou duas cesárias com

14 e 16 anos respectivamente. Realizou pré-natal nas duas gestações, cerca de 9 consultas em cada.

E7: 19 anos, dois filhos, menarca aos 12 anos e sexarca aos 14 anos. Com companheiro, renda familiar de 800 reais, reside na casa da mãe onde moram 8 pessoas (E7, companheiro, seus dois filhos, sua mãe, dois irmãos e um sobrinho). Cursando o 6º ano do ensino fundamental, não trabalha e não possui religião. Vivenciou dois partos normais com 16 e 19 anos respectivamente. Realizou pré-natal nas duas gestações, cerca de 9 consultas por gestação.

E8: 17 anos, dois filhos, menarca aos 10 anos e sexarca aos 11 anos. Com companheiro, renda familiar em torno dos 500 reais, reside em casa própria onde moram 4 pessoas (E8, companheiro e seus dois filhos). Ensino fundamental incompleto, não trabalha e não possui religião. Vivenciou duas cesárias com 14 e 17 anos respectivamente. Realizou pré-natal apenas na primeira gestação, cerca de 9 consultas.

E9: 19 anos, três filhos, menarca aos 9 anos e sexarca aos 14 anos. Com companheiro, renda familiar em torno dos 1500 reais, reside com seus pais numa casa com 9 moradores (E9, seu companheiro, seus três filhos, seu pai, sua mãe e dois irmãos). Ensino fundamental incompleto, não trabalha, não possui religião. Vivenciou três partos normais com 14, 16 e 17 anos respectivamente. Realizou consultas de pré-natal nas três gestações, cerca de 6 consultas por gestação.

Quanto à caracterização das adolescentes, observa-se que a faixa etária variou entre 15 e 19 anos, sendo a média de idade das participantes de 17,7; quanto ao número de filhos, a grande maioria tinha dois filhos, apenas uma das participantes tinha 3 filhos; quanto à menarca, as idades ficaram entre 8 e 13 anos, sendo a média na primeira menstruação de 11 anos de idade; quanto à sexarca as idades variaram entre 10 e 16 anos, sendo a média de idade na primeira relação sexual de 13 anos; todas as nove participantes relataram ter companheiro, sendo que apenas uma é legalmente casada; a renda familiar variou de 163 reais a 1500 reais, deve-se levar em consideração que as participantes tiveram dificuldades em falar com exatidão a renda familiar, sendo assim, a média é de 862 reais por família;

quanto à moradia, cinco participantes residem somente com seu companheiro e seus filhos, as outras quatro participantes residem com mais pessoas. O número de indivíduos por moradia ficou entre 4 e 9, sendo a média de 5,3 moradores por domicílio, além do companheiro e dos filhos, as participantes residem também com pai, mãe, irmãos e sobrinhos; quanto aos estudos, todas as participantes não têm o ensino fundamental completo, pararam de estudar do 3º ao 8º ano do ensino fundamental. Das nove participantes, quatro retornaram aos estudos e estavam matriculadas frequentando as aulas no período da entrevista; quanto ao trabalho, nenhuma das participantes tinha vínculo empregatício (formal ou informal) no período da entrevista; quanto à religião, apenas uma das nove participantes relatou ter religião, sendo esta evangélica; quanto às vivências com o parto, oito das participantes vivenciaram dois partos, apenas uma vivenciou três partos. Do total de 19 partos 10 foram cesariana e nove partos normal. As idades das participantes na vivência do parto variou entre 13 e 19 anos, a média de idade por parto é de 15,7 anos; e quanto ao número de consultas por parto, as participantes não sabiam relatar com exatidão, entretanto as respostas variaram de 0 a 9 consultas de pré-natal por gestação.

A idade das participantes variou de 15 a 19 anos, faixa etária que está em maior predominância de gestação na adolescência de acordo com alguns estudos citados a seguir.

O relatório de Situação da População Mundial do ano de 2013, apontou que por ano 7,3 milhões de adolescentes tornam-se mães, 2 milhões são menores de 15 anos. Percebe-se nesses dados que o maior índice está nas adolescentes acima de 15 anos. Este relatório ainda aborda que 19% das mulheres jovens dos países em desenvolvimento ficam grávidas antes dos 18 anos e que a cada 10 adolescentes, uma tem filho antes mesmo de completar 18 anos em países como Guiné e Moçambique (UNFPA, 2013).

Conforme estudo norte-americano de Lloyd (2005), a cada 1000 partos 39,1 são de adolescente na faixa de 15 a 19 anos de idade, enquanto que 0,5 de 1000 parturientes têm idades entre 10 e 14 anos, mostrando que, mesmo em países desenvolvidos, a taxa de adolescentes grávidas também é maior para as que já completaram 15 anos. Dentre os países desenvolvidos, os Estados Unidos possui a maior taxa de gravidez na adolescência (UNFPA, 2013).

Já no Brasil, conforme estudo que trabalha com as características das gestantes adolescentes, cerca de 80% das grávidas tem de 15 a 19 anos de idade (PONTE JUNIOR; NETO, 2004).

Os índices de gestação na adolescência têm caído no cenário mundial – especialmente em países desenvolvidos – de acordo com estudos desde a década de 80 (CREATSAS, 1995; ARIAS, 2003). Já no Brasil, contrariando essa tendência, o índice de gestação nas adolescentes de 15 a 19 anos de idade cresceu nas últimas décadas (BRASIL, 2004).

A recorrência de gravidez na adolescência é cada vez mais frequente e dados apontam que mais da metade das adolescentes entre 15 e 19 anos de idade já são mães e têm ao menos dois filhos (BRASIL, 2006). Com isso, percebe-se que a recorrência de gestações na adolescência não é incomum, entretanto é pouco abordada, visto que são escassos os estudos que trabalham com a temática.

A menarca indica o início da vida reprodutiva da mulher, por essa razão é vista como um evento significativo e transformador. Nem sempre está relacionada ao ciclo ovulatório normal da mulher, entretanto, representa importante estágio do amadurecimento uterino que acontece, em média, dos 11 aos 12 anos de idade nas adolescentes brasileiras (KLUG; FONSECA, 2005). Neste estudo, a média de idade da menarca das participantes também foi de 11 anos.

A primeira menstruação de acordo com Castilho e Barros Filho (2000), se correlaciona com os estágios de maturidade sexual. Com isso, podemos considerar que quanto mais cedo as meninas têm seu sistema reprodutor maduro e conseqüentemente sua primeira menstruação, mais cedo iniciarão sua atividade sexual.

Por consequência, geralmente a sexarca e a gestação na adolescência sucedem a menarca e isso se dá em um intervalo de dois a três anos respectivamente (NETO; ANDALAF, 2009).

De acordo com estudo que buscou identificar as características de adolescentes grávidas, a média de idade para a primeira relação sexual foi de 15 anos e considerando a idade no primeiro parto, a diferença foi de 2 anos após a sexarca (CHALEM et al., 2013).

Neste estudo, a média de idade para a primeira relação sexual foi de 13 anos, enquanto que a média de idade do primeiro parto foi de 15,7 anos, estando dentro dos parâmetros apontados nas pesquisas anteriormente.

A respeito das relações afetivas, todas as participantes tinham companheiros e moravam com eles, mas somente uma era oficialmente casada.

Uma pesquisa que buscou compreender as características associadas à gravidez na adolescência em brasileiros de baixa renda, encontrou que dentre os fatores associados à essa vivência, estão: morar com companheiro e menor idade de início de relações sexuais, características também encontradas no presente estudo (DINIZ; KOLLER, 2012).

Devemos considerar o fato de que morar com o companheiro na adolescência pode gerar a vontade de vivenciar a maternidade e/ou paternidade, visto que formaliza os pais adolescentes como um casal e, também porque a cultura da nossa sociedade, na maioria das vezes está presa à idéia de “família ideal” a qual deve ser composta por pai, mãe e filho(s). Com isso, para formalizar uma família, muitas adolescentes podem deparar-se precocemente com a vontade de experimentar a maternidade.

Estudo de Witter e Guimarães (2008) alega que os companheiros das adolescentes são participativos nas gestações. Mesmo não mais mantendo relacionamento com a adolescente, no geral cerca de 86% dos pais costumam acompanhar de perto a gravidez, enquanto que cerca de 13% não fazem parte das vivências desse período. É possível dizer também, que no estudo de Witter e Guimarães (2008) quase metade dos futuros pais estavam presentes quando as adolescentes descobriram a gravidez, totalizando 41%.

Para Meincke e Carraro (2009) os pais adolescentes buscam construir e exercer a paternidade, isso gera adaptação acerca deste novo evento e a vivência de sentimentos positivos referentes à situação. O adolescente necessita de uma rede de apoio, que na maioria das vezes é composta pela família.

A renda familiar das participantes não foi relatada com exatidão pela maioria, porém variou entre 163 reais e 1500 reais, sendo a média de 862 reais, menos de um salário mínimo por família. A baixa renda é identificada como uma característica relevante para a gestação nas adolescentes segundo Aquino et al (2003).

Mesmo que interligada com outras variáveis, estudo de Diniz e Koller (2012) aponta que a gravidez precoce tende a acontecer em locais com maior pobreza, entretanto os autores não tratam esse como um dos fatores associados à gravidez na adolescência.

Quanto à renda familiar, estudo de Ponte Junior e Neto (2004) aponta que cerca de 45% das famílias de mães adolescentes ganham menos de um salário mínimo, 36% ganham um salário, enquanto apenas 3% ganham mais de três salários mínimos. Esses dados nos permitem compreender que grande parte das mães adolescentes e suas famílias vivem em situação financeira mais vulnerável, como é o caso das adolescentes participantes do estudo.

A média de moradores por casa deste estudo foi de 5,3 que em consonância com a média de renda mensal de 862 reais nos indica uma média de 162 reais mensais por pessoa.

As adolescentes que não residiam apenas com seus filhos e companheiros moravam também com suas famílias, nenhuma das adolescentes participantes deste estudo morava com os familiares do companheiro.

De acordo com a revisão de literatura realizada por Silva e Salomão (2003), a maternidade na adolescência é frequentemente ligada à dependência financeira assim como ao abandono do estudo.

Quando abordamos a independência financeira das mães adolescentes, podemos acreditar que estamos lidando com um dos maiores motivos de ainda morarem com os pais e familiares: a falta de dinheiro próprio. Entretanto, pouco mais da metade das participantes do estudo (5) residiam apenas com o companheiro e filhos constituindo um núcleo familiar independente.

No que se refere à escolaridade, nenhuma participante completou o ensino fundamental e a evasão escolar se deu entre o 3^a e 8^a ano escolar.

O abandono escolar é um fator que pode estar associado à gravidez não planejada nessa fase da vida, visto que a ociosidade pela infrequência escolar e a falta de projetos de vida são causas potenciais de vulnerabilidade da adolescente (PONTE JUNIOR; NETO, 2004).

De acordo com Padilha et al (2014), as mães adolescentes muitas vezes, reproduzem a desistência escolar de suas famílias, dando continuidade às características de famílias com baixa escolaridade e condições socioeconômicas

desfavoráveis. Os autores apontam ainda que a conscientização das adolescentes a respeito da importância da educação está atrelada ao fato de que não percebem o verdadeiro significado social de empoderamento e inclusão pela educação, mas sim, ao pensamento capitalista de ascensão econômica.

No geral, adolescentes com bom desempenho escolar e aspirações acadêmicas têm menor probabilidade de iniciação sexual precoce e maior possibilidade de utilizarem meios contraceptivos de modo mais eficaz (LEVANDOWSKI; PICCININI, 2004). Por isso, podemos entender que as adolescentes que encaram os estudos como meio de progredir profissional e financeiramente, poderão ter menos probabilidade de vivenciar uma gravidez não planejada nessa etapa da vida.

De acordo com Rocha (2009) que estudou a respeito da evasão escolar entre adolescentes que vivenciaram a maternidade, para os adolescentes existem dois problemas ligados à evasão escolar: primeiro a escola tem grande significância na construção de amizades, por consequência, os adolescentes relatam que a evasão escolar diminui o número de amigos assim como causa o distanciamento das amizades já construídas; o segundo problema relatado pelas adolescentes é de que o abandono da escola tem grande significância na interrupção de seus planos de vida, pois, se não fosse a gravidez, elas permaneceriam com os estudos e já estariam formadas em construção de um futuro profissional.

Podemos compreender que as adolescentes estão cientes da importância da escola no seu futuro e por consequência, possuem a capacidade de entender que o abandono escolar pode causar danos aos seus planos e aspirações. Por conta disso após a maternidade, muitas adolescentes resolvem voltar aos estudos (ROCHA, 2009). A evasão da escola compromete a qualificação da adolescente, como consequência, diminuindo sua possibilidade de adentrar no mercado de trabalho (NERY et al., 2011).

Nenhuma das adolescentes participantes do estudo trabalhava formal ou informalmente no período da coleta dos dados. Todas desenvolviam atividades domésticas cuidando dos filhos e da casa, e as atividades externas relacionavam-se aos estudos. Das nove participantes, quatro retornaram aos estudos e estavam frequentando as aulas no período da entrevista.

No que se refere à religião, apenas uma das adolescentes referiu ter religião evangélica, as demais relataram ter fé e acreditar em “algo maior” ou “algo superior”.

De acordo com Verona e Dias Júnior (2012), a religião tem feito diferença na vida de adolescentes brasileiras, tornando-se cada vez mais importante e presente no cotidiano. Os autores apontam que há forte associação entre a frequência a cultos e missas e o reduzido risco de vivenciar a maternidade na adolescência ou antes do casamento.

Quanto ao tipo de parto vivenciado pelas participantes do estudo, do total de 19 partos, 10 foram cesarianas e 9 normais.

Nos últimos 10 anos, a proporção quanto ao tipo de parto de adolescentes no Brasil manteve-se equilibrada entre o parto vaginal e cesariano, visto que poucas são as regiões que apresentam proporções distintas. Norte e Nordeste, por exemplo, são as regiões onde mais acontecem partos vaginais em adolescentes, apresentam percentuais de 60,7% e 58,9% respectivamente. Sudeste e Sul são as regiões em destaque quanto aos partos cesarianos nas adolescentes, chegando a 56,7% e 53,2% (SANTOS et al., 2016).

Quanto às consultas de pré-natal, as adolescentes não responderam com exatidão, o número de consultas variou de 0 a 9 por gestação. A falta de exatidão nas respostas se deu principalmente pelo esquecimento das participantes e pela falta da caderneta de pré-natal.

Conforme estudo de Fernandes et al. (2015) a adesão das adolescentes nas consultas de pré-natal foi de 98%, cerca de 67,2% frequentam seis ou mais consultas e 65,5% iniciam o acompanhamento ainda no primeiro trimestre de gestação.

No sentido de compreender as representações sociais das adolescentes acerca do planejamento familiar, apresenta-se a seguir a análise do conteúdo das entrevistas que resultou em três temas: (Des)conhecimento da sexualidade e dos métodos contraceptivos antes da primeira relação sexual: a construção dos conhecimentos na ótica de adolescentes, Representações Sociais da gravidez não planejada na adolescência e Representações Sociais no planejamento da gestação na adolescência.

7.2 (Des)conhecimento da sexualidade e dos métodos contraceptivos antes da primeira relação sexual: a construção dos conhecimentos na ótica de adolescentes

A primeira relação sexual é considerada um marco importante na vida dos adolescentes, que veem esse evento como uma transição para a vida adulta. Essa vivência inclui os adolescentes em um grupo de risco, pois, na medida em que começam as atividades sexuais ficam mais expostos a contrair ISTs, vivenciar gestações não planejadas, complicações na gestação e parto, além de abortos (VANZIN et al., 2013).

Os fatores que determinam a decisão de iniciar ou não a vida sexual variam entre os adolescentes, assim como a forma em que ocorre a experiência em ambos os sexos e grupos sociais também não é homogênea (VANZIN et al., 2013). De acordo com o IBGE (2010), 20,3% da fecundidade total é pertencente ao grupo de mulheres com idades entre 15 e 19 anos e com menos de sete anos de estudo.

O estudo de Gonçalves et al. (2015) apontou que o início da vida sexual até os 14 anos de idade está ligado à ocorrência de comportamentos que apresentam riscos ao adolescente, como uso de álcool e fumo, episódios de embriaguez, uso de drogas ilícitas e envolvimento em brigas. França (2008) aborda que grande parte dos jovens ao iniciarem a vida sexual, já experimentou maconha ou bebida alcoólica, e os adolescentes usuários de drogas apresentam maiores chances de ter a primeira relação sexual antecipada.

Faz-se indispensável abordar a educação sexual para compreensão deste capítulo, que para Souza (1991) precisa ser intuída como o processo que visa educar, oferecendo condições para que os adolescentes assumam e compreendam seu corpo e sua sexualidade com atitudes positivas, responsáveis e esclarecidas, estando estes livres de preconceito, medo, culpa, vergonha ou tabu.

Nesta perspectiva, as representações sociais dos adolescentes vigoram como fundamentais no que se refere à educação sexual. A família, os amigos, a escola e os profissionais da saúde que convivem com os adolescentes são vitais em relação ao tema, pois é por meio da relação e do diálogo com seu ciclo social que o adolescente vai criar suas expectativas, seus conhecimentos, informações e, dessa forma, compartilhando suas representações sociais a respeito do tema no meio social no qual está inserido.

Considera-se que a representatividade dos principais atores sociais da adolescência em relação aos conhecimentos sobre a sexualidade, antes mesmo da primeira relação é importante para a tomada de decisão consciente quanto às questões de sexualidade e atividade sexual. Ou seja, há ou não há diálogo com as adolescentes antes da primeira relação sexual?

Quanto à construção dos conhecimentos das adolescentes acerca da sexualidade antes da primeira relação sexual, no âmbito do senso comum, emergiram representações sociais positivas e negativas que serão discutidas ao longo deste capítulo, sendo estas: “falta de diálogo no início da vida sexual”, “papel da mãe como orientadora sexual”, “falta de orientação profissional” e “prevenção antes da primeira relação”

Quando indagadas a respeito da orientação dos pais acerca do início da vida sexual e do uso de métodos contraceptivos, as participantes relataram:

Não, nunca ninguém conversou comigo. Foi meu pai que me criou, nunca falou nada. (E3)

Não, nunca conversaram comigo. Porque minha mãe era muito fechada para essas coisas. Aí eu fui aprendendo essas coisas mais com a vida. (E2)

Não, minha mãe nunca falou. (E1)

Capaz, ninguém tocava nesse assunto. (E9)

Por meio dos relatos acima, pode-se observar como representação social das adolescentes a “falta de diálogo no início da vida sexual”. O diálogo entre pais e filhos deve estar presente em todas as etapas da vida, sendo primordial na adolescência, momento de transformação e de dúvidas quanto ao corpo e suas modificações, entretanto há dificuldade no diálogo acerca da sexualidade por parte dos pais (ALMEIDA; CENTA, 2009).

Nesse sentido, para Almeida e Centa (2009), muitas vezes os pais não sabem como agir frente às demonstrações de interesses em relação à sexualidade dos filhos, um dos principais motivos é a dificuldade na compreensão do modo de pensar dos adolescentes.

Como principais responsáveis, os pais deveriam acompanhar e estarem presentes em cada etapa do crescimento das filhas, desde o nascimento. Esses fatores deveriam motivar e incentivar o diálogo no que diz respeito a sexualidade, planejamento familiar e prevenção de ISTs, visto que a proximidade dos pais com a filha existe desde sempre e é cercado por sentimentos como confiança e respeito, entretanto a “falta de diálogo no início da vida sexual” surgiu como uma das representações das adolescentes.

As participantes E3, E2, E1 relataram a falta de diálogo dos pais antes do início da vida sexual. Relatos semelhantes vão ao encontro do estudo de Costa et al. (2015) que aponta a vergonha, o machismo e contradições, como os motivos mais aparentes que dificultam ou anulam o diálogo dos pais acerca da sexualidade com os adolescentes.

De acordo Garcia (2007), pais autoritários podem caracterizar uma relação de poder com as filhas e assim, na presença do poder, o diálogo tem espaço reduzido devido à falta de relação democrática.

As participantes citam a mãe como orientadora das questões relativas à prevenção da gravidez, o que sugere que elas enxergam a mãe como responsável para tratar do assunto, talvez pelo fato de ser o papel feminino.

Sim. Ela [mãe] falava que tinha que se prevenir, até mesmo por causa das doenças, para não ter filho nova, essas coisas assim ela falava. (E6)

Ela [mãe] dizia que se eu quisesse manter relação sexual era para eu tomar injeção, usar camisinha e entrava num ouvido e saia pelo outro (E5)

A minha mãe sempre conversava comigo para me cuidar. Eu comecei a menstruar e ela me explicou que se eu não me cuidasse, eu podia ficar grávida mais rápido. Ela conversava comigo. Ai eu me casei e depois fiquei grávida. (E7)

A minha mãe falava comigo, explicava as coisas pra gente, ela dizia que tinha que tomar remédio, que tinha que usar camisinha, ela explicou tudo direitinho. (E8)

Por meio dos relatos compreende-se que a mãe foi responsável pela construção dos conhecimentos acerca do planejamento familiar e sexualidade,

emergindo como representação social das adolescentes “papel da mãe como orientadora sexual”, visto que participantes E1, 55, E7 e E8 observam na mãe o papel de responsável pela sua orientação sexual.

Entretanto, o pai mostrou-se fundamental para a participante E4 que relatou detalhadamente e com muito carinho as instruções do pai no início de sua vida sexual.

Ah, tipo, meu pai sempre me orientou. Ele sempre disse ‘eu nunca vou estar junto na hora que tu for fazer, só te protege’ ele dizia pra mim [risos]. Então tipo, no caso, eu fui bem ciente na hora que perdi minha virgindade, quando começou minha vida sexual sabe, fui bem ciente e segura de tudo que fazia [...] Aí ele [pai] dizia quem tinha que se cuidar era eu. Que se eu fosse perder a virgindade eu tinha que ter certeza do que estava fazendo, se eu queria e com quem eu queria, ele dizia pra mim ‘tu não faz só por fazer ou porque a outra pessoa quer que tu faça, tu tem que querer e não pensar que a outra pessoa quer, é tu quem sabe’, ele dizia ‘ eu não vou saber e é mentira tua se tu chegar e falar pra mim que vai contar é mentira’, aí eu olhava pra ele e falava ‘mas eu vou te contar pai quando isso acontecer’ e ele ‘não, é mentira eu sei que é mentira e não precisa me mentir’. Ele dizia pra mim ‘tu usa camisinha porque doença a gente não lê na testa, não diz assim to com AIDS, to com isso, to com aquilo, não diz na testa’ ele dizia pra mim. E dizia que eu até podia tomar remédio pra não engravidar, mas o essencial é a camisinha porque previne doença, gravidez, tudo, e o remédio não previne doença. Então no caso eu sempre usei a camisinha, como ele mandava. Aí eu nunca deixei de usar. (E4)

No relato da adolescente E4, observa-se que o papel do pai foi importante na construção do conhecimento acerca do planejamento familiar, em especial por lembrar e abordar frases ditas por ele na época, que com certeza marcaram sua vida. Por meio de conversas diretas e francas com a adolescente, compreende-se que esse pai teve fundamental participação na educação sexual da filha.

A conversa franca entre pais e filhos pode ser utilizada como recurso facilitador ao abordar a temática da sexualidade com os adolescentes, pois o diálogo franco e honesto, tanto quanto a disponibilidade dos pais para abordarem a temática, podem ser decisivos para a compreensão dos adolescentes apesar das dificuldades que por vezes são encontradas (ALMEIDA, CENTA, 2009).

Observou-se neste estudo que a mãe é a figura mais presente nos relatos apresentados. Outros estudos também apontam que quando há diálogo a respeito de sexualidade no âmbito familiar, a figura materna é a mais referida pelos adolescentes (AQUINO et al., 2006; BORGES; LATORRE; SCHOR, 2007).

Para Savegnago e Arpini (2016), tanto o pai quanto a mãe devem assumir papel fundamental no que diz respeito à orientação sexual dos filhos adolescentes, levando em consideração que o diálogo deveria ser uma tarefa assumida por ambos.

De acordo com Garcia (2007), a deficiência de relação da filha com o pai, pode levar as adolescentes a procurarem alternativas de informações como, por exemplo, o meio social em que vivem.

Acolhimento e escuta por parte dos pais podem favorecer o suporte social e emocional dos adolescentes de acordo com Costa et al. (2015), contribuindo para o enfrentamento das adversidades da idade, sendo essas estratégias importantes para o comportamento saudável dos mesmos, visto que são fundamentais para a promoção da saúde. Entende-se assim, que independentemente de ser pai ou mãe, o suporte oferecido à adolescente pode proporcionar fatores positivos no seu autocuidado, por meio de medidas simples como o acolhimento e a escuta.

O diálogo entre pais e filhos a respeito da sexualidade deve ultrapassar barreiras em busca da proximidade com a/o adolescente e esse momento deve ir além da transmissão de informações (SAVEGNAGO; ARPINI, 2016).

Acredita-se necessário o cuidado ao dialogar sobre sexualidade com adolescentes, pois conforme Magalhães (2001), por vezes as adolescentes recebem informações incompletas e precoces, e a falta de maturidade para lidar com a temática resulta em sexualização prematura associada ao desejo precoce de experimentar.

Além do diálogo com os pais, outra etapa importante no processo de educação sexual das adolescentes diz respeito à primeira consulta ginecológica na qual os profissionais da saúde já deveriam abordar o planejamento familiar, assunto que, geralmente as mães também são as principais responsáveis.

A primeira consulta ao ginecologista, por exemplo, com orientação e ambiente adequado, estabelece para adolescente uma rotina de prevenção necessária para o seu futuro reprodutivo (PEREIRA; TAQUETE, 2010).

A consulta pode ser em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com o profissional médico, que será o responsável pela escolha junto com a adolescente do método contraceptivo, por exemplo, ou com o profissional enfermeiro, que poderá ser norteador de diálogo e orientação no que diz respeito à sexualidade, ao planejamento familiar e à prevenção por ISTs.

Nesta perspectiva, as participantes foram indagadas a respeito da consulta ginecológica ou orientação de profissionais da saúde antes da primeira relação sexual:

Eu nunca quis ir no postinho, fazer essas coisas. Acho que preguiça, sei lá. (E1)

Não, fui fazer essas coisas só depois que eu fiquei grávida. (E2)

Nunca tinha ido no posto pra isso. Nunca procurei. Sabia que devia mas nunca fui. (E9)

Antes [da gestação] não. (E3)

Não, só depois de grávida. (E5)

Não fiz antes [da gestação]. (E7)

Para Domingos e Madeira (2004), a vergonha em relação à consulta com profissionais da saúde se dá principalmente por dois fatores: o constrangimento ao falar de aspectos de sua vida íntima e ao expor o corpo para exame. Os autores apontam que a realização da consulta ginecológica deixa a adolescente nervosa, ansiosa e com vergonha, esses sentimentos podem ser alguns dos motivos precursores na decisão de adiar ou não realizar a consulta.

Observa-se nos relatos que não houve consulta ginecológica ou de planejamento familiar antes da primeira relação sexual nem orientação às adolescentes por parte de profissionais da saúde. Com isso, a “falta de orientação profissional” antes da primeira relação sexual surge enquanto representação social das adolescentes.

Ressalta-se que o diálogo poderá esclarecer as adolescentes a respeito da importância da consulta de planejamento familiar às adolescentes, a fim de

estabelecer uma rotina precoce de prevenção e conscientizá-las de que essa é fundamental para a garantia da saúde sexual e reprodutiva da mulher.

Mesmo que o principal foco da orientação profissional antes da primeira relação sexual seja a prevenção da saúde, estudo de Leite et al. (2007) aborda que os principais fatores que motivam as adolescentes a procurarem auxílio dos profissionais da saúde pela primeira vez são: ciclos menstruais irregulares, dismenorreia, hemorragias uterinas anormais e amenorréia. Ou seja, a consulta geralmente não acontece para fins de prevenção e sim para tratamento de problemas comuns da puberdade.

Entretanto, ainda de acordo com Leite et al (2007) o desejo de contracepção também está entre os fatores que levam as adolescentes a procurarem auxílio médico. A busca pela prevenção da gravidez pode ser comprovada no presente estudo conforme os relatos das adolescentes acerca da consulta antes da primeira relação:

Eu tive uma consulta antes, lembro bem. Para pegar camisinha que a agente me explicou que lá [na UBS] eles davam. (E4)

Porque quando comecei a namorar eu procurei o posto, sem minha mãe saber [...] Consultei com a médica para tomar anticoncepcional. (E6)

Minha mãe me levou no posto para começar a tomar remédio [anticoncepcional] [...] Começou a menstruar e a mãe já iniciou a dar pra gente e explicou. Nos levou no postinho, pegou o remédio e nos deu pra começar a tomar. (E8)

Antes da primeira relação sexual, o contato das adolescentes E4, E6 E E8 está atrelado à utilização de métodos contraceptivos conforme relatos, sendo a “prevenção antes da primeira relação” a representação social encontrada.

A procura das adolescentes pelos profissionais da saúde antes da primeira relação sexual sugere o conhecimento da mesma sobre a respeito da importância da prevenção de uma gravidez, muito provavelmente pela motivação do seu círculo social. Entretanto, no relato de E6, observamos que a procura pelo serviço não foi relatada à sua mãe, os motivos não foram descritos.

Nesse sentido, Domingos e Madeira (2004) destacam as dificuldades enfrentadas pelos indivíduos para lidar com os ritmos biológicos de forma natural,

visto que temas como a sexualidade são compreendidos como íntimos e ocasionam vergonha ao serem abordados, sendo assim um dos motivos da falta de diálogo. Na adolescência, esse fato é acrescido pelos conflitos vivenciados com as transformações físicas e psicológicas da idade, que podem afetar vários aspectos da vida social.

Mais uma vez o diálogo perdura como a melhor solução para esse aspecto, tendo em vista que é importante para a adolescente encontrar na família espaço em que possa ouvir e ser ouvida e expor suas dúvidas e opiniões emergindo para a compreensão, afeto e diálogo (SAVEGNAGO; ARPINI, 2016).

As adolescentes procuram o mesmo nos profissionais da saúde, pois ao recorrerem aos serviços de saúde esperam encontrar alguém em quem possam confiar e, para que os profissionais respondam a estas expectativas, faz-se necessário aptidão e sensibilidade para abordar as dúvidas, anseios, medos e tabus relativos à sexualidade (LEITE, et al. 2007).

O vínculo e a empatia entre o profissional e a adolescente podem facilitar a consulta e estabelecer um ambiente mais acolhedor e agradável para o diálogo, promovendo a interação e o retorno da adolescente ao serviço de saúde. O profissional da saúde pode ser o interlocutor no diálogo acerca da sexualidade entre os pais e a adolescente, estimulando a interação e o estabelecimento de confiança entre ambos.

No relato de E8 nota-se o contrário, a mãe foi a responsável pela procura da unidade de saúde e o incentivo ao método contraceptivo antes mesmo da primeira relação, deixando de lado qualquer tabu e vergonha e priorizando a saúde sexual da filha logo após a menarca.

Para compreensão das representações sociais das adolescentes acerca dos conhecimentos relativos à sexualidade e planejamento familiar antes da primeira relação sexual, acredita-se que não se deve abordar somente a relação adolescente-pais e adolescente-profissionais, faz-se necessário conhecer as inter-relações dessa fase e conseqüentemente como e por quem essas representações circulam. Com isso questionou-se também o papel da escola nos conhecimentos adquiridos acerca da temática antes da primeira relação sexual:

Não, na minha escola nunca conversaram [..] Conversava com as minhas colegas mais ou menos, não sabia muito. (E6)

Na escola não falavam. (E3)

Nunca falaram sobre isso, acho que nem podia. (E9)

Não, nunca estudei sobre isso. (E4)

De acordo com Moizês (2010) tratar das questões relacionadas à sexualidade é uma das principais preocupações do campo da educação e das instituições de ensino, sendo assim, o tema deveria fazer parte do cotidiano escolar de maneira significativa, demandando atenção especial.

No entanto, a partir dos relatos podemos observar que as adolescentes não tiveram contato com o tema sexualidade e métodos contraceptivos na escola, com isso, não tiveram representações positivas acerca do papel escolar no que se refere ao tema sexualidade.

A sexualidade da juventude tem causado preocupações que justificam políticas públicas de implementação e de orientação sexual nas escolas (ALTMANN, 2001). O IBGE (2009) aborda que 87,5% dos escolares da rede pública e 89,4% da rede privada, têm acesso às informações sobre sexualidade no ambiente escolar.

Nesta lógica de pensamento, alguns relatos da participação da escola na educação sexual das adolescentes foram apontados:

Falavam bastante, falavam para se cuidar e davam aqueles papéis. (E8)

Como eu estudava, as professoras comentavam que tinha que usar camisinha por causa das doenças, não só da gravidez e ai eu fui escutando [...] E tinha um projeto ali atrás do colégio velho sabe, era da escola, ali tinha umas professoras que eram muito amigas minhas, ai eu conversava com elas sobre isso sabe. Desde pequena, quando comecei a beijar na boca, com 12, 13 anos eu já sabia que tinha que usar camisinha, que era muito importante não só para engravidar mas por causa das doenças, já me falavam sobre a AIDS, sífilis, HPV e tudo. Elas ali que conversavam comigo, pude me abrir e conversar com elas. (E2)

Falavam um pouco. (E5)

Estudo de Costa et al (2015) avaliou que os adolescentes percebem a família como a principal rede de suporte e orientação, contudo, inseridos em seus contextos

de trabalho, os profissionais da saúde também foram vistos como rede de apoio em especial quando articulados à escola.

Tendo em vista a importância das redes de apoio às adolescentes, observa-se que os pais, os profissionais e a escola participaram do processo de construção dos (des)conhecimentos acerca da sexualidade e foram essenciais para a formação das representações sociais das adolescentes.

Dialogar a respeito do início da vida sexual das adolescentes foi uma tarefa difícil neste estudo. Nos relatos, observou-se pouca exatidão e despreparo para discorrer acerca do tema, pois durante as entrevistas ficou nítida a dificuldade que as adolescentes tinham em expor a vida íntima.

Acredita-se que o despreparo para dialogar acerca da sexualidade pode estar atrelado à falta de costume no cotidiano das adolescentes, pois falta diálogo com os pais, a escola e os profissionais da saúde. O diálogo propicia a aproximação e interação entre os diferentes atores sociais

Esse pensamento vai ao encontro de Moscovici (2003, p. 41) quando aponta que o comportamento das pessoas pode ser influenciado pelas suas representações sociais, “uma vez criadas, elas adquirem uma vida própria, circulam, se encontram, se atraem e se repelem e dão oportunidade ao nascimento de novas representações, enquanto velhas representações morrem”.

7.3 Gravidez não planejada na adolescência X uso de métodos contraceptivos

Compreende-se o Planejamento Familiar como a segurança do direito básico do homem e da mulher em ter seu contexto reprodutivo garantido na Constituição Federal, ou seja, é permitir ao indivíduo a livre escolha de ter ou não ter filhos, assegurando sua contracepção e/ou concepção. A população brasileira tem esse direito assegurado desde 12 de janeiro de 1996, após a sanção da lei nº 9.363 que regulamenta o planejamento familiar. Desde então, a população tem acesso aos meios de concepção ou anticoncepção assegurados pelo SUS (BRASIL, 2002).

O cidadão brasileiro tem o direito de decisão e estruturação familiar, pode decidir por ampliar a família e assim planejar ter um ou mais filhos, bem como pode planejar não ter filhos. Quando optar por ter filho(s), o brasileiro receberá por direito,

assistência adequada pelo SUS como, por exemplo, os cuidados prestados à gestante durante o pré-natal. Quando a opção é não ter filho(s), o cidadão poderá utilizar de métodos contraceptivos, muitas vezes disponibilizados pelo SUS, como anticoncepcional oral e injetável e camisinha masculina e feminina.

Grande parte da população entende a gravidez como fato desfavorável aos adolescentes por dificultar ou atrasar fatores importantes no desenvolvimento pessoal como, por exemplo, os estudos. De fato a gravidez na adolescência é vista como problema de saúde pública por leigos em rodas de conversa informal e por alguns estudiosos que pesquisam e refletem a temática desde a década de 70 (PARIZ; MENGARDA; FRIZZO, 2012).

A gravidez na adolescência pode acontecer de maneira não planejada ou não desejada, muitas vezes decorrente de descuido, omissão, inabilidade ou problema no uso de método contraceptivo. Por outro lado, pode acontecer de forma planejada, visto que muitas adolescentes compreendem a maternidade como amadurecimento e reestruturação de suas vidas e ascensão social (SILVA et al., 2009; LIMA et al., 2004).

As representações sociais dos indivíduos influenciam diretamente nas suas noções, ou seja, o conhecimento e as atitudes da adolescente estão ligados às informações adquiridas no contexto social em que vive. A Teoria das Representações Sociais permite compreender a construção dos conhecimentos das adolescentes acerca do planejamento familiar (MOSCOVICI, 2010).

Por meio das representações sociais, podemos perceber como as adolescentes dão significado à vivência da gravidez não planejada, visto que possibilitam a percepção de como os sujeitos sociais dão significado aos fenômenos acontecimentos da vida cotidiana (SOUZA; NÓBREGA; COUTINHO, 2012).

As adolescentes deste estudo apresentaram suas representações sociais da gravidez não planejada, e desse modo, pode-se observar diferentes dimensões de representações sociais tais como “o desejo de ser mãe como justificativa do não planejamento”; “aceitabilidade”; “déficit e/ou falta de conhecimento”; “papel de cuidadora do filho e família”; “perda da juventude”; “uso inadequado de métodos contraceptivos”

O “desejo de ser mãe como justificativa do não planejamento” enquanto representação social da gravidez não planejada esteve presente no relato de E1.

Aí eu acho que foi planejada a primeira, porque queria uma menina, mas veio um menino. Eu usava pílula, mas aconteceu. (E1)

Conforme relato, a adolescente E1 fazia uso de método contraceptivo mas a gravidez acabou acontecendo. Essa vivência não foi planejada, no entanto, a adolescente tem a percepção de ter planejado a gravidez pelo fato de ter desejado uma filha. Compreende-se que após a descoberta da gestação, a vontade de ter uma filha contribuiu para o projeto de “ser mãe de uma menina”, o que não se configura como planejamento de uma gestação.

O termo “Planejamento Familiar” refere-se a planejar uma família, que na compreensão de muitos, é formada por um casal e a concepção de seu(s) filho(s). Esse fato pode limitar o entendimento acerca do planejamento familiar, que por vezes acaba não sendo compreendido também como contracepção.

E1 mesmo fazendo uso de pílula contraceptiva engravidou. Um dos principais motivos de engravidar utilizando métodos contraceptivos é o seu uso de forma incorreta ou inadequada (SOUZA, 2006). Nesse contexto, o “déficit e/ou falta de conhecimento” e “uso inadequado de métodos contraceptivos” surgiram também como representação social.

Na minha segunda gravidez eu tomei antibiótico e cortou o efeito da pílula. Eu não sabia que não podia. Eu fiz tratamento para infecção de urina e não sabia que não podia. Foi onde eu engravidei. [...] O médico não me falou. (E6)

Estudo que revisou a literatura farmacocinética aponta que o uso dos contraceptivos orais associados ao de antibióticos pode trazer redução na eficácia do método (SANTOS et al., 2006). No caso de E6 houve falha na comunicação profissional-adolescente e/ou na prescrição médica. O profissional da saúde deve orientar a usuária a respeito do risco de consumir o contraceptivo oral junto com antibiótico e a necessidade do uso de camisinha durante o período de tratamento.

Eu tinha 13 anos, eu quis engravidar a todo custo. Eu engravidei foi tudo normal, fiz ultrassom tudo diretinho, ela tinha tudo, roupa e tudo. Agora que tá difícil. Dela [primeira filha] foi planejada eu queria ter [...] Esse aqui não,

veio porque tinha que vir, foi descuido. Depois da primeira, eu pegava remédio no posto, mas esquecia de tomar. Eu tomava remédio, mas me esquecia. Depois que ganhei ela comecei a tomar injeção. (E8)

O “uso inadequado de métodos contraceptivos” como representação social também está presente no relato de E8, que vivenciou sua segunda gravidez de forma não planejada devido à falta de controle na utilização do contraceptivo oral.

Estudo de Duarte, Holanda e Medeiros (2012) apontou que as adolescentes demonstram conhecimento inadequado a respeito dos métodos contraceptivos e do uso dos mesmos e a utilização de forma incorreta está entre um dos fatores que levam a adolescente a engravidar sem desejar.

As pílulas anticoncepcionais, também chamadas de anticoncepcionais hormonais orais são o método reversível de contracepção mais adotado no Brasil, atingindo um percentual de 27% da população feminina (FINOTTI, 2015). Entretanto Borba et al (2017) apontam em seu estudo que o conhecimento das mulheres brasileiras a respeito dos métodos contraceptivos orais é insuficiente e inadequado assim como o seu uso, sendo o esquecimento do consumo ou a ingestão em horários alternados os principais motivos para o uso inadequado.

O estudo de Borba et al (2017) vai de encontro com o relatado por E8, visto que a mesma relatou o esquecimento no uso do contraceptivo oral. Esse método requer atenção e controle habitual devido ao consumo diário, devendo ser regular e no mesmo horário, sendo assim, E8 optou pela utilização do contraceptivo injetável, assim como E2 que relatou sua opinião acerca do uso:

A pílula é boa, mas não pra mim, porque eu pra remédio sou péssima, eu tenho que tomar e acabo me esquecendo nas funções. Então a gente esquece os remédios às vezes, eu acho que vale mais a pena é a injeção. Porque eu tomo de três meses, aí eu tenho minha data ali anotada, no dia da data eu vou lá e sei que tenho que tomar. Agora a pílula eu já sei que vou falhar um dia, dois dias, e vou aparecer grávida de novo. Então pra mim eu acho melhor a injeção. (E2)

Os anticoncepcionais injetáveis são aplicados via intramuscular e podem ser mensais ou trimestrais. São especialmente utilizados pelas adolescentes devido a fatores como: problemas no consumo dos anticoncepcionais orais, o esquecimento

na ingestão diária incapacidade intelectual de utilizar o método por conta própria e falta de conhecimento dos pais acerca do uso de métodos contraceptivos (GIORDANO; GIORDANO, 2009).

É boa a injeção, é de três em três meses, não precisa se preocupar. (E1)

A praticidade da utilização de um método mensal ou trimestral pode atrair as adolescentes, em especial as que têm problemas com o uso dos contraceptivos orais diários, conforme observado no relato de E1.

O “déficit e/ou falta de conhecimento” assim como “uso inadequado de métodos contraceptivos” como representações sociais estão ancoradas, possivelmente, na falta de orientação das adolescentes. As adolescentes criam suas representações sociais de acordo com o universo em que vivem, ou seja, quando permeadas de orientação acerca dos métodos contraceptivos, suas representações serão positivas e adequadas para o uso correto, evitando assim a gravidez não planejada. O contrário também acontece, assim como se evidencia neste estudo. Cabe aos pais, escola e serviços de nível básico de saúde, como as UBSs, educar os adolescentes acerca dos métodos contraceptivos, seus objetivos, importância e uso adequado, visto que são os principais meios de convívio social das adolescentes e por tanto, estão diretamente ligados às representações sociais da adolescência.

As orientações dos profissionais da saúde são essenciais para as adolescentes que farão uso dos anticoncepcionais orais e injetáveis. Tanto no momento da prescrição médica quanto na administração do método, a adolescente precisa ser orientada a respeito do uso adequado e dos riscos que podem correr ao utilizar o método de forma incorreta.

Visando qualificar e capacitar os profissionais da saúde a respeito dos métodos contraceptivos, o MS criou o Manual Técnico em Assistência em Planejamento Familiar. O objetivo desse manual é “oferecer aos profissionais de saúde um conjunto de informações atualizadas sobre anticoncepção, a fim de apoiá-los nesta tarefa de fundamental importância”, pois é dever do profissional da saúde informar adequadamente a usuária acerca dos métodos contraceptivos e o uso adequado (BRASIL, 2002, p. 5).

A atuação dos profissionais da saúde no que se refere ao planejamento familiar deve envolver: atividades educativas, aconselhamento e atividades clínicas, que precisam ser desenvolvidas de maneira integrada. É necessário que os profissionais de saúde compreendam que qualquer visita ao serviço constitui uma nova oportunidade para a prática de ações educativas, restritas não somente à anticoncepção, mas abrangendo outros aspectos importantes referentes ao planejamento e saúde da mulher (BRASIL, 2002).

Estudo de Freitas e Teles (2009) objetivou identificar a atuação dos profissionais do serviço de planejamento familiar na comunidade (UBS) e concluiu que as informações repassadas aos usuários são insuficientes para suprir as necessidades de informação acerca do planejamento, destacando como principais dificuldades a ausência de profissional enfermeiro para obtenção dos resultados dos serviços prestados e a falta de visitas domiciliares por parte desses profissionais.

Cabe ressaltar que mesmo com a utilização adequada dos métodos contraceptivos orais ou injetáveis, os profissionais da saúde devem sempre orientar as adolescentes acerca da utilização dos métodos de barreira (camisinha masculina e camisinha feminina), visto que são os únicos capazes de proteger a infecção por Doenças Sexualmente Transmissíveis (ISTs).

Para Brasil (2002), métodos de barreira são os que colocam obstáculos na relação sexual a fim de impossibilitar a penetração de espermatozoides, eles podem ser mecânicos ou químicos, sendo os preservativos os mais conhecidos,

Seja de forma isolada ou associada a outro método, a utilização de preservativo deve ser encorajada e estimulada desde a adolescência.

Os principais motivos para falta de uso do preservativo de acordo com Glordano e Glordano (2009), geralmente são a falta de motivação do casal, interferência na dinâmica sexual, diminuição na sensibilidade genital e aquisição que pode constranger a adolescente.

A adolescente E5 não planejou engravidar em ambas as gestações e ainda que tenha vivenciado uma gravidez não planejada, não fez uso de método para se proteger de segunda gestação, aos 15 anos tem dois filhos não planejados. É perceptível o despreparo e a ingenuidade da adolescente em reconhecer as mudanças que uma gravidez precoce pode acarretar na sua vida. Em seu discurso

observa-se a falta de interesse na continuidade da utilização da camisinha, fato que a levou a vivenciar sua segunda gestação não planejada.

Eu fui no postinho e pedi um teste, aí deu positivo. Então eles me deram exame de sangue e tudo para fazer [...] Eu descobri [a primeira gestação] estava com sete meses já. Não planejei não. A segunda também não. Depois da primeira eu me cuidava sim nos primeiros dias, usava camisinha, mas depois não [risos]. Nos primeiros dias comecei a usar camisinha, depois comecei a relaxar, comecei a não usar mais e engravidei dele [mais novo]. (E5)

Quando indagada a respeito da descoberta da primeira gestação, surgiu como representação social a “perda da juventude”.

Ah no início foi apavorante, mas depois comecei a me acostumar [...] Eu penso que é colocar um anjinho no mundo. E penso assim porque não passo trabalho cuidando da casa e deles só. Com 15 anos, tão novinha podia aproveitar a juventude, mas tenho dois bebês. (E5)

O sentimento de “perda da juventude” pode estar atrelado a fatores como a evasão escolar, afastamento de amigos que está associado à impossibilidade de socialização e transição brusca para o mundo adulto.

Há o relato do susto com a descoberta inesperada da gravidez e a consciência da “perda da juventude” pelo fato de tão nova ser mãe. Entretanto, mesmo diante de duas gestações, observa-se a demonstração de amor pelos filhos e a capacidade de lidar com a situação de forma serena ao expor que “não passa trabalho”.

Além da ingenuidade já citada, o relato de E5 pode estar ligado a questões culturais arraigadas na divisão de tarefas entre gêneros, que trata a mulher – que nesse caso é uma adolescente – como a dona do lar e cuidadora essencial dos filhos e da casa, enquanto o homem como o trabalhador que “põe comida na mesa”, mesmo que esse modelo familiar com distinção de funções e estrutura hierárquica de poder já esteja em declínio na sociedade contemporânea (CEBOTAREV, 2003).

O padrão de tutela masculina leva a adolescente ao mundo adulto, como mãe e dona de casa. Esse universo popular cobra das adolescentes assumir papéis

restritos e por conta dessa restrição, a adolescente pode resignificar a representação social de “papel de cuidadora do filho e família”

No relato de E5 o fato de “só” cuidar dos filhos e da casa é entendido pela adolescente como motivo de conforto. Com isso a “aceitabilidade” também pode ser entendida como representação social de seu papel feminino na sociedade. Esse fato pode levá-la à comodidade assim como a falta de perspectiva de vida, devido ao desconhecimento do novo e de outra realidade que não esteja ligada à maternidade (SILVA; SURITA, 2012).

A “aceitabilidade” também é encontrada no relato de E7:

Aí foi um susto, eu descobri e “ah” fazer o que já tá ali não tem mais o que fazer. Aí no começo eu fiquei meio assim, depois comecei a aceitar né, Fiquei mais tranquila. (E7)

No relato de E7 a “aceitabilidade” no que se refere às representações sociais da gravidez não planejada, pode ser entendida como a única alternativa de escolha para adolescente que engravidou sem planejar. A verbalização de “não há mais nada a se fazer a não ser aceitar” traduz a visão da adolescente quanto à aceitabilidade sobre algo que ela não tem mais poder de mudar.

Essa temática nos permitiu pressupor que as representações sociais acerca da gravidez não planejada na ótica das adolescentes está diretamente ligada ao universo consensual, ou seja, ao conhecimento socialmente compartilhado que impera no senso comum. Dessa forma, as adolescentes deste estudo utilizam de suas representações sociais para justificar a vivência da gravidez não planejada, ancorando-se por vezes na falta de conhecimento e/ou no uso inadequado de métodos contraceptivos.

Acredita-se que os conhecimentos relacionados aos métodos contraceptivos são insuficientes e precários, por consequência, a adolescente vivencia uma gestação indesejada ou não planejada que, por vezes, é remediada pela aceitação como única saída para o “problema”.

Junto ao enfrentamento de vivenciar a maternidade tão cedo estão atrelados fatores como a perda da juventude e o papel de cuidadora do lar.

Reforça-se a necessidade de ações preventivas e educativas quanto aos métodos contraceptivos na perspectiva de informar as adolescentes quanto ao

Planejamento Familiar, de maneira que possam tomar a decisão de quando desejam planejar sua família.

7.4 Planejando a maternidade: Representações Sociais do desejo de engravidar na adolescência

Independente da idade, a gravidez constitui um evento biopsicossocial importante na vida da mulher, marcado por intensas repercussões e modificações corporais, emocionais e sociais.

O elevado índice e o alto risco de morbimortalidade materna e infantil fazem da gravidez na adolescência um problema de saúde pública, sendo que as afecções originadas no momento do parto estão entre as maiores causas de morte entre nascidos vivos e puérperas (MOCCELLIN et al, 2010; SCHREINER et al., 2010; ARAÚJO et al, 2015).

A literatura assim como a sociedade versa sobre a maternidade adolescente sob a linha problemática, em especial nas vertentes sociais, econômicas, familiares e psicológicas, indicando em grande parte a gravidez como indesejada e não planejada (SILVA; SALOMÃO, 2003).

A gravidez na adolescência ocorre em sua maioria de forma não planejada e é mais comum sua ocorrência sem maturidade física e mental para lidar com a situação, tendo em vista a pouca idade e experiência de vida (SCHREINER et al., 2010; ARAÚJO et al., 2015).

No entanto, pesquisas apontam que o desejo de engravidar ainda na adolescência é comum entre as adolescentes, e entre os principais motivos estão: o estabelecimento de uma relação mais estável com o parceiro, expectativas de mudanças para o futuro e status social (ARAÚJO et al, 2015; SILVA et al., 2009).

Mesmo que seja vista como inoportuna nem sempre a gravidez na adolescência é indesejada, pois além dos fatores supracitados, o MS aponta que conquistar uma vida melhor, ter atenção e afeto e estruturar autonomia de vida pode levar as adolescentes a, inconscientemente, esperar que a maternidade resolva esses problemas (BRASIL, 2012).

De acordo com Dadoorian (2003) a atividade hormonal que ocorre na adolescência pode proporcionar a curiosidade em testar seu aparelho reprodutor, levando as adolescentes à prática do sexo. A gravidez, por sua vez, torna-se o

evento que as certifica quanto à capacidade de reprodução gerando o possível sentimento de que não são mais meninas, demarcando assim o início da vida adulta.

Tendo em vista os elevados índices de mães adolescentes e os fatores apresentados até aqui que podem influenciar a escolha pela gravidez precoce, torna-se relevante compreender as representações sociais acerca da gravidez planejada na ótica de adolescentes com intuito de conhecer aspectos objetivos e subjetivos que permeiam tal vivência.

Neste capítulo serão abordadas as representações sociais que permeiam a vivência da gravidez planejada na adolescente, sob a ótica das mães adolescentes, traduzidas por “despreocupação com a maternidade”, “felicidade”, “ansiedade pelo futuro do(a) filho(a)”, “desejo do companheiro”, “fantasia da maternidade”, “perda”, “mudança”, “aprendizado” e “satisfação”.

As representações sociais simbolizam a interpretação dos indivíduos (as adolescentes) sobre os objetos do mundo (a gravidez), visto que para Moscovici (2010), as representações sociais possuem vida própria por meio de expressão, interpretação e interação dos indivíduos, pois há comunicação entre as representações sociais como se fossem objetos que se atraem e se repelem, construindo e reconstruindo assim o universo consensual.

Neste sentido, buscou-se por meio dos relatos das adolescentes identificar as representações sociais do desejo pela gravidez, o que pode ser observado no relato de E6 e E7.

Comecei a tomar anticoncepcional logo depois que comecei a namorar, antes de ficar grávida. A primeira gravidez eu quis. Aí eu parei de tomar [o anticoncepcional]. E ficou tudo normal, com as contas por exemplo, não mudou nada. Porque dizem “com bebê vai ter que deixar isso, deixar aquilo, vai ter muita conta”, mas não, não foi nada disso. (E6)

Planejei, eu quis. Eu me cuidava usava anticoncepcional daí eu parei. [...] Planejar foi bom, porque depois que eu fiquei sabendo fiquei tão feliz. Mas eu ficava preocupada, eu tinha medo porque já tinha perdido um bebê. Mas depois passou um mês eu vi que estava tudo bem. (E7)

As adolescentes E6 e E7 deixam claro em seus relatos o conhecimento acerca do contraceptivo oral, ambas faziam uso do mesmo. Houve o desejo pelo uso e/ou orientação acerca da importância do método contraceptivo para evitar a maternidade precoce, entretanto a vontade de engravidar fez com que as adolescentes interrompessem por livre escolha o uso do contraceptivo.

Frases como “ficou tudo normal”, “não mudou nada” e “vi que estava tudo bem”, demonstram que não há temor nas adolescentes de vivenciar a maternidade precoce. A representação social observada nos relatos de E6 e E7 é objetivada na aparente “despreocupação com a maternidade”.

A despreocupação com a maternidade pode ser derivada do desejo pela gravidez que acaba por “cegar” as adolescentes a respeito das responsabilidades e dificuldades de tornarem-se mães tão jovens, ou a imaturidade que pode dificultar a reflexão sobre a maternidade.

Moscovici (2010) aborda que quando há a busca pela categorização dos objetos do mundo (nesse caso a gravidez), consegue-se a aproximação com esse objeto, o que torna possível a avaliação, e com isso, as representações fogem da neutralidade e permitem o estabelecimento das vivências em consonância com as mesmas. Nesse sentido, os relatos de E6 e E7 demonstram que a vivência do planejamento da gravidez na adolescência não acarretou resultados negativos e as aproximou do universo da maternidade que por sua vez acarretou em felicidade como relata E7.

A “felicidade” também pode ser entendida como uma representação da gravidez na adolescência, tendo em vista que para Moscovici (2010), as representações sociais são as interpretações dos indivíduos (adolescentes) acerca dos objetos do mundo (gravidez).

A adolescente E2 em seu relato, também demonstra felicidade com a gravidez planejada em seu relato:

A primeira filha eu e meu marido queríamos, porque era o primeiro dele e meu. Ele queria e eu também aí eu engravidei dela [mais velha], então foi planejada [...] Planejar foi maravilhoso é bom ser mãe, é tudo de bom ter um pedacinho da gente né. E foi como eu imaginei, é bom. (E2)

A adolescente demonstra felicidade com o acontecimento da maternidade ao referir que foi como imaginou. Assim, entende-se que E2 alcançou seu objetivo com o planejamento da vivência. Esse objetivo para Araújo et al (2015); Brasil (2012); Silva et al (2009) pode ser desde a sua autonomia, estabilidade no relacionamento, até a expectativa de mudança de vida.

E2 imaginava-se mãe antes de engravidar conforme seu relato, com isso acredita-se que houve reflexão acerca da vivência, o que não causou temor ou medo visto que ao imaginar a maternidade, optou por vivenciá-la. Contudo, mesmo que planejada, E2 refere-se como susto a descoberta da gravidez e demonstra ansiedade com a maternidade, pois pretende um futuro diferenciado para seus filhos

Dá aquele baque, aquele susto, porque a gente não quer deixar nossos filhos passar o que a gente passou. A gente quer dar o melhor pra eles. Mas se Deus quiser elas vão ter tudo que eu não tive, vão ter um futuro melhor.
(E2)

Pode-se entender como representação social a “ansiedade pelo futuro do(a) filho(a)”, neste sentido, Dadoorian (2003) aborda que depois de mãe as adolescentes constituem como projeto de vida apenas a educação do filho.

Estudo realizado por Barreto et al (2011) ressaltou que poucas são as adolescentes que constituem projeto de vida para si depois da maternidade, pois na maioria das vezes seus projetos são engravidar, ser mãe e constituir uma família. O estudo indicou ainda que se referem à vontade de estudar têm como propósito ajudar nas despesas da casa.

A falta de perspectiva no futuro pode estar diretamente ligada à imagem que muitos indivíduos ainda carregam da mulher mãe e dona de casa. O papel da mulher enquanto alguém que deve cuidar exclusivamente do lar ainda impera na sociedade. Esse fato pode fazer com que as adolescentes se acomodem no exercício da maternidade, despreocupando-se com seus estudos sem perspectivas para o futuro. Entretanto, E2 carrega em seu relato a consciência da possibilidade de um futuro melhor ao desejar uma vida diferente às suas filhas.

Nos relatos de E6 e E2 observa-se o desejo de engravidar apenas na primeira gestação, assim como relata E3 e E9:

A primeira foi planejada. Depois de um tempo usei injeção só um mês, parei e engravidei de novo, mas a segunda não queria. (E3)

A vivência da maternidade precoce pela primeira vez para E6, E2 e E3 pode ter influenciado no desejo de não vivenciar a gravidez recorrente, entretanto, mesmo ao enfrentar a maternidade precoce as adolescentes não utilizaram métodos contraceptivos para impedir uma nova gravidez. E3 deixa claro que depois do primeiro parto, utilizou da injeção anticoncepcional por apenas um mês e parou o tratamento mesmo sem desejar engravidar.

Matos (2015) trabalhou em seu estudo com as representações sociais de mulheres que vivenciaram a gravidez recorrente na adolescência, e compreendeu que esse evento está diretamente ligado às representações que circulam no senso comum, como irresponsabilidade e imaturidade, fatores que cabem também como possível resposta ao questionamento supracitado.

Quanto ao planejamento familiar, outro fator que chamou a atenção nos relatos apresentados foi a participação do companheiro. Assim como E2, as adolescentes E1 e E8 também citaram o desejo do companheiro pela gravidez, mesmo que não tenha sido intenso como relata E1. Compreende-se que a representação social dessas adolescentes quanto ao planejamento da gravidez está objetivado no “desejo do companheiro”

Eu queria porque queria ter um filho. Eu falei ‘eu quero ter’ e ele [companheiro] dizia ‘vamos ter um filho então’, eu já tava morando com ele, daí eu tive ela. (E8)

Ele [companheiro] quis mais ou menos sabe. Não foi como eu [risos]. (E1)

Para Luz e Berni (2010) o entendimento dos adolescentes frente à paternidade, está ligado a vivência sexual e despreocupação com o futuro, com isso, para a maioria deles a responsabilidade reprodutiva é da mulher. Este fator pode ser a justificativa para o estudo de Salem (2004) ao ressaltar que na maioria dos casos somente quando se concretiza o risco de uma gravidez ocorre o envolvimento masculino no processo.

Mesmo que na maioria das vezes a paternidade na adolescência ocorra de maneira não planejada e/ou inesperada, nem sempre esse fenômeno assume

caráter negativo para os adolescentes, conforme estudo de Paulino, Patias e Dias (2013) que buscou compreender as autopercepções dos pais adolescentes.

A adolescente E8 vivenciou uma gravidez com o apoio e desejo do companheiro, diferente de E4 que vivenciou o desejo de ter um filho sem o consentimento do companheiro conforme relato.

Eu me amiguei com ele, aí a gente tava construindo a casa, a eu falei pra ele 'seria bom agora nossa família crescer', aí ele disse pra mim que primeiro iríamos terminar a casa, era muito cedo para ter filho. Mesmo assim eu parei de tomar a injeção, mas ele foi mais esperto e começou a usar camisinha [risos]. Aí eu consegui um serviço, quando fui fazer exames pro serviço descobri que estava grávida. (E4)

Os adolescentes geralmente têm menos informações a respeito da paternidade quando comparada à maternidade, além do mais, quando crianças raramente brincam com bonecas ou casinhas como as adolescentes, que por sua vez, fantasiam o exercício da maternidade desde a infância (LEVANDOWSKI; PICCININI, 2006). Tais fatores podem estar relacionados à tendência e desejo de postergarem a paternidade com maior frequência do que as adolescentes, além disso, podem interferir na vivência e na aceitação da paternidade (VENTURINI, 2010).

Pode-se entender que o fato das meninas experimentarem a maternidade em brincadeiras estimuladas pela sociedade desde a primeira infância tende a exercitar e estimular o desejo pela gravidez, que, por sua vez, pode ocorrer precocemente de forma planejada ou não e de forma recorrente.

Essas brincadeiras femininas da infância (boneca e casinha) como abordadas por Levandowski e Piccinini (2006), podem estar abarcadas na compreensão cultural do papel da mulher perante a sociedade e também podem estar presentes no estímulo das adolescentes pelo seu papel no futuro: mãe e dona de casa. Esse fator é perceptível no relato de E4 ao versar que pelo fato de ter uma casa já pode ser mãe.

Neste sentido, pode-se compreender a "fantasia da maternidade" como representação social contida no relato da adolescente E4. Moscovici (2010) afirma que quando o sujeito (adolescente) categoriza as coisas do mundo (maternidade),

as identifica em determinada categoria (fantasia) e as coloca como modelo de determinado tipo (felicidade, um modelo a seguir), o que gera significado e definição (desejo) a tudo que os cercam e agem de acordo com estas definições (concepção da gravidez). Ou seja, a adolescente categoriza a gravidez e a maternidade como um mundo mágico e fantasioso e por isso compreende essa vivência como um momento de felicidade, definindo o desejo pelo significado construído da maternidade e agindo de acordo com essa representação: a concepção ou gravidez.

A camisinha deve ter arreventado, alguma coisa aconteceu. Daí eu pensei 'tá bom, agora que eu tô eu tô' e fiquei toda feliz. Cheguei a minha casa falei pra ele [companheiro] e ficou feliz também. Já começamos a comprar coisas, ficamos empolgados e veio ela. Foi aí que fizemos o trato que ia ficar só nela, que não íamos ter mais filhos porque estava muito difícil. Mas depois trocamos de rua e viemos pra cá, então começamos a aumentar a casa e foi aí que eu disse pra ele 'ai eu queria tanto ter um 'nenê' e disse 'não, eu não queria ter nenê, deu de nenê já temos ela e tá bom' [risos]. Então ele não queria e eu queria, e assim estávamos. Aí eu disse pra ele que não ia tomar injeção nem remédio e ele disse 'também não vou usar camisinha, se tu quer ter, o corpo é teu e depois tu vai cuidar' e eu disse que não tinha importância. Aí foi que eu engravidei dele [mais novo]. Mas agora deu. (E4)

Observa-se que após a fantasia criada da maternidade por E4 ao deparar-se com a vivência de ser mãe, enfrentou um momento muito difícil conforme relato. Em sua primeira gravidez E4 foi da fantasia à realidade, uma realidade que a fez desejar não ter mais filhos, tendo em vista as dificuldades enfrentadas pelo casal. Entretanto, essa realidade não a assustou e não foi barreira para desfazer por completo o encanto pela maternidade, visto que a adolescente desejou e vivenciou a recorrência da gravidez planejada. Contudo, ao ser questionada a respeito do desejo de uma terceira gravidez: Não. Desse eu ressabiei, Deus me livre guarde [risos]. (E4)

Percebe-se que, ao vivenciar a segunda gravidez, E4 verbaliza o temor pela recorrência, mesmo que suas duas gestações tenham sido desejadas. Cabe aqui reflexões, como: Até onde irá esse temor? Ela buscará alternativas contraceptivas para não vivenciar a terceira gestação?

Nesta perspectiva, Moscovici (2010), alega que as representações sociais oscilam entre o conhecimento cognitivo e o afetivo, com isso ao encontrar com um objeto (gravidez) o sujeito (adolescente) ancora-se à sua experiência prévia, tornando o conhecimento familiar e o resultando em sentimentos positivos, sem interferência da estrutura social.

Ao tornar a “experiência” da maternidade familiar e carregar sentimentos e representações positivas acerca dessa vivência, as adolescentes podem acabar enfrentando outras gestações, e por isso, talvez, a recorrência da gravidez na adolescência seja cada vez mais comum. Explicando de outro modo, o fato de vivenciar a primeira gravidez na adolescência torna esse evento conhecido e aproxima as adolescentes da maternidade, as representações positivas e a “experiência” com a maternidade pode levá-las a planejar outra gravidez.

A vivência da maternidade na adolescência pode trazer ambivalência de sentimentos que por sua vez, resultam em representações positivas e negativas, mesmo que a gravidez tenha sido planejada, conforme relatos abaixo.

Eu tomei um susto porque eu era nova e como eu disse é uma responsabilidade enorme e é pra sempre. A gente vai ter que cuidar e dar carinho. Foi tudo bem, mas eu fiquei assustada, porque eu era nova podia fazer outras coisas, mas se aconteceu a gente tem que seguir em frente. (E2)

Foi muita coisa ao mesmo tempo, muita novidade. Isso faz a gente aprender na marra, por causa de tanta mudança. (E9)

Ao mesmo tempo é bom e é ruim. Porque tu é nova e muda muita coisa. Bastante coisa ficou pra trás, meus estudos, principalmente que são importantes, estudar sempre é importante. (E7)

Muita coisa muda. Muita coisa mudou na minha vida. Porque eu era rueira agora já não sou mais. Ia para festas e hoje eu não vou mais, eu vivia dia e noite na rua, dia e noite. Eu só vinha pra casa pra comer e ia pra rua de novo e entrava tarde pra casa, agora não. Agora eu fico dentro de casa, eu me deito cedo já. Quando eu não tinha eles [os filhos], eu não tinha hora pra entrar nem para dormir. Com 15 anos eu tão novinha, podia aproveitar a juventude, mas tenho dois bebês. (E5)

A referência à “perda” pode ser observada nos relatos e compreendida como representação social quando as participantes destacam o que deixaram para trás com a vivência da gravidez na adolescência.

Para Barreto et al (2011), as mães adolescentes vinculam a perda a fatores como o afastamento de amigos e abandono escolar.

A “mudança” está presente nos relatos de E7 e E5 como representação de tudo de diferente que vivenciaram com a gravidez e maternidade antecipadas. A “mudança” é observada quando as adolescentes relatam a transformação e mudança de vida ao vivenciar a maternidade na adolescência.

Na gravidez, a adolescente experimenta diversas experiências, isso porque esse fenômeno é permeado de questões econômicas, culturais e sociais, fato que pode levar a adolescente a vivenciar mudanças nos seus hábitos, costumes e história de vida, o que por vezes ocasiona impacto e diferentes percepções (DIAS, et al 2011).

As representações “perda” e “mudança” estão diretamente ligadas uma a outra, visto que no momento em que as adolescentes perdem algumas vivências acabam por experimentar alterações em suas vidas. Moscovici (2010) aborda que há ligação entre as representações sociais no momento em que evidencia a existência de comunicação entre elas.

As adolescentes geralmente não se sentem preparadas para assumir uma gravidez, tanto do ponto de vista financeiro quanto emocional, conforme estudo de Alves, Albino Zampiere (2011), por essa razão apresentam ambivalência nos sentimentos que variam do medo às preocupações. O mesmo estudo aborda que as principais mudanças relatadas pelas adolescentes são as sociais, físicas e emocionais, além de repercussões como a perda da adolescência, interrupção dos estudos, afastamento de familiares e amigos, adiamento de planos futuros e diferenças no estilo de vida.

Algumas participantes abordaram outras percepções frente ao planejamento da gravidez na adolescência:

A maternidade ensina e eu aprendi mais cedo. Agora eu penso que serei uma mãe bem nova. Porque tem muitas mães que tem filho tarde com quase 40 anos e não aproveitam nada, não acompanham o crescimento do filho. Então eu vou acompanhar bastante o crescimento dos dois, vou poder

ver os netos quando meus filhos tiverem seus 30 anos, é nisso que penso. (E6)

Aprendi bastante coisa, meus pensamentos mudaram. O pensamento que eu tinha antes de engravidar mudou. Depois que eu engravidei dela [primeira filha] eu comecei a não pensar só em mim e pensar nela. Comecei a pensar em 500 coisas antes de acontecer. Aí eu vi que tava pensando muito, que tinha que pensar devagar e começar a fazer as coisas com calma, foi onde eu fui evoluindo. Comecei a pensar nela, cuidar dela, cuidar da casa, cuidar do marido, cuidar disso, cuidar daquilo. Comecei a gostar desse negócio sabe. (E4)

Eu gosto dessa coisa de cuidar da casa e da família. Foi o que escolhi pra mim. Depois que fui mãe comecei a aprender a fazer isso, a ser dona de casa, porque sou eu pra tudo [risos]. (E9)

Nesses relatos observa-se a representação do “aprendizado” na vivência da gravidez recorrente na adolescência, visto que para E6, E4 e E9 a maternidade lhes proporcionou aprender a tomar decisões, realizar novas tarefas e principalmente cuidar .

E6 relata que a experiência da maternidade na adolescência propicia aprendizados e compreende que tal experiência pode influenciar positivamente nesta vivência, visto que por ser jovem poderá acompanhar mais os filhos e até mesmo os netos conforme relato. Cabe ressaltar que ao falar em netos, E6 destaca a idade que seus filhos terão nessa vivência: “quando meus filhos tiverem seus 30 anos”. De forma indireta a adolescente deseja uma vivência diferenciada da sua para os filhos, pois conscientemente ou não relata mais idade para os filhos ao vivenciar a maternidade/paternidade.

Além do “aprendizado” destacado nos relatos, observa-se que as adolescentes E4 e E9 se sentem satisfeitas com as experiências das gestações e com a vivência da maternidade ao se depararem com os cuidados dos filhos e da casa, com isso a “satisfação” é compreendida como representação social de adolescentes ao vivenciar a gravidez recorrente.

Ao tornarem-se mães e cuidadoras da família e do lar, as adolescentes que planejaram a gravidez podem demonstrar satisfação com a vivência. Esse dado vai ao encontro com estudos que revelam que ao planejar a gravidez na adolescência, a

adolescente almeja construir sua própria família, ser socialmente valorizada e estabilizar seu relacionamento com o companheiro (SILVA et al., 2009; DIAS et al., 2011; ARAÚJO et al., 2015). Ou seja, ser mãe e dona de casa pode ser almejado como projeto de vida de adolescentes.

Mesmo que a gravidez na adolescência seja vista de forma negativa tanto para a população quanto para estudiosos, nesse capítulo foi possível compreender algumas das representações positivas dessa experiência do ponto de vista das mães adolescentes. Acredita-se que são diversos os fatores que levam as adolescentes a planejarem uma gravidez, por isso que abordar a sua representatividade para as adolescentes ajuda na compreensão deste fenômeno.

Entretanto, cabe ressaltar que a gravidez por si só é um evento complexo e permeado de significados, se tratando de gravidez na adolescência pode ser ainda mais abstruso, por isso, deve-se ter a consciência de que para compreender esse fenômeno é necessário ir além de representações, significados, reflexões interpretações reducionistas.

8 Considerações finais

O presente estudo alcançou seus objetivos, pois permitiu o conhecimento das representações sociais acerca do planejamento familiar para adolescentes que vivenciaram a gestação recorrente.

Observou-se diferentes representações sociais acerca do planejamento da gestação das adolescentes, tanto para as que planejaram a gravidez quanto para as que não planejaram, estando as representações atreladas a aspectos como educação, cultura, hábitos e valores das participantes.

Antes de abordar as representações sociais das adolescentes quanto ao planejamento familiar, optou-se por conhecer como se deu a construção das representações acerca da sexualidade no início de suas vidas sexuais, por entender que a compreensão acerca do planejamento familiar e dos métodos contraceptivos ocorre ou deveria ocorrer antes mesmo da primeira relação sexual. O propósito do estudo também permeou a compreensão do papel da família, da escola e dos profissionais da saúde na construção do conhecimento no início da adolescência antes da vivência da primeira relação.

Nesse pensar, as representações sociais interpretadas nos relatos são recorrentes no que diz respeito ao senso comum e estão ligadas à falta de orientação e diálogo a respeito da sexualidade.

Antes da primeira relação sexual, observou-se que a mãe é de extrema importância na construção dos conhecimentos das adolescentes no que diz respeito à sexualidade, visto que foi a figura mais citada. Quanto aos profissionais da saúde, poucas adolescentes recorreram a UBS para esclarecimento e orientação acerca de sexualidade e métodos contraceptivos. A escola teve importante papel no processo de construção de conhecimentos sobre sexualidade e métodos contraceptivos de algumas participantes, mas não para a totalidade das participantes deste estudo.

Acredita-se que a educação sexual deve estar presente desde o início da adolescência para que possa ser compreendida como um processo natural de todo ser humano, permeado de prazer e também de riscos. O diálogo é fundamental no processo educacional, devendo iniciar na casa dos pais ou responsáveis e continuar nas escolas pelos professores e nos estabelecimentos de saúde pelos profissionais. Esses três meios educacionais precisam trabalhar em conjunto no âmbito da escuta e da conversa franca, com o propósito de que os adolescentes assumam suas escolhas na vida sexual com práticas seguras e saudáveis desde o início.

Nesse sentido, cabe à família, à escola e aos profissionais da saúde se despirem de preconceitos, vergonha, tabus e julgamentos errôneos a respeito da educação sexual na adolescência. Há necessidade de orientação sexual para os adolescentes, sendo relevante também o investimento de ações voltadas aos pais, escolas e profissionais da saúde, com intuito de estimular a educação sexual dos adolescentes com foco nas questões pertinentes ao tema.

Por se tratar de um estudo que trabalhou com a recorrência da gravidez na adolescência, foi possível dialogar com adolescentes que experimentaram a gravidez planejada e a não planejada, conhecendo as representações de ambas as vivências. Assim, optou-se por abordar em diferentes temas as representações sociais das adolescentes ao planejar uma gravidez e ao experimentar essa vivência de forma não planejada.

No que se refere a gestação não planejada, observou-se diferentes dimensões de representações sociais ancoradas na falta de conhecimento acerca da sexualidade e da proteção contra a gravidez e na aceitabilidade como alternativa para encarar a vivência da maternidade.

Com isso, ressalta-se que a recorrência da gravidez na adolescência é um tema pertinente por não se tratar de casos isolados. Sendo assim, os profissionais da saúde movidos pela prevenção, promoção e educação em saúde, devem utilizar das consultas ginecológicas, de pré-natal e também de puericultura como espaço de esclarecimento e oferecimento de métodos contraceptivos, a fim de evitar futuras gestações não planejadas. Para tanto, os profissionais da saúde devem estar cientes e atualizados quanto a Política Nacional de Planejamento Familiar.

Em contraponto, ao abordar a gravidez planejada, emergiram representações mais positivas do que negativas. Fatores como desejo, felicidade, ansiedade,

satisfação e aprendizado representam a experiência da gravidez planejada na ótica de adolescentes, sentimentos que circulam no senso comum no que se refere à gestação. Contudo, foi possível observar que mesmo ao planejar a gravidez as adolescentes vivenciam o sentimento de reflexão pelo que dizem que perderam por engravidar cedo.

Quanto à gravidez planejada pelas adolescentes, há reflexões importantes neste estudo: Será que as adolescentes desconhecem ou desacreditam nas oportunidades que a vida pode proporcionar aos seus futuros? Enxergam na maternidade um meio de progresso e ascensão? Será que a família e a escola as instigam quanto ao futuro? Apontam caminhos dentro da educação para atingirem o progresso e a estabilidade? Ou será que os adultos não estão preparados para compreender que as adolescentes podem planejar como vivenciar uma gravidez de forma prazerosa?

Acredita-se que as adolescentes, em especial as mais novas, podem ser imaturas e ingênuas e, por isso, podem fantasiar ou maquiagem a maternidade, deixando de lado ou minimizando aspectos importantes e difíceis desse evento facilitando assim o planejamento. Entretanto, o presente estudo mostrou que o aprendizado e a consciência das dificuldades enfrentadas fazem parte do cotidiano das adolescentes depois de tornarem-se mães, mesmo que esses fatores não sejam motivo de temor para vivenciar outra gestação.

A gestação na adolescência pode ser encarada como um problema de saúde pública quando observamos as oportunidades que as adolescentes podem perder, principalmente se houver evasão escolar devido à gravidez. Nessa perspectiva, acredita-se fundamental trabalhar com o planejamento familiar como instrumento para evitar gestações não planejadas e no âmbito oposto, possibilitar às adolescentes que desejam engravidar o poder de escolha e opção pelo planejamento da família que desejam ter.

Assim, conhecer a representação social do planejamento familiar de adolescentes que vivenciaram a gravidez recorrente nos ajuda a avaliar um pouco mais desse evento e reforça a importância do diálogo e acolhimento das adolescentes para construção do conhecimento sobre o planejamento familiar, não como meio de evitar filhos, mas como forma de planejamento seguro, consciente e responsável da família.

A Teoria das Representações Sociais foi importante referencial e fundamental instrumento para conhecer as representações sociais das adolescentes que vivenciaram a gestação recorrente acerca do planejamento familiar, visando traçar estratégias de qualidade para a saúde sexual e reprodutiva das adolescentes. A Teoria também subsidiou a confirmação dos pressupostos apresentados no projeto do estudo.

As limitações deste estudo foram os relatos imprecisos das adolescentes, justificados, talvez, pela falta de preparo para discorrer sobre o tema. Na maioria das entrevistas, foi possível observar dificuldade, vergonha e desconhecimento em dialogar acerca do planejamento familiar, sexualidade, métodos contraceptivos, gravidez na adolescência e recorrência. Esse despreparo pode estar atrelado à falta de costume em conversar a respeito dos temas, assim como o fato de serem adolescentes pode ter sido fator dificultante do diálogo e da expressão.

Ressalta-se a importância da elaboração de novos estudos para o aprofundamento do tema planejamento familiar sob a ótica das adolescentes, a fim de possibilitar a elaboração de estratégias úteis para a saúde sexual e reprodutiva das adolescentes.

Referências⁴

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**: um enfoque psicanalítico. 10. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 92p.

ABRIC, J. C. **Abordagem estrutural das representações sociais**: desenvolvimentos recentes. In CAMPOS, P. H. F.; LOUREIRO, M. C. S. **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: Ed. da UCG, 2003. p.37-57.

ALMEIDA, A. C. C. H.; CENTA, M. L. A família e a educação sexual dos filhos: implicações para a Enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 71-76, 2009.

ALTMANN, H. Orientação sexual nos Parâmetros Curriculares Nacionais. **Revista de Estudos Feministas**, v. 9, n. 2, p. 575-585, 2001.

ALVES, A.; ALBINO, A. T.; ZAMPIERI, M. F. M. Um olhar das adolescentes sobre as mudanças na gravidez: promovendo à saúde mental na atenção básica. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p 545-555, 2011.

AQUINO, E. M. L.; ALMEIDA, M. C.; ARAÚJO, M. J.; MENEZES, G. **Gravidez na adolescência**: a heterogeneidade revelada. In: HEILBORN, M. L.; AQUINO, E. M. L.; BOZON, M.; KNAUTH, D. R. **O aprendizado da sexualidade**: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro, RJ: Garamond, 2006. p. 309-360.

AQUINO, E. M. L.; HEILBORN, M. L.; KNAUTH, D.; BOZON, M.; ALMEIDA, M. C.; ARAÚJO, J., et al. Adolescência e reprodução no Brasil: A heterogeneidade dos perfis sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, supl. 2, p. 377-388, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a19v19s2.pdf>>. Acesso em: 10 set 2017.

⁴ UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS. Vice-Reitoria. Coordenação de Bibliotecas. **Manual de normas UFPel para trabalhos acadêmicos**. Pelotas, 2013. Revisão técnica de Aline Herbstrith Batista, Carmen Lúcia Lobo Giusti e Elionara Giovana Rech. Disponível em:<<http://sisbi.ufpel.edu.br/?p=documentos&i=7.>>. Acesso em: 03 dez. 2017.

ARAÚJO, R. L. D.; NÓBREGA, A. L.; NÓBREGA, J. Y. L.; SILVA, G.; SOUSA, K. M. O.; COELHO, D. C., et al. Gravidez na adolescência: consequências voltadas para a mulher. **Intesa**, v. 9, n. 1, p. 15-22, 2015.

ARIAS, E.; MACDORMAN, M. F.; STROBINO, D. M.; GUYER, B. Annual Summary of Vital statistics – 2002. **Pediatrics**, v. 112 n. 6, p. 12151-230, 2003.

BANDEIRA, L.; MELO, H. P. Tempos e Memórias: Movimento Feminista no Brasil. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2010. 70p.

BARRETO, M. M. M.; GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C.; MARQUES, S. C.; PERES, E. M. Representação social da gravidez na adolescência para adolescentes grávidas. **Rev Rene**, v. 12 n. 2, p. 384-92, 2011. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/4226/3263>>. Acesso em: 2 nov 2017.

BERTOL, C. E.; SOUZA, M. Transgressões e adolescência: individualismo, autonomia e representações identitárias. **Psicologia Ciência e Profissão** [da Universidade Federal de Santa Catarina], v.30, n.4, p.824-39, 2010.

BORBA, C. R.; CARDOSO, M. V.; NAGANO, S. Y. M.; MORAES, F. R. R. Perfil do uso de métodos anticoncepcionais entre as estudantes dos cursos da área da saúde na Universidade Federal do Tocantins do campus universitário de Palmas. *Revista Amazônia Science & Health*, v. 5, n. 2, p. 8-14, 2017. Disponível em: <https://www.redib.org/recursos/Record/oai_articulo1230931-perfil-uso-metodos-anticoncepcionais-estudantes-cursos-saude-universidade-federal-tocantins-campus-universitario-palmas>. Acesso em: 13 out 2017.

BORGES, A. L. V.; LATORRE, M. R. D. O.; SCHOR, N. Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p. 1583-1594, 2007.

BOUZAS, I.; BRAGA, C.; LEÃO, L. Ciclo menstrual na adolescência. **Adolescência e saúde**, v. 7 n. 3, p. 59-63, 2010.

BRAGA, I. F. **Adolescência e Maternidade**: analisando a rede social e o apoio social. 2011. 157 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

BRASIL. Diário Oficial da União, Brasília (DF). **Lei n. 9.263 de 12 de janeiro 1996**. Regula Planejamento Familiar, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos da Juventude, Saúde e Desenvolvimento**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, ago 1999. v-1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde**. Área Técnica de Saúde da Mulher – 4a edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da mulher e da criança PNDS 2006**: relatório final. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf>. Acesso em 25 nov 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal Brasil. **Planejamento familiar**. 2011. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/planejamento-familiar>>. Acesso em: 20 fev 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Situação de Saúde – Brasil**. Brasília; 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/>>. Acesso em: 25 nov 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos**. 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvrs.def>> Acesso em: 13 mar 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 2012**. Dispõe sobre pesquisa com seres humanos. Brasília; 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 24 fev 2015.

BRÊTAS, J. R. S.; OHARA, C. V. S.; JARDIM, D. P.; JUNIOR, W. A.; OLIVEIRA, J. R. Aspectos da sexualidade na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p.3221-28, 2011.

BRÊTAS, J. R. S.; TADINI, A. C.; FREITAS, M, J. D.; GOELLNER, M. B. Significado da menarca segundo adolescentes. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 2, p. 249-55, 2012.

BRITO R. C.; KOLLER, S. H. **Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo**. In: CARVALHO, A.(Org.). O mundo social da criança: natureza e cultura em ação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p.115-129.

CAMIÁ, G. E. K.; MARIN, H. F.; BARBIERI, M. Diagnósticos de enfermagem em mulheres que freqüentam serviço de planejamento familiar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 26-34, 2001.

CASTILHO, S. D.; BARRAS FILHO, A. A. Crescimento Pós-Menarca. **Arquivos Brasileiros de endocrinologia e metabologia**, v. 44, n. 3, p. 195-204, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302000000300003>. Acesso em: 18 ago 2017.

CATHARINO, T. R.; GIFFIN, K. Gravidez e Adolescência – investigação de um problema moderno. In: **XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos**

Populacionais, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais, 2002. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_JUV_ST7_Catharino_texto.pdf. Acesso em: 27 fev 2016.

CEBOTAREV, E. A. Familia, socialización y nueva paternidad. **Revista Latino Americana de Ciencias Sociales, Niños y Juventud**, v.1 n.2, p. 1-19, 2003.

CHALEM, E.; MITSUHIRO, S. S.; FERRI, C. P.; BARROS, M. M.; GUINSBURG, R.; LARANJEIRA, R. **Gravidez na adolescência: perfil sociodemográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo**. 2013. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/publicacoes/outros/item/20405-gravidez-na-adolesc%C3%Aancia-perfil-sociodemografico-e-comportamental-de-uma-popula%C3%A7%C3%A3o-da-periferia-de-s%C3%A3o-paulo>. Acesso em: 19 ago 2017.

COELHO, E. A.; LUCENA, M. F. G.; SILVA, A. T. M. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. **Revista da Escola de Enfermagem [da] Universidade de São Paulo**. v. 34, n. 1, p. 37-44, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEn nº 311/2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4345>. Acesso em: 09 nov. 2011.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; SILVER, L. D. Planejamento familiar e autonomia das mulheres sob questão. **Revista brasileira saúde materna infantil**, v. 6, n. 1, p. 75-84, 2006.

COSTA, S. F. **Gravidez recorrente na adolescência: uma investigação sobre o relacionamento com parceiro**. 2010. 83p. Dissertação (Pós Graduação em Saúde da Criança e da Mulher) - FIOCRUZ/Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2010.

COSTA, R. F.; ZEITOUNE, R. C. G.; QUEIROZ, M. V. O.; GARCÍA, C. I. G.; GARCÍA, M. J. R. Redes de apoio ao adolescente no contexto do cuidado à saúde: interface entre saúde, família e educação. **Revista da Escola de Enfermagem [da] Universidade de São Paulo**, v. 49, n. 4, p.741-47, 2015.

CREATSAS GC. Adolescent pregnancy in Europe. **Int J Fertil Menopausal Stud**, v. 40, suppl 2, p. 80-84, 1995.

DADOORIAN, D. Gravidez na adolescência: um novo olhar. **Psicologia ciência e profissão**, v. 21, n. 3, p. 84-91, 2003.

DIAS, A. C. G.; PATIAS, N. D.; FIORIN, P. C.; DELLATORRE, M. Z. O significado da maternidade na adolescência para jovens gestantes. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 3, n. 6, p. 153-67, 2011.

DINIZ, E; KOLLER, S. H. Fatores Associados à Gravidez em Adolescentes Brasileiros de Baixa Renda. **Paidéia**, v. 22, n. 53, p. 305-14, 2012.

DOMINGOS, S. R. F.; MADEIRA, A. M. F. A consulta ginecológica sob a ótica de adolescentes: uma análise compreensiva. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v. 8, n. 4, p. 442-448, 2004.

DUARTE, C. F.; HOLANDA, L. B.; MEDEIROS, M. L. Avaliação de conhecimento contraceptivo entre adolescentes grávidas em uma unidade básica de saúde do Distrito Federal. **J Health Sci Inst**, v. 30, n. 2, p. 140-143, 2012. Disponível em: <https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/02_abr-jun/V30_n2_2012_p140-143.pdf>. Acesso em: 10 out 2017.

DUVEEN, G. Introdução. O poder das idéias. In.: MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003, p. 7-28

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência e saúde**, v. 2, n. 2, p. 6-7, 2005.

FERNANDES, R. F. M.; MEINCKE, S. M. K.; THUMÉ, E.; SOARES, M. C.; COLLET, N.; CARRARO, T. E. Características do pré-natal de adolescentes em capitais das regiões sul e nordeste do Brasil. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 80-86, 2015.

FILIPINI, C. B.; PRADO, B. O.; FELIPE, A. O. B.; TERRA, F. S. Transformações físicas e psíquicas: um olhar do adolescente. **Adolescência e Saúde**, v. 10, n. 1, p. 22-29, 2013.

FINOTTI, M. **Manual de Anticoncepção**. Brasil: FEBRASGO, 2015.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FRANÇA, M. B. **Fatores associados à iniciação sexual e reprodutiva na adolescência**: um estudo para Belo Horizonte e Recife 2002. 2008. 83 f. Dissertação [Mestrado] Universidade Federal de Belo Horizonte, Belo Horizonte, 2008.

FREITAS, E. S.; TELES, L. M. **Atuação dos profissionais de saúde em um serviço de planejamento familiar**. 2009. 78 f. Trabalho de Conclusão de Estudo (Graduação em Enfermagem). Universidade do Vale do Itajaí – SC.

GARCIA, A. C. F. De pai para filha: as contribuições do pai na construção da identidade da mulher. **Psicologia Revista** [da] Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, v. 16, n.1 e n.2, p. 119-131, 2007.

GIORDANO, M. V.; GIORDANO, L. A. Contracepção na adolescência. **Adolescência e saúde. Adolescência & Saúde**, v. 6, n. 4, p. 11-16, 2009. Disponível em: <http://www.hebiatriabatistela.com.br/pdf/contracepcao_na_adolescencia.pdf>. Acesso em: 24 out 2017.

GONÇALVES, H.; MACHADO, E. C.; SOARES, A. L. G.; CAMARGO-FIGUERA, F. A.; SEERIG, L. M.; MESENBURG, M. A. et al. Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde. **Revista brasileira de epidemiologia**, v.18, n. 1, p. 1-18, 2015.

GOODMAN, L. A. Snowball Sampling. **Annals of Mathematical Statistics**, v. 32, n. 1, p. 148-170, 1999.

HARDEN, A.; BRUNTON, G.; FLETCHER, A.; OAKLEY, A. Teenage pregnancy and social disadvantage: systematic review integrating controlled trials and qualitative studies. **British Medical Journal**, v. 339, n. 4254, p. 1-11, 2009.

HEILBORN, M. L. Gravidez na adolescência e fatores de risco entre filhos de mulheres nas faixas etárias de 10 a 14 e 15 a 19 anos em Juiz de Fora, MG. **Revista APS**, v. 9, n. 1, p. 29-38, 2006.

HEILBORN, M. L.; AQUINO, E. M. L.; BOZON, M.; KNAUTH, D. R. **O Aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Garamond; Fiocruz, 2006. p. 155-206.

HEILBORN, M. L.; PORTELLA, A. P.; BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. S. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Indicadores sócio-demográficos e de saúde no Brasil 2009**, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_sau de.pdf>. Acesso em: 06 de out de 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica número 27. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JODELET, D. **Representação Social: um domínio em expansão**. In: As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 17-44.

JORGE, M. G.; FONSECA, S. C.; SILVA, K. S.; COSTA, S. F. Recorrência de gravidez em adolescentes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Adolescência & Saúde**, v. 11, n. 3, p. 22-31, 2014.

KERNIER, N.; CUPA, D. Adolescência: muda psíquica à procura de continentes. **Ágora**. v. 14, n. especial, p. 453-67, 2012.

KERBER, N. P. C. **Atenção Humanizada ao Parto de adolescentes**. Pesquisa financiada pelo CNPq Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT/CT-Saúde, 2007.

KLUG, D. P.; FONSECA, P. H. Análise da maturação feminina: um enfoque na idade de ocorrência da menarca. **Revista da Educação Física** [da] Universidade Federal de Maringá, v. 17, n. 2, p. 139-47, 2006. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/RevEducFis/article/viewFile/3334/2406>>. Acesso em: 12 ago 2017.

LLOYD, C.B. US National Research Council. **Growing up global: the changing transitions to adulthood in developing countries**. Washington (DC): National Academies Press; 2005.

LEITE, H.; BELO, J.; CRUZ, A.; MARQUES, I.; PEREIRA, N. A primeira consulta de Ginecologia na adolescência. **Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa**, v. 1, n. 2, p. 54-59, 2007.

LEVANDOWSKI, D. C.; PICCININI, C. A. Expectativas e sentimentos em relação à paternidade entre adolescentes e adultos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 1, p. 17-28, 2006.

LIMA, C. T. B.; FELICIANO, K. V. O.; CARVALHO, M. F. S.; SOUZA, A. P. P.; MENABÓ, J. B. C.; RAMOS, L. S, et al. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. **Revista Brasileira de Saude Materna Infantil**, v. 4 n. 1, p. 71-83, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n1/19983.pdf>>. Acesso em: 8 out 2017.

LOURENÇO, B.; QUEIROZ, L. B. Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência. **Revista de Medicina**, v. 89, n. 2, p. 70-75, 2010.

LUZ, A. M. H.; BERNI, N. I. O. Processo da paternidade na adolescência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 43-50, 2010.

MAIA, A. C. B.; EIDT, N. M.; TERRA, B. M.; MAIA, G. L. Educação sexual na escola a partir da psicologia histórico-cultural. **Psicologia em Estudo**, v. 17, n. 1, p. 151-156, 2012.

MATOS, G. C. **Social representations of women in parturition process who experienced recurrent birth in adolescence**. 2015. 216 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

MEINCKE, S. M. K.; CARRARO, T. E. Vivência da paternidade na adolescência: sentimentos expressos pela família do pai adolescente. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 83-91, 2009.

MENESES, M. P. R. **Redes sociais - pessoais: conceitos**, práticas e metodologia. 2008. 136f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 408p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 407p.

MOCCELLIN, A. S.; COSTA, L. R.; TOLEDO, A. M.; DRIUSSO, P. Efetividade das ações voltadas à diminuição da gravidez não-planejada na adolescência: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, v. 10, n. 4, p. 407-16, 2010.

MOIZÊS, J. S. **Educação sexual, corpo e sexualidade na visão dos alunos e professores do ensino fundamental**. 2010. 126 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MONTEIRO, R. F. C. **Maternidade na adolescência: motivos para planejá-la**. 2010. 64 f. Trabalho acadêmico (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2010.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise textual discursiva**. Ijuí (RS): Ed. Unijuí, 2011.

MORAES, S. P; VITALLE, M. S. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n.1, p. 48-52, 2012.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro (RJ): Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigação em psicologia social**. Trad. Pedrinho A. Guareschi. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MOURA, L. N. B.; GOMES, K. R. O. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 853-863, 2014.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 1023-1032, 2004.

MOURA, E. R, F.; SILVA, R. M.; GALVÃO, M. T. G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v, 23, n. 4, p. 961-970, 2007.

NASCIMENTO, J. A.; RESSEL, L. B.; SANTOS, C. C.; WILHELM, L. A.; SILVA. S. C.; STUMM, K. E. Adolescentes gestantes: o significado da gravidez em suas vidas. **Adolescência & Saúde**, v. 9, n. 3, p. 37-46, 2012.

NERY, I. S. et al. Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n.1, p.31-37, 2011.

NETO, J. A.; ANDALAF, C. C. M. Gravidez na adolescência – fatores de risco. In: Monteiro DLM, Trajano AJB, Bastos AC. **Gravidez e adolescência**. Rio de Janeiro: Revinter; 2009. p.50-57.

OSIS, M. J. D.; FAÚNDES, A. I.; MAKUCH, M. Y.; MELLO, M. B.; SOUSA, M. H.; ARAÚJO, M. J. O. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2481-2490, 2006.

PADILHA, M. A. S.; HYPÓLITO, A. M.; SOARES, M. C.; MEINCKE, S. M. K.; BUENO, M. E. N.; FEIJÓ, A. M., et al. Jovens Mães e abandono Escolar: uma revisão sistematizada. **Revista de Enfermagem UFPE** [da] Universidade Federal de Pernambuco, v. 5, n. 6, p. 1522-8. 2011. Acesso em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/6825>>. Acesso em: 12 de nov 2017.

PADILHA, M. A. S.; HYPOLITO, A. M.; SOARES, M. C.; BUENO, M. E. N.; CORREA, A. C. L.; MEINCKE, S. M. K. As representações sociais das mães adolescentes acerca da educação. **Ciência y Enfermería**, v. XX, n. 3, p 33-42, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v20n3/art_04.pdf>. Acesso em: 24 set 2017.

PARIZ, J.; MENGARDA, C. F.; FRIZZO, G. B. A atenção e o cuidado à gravidez na adolescência nos âmbitos familiar, político e na sociedade: uma revisão de literatura. **Saúde Social**, v. 21, n.n3, p. 623-636, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n3/09.pdf>>. Acesso em: 12 de abr 2016.

PAULINO, G. P. A.; PATIAS, N. D.; DIAS, A. C. G. Paternidade Adolescente: Um Estudo sobre Autopercepções do Fenômeno. **Psicologia e pesquisa**, v.7, n. 2, p. 230-24, 2013. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/psicologiaempesquisa/files/2013/12/v7n2a10.pdf>>. Acesso em: 07 nov 2017.

PEREIRA, A. L. C.; ÁVILA, M. A. N. **Planejamento Familiar no Brasil** – uma análise crítica. ADITAL – Notícias da América Latina e Caribe. 2011. Disponível em: <<http://www.aads.org.br/arquivos/Artigo%20Planejamento%20Familiar.pdf>>. Acesso em: 15 fev 2016.

PEREIRA, S. M.; TAQUETTE, S. R. Consulta Ginecológica na Adolescência: a importância de estabelecer uma rotina precoce de prevenção. **Adolescência & Saúde**, v. 7, n. 2, p. 29-34, 2010.

PICCININI, C. A.; GOMES, T. G.; LOPES, R. S. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em estudo**, v. 13, n. 1, p. 63-72, 2008.

PONTE JUNIOR, G. M.; XIMENES NETO, F. R. G. Gravidez na adolescência no município de Santana do Acaraú – Ceará – Brasil: uma análise das causas e riscos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 01, p. 25-37, 2004. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/pdf/f3_gravidez.pdf>. Acesso em: 10 ago 2017.

PORTO, M. S. G. Crenças, valores e representações sociais da violência. **Sociologias**, v. 8, n. 16, p. 250-273, 2006.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Opiniões dos adolescentes do ensino médio sobre o relacionamento familiar e seus planos para o futuro. **Paidéia**, v. 17, n. 36, p. 104-114, 2007.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicologia em Estudo**, v. 12, n. 2, p. 247-56, 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS. **Plano municipal de saúde 2007-2009**. Disponível em: <http://www.pelotas.rs.gov.br/politica_social/saude/arquivos/plano_municipal_saude.pdf>. Acesso em: 27 fev 2016.

ROCHA, C. A. **Gravidez na adolescência e evasão escolar**. 2009. 101 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciado em Pedagogia) - Instituto de Biociências da Universidade Estadual Paulista, Rio Claro/SP, 2009.

ROMAN, E. P.; RIBEIRO, R. R.; GERRA-JUNIOR, G.; BARROS-FILHO, A. A. Antropometria, maturação sexual e idade da menarca de acordo com o nível socioeconômico de meninas escolares de Cascavel (PR). **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, n. 3, p. 317-21, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n3/v55n3a26.pdf>>. Acesso em: 21 de mar 2016.

SÁ, C. P. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. (Org.) **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 2004. p. 19-45.

SALEM, T. "Homem... já viu, né?": representações sobre sexualidade e gênero entre homens de classe popular. In: HEILBORN, M. L. **Família e Sexualidade**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004. p. 15-61.

SANTOS, E.; SCHUCK, D.; SOUZA, L. A. N.; FABICZ, S.; PITILIN, É. B. **Parto normal ou cesária: qual a proporção nos últimos 10 anos em gestantes adolescentes?** Anais do SEPE - Seminário de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFFS. 2016.

SANTOS, M. V.; LOYOLA, G. S.; MORAES, M. L. C.; LOPES, L. C. A eficácia dos contraceptivos orais associados ao uso de antibióticos. **Revista ciência Méd**, v. 15, n. 2, p. 143-149, 2006.

SAMANDARI, G.; SPEIZER, I. S. Adolescent sexual behavior and reproductive outcomes in Central America: trends over the past two decades. **Int Perspect Sex Reprod Health**, v. 36, n. 1, p. 26-35, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20403803>>. Acesso em: 20 de fev 2016.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de atenção à saúde do adolescente./ Secretaria da Saúde de São Paulo**. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, p. 328, 2006.

SAVEGNAGO, S. D. O.; ARPINI, D. M. A Abordagem do Tema Sexualidade no Contexto Familiar: o ponto de vista de mães de adolescentes. **Psicologia ciência e profissão**, v. 36, n. 1, p. 130-44, 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n1/1982-3703-pcp-36-1-0130.pdf> >. Acesso em: 16 de set 2017.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 8, n. 1, p. 299-306, 2003.

SCHREINER, M; COSTA, J. S. D; OLINTO, M. T. A; MENEGHEL, S. N. Assistência ao parto em São Leopoldo (RS): um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1411-1416, 2010.

SILVA, A. A. A.; COUTINHO, I. C.; KATZ, L.; SOUZA, A. S. R. Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência em uma maternidade escola: estudo caso-controle. **Caderno de Saúde Pública**, v. 29, n. 3, p. 496-506, 2013.

SILVA, D. V.; SALOMÃO, N. M. R. A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas dos bebês. **Revista Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 1, p. 135-145, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n1/17243.pdf> >. Acesso em: 12 set 2017.

SILVA, L. A.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A.; STEFANELLO, J. Significados atribuídos por puérperas adolescentes á maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 48-56, 2009.

SILVA, V. A.; MATTOS, H. F. Os jovens são mais vulneráveis às drogas? Em I. Pinsky, & M. Bessa (Orgs). **Adolescência e drogas**. São Paulo: Contexto. p. 31-44, 2004.

SILVA, K. S.; ROZENBERG, R.; BONAN, C.; CHUVA, V. C.; COSTA, S. F.; GOMES, M. A. Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro: uma análise de dados do sistema de nascidos vivos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2485-2493, 2011.

SILVA, J. L. P.; SURITA, F. G. C. Gravidez na adolescência: situação atual. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 8, p. 347-350, 2012.

SILVA, R. C. **Qualidade da Atenção Pré-Natal à Gestante Adolescente na Perspectiva dos Profissionais de Saúde**. 2015. 140 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015

SIQUEIRA, A. C.; TUBINO, C. L.; SCHWARZ, C.; DELL'AGLIO, D. D. Percepção das figuras parentais na rede de apoio de crianças e adolescentes institucionalizados. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 61, n. 1, p. 176-90, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672009000100017 >. Acesso em: 02 mar 2016.

SOUZA, J. M. M.; PELLOSO, S. M.; UCHIMURA, N. S.; SOUZA F. Utilização de métodos contraceptivos entre usuárias da rede pública de saúde do município de Maringá-PR. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 5, p. 271-277, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n5/a02v28n5.pdf>>. Acesso em: 10 out 2017.

SOUZA, H. P. **Convivendo com seu sexo - Pais e Professores**. 2 ed. São Paulo: Paulinas, 1991. 381 p.

SOUZA, A. X. A.; NÓBREGA, S. M.; COUTINHO, M. P. L. Representações sociais de adolescentes grávidas sobre a gravidez na adolescência. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 3, p. 588-96, 2012.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais** – A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2008. 175 p.

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas Divisão de Informação e Relações Externas Setor de Mídia e Comunicação. Situação da População Mundial 2013. **Maternidade precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência**. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/SWOP%202013%20-%20Summary%20Portugues.pdf>>. Acesso em: 15 jan 2016.

VALLA, J.; MONTENEGRO, M. B. **Psicologia social**. 4ª edição. Lisboa Fundação. Calouste Gueben-Kiam, 2000.

VANZIN, R.; AERTS, D.; ALVES, G.; CÂMARA, S.; PALAZZO, L.; ELICKER, E. et al. Vida sexual de adolescentes escolares da rede pública de Porto Velho-RO. **Aletheia**, v. 41, p.109-20, 2013

VENTURINI, A. P. C. **Paternidade adolescente e os projetos de vida na gestação do primeiro filho**. 2010. 165 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2010.

VERONA, A. P. A.; DIAS JÚNIOR, C. S. Religião e fecundidade entre adolescentes no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 1, p. 25-31, 2012. WHO. World Healthy Organization. **Definitions. 2010**. Disponível em: <<http://www.who.int/reproductive-health>>. Acesso em: 20 jan 2016.

WITTER, G. P.; GUIMARÃES, E. A. Percepções de Adolescentes Grávidas em Relação a seus Familiares e Parceiros. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 28, n. 3, p. 548-57, 2008.

WRIGTH L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 3ª. ed. São Paulo: Roca; 2009. 392 p.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de consentimento Livre e Esclarecido
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Orientadora: Dr^a Enf^a Marilu Correa Soares

Orientanda: Enf^a Kamila Dias Gonçalves

Pelotas, ____ de _____ de 2017.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Vimos, respeitosamente, por meio do presente, solicitar a sua colaboração no sentido de participar da pesquisa intitulada “Representações sociais acerca do planejamento familiar na ótica de adolescentes que vivenciaram a gravidez recorrente” que será realizada com adolescentes com idades entre 10 e 19 anos que vivenciaram a gestação recorrente. Esta pesquisa tem como objetivo conhecer as representações sociais acerca do planejamento familiar na ótica de adolescentes que vivenciaram a gravidez recorrente.

PROCEDIMENTOS: Serão realizadas entrevistas gravadas com seu consentimento e a construção de um desenho denominado ECOMAPA para conhecer a sua rede de apoio na vivências das suas gestações. Os resultados serão utilizados para fins científicos e estarão à sua disposição sempre que solicitar.

RISCOS: O estudo não apresentará riscos físicos para você, visto que não será realizado nenhum procedimento invasivo, entretanto poderá desencadear desconfortos durante a entrevista, desta forma as perguntas poderão ou não ser respondidas na sua totalidade e também será assegurado a desistência da participação em qualquer momento, sem prejuízo para você.

BENEFÍCIOS: Os benefícios que você terá ao participar do estudo serão as informações e a troca de conhecimentos entre você e a pesquisadora, almejando-se a construção de informações acerca do planejamento familiar.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Como já lhe foi dito, sua participação neste estudo será voluntária e poderá interrompê-la a qualquer momento, se assim o desejar, sem que esta decisão lhe traga prejuízo algum.

CONFIDENCIALIDADE: Estou ciente que a minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo. Sendo que os resultados serão

transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e usados exclusivamente para fins científicos.

CONSENTIMENTO: Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecida, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos riscos e benefícios de minha participação na presente pesquisa. A pesquisadora respondeu todas as minhas perguntas até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este formulário de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim, em duas vias ficando uma em meu poder e a outra com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Assinaturas:

Participante da Pesquisa

Prof^a Dra Marilu Correa Soares

E-mail: enfmari@uol.com.br

Fone: (53) 99147 9691

Kamila Dias Gonçalves

E-mail: kamila_goncalves_@hotmail.com

Fone: (53) 99163 2053

Data: ____/____/____

Apêndice B – Termo de Assentimento

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Orientadora: Dr^a Enf^a Marilu Correa Soares

Orientanda: Enf^a Kamila Dias Gonçalves

Pelotas, ____ de _____ de 2017.

Pesquisa: Representações sociais acerca do planejamento familiar na ótica de adolescentes que vivenciaram a gravidez recorrente

Termo de Assentimento

Pode ser que este documento denominado TERMO DE ASSENTIMENTO ESCLARECIDO contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça-me para explicar qualquer palavra ou informação que você não entenda claramente. Você receberá todas as informações que julgar necessário ao seu entendimento.

Vimos, respeitosamente, por meio do presente, solicitar a sua colaboração no sentido de participar da pesquisa que será realizada com adolescentes com idades entre 10 e 19 anos, com o objetivo de conhecer as representações sociais acerca do planejamento familiar na ótica de adolescentes que vivenciam a gravidez recorrente.

PROCEDIMENTOS: Serão realizadas entrevistas gravadas com o seu consentimento e a construção de um desenho denominado ECOMAPA para conhecer a sua rede de apoio na vivências das suas gestações. Os resultados serão utilizados apenas para fins científicos e estarão à sua disposição sempre que solicitar.

RISCOS: O estudo não apresentará riscos físicos para você visto que não será realizado nenhum procedimento invasivo, entretanto poderá desencadear desconfortos durante a entrevista, desta forma as perguntas poderão ou não ser

respondidas na sua totalidade e também será assegurado a desistência da participação em qualquer momento, sem prejuízo para você.

BENEFÍCIOS: Os benefícios que você terá ao participar do estudo serão as informações e a troca de conhecimentos entre você e a pesquisadora, almejando-se a construção de informações acerca do planejamento familiar

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Como já lhe foi dito, sua participação neste estudo será voluntária e poderá interrompê-la a qualquer momento, se assim o desejar, sem que esta decisão lhe traga prejuízo algum.

CONFIDENCIALIDADE: Estou ciente que a minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo. Sendo que os resultados serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e usados exclusivamente para fins científicos.

CONSENTIMENTO: Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecida, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento, dos objetivos, da justificativa, dos riscos e benefícios da minha participação na pesquisa. A pesquisadora respondeu todas as minhas perguntas até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este formulário de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim, em duas vias ficando uma em meu poder e a outra com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Assinaturas:

Participante da Pesquisa

Profª Dra Marilu Correa Soares

E-mail: enfmari@uol.com.br

Fone: (53) 99147 9691

Kamila Dias Gonçalves

E-mail: kamila_goncalves_@hotmail.com

Fone: (53) 99163 2053

Data: ____/____/____

**Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o(a)
responsável pela adolescente menor de 18 anos**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Orientadora: Dr^a Enf^a Marilu Correa Soares

Orientanda: Enf^a Kamila Dias Gonçalves

Pelotas, ____ de _____ de 2017.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Vimos, respeitosamente, por meio do presente, apresentar a pesquisa intitulada “Representações sociais acerca do planejamento familiar na ótica de adolescentes que vivenciaram a gravidez recorrente” que será realizada com adolescentes com idades entre 10 e 19 anos. Esta pesquisa tem como objetivo conhecer as representações sociais acerca do planejamento familiar na ótica de adolescentes que vivenciaram a gravidez recorrente

Solicitamos sua colaboração no sentido de autorizar a participação da adolescente _____ na pesquisa.

PROCEDIMENTOS: Serão realizadas entrevistas gravadas com as adolescentes e a construção de um desenho denominado de ECOMAPA para conhecer as redes de apoio da adolescente na vivências de suas gestações.. Os resultados serão utilizados apenas para fins científicos e estarão à sua disposição sempre que solicitar.

RISCOS: O estudo não apresentará riscos físicos às participantes, visto que não será realizado nenhum procedimento invasivo, coleta de material biológico ou experimento com seres humanos, entretanto poderá desencadear desconfortos durante a entrevista, desta forma as perguntas poderão ou não ser respondidas na sua totalidade e também será assegurado a desistência da participação em qualquer momento, sem prejuízo para a adolescente.

BENEFÍCIOS: Os benefícios que as adolescentes terão em participar da pesquisa serão as informações e a troca de conhecimentos entre a participante e a pesquisadora almejando-se a construção de ações acerca do planejamento familiar.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: A participação da adolescente neste estudo será voluntária e ela poderá interrompê-la a qualquer momento, se assim o desejar, sem que esta decisão lhe traga prejuízo algum.

CONFIDENCIALIDADE: Estou ciente que a identidade da adolescente permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo. Sendo que os resultados serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e usados exclusivamente para fins científicos.

CONSENTIMENTO: Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecida, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, riscos e benefícios da participação da adolescentes na presente pesquisa. A pesquisadora respondeu todas as minhas perguntas até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em autorizar a participação da adolescente _____ no estudo. Este formulário de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim, em duas vias ficando uma em meu poder e a outra com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Assinaturas:

Responsável pela adolescente

Profª Dra Marilu Correa Soares

E-mail: enfmari@uol.com.br

Fone: (53) 99147 9691

Kamila Dias Gonçalves

E-mail: kamila_goncalves@hotmail.com

Fone: (53) 99163 2053

Apêndice D – Carta de apreciação á Prefeitura Municipal de Pelotas

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Orientadora: Dr^a. Enf^a Marilu Correa Soares

Orientanda: Enf^a Kamila Dias Gonçalves

Pelotas, __ de _____ de 2017.

Ilustríssima Senhora Secretária Municipal de Saúde

Prezada Senhora

Eu, Kamila Dias Gonçalves, Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, venho por meio desta solicitar autorização para desenvolver a pesquisa “Representações sociais acerca do planejamento familiar na ótica de adolescentes que vivenciaram a gravidez recorrente”, com o objetivo de conhecer as representações sociais acerca do planejamento familiar na ótica de adolescentes que vivenciaram a gravidez recorrente. Entrevistarei adolescentes entre as idades de 10 e 19 anos que vivenciaram a gestação recorrente e que realizaram seu natal nas UBSs Dunas e Getúlio Vargas. Este estudo é requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências a ser apresentado à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, tendo como orientadora a Prof^a. Enf^a. Dr^a. Marilu Correa Soares.

Informo que as entrevistas serão gravadas e realizadas no domicílio das participantes, em momento previamente agendado.

Ressalta-se o compromisso ético de resguardar todas as adolescentes envolvidas na pesquisa, garantindo o anonimato em consonância com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos e do Código de Ética dos Profissionais de

Enfermagem embasado na Resolução COFEN 311/2007, especialmente o capítulo III, artigos 89, 90 e 91, e artigos 94, 96 e 98.

Na certeza de contar com vosso apoio, desde já agradeço colocando-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Enf^a. Kamila Dias Gonçalves

Celular: (53) 99163 2053 – E-mail: kamila_goncalves_@hotmail.com

Dr^a Enf^a Marilu Correa Soares

Celular: (53) 99147 9691 – E-mail: enfmari@uol.com.br

Ciente. De acordo.

Data: __/__/____

Apêndice E – Carta ao Comitê de Ética em Pesquisa
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Orientadora: Profª Drª Enfª Marilu Correa Soares

Orientanda: Enfª Kamila Dias Gonçalves

Pelotas, ____ de _____ de 2017.

Ilustríssimos Membros do Comitê de Ética

Ao cumprimentá-los cordialmente, vimos por meio desta, solicitar a apreciação desse órgão para desenvolver a pesquisa “Representações sociais acerca do planejamento familiar na ótica de adolescentes que vivenciaram a gravidez recorrente”.

A pesquisa tem por objetivo conhecer as representações sociais acerca do planejamento familiar na ótica de adolescentes que vivenciaram a gravidez recorrente.

Assumimos, desde já, o compromisso ético de resguardar todos as participantes envolvidos no estudo, em consonância a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde a qual trata de pesquisa envolvendo seres humanos e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, especialmente o capítulo III, artigos 89, 90 e 91 bem como os artigos 94 e 98.

Na certeza de seu apoio, desde já, agradecemos, bem como colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente

Profª Dra Marilu Correa Soares

E-mail: enfmari@uol.com.br

Fone: (53) 9147 9691

Kamila Dias Gonçalves

E-mail: kamila_goncalves_@hotmail.com

Fone: (53) 9163 2053

Data: ____/____/____

Apêndice F – Convite para participação do estudo

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Orientadora: Profª Drª Enfª Marilu Correa Soares

Orientanda: Enfª Kamila Dias Gonçalves

Pelotas, ____ de _____ de 2017.

Prezada adolescente

Vimos, respeitosamente, por meio do presente, solicitar a sua colaboração no sentido de participar da pesquisa intitulada “Representações sociais acerca do planejamento familiar na ótica de adolescentes que vivenciaram a gravidez recorrente”, que será realizada com adolescentes com idades entre 10 e 19 anos que vivenciaram gestação recorrente. Esta pesquisa tem como objetivo conhecer as representações sociais acerca do planejamento familiar na ótica de adolescentes que vivenciaram a gravidez recorrente.

O estudo será desenvolvido por meio de entrevista gravada realizada pela enfermeira Kamila Dias Gonçalves em um local de livre escolha e agendada de acordo com sua disponibilidade de horário.

Asseguramos-lhe manter todos os preceitos ético-legais da Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos e do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem principalmente anonimato, individualidade e privacidade das participantes.

Desde já agradecemos sua disponibilidade.

Profª Dra Marilu Correa Soares

E-mail: enfmari@uol.com.br

Fone: (53) 9147 9691

Kamila Dias Gonçalves

E-mail: kamila_goncalves_@hotmail.com

Fone: (53) 9163 2053

Apêndice G – Roteiro da Entrevista semiestruturada

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Instrumentos de coleta:

- 1º Construção do Ecomapa
- 2º Entrevista semiestruturada

Roteiro da entrevista semiestruturada:

Caracterização da participante

- Nome fictício
- Idade
- Escolaridade
- Religião
- Trabalho
- Que tipo de trabalho?
- Estado civil
- () Com companheiro
- () Sem companheiro
- Qual a renda da sua família?
- Quantas pessoas moram na sua casa?
- Menarca
- Sexarca
- Número de filhos
- Número de gestações
- Número de partos
- Parto vaginal, quantos?
- Parto cesárea, quantos?
- Idade do primeiro parto?

- Idade dos partos recorrentes?
- Realizou pré-natal nas gestações?
- Quantas consultas e onde?

Questões acerca das gestações e planejamento familiar:

1. COMENTE SOBRE O INICIO SUA VIDA SEXUAL

Questões disparadoras

- Consulta ginecológica antes da primeira gestação?
- Qual o motivo da procura da consulta?
- Idade da primeira consulta?
- Número de consultas ao ano?
- Se não fez nenhuma, qual o motivo?
- Recebeu orientações acerca do planejamento nessa(s) consulta(s)?
- Orientações quanto a métodos contraceptivos?
- Com qual profissional foi essa consulta?
- De qual profissional recebeu orientações?

2. O QUE VOCÊ ENTENDE POR PLANEJAR UMA FAMÍLIA

Questões disparadoras:

- Como se organizou para planejar a família?
- Papel da escola nesse conhecimento
- Papel da família nesse conhecimento
- Papel comunidade (UBS, amigos, igreja, clube...) nesse conhecimento
- Métodos contraceptivos que conhece?
- Como e com quem aprendeu sobre o planejamento familiar?

3. COMENTE COMO FOI PARA VOCÊ ENGRAVIDAR NA ADOLESCÊNCIA

Questões disparadoras:

- Como foi a organização na sua vida após descobrir que estava grávida?
- Mudanças na sua vida após a maternidade?
- Pretensão de engravidar novamente?

- Antes da primeira gestação você conversava com alguém sobre os métodos contraceptivos?
- Com quem você conversava? O que vocês conversavam?

4. COMENTE SOBRE SUA PRIMEIRA GRAVIDEZ.

Questões disparadoras:

- Planejou essa gravidez?
- Se planejou, como foi?
- Teve auxílio para planejar a gravidez? De quem?
- Se não planejou, fazia uso de algum método contraceptivo? Qual método?
- Como ocorreu a escolha pelo método contraceptivo utilizado?
- Como fazia uso?
- A quanto tempo?
- Quem a orientou acerca deste método?

5. COMENTE SOBRE SUA SEGUNDA GESTAÇÃO

Questões disparadoras:

- Planejou essa gravidez?
- Se planejou, como foi?
- Teve auxílio para planejar a gravidez? De quem?
- Uso de método contraceptivo no intervalo das gestações? Qual método? Como fazia uso? Orientação quanto a este método? Você parou com o método para engravidar, ou engravidou se cuidando?
- Houveram mudanças no seu conhecimento sobre os métodos contraceptivos, depois de ter vivenciado a primeira gestação? E o que mudou nas demais experiências?

6. COMENTE SOBRE SUA VIDA ATUAL

Questões disparadoras

- Planeja ter mais filhos?
- Se sim, tem a orientação/ajuda/apoio de alguém?
- Se não planeja, você está se cuidando? Como? A quanto tempo? Quem a orientou?

ANEXO

Anexo A – Parecer do Comitê de Ética

UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Representações sociais acerca do planejamento familiar para adolescentes que vivenciaram a gravidez recorrente

Pesquisador: KAMILA DIAS GONÇALVES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64151816.2.0000.5317

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.967.166

Apresentação do Projeto:

O planejamento familiar é definido como mecanismo fundamental na prevenção primária de saúde que auxilia as usuárias acerca da escolha e uso efetivo de métodos anticoncepcionais adequados (CAMIÁ et al, 2001). Esta definição contempla a prevenção da saúde, entretanto, o envolvimento e participação masculina no planejamento familiar é tão reduzido quanto o número de programas para a saúde sexual e reprodutiva dos homens (CAMIÁ et al, 2001). Para o Ministério da Saúde (MS), o planejamento familiar deve estar pautado nos direitos reprodutivos da mulher, do homem, ou do casal e ancorado na Lei 9.263/96, que regulamenta o planejamento familiar, estabelecendo a garantia e assistência à concepção e contracepção feminina e masculina, junto a outras ações que buscam compor a assistência integral a saúde (BRASIL, 1996; BRASIL, 2002). Mulheres em idade reprodutiva, sem antecedentes gestacionais, sexualmente ativas ou inativas, ou mesmo com dificuldades para engravidar, não têm o mesmo empenho das instituições e equipes de saúde no atendimento de suas necessidades, o que pode indicar a falta de organização dos serviços em oferecer às usuárias a possibilidade de escolha de ter filhos no momento em que desejam, ou mesmo sem riscos a gravidez não planejada (HEILBORN, PORTELLA, BRANDÃO, CABRAL; 2009). Os cuidados à saúde reprodutiva do homem e da mulher se fazem necessários, com vistas também a prevenção por

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301
Bairro: Centro CEP: 96.020-360
UF: RS Município: PELOTAS
Telefone: (53)3284-4960 Fax: (53)3221-3554 E-mail: cep.famed@gmail.com

UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS



Continuação do Parecer: 1.967.168

Infeções, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e a gravidez não planejada, fatores que devem ser trabalhados e prevenidos desde cedo em escolas e Unidades Básicas de Saúde (UBSs).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer as representações sociais acerca do planejamento familiar de adolescentes que vivenciaram a gestação recorrente.

Objetivo Secundário:

- Identificar a construção do conhecimento das adolescentes acerca do planejamento familiar.
- Identificar as redes de apoio das mulheres adolescentes na vivência da gestação recorrente.
- Averiguar a participação da adolescente na tomada de decisão acerca do método contraceptivo utilizado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo não apresentará riscos físicos às participantes, visto que não será realizado nenhum procedimento invasivo, coleta de material biológico ou experimento com seres humanos, entretanto poderá desencadear desconfortos durante a entrevista os quais poderão ser minimizados, pois as perguntas poderão ou não ser respondidas na sua totalidade e também será assegurado a desistência da participação em qualquer momento, sem prejuízo para as participantes.

Benefícios:

Os benefícios às participantes envolvidas no estudo serão as informações e a troca de conhecimentos entre as mesmas e a pesquisadora, almejando-se a construção de ações acerca do planejamento familiar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta pesquisa irá nortear-se metodologicamente como um estudo descritivo com abordagem qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais proposta por Serge Moscovici. O estudo será realizado em duas Unidades Básica de Saúde (UBS) do município de Pelotas/RS com Estratégia de Saúde da Família e alta incidência de gestação recorrente na adolescência apontada no estudo de Silva (2015). As participantes deste estudo serão adolescentes com idades entre 10 e 19 anos, que vivenciaram a gravidez recorrente.

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301
 Bairro: Centro CEP: 96.020-360
 UF: RS Município: PELOTAS
 Telefone: (53)3284-4960 Fax: (53)3221-3554 E-mail: oep.famed@gmail.com

**UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS**



Continuação do Parecer: 1.967.198

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

OK

Recomendações:

OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

OK

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_820513.pdf	11/11/2016 15:03:59		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOcep.pdf	11/11/2016 15:02:29	KAMILA DIAS GONÇALVES	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	11/11/2016 14:59:55	KAMILA DIAS GONÇALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/11/2016 17:28:45	KAMILA DIAS GONÇALVES	Aceito
Outros	UBS2.pdf	03/11/2016 17:23:42	KAMILA DIAS GONÇALVES	Aceito
Outros	UBS1.pdf	03/11/2016 17:22:47	KAMILA DIAS GONÇALVES	Aceito
Outros	SECRETARIA.pdf	03/11/2016 17:21:52	KAMILA DIAS GONÇALVES	Aceito
Orçamento	Recursos.pdf	03/11/2016 17:19:36	KAMILA DIAS GONÇALVES	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	03/11/2016 17:17:42	KAMILA DIAS GONÇALVES	Aceito
Brochura Pesquisa	proj.pdf	03/11/2016 17:16:48	KAMILA DIAS GONÇALVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301
 Bairro: Centro CEP: 96.020-360
 UF: RS Município: PELOTAS
 Telefone: (53)3284-4960 Fax: (53)3221-3554 E-mail: cep.famed@gmail.com

UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS



Continuação do Processo: 1.967.186

PELOTAS, 15 de Março de 2017

Assinado por:
Patricia Abrantes Duval
(Coordenador)

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301

Bairro: Centro

CEP: 96.020-360

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.farmed@gmail.com