



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

JOSIANNE PEREIRA CAMPOS

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E PROJETOS DE VIDA:  
PERCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS DAS ADOLESCENTES DO  
ITAPOÃ DISTRITO FEDERAL NO ANO DE 2023.**

Brasília/ DF

2023

**Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Departamento de Saúde Coletiva**

Josianne Pereira Campos

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E PROJETOS DE VIDA:  
PERCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS DAS ADOLESCENTES  
DO ITAPOÃ DISTRITO FEDERAL NO ANO DE 2023.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito para a obtenção do Título de Bacharel em Saúde Coletiva pelo Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosamaria Giatti Carneiro

Brasília- DF

2023

## **Agradecimentos**

Primeiramente agradeço a Deus, aos Voduns e toda a espiritualidade que carrego. A minha mãe Aziri e meu pai Ahonovissavá pela possibilidade de caminhar em novos caminhos e pela força que me dão para trilhá-los.

Ao meu pai, José Wanderley, que me ensinou o valor do conhecimento desde a infância e trabalhou incansavelmente para nos dar uma vida digna, tenho muito orgulho de tudo que aprendi com o senhor, sem você esse momento não seria possível. A minha mãe Veralice, o seu apoio e cuidado com a minha filha, permitiu que uma jovem mãe de 22 anos pudesse cursar uma graduação em uma universidade pública.

Ao meu irmão Júlio, por ser uma grande inspiração para mim e por sempre me lembrar de quem eu sou e onde eu posso chegar. A minha cunhada e amiga Fabiana Rodrigues, por ser uma mulher que inspira tantas outras, sua perseverança e disciplina são espelhos em minha vida. A minha filha Helena, que me motiva todos os dias a buscar minha melhor versão e me traz um sopro de alegria nos momentos de desânimo. Você é tudo pra mim, mamãe te ama !

A minha melhor amiga Ingrid Duarte, que me incentivou a prestar o vestibular da UnB e sempre comemorou minhas vitórias. Ao meu melhor amigo Bruno Henrique, por partilhar comigo suas vivências profissionais, me ajudar nos trabalhos acadêmicos, ouvir minhas reclamações e me acalmar nos momentos de angústia.

A minha companheira de graduação Kamila Alves, que partilhou conhecimento, desesperos, expectativas, alegrias e planos futuros durante esses longos anos.

Por último e não menos importante, ao corpo docente do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, pelo conhecimento fornecido e dedicação com a qual conduzem a graduação, por sempre fortalecerem a importância da atuação dos sanitaristas. Em especial, agradeço à minha orientadora Rosamaria Giatti, pela excelente condução deste trabalho, pelo apoio, orientação e disponibilidade nos momentos de dificuldade. Sou extremamente grata por termos partilhado esta jornada !

*“A academia não é o paraíso, mas o aprendizado, é um lugar onde o paraíso pode ser criado.”*

Bell Hooks.

## **Resumo**

Este estudo tem por objetivo investigar as noções de maternidade e de projeto de vida de adolescentes grávidas da Região Administrativa Itapoã-DF e de que modo os marcadores de raça/cor e de classe social se destacam em suas experiências. A partir da aplicação de questionário e de entrevista semi-estruturada, foi realizada análise de conteúdo temática por frequência, segundo Bardin, com a finalidade de captar a percepção e experiências das adolescentes em relação à gestação. A partir das entrevistas foram criadas seis categorias de análise, sendo elas: Gestação e vida sexual; Gestação e métodos contraceptivos; Gestação e vida escolar; Gestação e vida familiar; Gestação e realização feminina e Gestação e atendimento no setor saúde. Os resultados mostram uma necessidade na melhoria da discussão sobre sexualidade na adolescência tanto nos serviços de saúde, como no ambiente familiar e escolar. A gestação não é percebida como motivo para interrupção dos projetos futuros das adolescentes, que pretendem seguir com seus projetos educacionais e profissionais, ou retomá-los após o nascimento do filho como projetos paralelos à maternidade. Porém grande parte da amostra adiou planos profissionais ou estudantis por causa da gestação, o que corrobora com os estudos quantitativos da realidade brasileira, que apontam a gestação na adolescência como precursor da evasão escolar e profissional. Apesar dos marcadores de raça/cor e classe social não serem expressos de forma explícita nas narrativas das gestantes como fatores influentes em seu processo gestacional, a maior parte da amostra do estudo se autodeclara preta ou parda e possui baixa renda, corroborando com estudos demográficos que apontam que a maior parte das adolescentes que engravidam no Brasil são pretas/pardas e possuem nível socioeconômico baixo.

**Palavras-Chave:** Gravidez na adolescência, Determinantes Sociais; Saúde Coletiva.

## **Abstract**

This study aims to investigate the notions of motherhood and life project of pregnant teenagers in the Itapoã-DF Administrative Region and how race/color and social class markers stand out in their experiences. Based on the application of a questionnaire and semi-structured interview, a thematic content analysis was carried out by frequency, according to Bardin, with the aim of capturing the perception and experiences of adolescents in relation to pregnancy. From the interviews, six categories of analysis were created, namely: Pregnancy and sexual life; Pregnancy and contraceptive methods; Pregnancy and school life; Pregnancy and family life; Pregnancy and female fulfillment and Pregnancy and care in the health sector. The results show a need to improve the discussion about sexuality in adolescence both in health services and in the family and school environment. Pregnancy is not perceived as a reason to interrupt the future projects of the teenagers, who intend to continue with their educational and professional projects, or resume them after the birth of the child as projects parallel to motherhood. However, a large part of the sample postponed professional or student plans because of pregnancy, which corroborates quantitative studies of the Brazilian reality, which point to teenage pregnancy as a precursor to school and professional dropout. Although race/color and social class markers are not explicitly expressed in pregnant women's narratives as influential factors in their gestational process, the majority of the study sample declares themselves black or mixed race and has low income, corroborating demographic studies that point out that most teenagers who become pregnant in Brazil are black/brown and have a low socioeconomic level.

**Keywords:** Adolescent pregnancy, Social Determinants of Health, Public Health.

## **Lista de Siglas**

ABRASCO: Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACS: Agente Comunitário de Saúde

APS: Atenção Primária à Saúde

CODEPLAN: Companhia de Planejamento do Distrito Federal

DSS: Determinantes Sociais da Saúde

IST's: Infecções Sexualmente Transmissíveis

MMDFDH: Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial da Saúde

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde

RA: Região Administrativa

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

## **Lista de tabelas.**

Tabela 1. Fases da análise temática por frequência	31
Tabela 2. Códigos de análise a partir da percepção das adolescentes sobre seus processos de gestação.	38

## **Lista de gráficos.**

Gráfico 1 - Participação relativa de nascimentos de mães de 10 a 14 e 15 a 19 anos no Distrito Federal e Brasil - 2000, 2008 e 2016	32
Gráfico 3 - Número de Nascidos Vivos por ano na Região Administrativa do Itapoã nos últimos cinco anos.	33
Gráfico 4 - Número de Nascidos Vivos por Faixa Etária da Mãe.	34
Gráfico 5 - Distribuição de nascimentos por mães adolescentes no período de Janeiro de 2018 à Setembro de 2023, Itapoã - DF.	35
Gráfico 6 - Distribuição de da população por faixas de idade e sexo, Itapoã, 2018.	36
Gráfico 7 - Distribuição da população por raça/cor da pele, Itapoã, Distrito Federal, 2018.	36

## Sumário

Introdução	10
1.0 Gravidez na adolescência, conceitos e contexto.	13
1.1 Sexualidade e vida reprodutiva.	13
1.2 Aspectos gerais.	16
1.3 Riscos gestacionais no ciclo gravídico.	17
1.4 Gravidez na adolescência e DSS (Determinantes Sociais da Saúde).	20
2.0 MÉTODOS E PESQUISA.	24
2.1 Objetivo geral e objetivos específicos.	24
2.2 Justificativa e relevância	24
2.3 Descrições da pesquisa	29
2.4 Caminhos metodológicos	31
2.5 Caminho ético	32
3.0 RESULTADOS E DISCUSSÃO.	32
3.1 Caracterização da gravidez na adolescência no DF e Itapoã.	37
3.2 Caracterização das participantes do estudo	38
3.3 Codificação das categorias de análise.	38
3.4 Gestação e vida sexual	39
3.5 Gestação e métodos contraceptivos	41
3.6 Gestação e vida escolar.	44
3.7 Gestação e vida familiar.	47
3.8 Gestação e realização feminina.	49
3.9 Gestação e atendimento no setor saúde.	50
Considerações finais	53
Referências bibliográficas	55
8.0 Apêndice	62

## **Introdução**

Segundo dados disponibilizados pelo SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) cerca de 380 mil partos foram de mães com até 19 anos de idade em 2020, o que corresponde a 14% de todos os nascimentos no Brasil. Em 2019 essa proporção era de 14,7% e 15,5% em 2018.

Ainda segundo o SINASC, um a cada sete bebês brasileiros é filho de mãe adolescente. Por dia, 1.043 adolescentes se tornam mães no Brasil. E, por hora, são 44 bebês que nascem de mães adolescentes, sendo que dessas 44, duas têm idade entre 10 e 14 anos” (EBSERH, 2023). A Organização Mundial da Saúde considera como adolescência o período de 10 à 19 anos, já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera o período entre 12 e 18 anos. No presente estudo será utilizado a definição da OMS.

Com o advento dos movimentos feministas no ocidente a partir do século XIX e das discussões sobre os papéis de gênero, o questionamento sobre os papéis femininos ganharam espaço nos mais diferentes âmbitos, como a ciência, educação e saúde. No que concerne à saúde, os primeiros debates abordaram temas como a repressão sexual feminina, a naturalidade do papel reprodutivo e a falta de conhecimento sobre o próprio corpo como um agente de controle do patriarcado. Segundo (Stolke, 1980):

Identificando o corpo como âncora conceitual da definição histórica do gênero feminino, as análises também denunciaram a repressão da sexualidade feminina como ponto nevrálgico do controle social mais amplo exercitado sobre as mulheres.

No que concerne à saúde da mulher no Brasil, houve uma transição do olhar meramente reprodutivo e materno infantil adotados nos anos 60 e buscou-se guiar a saúde da mulher de forma integral em meados dos anos 80, olhando para outras demandas da saúde feminina, o que culminou na criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no ano de 1984.

O PAISM foi proposta no ano de 1983 por uma equipe composta majoritariamente por mulheres, buscando um olhar mais integral a saúde da mulher,

como aponta o (Ministério da Saúde, 1984):

As diretrizes gerais do Programa previam a capacitação do sistema de saúde para atender as necessidades da população feminina, enfatizando as ações dirigidas ao controle das patologias mais prevalentes nesse grupo; estabeleciam também a exigência de uma nova postura de trabalho da equipe de saúde em face do conceito de integralidade do atendimento; pressupunham uma prática educativa permeando todas as atividades a serem desenvolvidas, de forma que a clientela pudesse apropriar-se "...dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde".

Antes da criação deste programa, a saúde da mulher era pautada nas questões materno-infantis e reprodutivas, onde no início dos anos 60, o governo americano passou a pressionar o Brasil para que adotasse uma política demográfica como critério para empréstimo (PACHECO, 1981). Cedendo a pressão internacional, em 1965 o Brasil criou a BEMFAM (Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil). Essa sociedade era financiada internacionalmente e detinha cunho controlista, facilitando o acesso das mulheres aos métodos contraceptivos, como aponta Rodrigues (1990).

Os anos 60 trouxe à tona as discussões feministas como a necessidade do uso de métodos contraceptivos, a inserção da mulher no mercado de trabalho e o fortalecimento do uso de pílulas contraceptivas e o DIU. Todavia as mulheres logo se deram conta de que os métodos por si só não mudariam a visão social sobre os seus papéis dentro do mercado de trabalho. Segundo (XAVIER *et al*; 1989):

As mulheres logo constataram que o acesso aos contraceptivos não conseguiu fazer com que deixassem de ser consideradas cidadãs e trabalhadoras de segunda categoria, os métodos estiveram cada vez mais sob controle médico, a oferta sempre foi limitada, precária e sem assistência adequada, comprometendo a sua saúde.

Tais discussões e os movimentos sanitaristas no Brasil a partir dos anos 70 pós período da ditadura, fortaleceram as discussões sobre o papel dos contraceptivos, tendo em vista que eles não deveriam mais ser utilizados como imposição de controle de natalidade, mas sim ofertados de forma segura e a partir de informações de qualidade para mulheres desejam utilizá-los. Como aponta (Coelho *et al*, 200):

Em 1974, a política demográfica do Brasil foi anunciada oficialmente na Conferência Mundial de População em Bucareste, onde o governo brasileiro declarou ser um direito social, decidir quanto à composição da família. Para tanto, o poder público deveria se ocupar da divulgação de informação sobre a contracepção, o que na prática não se efetivou.

Portanto é de extrema relevância que as pesquisas dialoguem com os debates de gênero e pautas feministas no campo da Saúde Coletiva. Estes estudos

possibilitam a melhoria de formulações de políticas públicas no campo da saúde, trazendo à tona temas como contracepção, IST's, controle de natalidade, sexualidade e muitos outros. A gravidez na adolescência é um possível recorte no campo dos estudos de gênero e saúde, colaborando para a compreensão do fenômeno.

Adolescência é um termo relativamente novo, (Ariès,1981) aponta que o termo só ganha forma a partir do século XVIII. Na idade média não havia separação da infância e da vida adulta, as crianças eram consideradas como “mini adultos” . A modernização e o abandono dos modos de vivência feudais trouxeram uma realidade mais “intimista” e “individualista” da vida humana, o que culminou na mudança de visão sobre os processos de crescimento e amadurecimento dos indivíduos.

Segundo (Grossman, 2010) a partir do século XIX com a industrialização e fortalecimento do Estado Nacional e pela redefinição dos papéis sociais das mulheres e crianças, a infância se tornou um momento de privilégio na vida humana. A autora aponta que:

Nesse momento, a figura do adolescente foi balizada com nitidez. A adolescência masculina foi definida como o período entre a primeira comunhão e o bacharelado ou serviço militar, e a feminina entre a primeira comunhão e o casamento.

Este período denominado de adolescência é repleto de particularidades e é visto como um momento de inquietação social, hormonal e psicológica. (Birman, 2006) aponta que:

Existe na atualidade um alongamento da adolescência, que hoje começa mais cedo do que outrora e que se prolonga pelo período anteriormente denominado idade adulta. A contemporaneidade tem como marcas a dissolução de certezas e um estado de desamparo coletivo, que implicam uma experiência complexa e plural de adolecer.

O presente estudo contará com três sessões. A primeira contextualiza a gravidez e o início da vida sexual, os aspectos gerais da gravidez na adolescência, os DSS (Determinantes Sociais da Saúde) e sua relação com a gravidez na adolescência e por fim os desdobramentos da gravidez na adolescência e os riscos gestacionais.

A segunda seção apresenta os objetivos gerais e específicos, a metodologia, aspectos éticos e instrumentos utilizados para se alcançar os objetivos da pesquisa.

A terceira seção apresenta os resultados obtidos. O primeiro momento com a apresentação dos dados quantitativos sobre a gravidez na adolescência no

Itapoã-DF e em um segundo momento será apresentado o resultado da análise temática de conteúdo, segundo Bardin.

## **1.0 Gravidez na adolescência, conceitos e contexto.**

---

### **1.1 Sexualidade e vida reprodutiva.**

Falar sobre gravidez na adolescência é falar sobre sexualidade e iniciação na vida sexual. Este período envolve uma série de mudanças corporais e hormonais com o início da puberdade, sendo uma fase de autodescoberta. As meninas muitas vezes são percebidas em um momento de transição entre ser criança e virar “mocinha”, ou se tornar “mulher”. A menarca, evento de cunho biológico que representa o primeiro ciclo menstrual, marca essa transição.

As discussões sobre vida sexual são delineadas pelo recorte de gênero. Meninos são incentivados a conhecerem o próprio corpo desde cedo, a iniciação sexual é vista como uma demonstração de virilidade e masculinidade, muitas vezes incentivado pelos membros masculinos do ambiente familiar. Já as meninas possuem barreiras comunicacionais com seus responsáveis, não são introduzidas ao conhecimento de seu corpo e possuem sua sexualidade reprimida. Iniciar a vida sexual ou falar abertamente sobre sexo pode ser mal visto no ambiente familiar. Segundo estudo feito por (Resta *et al*, 2014):

A fala das grávidas e mães adolescentes na oficina é reveladora de como o gênero determina percepções e posições. Elas reivindicam mais liberdade para viver sua sexualidade e avaliam que ainda existe muito preconceito e legitimação da fala somente para os meninos, o que as deixa numa posição de inferioridade pelo medo de serem julgadas.

O início da vida sexual tende a ser, majoritariamente, na adolescência (Cabral, 2020). A introdução à vida sexual pode marcar esta separação entre infância e “vida adulta” para ambos os gêneros, além de gerar uma ideia de autonomia e liberdade.

A forma como a iniciação sexual é tratada distintamente para os diferentes gêneros dentro do ambiente familiar é prejudicial para as adolescentes. Ao não

poderem falar abertamente sobre sua vontade de iniciar uma vida sexual, estes jovens não conseguem acesso aos métodos contraceptivos de forma adequada. As normas sociais ainda estruturam um comportamento passivo e recatado para as meninas e outro ativo para os meninos (Santos, 2017).

Enquanto os adolescentes são incentivados a andarem com preservativos, as meninas que andam com eles são mal vistas, podendo sofrer retaliações por parte da família, o acesso aos anticoncepcionais e outras formas de contracepção como o DIU (Dispositivo Intrauterino), também podem ser limitados. Segundo (Costa e Freitas, 2021):

Apesar de haver a disseminação da informação sobre sexualidade e seus riscos, não há acesso a métodos contraceptivos, seja pela ausência direta de medicamentos ou porque a família imputa restrições sexuais, não permitindo o acesso a preservativos e anticoncepcionais.

Apesar do tema ser um tabu no ambiente familiar, o cuidado contra a concepção é atribuído à mulher. Os homens depositam nas mulheres a responsabilidade da contracepção, segundo Costa e Freitas (2021) quando há uma gestação indesejada, a culpabilização recai sobre a figura feminina e é visto como um castigo pela não utilização dos métodos contraceptivos.

Pouco se é questionado o papel masculino na contracepção, desde o início da vida sexual os homens se acostumam ao fato de que as mulheres buscam os métodos contraceptivos, não assumindo para si mesmos a responsabilidade que uma paternidade não desejada ou planejada pode trazer para suas vidas. Muitos afirmam que [...] não se preocupou com isso, pois a responsabilidade da contracepção é da parceira [...] (Santos e Nogueira, p.54, 2009).

Para além das relações consensuais, é importante ressaltar que o Brasil possui altos índices de violência de gênero e que muitas meninas iniciam sua vida sexual de forma forçada através de abusos e violência sexual. As meninas e mulheres são mais susceptíveis à situação de violência sexual, devido às desigualdades nas relações de gênero e aos valores patriarcais da sociedade (Contreras *et al*, 2010). A gestação nesse período pode ser resultante dessas violências que em sua grande maioria acontecem no ambiente domiciliar por parentes ou homens próximos a família. Segundo (Morais PS e Vitalle MS, 2021):

As inúmeras explorações e divergências ocorridas nessa fase podem levar

além de uma gravidez não planejada, exposição a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), abortos clandestinos, violência sexual, sendo estas, situações em que os próprios serviços de saúde e educação tem dificuldade em tratar com universalidade.

Mediante a iniciação sexual e introdução na vida reprodutiva, muitas adolescentes enxergam na gravidez uma possibilidade de emancipação familiar, uma forma de sair de casa e iniciar sua vida adulta. Essa ideia de criação de uma nova vida se apresenta na fala de uma gestante participante do estudo de (Holga *et al*, 2010):

Eu não tinha outra opção: ou ficava com meu namorado ou na rua, eu não me arrependo por ter tido um filho, eu estou vivendo melhor; Ficar grávida e ir morar com meu namorado foi um meio de eu ir embora de casa, com meu namorado, eu encontrei tudo: liberdade, atenção, respeito, valorização.

.A gravidez pode ocorrer de forma não planejada mas não significa necessariamente que ela é indesejada. A gravidez pode representar uma janela para a independência, uma forma de escape de abusos e situações de violência, ou se manifestar como um projeto de vida a partir da constituição de uma nova família. Segundo (Nunes, 2010):

Esse pensamento se dá pela ausência de expectativas para o futuro, associada a carência de políticas sociais e de projetos educacionais e profissionais que produzam a vontade de mudança de vida nessas meninas.

A discussão do tema envolve diversos fatores, como a conversa sobre sexualidade no ambiente familiar, o acesso a métodos contraceptivos e o acesso à informação sobre sexualidade. Por muitas vezes dentro do núcleo familiar, as jovens não conseguem dialogar sobre as mudanças que ocorrem em seus corpos e sobre seus novos desejos. É inegável o papel das escolas neste tema, elas detém grande papel na informação e prevenção da contracepção neste período, segundo (Spindola, 2009):

O desconhecimento e não adesão de métodos contraceptivos por parte dos adolescentes são fatores que podem contribuir para uma possível gestação precoce e a falta de diálogo com a família, com os serviços de saúde e ausência desse ensino nas escolas são concomitantes para tal desconhecimento e adesão.

A depender do tipo de criação, ou por fatores religiosos, as meninas podem ser proibidas de utilizarem métodos contraceptivos ou de conversarem sobre sexo dentro do seu núcleo familiar, fazendo com que o sexo seja um assunto tabu, que se restringe as rodas de conversa entre colegas ou as aulas escolares. Este tipo de

tabu restringe o acesso das jovens aos serviços de saúde para fins preventivos, como consultas ginecológicas para informações sobre sexo seguro, ou aquisição de preservativos que são oferecidos de forma gratuita no serviços de saúde do SUS.

Os papéis de gênero também podem influenciar na procura dessas meninas pelos contraceptivos. Em uma sociedade machista e patriarcal, uma adolescente que passar em um posto de saúde ou entra em uma farmácia para adquirir preservativos pode ser vista como “fácil, fogosa” e mesmo “prostituta” (Santos, 2017).

Uma pesquisa realizada por (Santos e Nogueira, 2020) apontou que há um conhecimento das jovens sobre os métodos contraceptivos e aponta que “[...] as principais justificativas para a ocorrência da gravidez foram: 51,2% desejavam ser mães, 18,6% disseram gostar de crianças, 9,3% apontaram ser um desejo do casal; e 4,7% não queriam perder o parceiro.

## **1.2 Aspectos gerais sobre gestação na adolescência.**

Os debates sobre as questões de gênero e as pautas feministas têm ganhado cada vez mais espaço nas discussões dentro da academia e fora dela. A gravidez na adolescência é um fenômeno que ocorre há muito na sociedade e seu elevado número intriga especialistas, dentre eles profissionais de saúde, que buscam entender a complexidade do fenômeno, pois se presume que com acesso à preservativos e métodos contraceptivos, a gravidez nesta faixa etária diminuiria. Segundo Pinheiro, Pereira e Freitas (2019) as gestantes adolescentes contribuem com cerca de 21% dos nascimentos no país entre os anos 2000 e 2010.

Com o pensamento pós-moderno e o enfoque das pautas feministas, a maternidade está se tornando aos poucos um projeto de vida, e o que antes era visto como algo natural, divino e intrínseco ao que se espera de uma mulher, hoje tem a possibilidade de ser uma escolha. Segundo (Costa e Freitas, 2021):

O advento do anticoncepcional e dos fortes movimentos feministas, conferiram a mulher certa autonomia e escolha pela maternidade, o que corroborou para que a gravidez fosse, cada vez mais, um planejamento de vida, ao invés de um acontecimento natural.

O papel da contracepção ainda está atrelado aos cuidados femininos, cabendo à mulher se responsabilizar contra uma possível gravidez e IST's. Os

papéis do gênero estão importantemente atrelados a esta questão, na gravidez há uma oportunidade de realizar o desejo do homem em ser pai e cumprir com seu papel reprodutivo. Neste contexto, há uma idealização de que realizar o desejo do homem garantirá um relacionamento saudável e duradouro onde a adolescente acaba em um papel de submissão, não pensando nas implicações pessoais futuras da gestação. Segundo (Resta et al., 2014):

Será que o desejo intenso de ter um filho é proveniente da necessidade de autorrealização como mulher ou uma válvula de escape da realidade vivenciada, decorrente da desestruturação familiar, de ambientes hostis e de situações de violência domiciliar, seja no âmbito psicológico, físico ou mesmo sexual ? A gravidez da adolescente era vista como uma forma de “dar solução” aos problemas familiares enfrentados pela família de origem. Nesse sentido, a decisão de fugir dos problemas familiares era entendida como um refúgio das constantes brigas entre os pais e da violência doméstica.

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, a adolescência compreende o período entre doze e dezoito anos. Já segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS), adolescência é o período que compreende a segunda década de vida, abrangendo a fase de dez a vinte anos incompletos. Com uma disparidade alta entre a idade inicial da adolescência e a idade final, é necessário um olhar atento para compreender que a fase até os quatorze anos possui nuances diferentes do que a fase entre quinze a dezenove anos. Segundo (Cabral, 2020):

O segmento de 10 a 14 anos requer uma abordagem diferenciada. Por um lado, as taxas de fecundidade entre adolescentes de 10 a 14 anos têm se mantido constante nos últimos anos no Brasil, ao contrário da diminuição entre adolescentes de 15 a 19 anos de idade.

### **1.3 Riscos gestacionais no ciclo gravídico.**

Por muitas vezes na literatura a questão da gravidez na adolescência assume uma conotação negativa, tendo enfoque como um problema de saúde e não como um fenômeno social. A ideia parte de um pressuposto de que as adolescentes possuem “*incapacidade fisiológica para gestar e incapacidade psicológica para criar*” (Camarano,1998:44). Também pode ser vista como indesejável, com consequências biológicas, psicológicas e sociais negativas (Brandão, 2003).

A literatura por muitas vezes retrata a gravidez como um dificultador na vida dessas jovens, que não conseguem mais vivenciar experiências condizentes com meninas da sua idade, já que passam a assumir a responsabilidade de cuidar de

uma criança, pois mesmo que haja assistência paterna, vivemos em uma sociedade machista e patriarcal, que atrelam os atributos do cuidado a figura feminina.

Segundo (Nichele; Ferreira, 2021):

Desta forma, a gestação em idade precoce pode estabelecer um estado de ameaça social decorrente do prejuízo econômico, construção de aspectos a identidade, autoconceito, autoestima, inferindo no crescimento educacional, o que pode gerar um ciclo entre as gerações de carência.

Além dos aspectos negativos no quesito de ambientação social e futuro profissional, a literatura também aponta aspectos de maiores riscos gestacionais tanto para mãe, quanto para o bebê. Segundo Valila *et al* (2011):

[...]além de vê-la como associada a um conjunto de implicações negativas (para o bebê, para gestante/mãe ou para ambos) na esfera biomédica: maior risco de morbimortalidade da mãe e da criança, prematuridade, baixo peso ao nascer, restrição de crescimento intrauterino, sofrimento fetal agudo intraparto, desproporção fetopélvica, diabetes gestacional, anemia, retardo do desenvolvimento uterino, pré-eclâmpsia.

Apontando que o corpo adolescente ainda não está preparado adequadamente para a gestação. Porém, já existem estudos que refutam essas ideias e que elucidam que as condições de risco enfrentadas pelas gestantes adolescentes está muito mais associada a fatores socioculturais do que a fatores biológicos. Segundo Molina (2012):

Está cada vez mais claro que as complicações encontradas associam-se a múltiplos fatores de índole não médica, como idade, paridade, assistência pré-natal inexistente ou de baixa qualidade, estado geral nutricional deficiente, doenças associadas à pobreza, além de fatores sociais e culturais.

Apesar de hoje a gravidez na adolescência ser considerada um problema de saúde pública, pelos riscos oferecidos à mãe e ao recém nascido, entre outros fatores, é importante salientar que segundo Heilborn (1998) esta discussão ganhou força com a troca de mentalidade sobre a infância e a adolescência. Por muitas décadas era esperado que as mulheres iniciassem suas vidas sexuais cedo, cumprindo um papel natural e divino. Ainda segundo Heilborn (1998):

Vale lembrar que aquilo que hoje se abriga sob o rótulo de gravidez na adolescência, refere-se uma faixa etária de 14 a 18 anos que, por muito tempo e nos seus últimos segmentos etários, foi considerada a etapa ideal para a mulher ter filhos.

Em janeiro de 2019, foi instituída a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, iniciativa do Governo Federal intermediada pela *Lei nº 13.798*. Além disto, o MMDFDH (Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania) em

parceria com o Ministério da Saúde, iniciou uma campanha nacional a respeito dos efeitos indesejáveis da “gravidez precoce”. A campanha teve forte apelo para uma iniciação tardia da vida sexual, com o slogan “*Adolescência Primeiro, Gravidez Depois - Tudo tem o Seu Tempo*” (MMDFDH,2020).

O estímulo à iniciação tardia da vida sexual por si só não consegue solucionar a problemática da gravidez na adolescência, a questão é muito mais complexa e envolve diversos fatores. A orientação pode levar as adolescentes ao caminho oposto, sendo introduzidas na vida sexual sem as orientações cabíveis. Segundo Cabral (2020):

Inúmeros estudos mostram a importância de fatores socioeconômicos, políticos e culturais na maior ou menor incidência de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e gestações imprevistas, independentemente da idade de iniciação sexual.

Este tipo de apelo demonstra ainda nos dias atuais, que apesar da disponibilidade de informação de qualidade e políticas públicas baseadas em evidências científicas, o país possui uma grande parcela que conversa com o conservadorismo, formulando políticas que vão na via do retrocesso perante as conquistas já adquiridas pelas mulheres. O último governo apresentou grande dificuldade das políticas públicas em dialogarem com seu público alvo, pois a proposta implícita nesta política não abarca a diversidade das meninas brasileiras e nem tão pouco as permitem serem introduzidas em sua vida sexual com informação e comunicação de qualidade.

#### **1.4 Gravidez na adolescência e Determinantes Sociais da Saúde (DSS).**

Diversos aspectos influenciam na situação de saúde da população. O Brasil é um dos países com maior desigualdade social do mundo e as diferenças podem ser observadas nos mais diferentes setores da vida cotidiana. As DSS (Determinantes Sociais da Saúde) se mostram de extrema importância para compreensão das iniquidades que impactam a saúde, sendo definida pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde como: “fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco na população (Buss e Pellegrini Filho, 2007, p.78).

Segundo a OMS (2021) no século XXI os Determinantes Sociais da Saúde

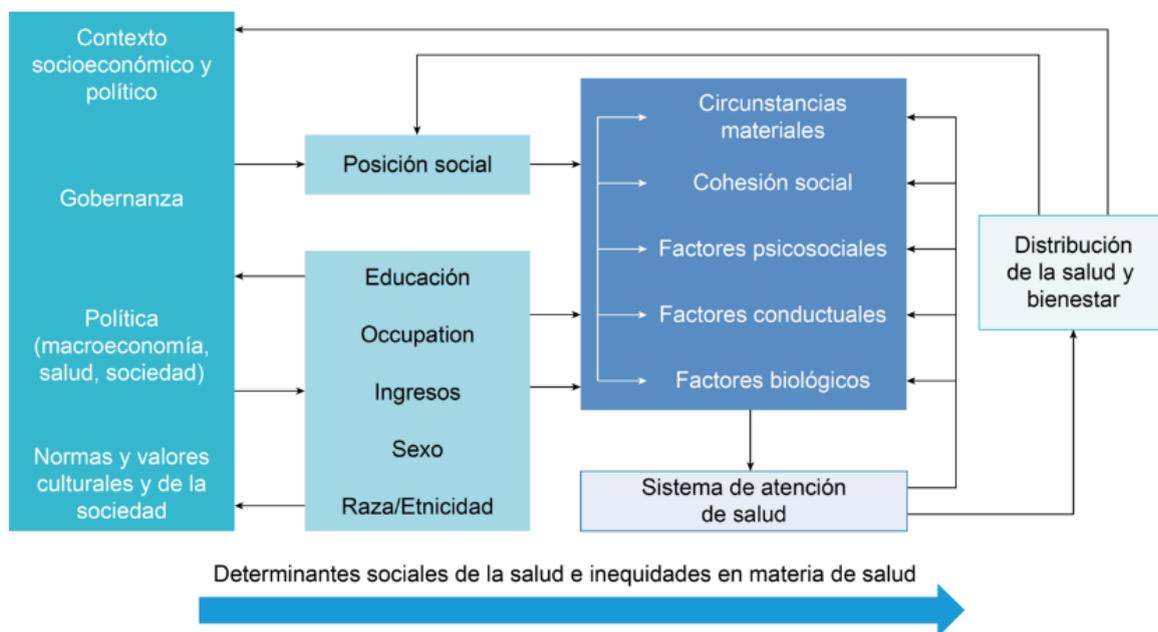
são definidos como:

As circunstâncias nas quais as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem, e envelhecem, e o amplo conjunto de forças e sistemas que moldam as condições da vida cotidiana. Essas forças e sistemas incluem sistemas e políticas econômicas, agendas de desenvolvimento, normas sociais, políticas sociais e sistemas políticos .

Segundo a FIOCRUZ (2023) em 2009 com a apresentação da síntese do Relatório Final da Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, que ocorreu na 62ª Assembleia Mundial de Saúde da OMS (2009), os DSS ganharam novas nuances, ampliando o conceito para:

Os DSS são determinantes estruturais e condições da vida cotidiana responsáveis pela maior parte das iniquidades em saúde entre os países e internamente. Eles incluem distribuição de poder, renda, bens e serviços e as condições de vida das pessoas, e o seu acesso ao cuidado à saúde, escolas e educação; suas condições de trabalho e lazer; e o estado de sua moradia e ambiente.

**Figura 1.** Marco conceitual dos Determinantes Sociais da Saúde.



Fonte: OPS (Organização Panamericana da Saúde).

No Brasil a discussão sobre os DSS ganham força principalmente após a Constituição Federal de 1988 e consolidação do SUS (Sistema Único de Saúde), movimento resultante de diversas lutas após o período da ditadura. O SUS é instituído pela Lei 8080/1990, onde no artigo 6º se estabelece que um dos seus

objetivos é a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde. (Brasil, 1990).

Os Determinantes Sociais da Saúde são de extrema importância para a Saúde Coletiva, pois seus estudos abrangem os três grandes campos desta área, sendo objeto de estudo da epidemiologia, da gestão/planejamento em saúde e das ciências sociais em saúde.

No que concerne ao quesito de raça/cor, pesquisas apontam que, no Brasil, a maioria das gestantes jovens pertencem à raça parda (Vieira ; Pinheiro ; Galvão, 2018). Já em outro estudo, a maior prevalência na adolescência ocorreu em mulheres negras, mas também entre pardos e indígenas, comparado a aquelas que se declararam brancas (Aquino *et al*, 2003). O recorte de raça/cor reflete a situação que a população preta, parda e indígena se encontra no Brasil, perpetuando um ciclo de vulnerabilidade social e socioeconômica.

Segundo estudos de (Aquino, *et al* 2003) a gestação antes dos vinte anos variou inversamente com a renda e a escolaridade. Dentre a amostra (59,6%) tinham até o primeiro grau incompleto, enquanto (4,6%) tinham nível superior de instrução. No quesito religiosidade se observou um menor número de gravidez em jovens que se declararam católicas.

O aspecto de raça/ cor influencia diretamente no acesso das gestantes aos serviços de saúde, pois segundo (Almeida et al., 2019; Heredia- Martínez, Artman & Nascimento, 2020; Leal *et al.*, 2017) existe desigualdade racial no acesso de mulheres indígenas, pretas e pardas aos serviços de saúde reprodutiva, são elas que sofrem inúmeras barreiras desde o momento de procurar atendimento até a entrada no serviço de saúde.

A gravidez na adolescência pode ocorrer em qualquer classe social, porém acontece de forma mais frequente em jovens de baixa renda. Segundo Gutierrez *et al* (2021) há uma elevada taxa de recorrência de gestação entre mulheres adolescentes, principalmente em países com menor nível de desenvolvimento, sendo que no Brasil esta taxa alcança 61%.

Os estudos sobre os DSS revelam a importância na saúde de fatores como saneamento básico, acesso à educação, alimentação de qualidade com menos

alimentos industrializados, infraestrutura urbana, acesso aos serviços de saúde, entre outros. Na problemática da gravidez precoce não é diferente. Estudos já apontam que o conjunto de aspectos socioculturais influenciam na saúde gestacional das adolescentes e como a falta de assistência básica pode ocasionar agravos comuns durante a gestação. As doenças maternas mais citadas, como pré-eclâmpsia, anemia, prematuridade e baixo peso ao nascer (BPN), parecem estar mais fortemente associadas às condições psicossociais altamente desfavoráveis para este grupo etário (Ekwo,2000) (Amaya *et al*, 2005).

Outros fatores estão associados como acesso à cultura e lazer, acesso à educação e aos serviços de saúde. Um Estado que não fornece de forma eficaz os serviços essenciais e não disponibiliza alternativas de socialização para as jovens, abre portas para o uso de drogas, iniciação da vida sexual precoce e o desinteresse pela vida escolar. Segundo Santos e Pazello (2012) a gravidez na adolescência diminui a probabilidade da adolescente continuar na escola em 19,4 pontos percentuais, o que impacta diretamente em seu futuro profissional.

Muitas vezes essas meninas nasceram de uma gestação na adolescência e por não terem muitas chances de mudança de status social, enxergam na gestação uma oportunidade de se emancipar familiarmente e financeiramente, como suas mães ou avós fizeram e acabam por repetir o ciclo. Em outros casos, meninas adolescentes cuidam de seus irmãos mais novos desde pequenas, enquanto seus responsáveis trabalham na busca de sustentar a casa. Nessa figuração há um apego ao papel de mulher cuidadora e por estar inserida neste papel desde cedo, a adolescente busca ter o próprio filho para cuidar.

Se estas pessoas estão inseridas no ambiente escolar, a gravidez pode ser um dificultador no segmento dos estudos. Os cuidados com um recém nascido exigem uma grande dedicação, tornando muitas vezes os estudos inconciliáveis com os cuidados para com o recém nascido, já que muitas vezes essas meninas não possuem uma rede de apoio consolidada. A responsabilidade da vida do adulto também pode acabar por excluir essa jovem de grupos de amigos, festas e eventos escolares. Todos esses fatores somados, aumentam a probabilidade de evasão escolar. Segundo estudo realizado pela UNFPA (2020):

Adolescentes mães tendem a abandonar os estudos para criarem seus filhos,

e têm três vezes menos oportunidades de conseguirem um diploma universitário, segundo o relatório do UNFPA e ganham em média 24% a menos do que mulheres da mesma idade sem filhos, segundo o mesmo estudo.

A escolaridade é um grande fator na ascensão das classes sociais. A gravidez na adolescência pode agravar o abandono escolar em populações mais vulneráveis, permeando um ciclo de pobreza e exclusão social que acontece de forma mais intensa na população negra, parda e indígena. Segundo (Almeida, Aquino & Barros, 2006) apesar dos avanços no acesso educacional no país, as desigualdades estruturais de raça e gênero e o status socioeconômico impedem o aumento da escolaridade de mulheres pretas, pardas, indígenas e pobres.

Apesar da gestação se apresentar como uma escolha individual ou realização familiar, estudos apontam que a falta de assistência estatal em serviços e direitos essenciais, influenciam na alta incidência da gestação nas camadas socioeconômicas mais vulneráveis. Meninas e adolescentes engravidam e têm filhos no Brasil, muitas vezes em contextos adversos, marcados pela falta ou insuficiência de informação, acesso a serviços e ausência de oportunidades.

## **2.0 Métodos e pesquisa.**

### **2.1 Objetivo geral e objetivos específicos.**

Essa pesquisa tem por objetivo investigar as noções de gestação e de projeto de vida de adolescentes grávidas da Região Administrativa Itapoã-DF e de que modo os marcadores de raça/cor e de classe social se destacam em suas experiências.

Os objetivos específicos se desdobram em:

I. Mapear o perfil socioeconômico das adolescentes gestantes do Itapoã DF, nos últimos cinco anos.

II. Mapear o que os estudos nacionais dizem sobre gravidez na adolescência e vulnerabilidade social.

III. Mapear dados demográficos sobre gestação na adolescência no Itapoã nos últimos cinco anos.

IV. Captar as percepções das adolescentes sobre os seus processos gestacionais.

A pesquisa tem por objeto adolescentes gestantes entre 12 e 19 anos da Região Administrativa de Saúde Itapoã-DF no ano de 2023. Para direcionamento do estudo se partiu da seguinte pergunta norteadora: Como as noções de maternidade e projeto de vida a partir da fala das gestantes podem refletir os aspectos de raça/cor e renda ?

### **2.2 Justificativa e relevância**

O interesse pelo tema nasceu de uma vivência pessoal ocorrida na disciplina de Estágio Obrigatório I. Foi possível notar uma grande rotatividade de jovens gestantes na UBS 03 do Itapoã-DF (local de atuação do estágio), o que despertou o interesse por uma maior profundidade na problemática.

Em minha vivência pude andar pela comunidade com a ACS (Agente Comunitária de Saúde), que relatou o alto índice de jovens grávidas naquela região e nos falou com pesar que era algo que estava para além da atuação dos profissionais de saúde, que orientam a respeito de métodos contraceptivos após o

parto e em consultas rotineiras, disponibilizam camisinhas nas unidades de saúde, ofertam colocação de DIU (Dispositivo Intrauterino) entre outros. Na fala da agente de saúde, nota-se que existem outros tipos de fatores que influenciam nas condições de saúde do indivíduo que estão para além das práticas do consultório.

Segundo estudo feito pela CODEPLAN (2021), no Distrito Federal 171 dos nascimentos foram em adolescentes de 10 à 14 anos no ano de 2016 e 5.095 entre mães com faixa etária de 15 a 19 anos no mesmo período.

A participação dos nascimentos de mães adolescentes de 15 a 19 anos nos nascimentos totais de residentes do DF passou de 19,1%, em 2000, para 11,4%, em 2016 (CODEPLAN, 2021). Segundo este estudo, no total de nascimentos por RA (Região Administrativa) as maiores proporções de nascimentos de mães adolescentes (10 a 19 anos) no total de nascimentos do ano de 2016 estão concentradas nas áreas de baixa renda do Distrito Federal. O Itapoã ocupa o segundo lugar com uma proporção de 20,75 ficando atrás somente da Estrutural que tem um proporção de 22,03 para o total de nascimentos entre adolescentes.

É possível observar impactos socioeconômicos associados à gravidez na adolescência, como o aprofundamento da situação de vulnerabilidade e a interrupção da trajetória de educação formal e consequente redução do capital humano (Sabroza *et al.*, 2004).

Segundo a CODEPLAN (2018) , a Região Administrativa do Itapoã é a região mais recente da Região Leste de Saúde, tendo completado 18 anos no ano de 2023. Localizada entre Paranoá e Sobradinho, a RA conta com uma área de 3.430,16 hectares e é abastecida pelos reservatórios do Torto, Santa Maria, Bananal, Lago Paranoá e Cachoeirinha.

**Figura 2** - Localização do Itapoã, Distrito Federal.



Fonte: Codeplan.

Vários aspectos estão relacionados à ocorrência da gravidez na adolescência, nível de escolaridade, renda, raça/cor e etc... A literatura relata que a ocorrência da gravidez na adolescência tem consequências não apenas em aspectos emocionais, psicológicos e sociais das jovens de forma individual mas vai além, é um fenômeno/problema social que afeta aspectos socioeconômicos e que envolvem diversos setores do âmbito público para a discussão, como educação, cultura e saúde.

A gravidez na adolescência ainda é um fenômeno que precisa de atenção especial do Estado e da sociedade, pois prejudica as possibilidades de as meninas exercerem seus direitos à educação, saúde e autonomia, conforme assegurado em tratados internacionais como a Convenção sobre os Direitos da Criança (UNFPA, 2013).

A temática foi desenvolvida através da percepção da necessidade dos profissionais do setor saúde se aprofundarem na tema, de modo a contribuir em sua atuação. A Saúde Coletiva como campo de saber científico se ocupa de aspectos do processo de saúde para além do campo individual e biomédico, sendo de extrema relevância discutir o impacto dos fenômenos sociais na área da saúde, relacionando-os com aspectos epidemiológicos que permitem a formulação de políticas mais eficazes.

A Saúde Coletiva tem início nos anos 50. A primeira fase da Saúde Coletiva ficou conhecida como “projeto preventivista”, com duração de quinze anos. A segunda fase, que ocorreu até meados dos anos 70, tem forte ligação com a Medicina Social. A discussão sobre novas disciplinas no curso de medicina surgiu nos Estados Unidos, segundo Paim *et al* (2014) foram incluídas nos cursos as disciplinas de Medicina Preventiva e logo após surgiu o movimento pela Medicina Comunitária.

Com o advento da modernidade e do crescimento da população, se tornou impossível não se pensar em saúde sem pensar nas condições coletivas, principalmente no que concerne a medidas sanitárias. Com o advento da epidemiologia e dos estudos das doenças transmissíveis, o campo da Saúde Pública se consolidou sob uma perspectiva medicalizante, preventivista e biologicista das doenças no coletivo. Birman (2005) aponta que:

Nessa perspectiva, a noção de saúde coletiva representa uma inflexão decisiva para o conceito de saúde. Um de seus efeitos certamente é o de reestruturar o campo da Saúde Pública, pela ênfase que atribui à dimensão histórica e aos valores investidos nos discursos sobre o normal, o anormal, o patológico, a vida e a morte. De fato, o campo teórico da Saúde Coletiva representa uma ruptura com a concepção de saúde pública, ao negar que os discursos biológicos detenham o monopólio do campo da saúde.

Ainda segundo Birman (2005), a partir da década de 1920, as Ciências Humanas começaram a se introduzir no território da saúde e, de modo cada vez mais enfático, passaram a problematizar categorias como normal, anormal, patológico. A Saúde Coletiva surge como campo que não nega os aspectos epidemiológicos e biológicos das ciências sociais, a influência desses aspectos são legítimos no entendimento da saúde do coletivo, porém, a discussão vai para além destes, reconhecendo aspectos do campo simbólico e de elementos da vida social. Ainda segundo (Birman, 2005):

A constituição do discurso teórico da Saúde Coletiva, com a introdução das Ciências Humanas no campo da Saúde, reestrutura as coordenadas desse campo, destacando as dimensões simbólica, ética e política, de forma a relativizar o discurso biológico.

No Brasil os debates e a realidade brasileira afastaram os estudos coletivos de uma perspectiva preventivista, aproximando-se do campo da Medicina Social, que obtinha grande força na Europa XIX. Segundo (Donnangelo, 1983: 27):

A produção de conhecimento no Brasil diversifica objetos e metodologias

com distintas conotações do “coletivo” como meio ambiente; como coleção de indivíduos; como conjuntos de efeito da vida social; e coletivo transformado em social como campo específico e estruturado de práticas.

O Brasil enfrentou uma grande crise política após o período da ditadura (anos 70), em diversos setores, sendo a saúde afetada também. Os cidadãos estavam em busca da consolidação dos seus direitos, buscando uma reforma política e ideológica. Essa luta por direitos essenciais mudou a perspectiva do entendimento de saúde, consolidando-se mais tarde na criação do SUS (Sistema Único de Saúde). Carneiro (2013, p.105) aponta que:

Esse era o momento da luta pela redemocratização do país, de abertura política e das “Diretas já” e dele faziam parte os movimentos sociais em sua multiplicidade e, mais especificamente, o movimento pela saúde.

A partir destas mudanças no campo da medicina, no final dos anos 70 a expressão Saúde Coletiva foi tema do primeiro encontro nacional de cursos de pós-graduação denominado “Medicina Social, Medicina Preventiva, Saúde Comunitária e Saúde Pública” (Paim *et al*, 2014). Nesta ocasião foi proposta a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) que foi fundada oficialmente em Setembro de 1979.

A Saúde Coletiva passa a ser caracterizada pelo seu caráter multidisciplinar, especialmente no Brasil e na América Latina. Conforme é demonstrado por Paim (1998, p.309-310):

Na América Latina, e no Brasil em particular, realiza-se nas duas últimas décadas um trabalho de construção de novas teorias, enfoques e métodos da epidemiologia e da planificação em saúde, além de investigações concretas buscando a aplicação de métodos das ciências sociais no campo da saúde. Desse esforço de reconstrução teórica, tem emergido no campo novos objetos de conhecimento e de intervenção, como por exemplo, os casos da comunicação social em saúde e da vigilância em saúde. Nesse aspecto, cabe referir o desenvolvimento científico e tecnológico do campo mediante importantes contribuições nas áreas de Epidemiologia Social, Políticas e Práticas de Saúde, Planificação em Saúde e Epistemologia e Metodologia em Saúde. Nessa perspectiva, a saúde coletiva pode ser considerada como um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde.

Atualmente a Saúde Coletiva saiu da exclusividade dos cursos de pós-graduação, podendo ser encontrada em algumas universidades do Brasil como um curso de graduação. O campo atua nos mais diferentes aspectos da saúde, incorporando os saberes da Saúde Pública, porém avança nos debates para além dos discursos biológicos e medicalizantes, preparando os sanitaristas para atuarem

nos mais diversos campos, desde a epidemiologia até a gestão dos sistemas de saúde.

Segundo Paim (2014) a Saúde Coletiva instituiu-se, consolidando espaço específico e autônomo e como tal, vive em contínuo processo de reafirma-se socialmente. Os sanitaristas cada vez mais buscam mostrar sua relevância na atuação profissional na área da saúde, buscando disseminar para o conhecimento populacional a atuação dos profissionais da Saúde Coletiva.

No campo da Saúde Coletiva, tais debates podem traçar estratégias mais efetivas para a questão da gravidez na adolescência, seja no âmbito da melhoria da gestão (formulação de campanhas e monitoramento) ou da assistência na APS (Atenção Primária à Saúde). É possível recriar estratégias de comunicação e prevenção nas comunidades através de um trabalho coletivo e multidisciplinar.

O presente estudo contribui para o campo da saúde e estudos de gênero, sendo de extrema importância articular temas que reflitam as políticas públicas vigentes no âmbito da Saúde Pública, a fim de formular campanhas, planos estratégicos e intervenções que sejam condizentes com a realidade da população.

Os estudos de gênero e saúde permitem pensar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e suas possibilidades de aplicação no SUS, seja na atenção primária, secundária ou terciária de saúde.

### **2.3 Descrições da pesquisa**

A presente pesquisa se trata de uma análise de conteúdo, que segundo Bardin (1977) pode ser caracterizada como:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A metodologia de análise de conteúdo se baseia nas seguintes fases: (a) pré-análise, nesta fase é elaborado o *corpus* da pesquisa. “O corpus é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (BARDIN, 1977, p. 96) ; (b) exploração do material, onde “Os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos (falantes) e válidos” (BARDIN,

1977, p. 101) e (c) tratamento dos resultados, inferência e a interpretação, que consiste em transformar interpretar os dados coletados.

A pesquisa se configura como um estudo de abordagem qualitativa de cunho descritivo (detalhamento de informações ou fenômenos). No primeiro momento será demonstrada informações quantitativas sobre raça/cor e renda das participantes do estudo, além de apresentar dados sobre nascidos vivos retirados do SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos), dos últimos cinco anos, no território do Itapoã-DF.

No segundo momento será realizado análise de conteúdo temática por frequência segundo Bardin, a partir das falas das adolescentes participantes do estudo, a fim de captar a percepção das gestantes acerca da gestação.

A pesquisa qualitativa tende a salientar os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, para apreender a totalidade no contexto daqueles que estão vivenciando ou vivenciaram o fenômeno (Gerhardt, 2009, p.33). Sendo assim de extrema relevância captar como o tema da gestação na adolescência é percebido pelas adolescentes. A amostra conteve três gestantes que cumpriram os requisitos propostos e as entrevistas tiveram seu início em Setembro de 2023.

Se adotou como critério de inclusão ser adolescente gestante residente do Itapoã-DF, ter idade entre 12 à 19 anos e estar gestando no ano de 2023, este espaço temporal foi escolhido com a proposta de uma maior atualidade do estudo. Como critério de exclusão adotou-se a premissa gestantes que possuem gravidez de alto risco, gestação acima de 38 semanas e menores de idade que os pais ou responsáveis não autorizaram a participação.

#### **2.4 Caminhos metodológicos**

A coleta de dados foi realizada na cidade do Itapoã-DF. Foi realizado preenchimento de um questionário sociodemográfico das participantes, com o objetivo de caracterizar as participantes do estudo no que tange raça/cor, escolaridade, renda e outros aspectos...

Para além do questionário foi aplicado uma entrevista semiestruturada com perguntas referentes às suas vivências de gestação e conhecimentos dos métodos contraceptivos e os motivos que as levaram a engravidar, realizada com o auxílio de

um gravador de voz.

Os dados do questionário sociodemográfico foram tabulados e analisados com o auxílio da ferramenta *Planilhas Google* e as entrevistas foram transcritas com o auxílio da ferramenta *Transkriptor*, que permitiu uma maior descrição das falas das participantes do estudo.

A análise do material se deu a partir de três fases: pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos dados, utilizando-se da técnica de análise de conteúdo temática por frequência (Bardin, 2011). A separação metodológica foi feita segundo a tabela a seguir:

**Tabela 1. Fases da análise temática por frequência.**

Fase	Processo
Pré análise	Leitura das entrevistas realizadas.
Codificação	Atribuição de códigos aos trechos relevantes.
Categorização	Agrupamento dos códigos em categorias
Análise do resultados	Construção de diagrama para apresentação das categorias.

Na primeira fase foi realizada leitura minuciosa das entrevistas. Na fase seguinte foi realizada a codificação das palavras e frases presentes no conteúdo das entrevistas com a finalidade de agrupar os códigos em categorias.

Na fase de análise, tratamento e interpretação dos dados foi realizada análise das seguintes categorias: Gestação e vida sexual; Gestação e métodos contraceptivos; Gestação e vida familiar; Gestação e realização feminina e Gestação atendimento no setor saúde.

## **2.5 Caminho ético**

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB (CEP/FS).

As entrevistas ocorreram na residência das adolescentes, com duração média de 20 a 25 minutos, não gerando nenhum tipo de custo financeiro para as participantes. As questões foram formuladas de modo a minimizar qualquer dano emocional proveniente da entrevista.

A pesquisa conteve assinatura de TCLE (Termo de consentimento livre e esclarecido) para as gestantes que completaram a maioria e para os pais das menores. Além deste, houve a aplicação de TALE (Termo de assentimento livre e esclarecido) para as participantes que ainda não possuem dezoito anos completos. Foi concedido uso de voz e gravação através dos termos preconizados pelo CEP.

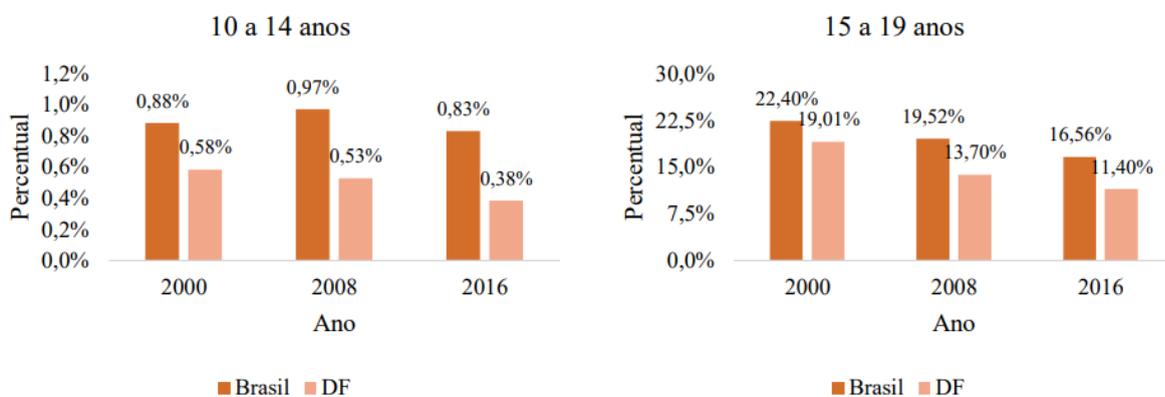
---

### 3.0 Resultados e discussão.

#### 3.1 Caracterização da gravidez na adolescência no DF e Itapoã.

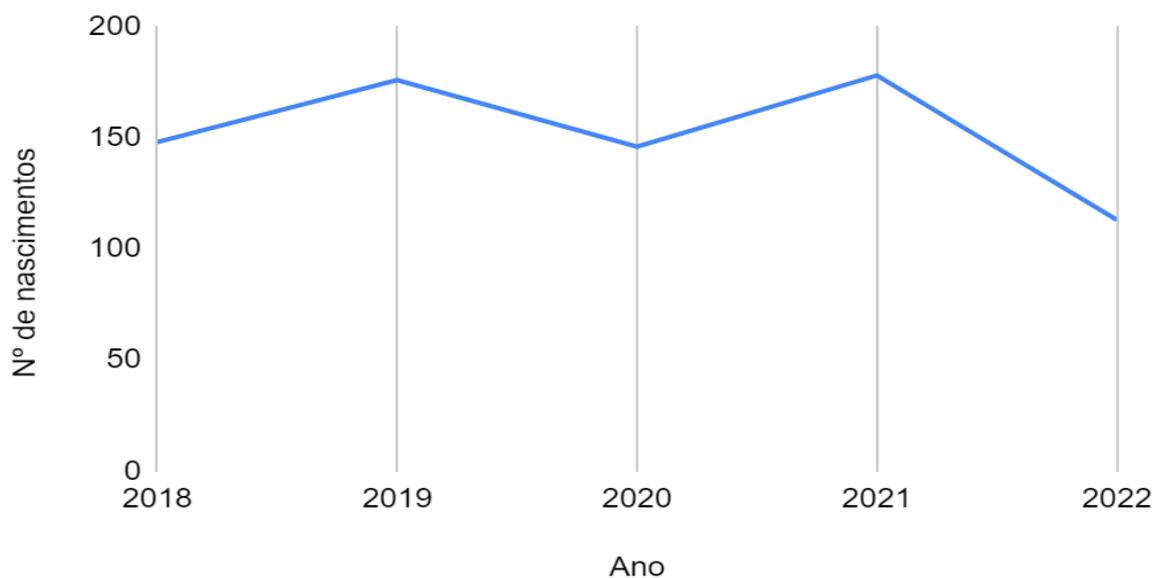
Segundo estudo da CODEPLAN (2021), o DF apresentou uma quantidade de nascimentos de mães adolescentes inferior ao volume do Brasil. É possível notar uma queda gradual de nascimentos desde os anos 2000 até os anos de 2016, como demonstra o gráfico abaixo:

**Gráfico 1** - Participação relativa de nascimentos de mães de 10 a 14 e 15 a 19 anos no Distrito Federal e Brasil - 2000, 2008 e 2016.



Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), 1999-2017  
Elaboração: DIPOS/Codeplan.

**Gráfico 2** - Evolução dos nascimentos para o Itapoã, DF - 2018 a 2022.

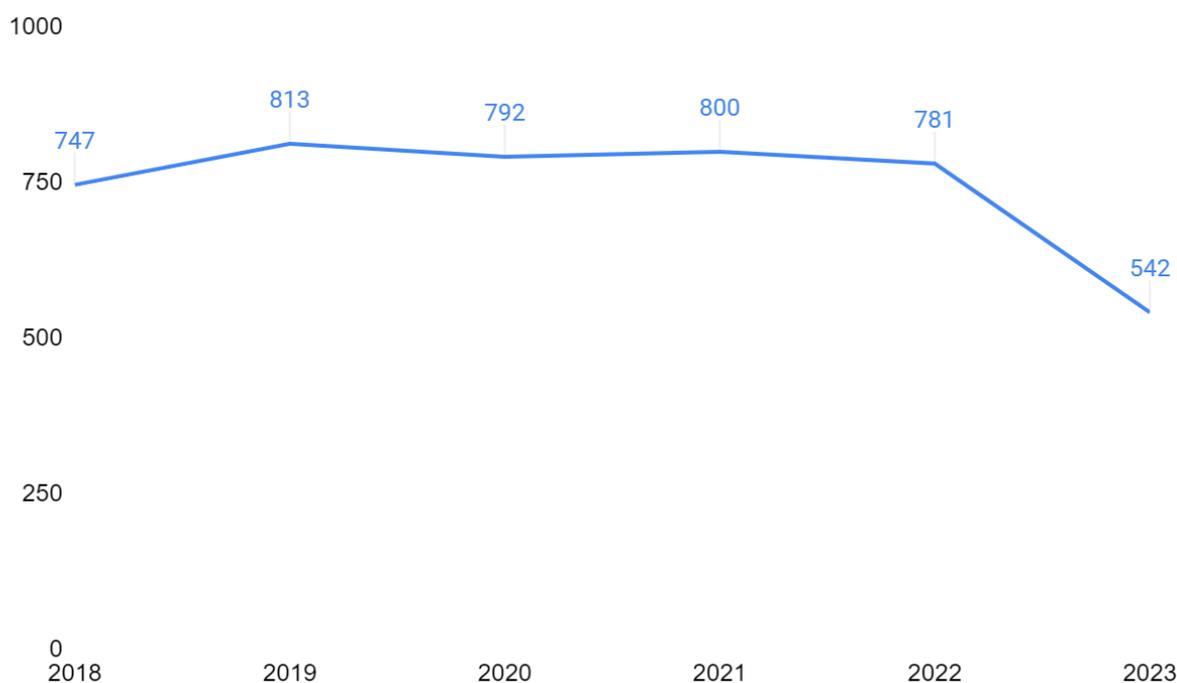


Fonte: Infosaúde, 2023, elaboração própria.

O gráfico 2 mostra a evolução dos nascimentos de mães entre 10 a 19 anos, na Região Administrativa do Itapoã. O ano que apresenta maior número de nascimentos é o ano de 2019 com 176 nascimentos, seguido do ano de 2018 com 148 novos nascimentos. O menor número de nascimentos é no ano de 2022 com 113 nascidos vivos. Apesar da queda, ainda não há uma baixa significativa no número de nascimentos.

Segundo a Sala de Situação do portal InfoSaúde, que tem por base os dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos no ano de 2023, a RA do Itapoã registrou 542 novos nascimentos até o mês de Setembro. Isso demonstra uma queda no número de gestações, o que ainda pode mudar conforme a somatória dos próximos meses, tais números são demonstrados no gráfico abaixo:

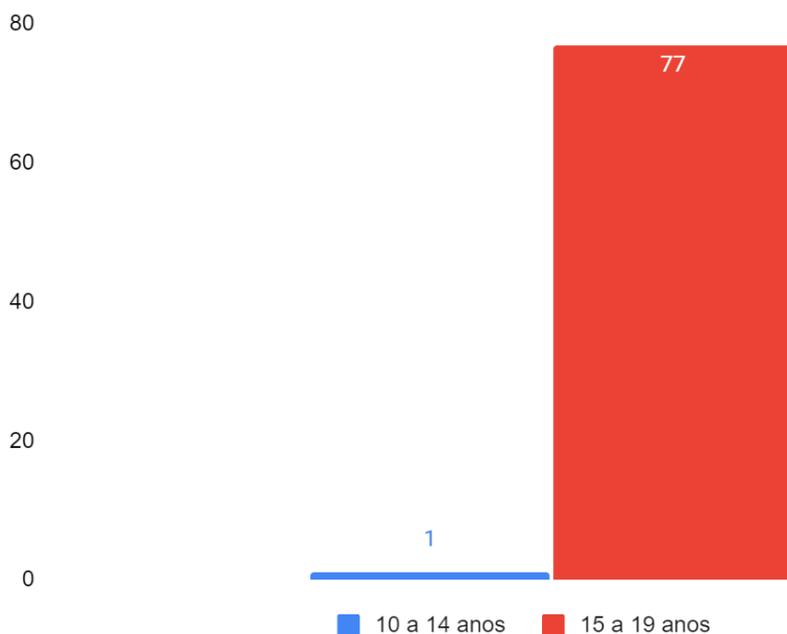
**Gráfico 3** - Número de Nascidos Vivos por ano na Região Administrativa do Itapoã nos últimos cinco anos.



Fonte: Portal InfoSaúde; elaboração própria.

As adolescentes contribuem com 78 dos 542 nascimentos no Itapoã no ano de 2023, conforme demonstra o gráfico abaixo:

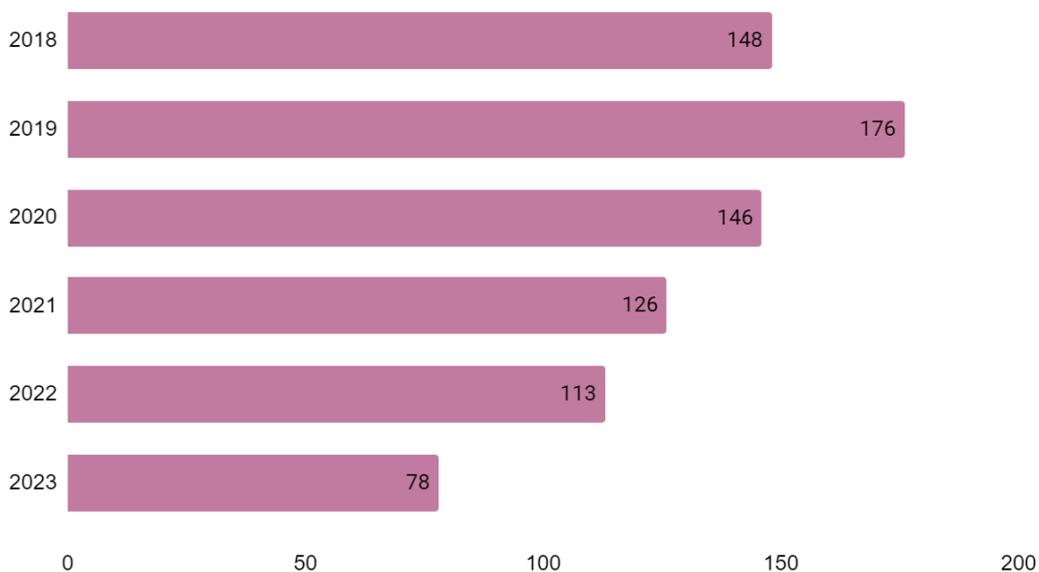
**Gráfico 4** - Número de Nascidos Vivos por Faixa Etária da Mãe.



Fonte: Portal InfoSaúde, elaboração própria.

Do ano de 2018 até o mês de Setembro do ano de 2023 podemos notar uma queda gradativa no número de gestações na faixa etária de 10 aos 19 anos conforme demonstrado no gráfico a seguir:

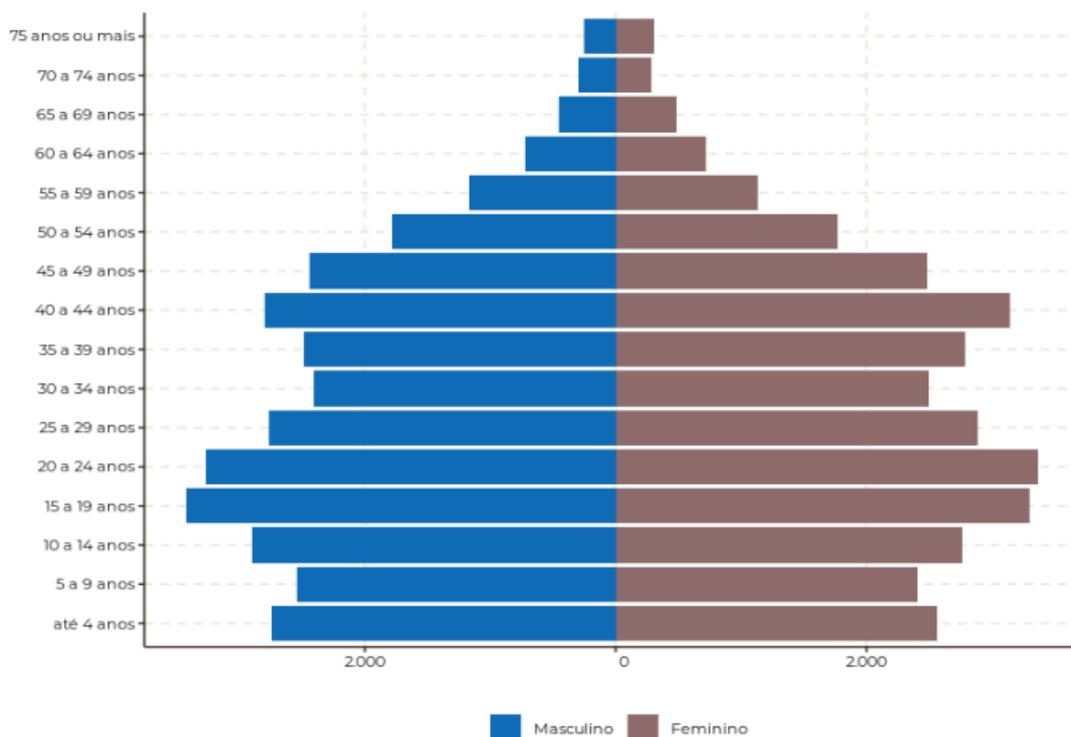
**Gráfico 5** - Distribuição de nascimentos por mães adolescentes no período de Janeiro de 2018 à Setembro de 2023, Itapoã - DF.



Fonte: Portal InfoSaúde, elaboração própria.

Segundo estudo de Projeção Populacional para as Regiões Administrativas do DF (CODEPLAN,2022) o Itapoã terá um crescimento populacional acelerado, pela criação do Itapoã Parque. A cidade passará de 64.747 habitantes (Censo de 2020) para 114.956 em 2030, um aumento de 77,5%.

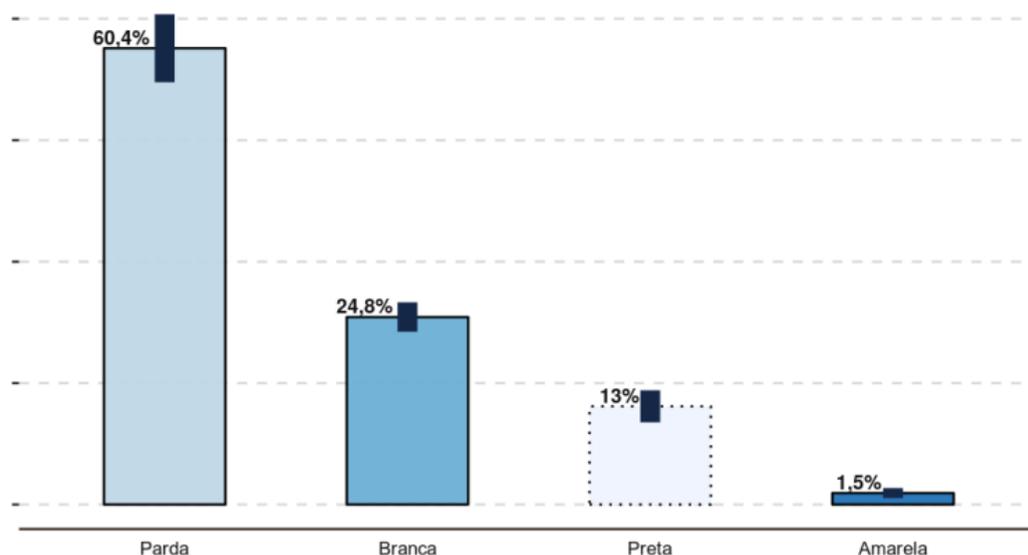
**Gráfico 6** - Distribuição de da população por faixas de idade e sexo, Itapoã, 2018.



Fonte: CODEPLAN/DIEPS/GEREPS/PDAD 2021.

A Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) do ano de 2018 mostra que no que concerne sobre raça/cor a maioria da população do Itapoã se declara pertencente a cor parda, conforme pode-se observar no gráfico abaixo:

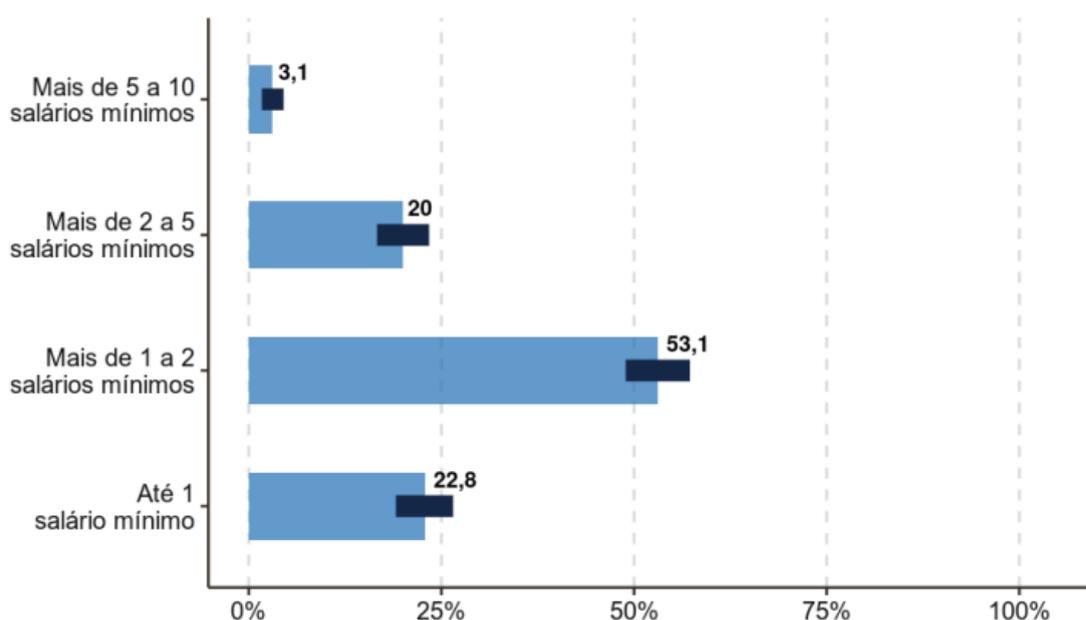
**Gráfico 7** - Distribuição da população por raça/cor da pele, Itapoã, Distrito Federal, 2018.



Fonte: Codeplan/DIEPS/GEREPS/PDAD 2018.

Ainda segundo PDAD (2018) mais de 50% da população do Itapoã ganha mais de um a dois salários mínimos, conforme podemos observar no gráfico abaixo:

**Gráfico 8** - Média salarial da população do Itapoã no ano de 2018.



Fonte: Codeplan/DIEPS/GEREPS/PDAD 2018.

### **3.2 Caracterização das participantes do estudo**

O estudo foi composto por três adolescentes com idade entre 14 a 19 anos, sendo previamente acordado com as mesmas que seus nomes seriam mantidos em sigilo. Desta maneira, iremos identificá-las com pseudônimos. A primeira participante será chamada de Mari, a segunda de Júlia e a terceira de Carla. Com as respostas do questionário aplicado nas participantes, podemos traçar os seguintes perfis:

A Mari possui 16 anos, a Júlia possui 19 e a Carla possui 14 anos. Com relação à religiosidade, as duas primeiras se declaram cristãs sem nenhuma religião definida, enquanto a Carla se declara de religião evangélica. Com relação à raça/cor, a Mari se declarou da cor branca; Júlia da cor parda e a Carla de cor preta. Com relação a sexualidade, Mari se declarou bissexual enquanto as outras duas participantes se consideram heterossexuais.

No que concerne à escolaridade, a Mari está cursando o nível médio; Júlia possui o nível médio completo e Carla o ensino fundamental completo. As três participantes do estudo não possuem trabalho. As três participantes declararam possuir renda de até um salário mínimo no âmbito familiar. Com relação ao número de moradores em sua residência, Mari e Júlia moram em uma casa que totaliza sete moradores, enquanto Carla vive em uma residência com quatro pessoas, todas ainda moram na casa de seus pais, porém possuem pretensão de morar com seus parceiros após o nascimento de seus filhos.

### **3.3 Codificação das categorias de análise.**

As percepções das adolescentes sobre sua vivência de gestação foram separadas em seis categorias analíticas: Gestação e Vida Sexual ; Gestação e métodos contraceptivos; Gestação e vida escolar ; Gestação e vida familiar; Gestação e realização feminina e Gestação e situações de exclusão. Diante dessa divisão, as categoria empíricas foram distribuídas conforme tabela abaixo:

**Tabela 2. Códigos de análise a partir da percepção das adolescentes sobre seus processos de gestação.**

Categoria	Códigos de análise e frequência de aparição
-----------	---

Gestação e vida sexual	Gestação no primeiro namoro (3); Relacionamento com parceiros mais velhos (3)
Gestação e métodos contraceptivos	Gravidez não planejada (3) Fácil acesso aos métodos contraceptivos (3) Não utilização de métodos contraceptivos (1) Gravidez ocorreu com utilização de métodos (2)
Gestação e vida escolar	Exclusão de atividades escolares (1) Interrupção da vida estudantil (1)
Gestação e vida familiar	Liberdade de conversa com figura materna (2) Falta de diálogo sobre vida sexual com os pais (1) Aborto sugerido por algum familiar (1)
Gestação e realização feminina	Capacidade de gerar uma vida como ponto positivo (2) Realização feminina pela maternidade (2)
Gestação e atendimento no setor saúde.	Piadas por parte dos profissionais de saúde (1)

### 3.4 Gestação e vida sexual

Esta categoria discorre sobre quando a gestação ocorreu na vida das gestantes, se aconteceu em um sexo casual ou se já possuíam relacionamento fixo com seus parceiros. Além disso, esta categoria aborda a diferença de idade entre as gestantes e seus companheiros.

O primeiro quesito a ser notado na fala das três participantes das entrevistas é o fato da gestação ter ocorrido no primeiro namoro. Todas as participantes estavam em um relacionamento fixo com os parceiros dos quais vieram a ter uma gestação. Em concordância com os estudos de Borges (2007) que mostram que o namoro está fortemente associado ao início da vida sexual na adolescência, sobretudo por ser o relacionamento afetivo e amoroso mais típico da adolescência, assim como o “ficar”.

Resultados de um estudo realizado por Heilborn (2003) apontou que, a gravidez na adolescência não foi constatada entre as mulheres que só “ficaram” com alguém, sendo, além disso, mais frequente entre aquelas que declararam ter apenas namorado.

Segundo dados do MS (2021), a média de idade da primeira relação sexual no Brasil é de 14,9 anos, sendo que as mulheres iniciam mais tardiamente do que os homens (Barbosa e Koyama, 2008). A Mari e a Júlia tinham seus namoros consentidos pela sua mãe, enquanto a Carla relata que namorava escondido desde

os treze anos de idade. A gestante relatou esperar os momentos que sua mãe estivesse fora de casa para poder sair escondido e vivenciar suas experiências amorosas.

Os dados encontrados também dialogam com os estudos feitos por Heilborn (2003) que apontam que 37,2% da amostra estudada se relacionava com homens mais velhos e 42,2% com homens muito mais velhos. O mesmo estudo aponta que a grande maioria de sua amostra engravidou fora de um relacionamento conjugal, ainda morando na casa de seus pais.

A autora ainda salienta em seus achados que chama a atenção entre as mulheres, a mais alta ocorrência de gravidez antes dos vinte anos quanto mais velho o parceiro da iniciação sexual, associação que não foi confirmada entre os homens. Todas as participantes se relacionam com parceiros mais velhos.

Porém, apesar da presença desses fatores, é importante salientar que o início da vida sexual e reprodutiva, assim como a diferença de idade entre os parceiros, não pode ser apontado como fator causal da gravidez na adolescência (Cabral, 2020):

Supor uma associação linear ou de causalidade direta entre o início da vida sexual e ocorrência de gestação imprevista é outro equívoco. Ela não apenas desconsidera as mediações e variáveis presentes no contexto de uma relação sexual e de uma possível gravidez, a exemplo, a violência entre pares, os meandros da contracepção, as negociações sexuais, as diferenças hierárquicas no âmbito do par conjugal, o consentimento sexual como dádiva, como também realça a perspectiva do sexo como “perigo”.

Muito mais importante do que a idade da iniciação sexual, ou dos relacionamentos, seja ele o “ficar” sem compromisso, ou o namoro, é o incentivo a educação sexual tanto nos ambientes escolares, quanto nos ambientes familiares, além da formulação de políticas públicas, que abram a possibilidade do diálogo sobre esses temas.

### **3.5 Gestação e métodos contraceptivos**

Esta categoria discorre sobre o planejamento da gestação, o acesso aos métodos contraceptivos e sua utilização e a ocorrência da gestação mesmo com a utilização de métodos.

Na fala das três participantes foi apontado o não planejamento da gestação. As participantes relataram as seguintes respostas quando questionadas se a sua gravidez foi planejada e se faziam uso de algum método contraceptivo:

Mari - “Não...É,injeção, acabei engravidando na troca...”

Júlia - “Não... Eu não esperava porque eu tinha DIU”

Apesar de não esperarem a gestação por utilizarem métodos contraceptivos, apenas a Carla relatou ter um sentimento ruim na descoberta da gestação. As outras duas participantes relataram que apesar de não terem planejado a gestação, tanto elas quanto seus parceiros, ficaram contentes com a gravidez.

Nessa perspectiva, (Fontoura & Pinheiro, 2009) apontam que:

É preciso considerar que a gravidez nem sempre é indesejada. Pelo contrário, pesquisas qualitativas apontam que muitas vezes tanto a moça quanto o rapaz planejam a gravidez, ou, pelo menos, não se esforçam muito para evitá-la e ficam contentes quando esta é confirmada.

É importante que os profissionais de saúde estejam atentos no aconselhamento sobre métodos contraceptivos, que explicitem para as usuárias a importância de se utilizar mais de um método contraceptivo, combinação de preservativo com anticoncepcional oral por exemplo, pois caso um esteja sendo utilizado de forma incorreta, ainda tem um outro como modo de prevenção. Além da importância incontestável das caminhas na luta contra as IST's.

Ao serem questionadas se possuem fácil acesso aos métodos contraceptivos, todas afirmaram positivamente, com ressalva da Júlia que fez uma observação a respeito do tratamento dos profissionais nos serviços de saúde:

Júlia - “Depende, porque lá no posto, às vezes acho que quando as mulher não está de boa com a vida não quer atender ninguém. Mas lá no posto tem camisinha, tem, eles bota DIU, muito, muita das vezes lá. Elas não quer atender, não...”

O planejamento gestacional geralmente ocorre em mulheres mais velhas, assim como uma utilização mais consciente dos métodos contraceptivos. As adolescentes que estão na fase estudantil por muitas vezes ainda não entendem a importância de um planejamento familiar e sexual. Além disso, a literatura aponta uma forte relação do início da vida sexual e a gestação na adolescência. Dentre as participantes, apenas uma iniciou sua vida sexual acima dos dezoito anos de idade. Segundo Borges et al (2017):

No Brasil, o planejamento de gravidez ainda não é uma realidade para a maior parte das mulheres. Um estudo realizado em São Paulo mostrou que as mulheres que têm mais chances de realizar o planejamento são as mais velhas, que exercem trabalho remunerado e possuem maior intervalo de tempo entre a menarca e a primeira relação sexual. A ocorrência da primeira relação sexual antes dos 16 anos tem relação direta com o não planejamento de gravidez.

Diversos fatores podem influenciar que jovens não utilizem métodos contraceptivos, dentre eles, o medo e a vergonha de serem descobertas pela família, a falta de diálogo com os pais ou responsáveis, receio de procura dos métodos nos postos de saúde e farmácia, entre outros. Na fala das pesquisadas, foi apontado por duas gestantes uma boa liberdade para conversar sobre vida sexual com a figura materna e ausência deste tipo de conversa com a figura paterna. Já a terceira participante alegou não conversar sobre questões sexuais ou afetivas com ninguém de sua família, conforme podemos observar nos trechos abaixo:

Mari - “Sim, possuo liberdade de conversar com a minha mãe .”

Júlia - “ Não (sobre conversar com o pai), só com a minha mãe (risos).”

Carla - “Nem com a mãe, nem com o pai, nenhum dos dois.”

Quando questionadas a respeito da camisinha e seu uso, todas as participantes apontaram uma certa aversão do parceiro na utilização, sendo mencionado pela Júlia que eles (homens) não gostam de utilizar. De acordo com Baruffi (2004):

Um aspecto importante a ser considerado é a resistência não só por parte dos companheiros, mas também por parte das mulheres quanto ao uso do preservativo masculino, apesar da grande divulgação nos meios de comunicação sobre a sua importância com relação à prevenção de doenças e da gestação.

Isso fica ainda mais explícito na fala da Carla, que relata:

Carla - “Eu tomava o remédio, só que tomei o remédio de uma forma muito errada. Eu achava que eu só podia tomar depois de fazer alguma coisa... Na minha cabeça era daquele jeito e era isso. E eu passava muito mal e tinha a opção também dos preservativos. Só que na minha cabeça era uma coisa que estaria incomodando né? O meu marido, que ele não ia gostar, que ele ia achar ruim.”

Como é apontado por (Silva et al, 2017):

Muito embora o desejo de engravidar seja o principal motivo para não se proteger, o uso dos contraceptivos está submetido a outras condições, como, no caso do preservativo, disposição pessoal para utilizá-lo naquele momento e tê-lo consigo e determinação e/ou resistência no jogo que se instala entre parceiros para o convencimento da relação protegida ou não.

Essas falas apontam a importância das ações de educação em saúde para a população. Grande parte das gestações não planejadas no Brasil advêm do uso errôneo dos métodos contraceptivos. É de extrema relevância que os profissionais de saúde estejam aptos a explicar a funcionalidade de cada método e a forma correta de uso, respeitando a individualidade dos corpos. Não se pode presumir que

todas as mulheres já possuam informações o suficiente sobre os métodos, sendo necessário promover novas estratégias de fomentação de informação segura. Segundo (Dourado & Peloso, 2007):

Fica evidente, no discurso, a utilização de forma incorreta de métodos contraceptivos e também, de métodos não anticoncepcionais, como o coito interrompido. ... É possível afirmar que a gravidez para algumas mulheres foi acidental, entretanto previsível e intencional, pelo uso negligenciado do método contraceptivo.

É necessário abordagens que compreendam que para além das informações sobre contracepção, que são indispensáveis, também é preciso levar em consideração motivações pessoais das adolescentes no uso (ou não uso) de anticoncepcionais. Essa contextualização envolve forças dos mais diferentes setores, como educação, assistência social e saúde. Conforme aponta (Patias & Dias, 2014):

Apenas informações adequadas e corretas não são capazes de efetivar o comportamento contraceptivo dos adolescentes, as motivações pessoais possuem fortes contribuições para a maior ou menor utilização dos métodos contraceptivos. O gênero também pesa muito nessas escolhas, muitas adolescentes têm medo de ficar mal vistas diante dos olhos masculinos por exigirem a contracepção, aumentando sua vulnerabilidade à gravidez.

A partir da coleta da fala das gestantes, também é possível se discutir questões vinculadas aos papéis de gênero na vida reprodutiva e sexual. Mesmo tendo parceiros com idades superiores às suas, coube às gestantes o papel da prevenção da gravidez. O que corrobora com as discussões que pautam que é designado a mulher a preocupação com a prevenção tanto de uma gestação indesejada, quanto de possíveis IST's, quando ocorre uma gestação não planejada/indesejada, a gestante é julgada como uma mulher que não se preveniu o suficiente, que “engravidou por que quis” o que inviabiliza e tira totalmente a responsabilidade masculina na vida reprodutiva e sexual.

De acordo com (Minella, 2005):

É perceptível, a pouca ou nenhuma participação dos homens relatada pelas mulheres no processo de planejamento familiar. Isso pode ser interpretado com base na perspectiva de gênero, na medida em que práticas médicas, sobretudo a da reprodução, são consideradas pela sociedade como sendo papel da mulher, contrariando aspectos previstos inclusive pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em que o homem também é sujeito no processo sexual e na contracepção.

### **3.6 Gestação e vida escolar.**

Essa categoria discorre sobre a gestação e a vida escolar, abordando aspectos de exclusão das atividades escolares e interrupção da vida estudantil.

A gestação na adolescência pode desencadear diversas situações na vida social e familiar da gestante. Com a nova adaptação à rotina da gravidez, novos sintomas físicos e emocionais, além de sentimentos como vergonha ou exclusão de grupos de amigos e convívios sociais, a vida escolar pode ser afetada de forma negativa. Segundo Santos e Pazello (2012) a gravidez na adolescência diminui a probabilidade da adolescente continuar na escola em 19,4 pontos percentuais, o que impacta diretamente em seus futuros profissionais.

Com relação a sua vida escolar e profissional as gestantes relatam os seguintes desejos:

Mari - “Eu pretendo terminar o ensino médio, e fazer uma faculdade de engenharia civil e ser arquiteta.”

Júlia - “ Depois da gravidez, eu quero voltar a trabalhar, quero voltar a trabalhar [...] Eu tinha vontade de fazer faculdade, não sei agora. Eu tinha vontade de fazer gastronomia”

É possível notar a partir da fala da Mari, que sim, os números apontam para uma grande evasão escolar das adolescentes gestantes, mas elas não deixam de possuir objetivos e projetos futuros para suas próprias vidas, é necessário que as políticas e programas em saúde e educação propiciem para essas jovens uma possibilidade de futuro para além da maternidade. Ofertando espaços públicos como creches, bolsas em universidades, programas de educação a distância para quando estiverem de licença a maternidade, entre outras iniciativas.

A Carla relata que abandonou os estudos de forma temporária após viver algumas situações dentro da escola, porém pretende retornar e fazer um supletivo para concluir o ensino médio, como podemos observar nas falas abaixo:

Carla - “É na escola, tinha algumas atividades que as meninas iam fazer que eu não poderia. Por exemplo, eu era líder da escola. Como é que fala? Representante ! Representante da sala. Quando eu cheguei, eu falei pra professora que eu estava grávida, foi uma das primeiras coisas que ela me tirou foi disso. Eu fiquei muito triste, eu gostava disso, de liderar e tal, e ela me tirou, falou que eu não podia, que não era legal e não sei o quê. E foi isso. Ela falou do jeito dela, que no meu entender, é como se eu fosse um mau exemplo para o resto da da sala.[...] E quando ela falou isso, depois desse dia, eu nunca mais eu voltei”.

A tentativa de colocar a mãe adolescente como exemplo a não ser seguido pelos demais alunos favorece a evasão escolar desta e demonstra que a escola

pode ser um risco para jovens gestantes (Cerqueira-Santos, Paludo, Schirò, & Koller, 2010).

A escola é um espaço que como qualquer outro irá reproduzir a cultura social na qual está inserida, de forma direta ou indireta. Ela pode ser precursora de estigmas, preconceitos ou situações de exclusão. Quando se trata de uma perspectiva de gênero, mesmo que a educação sexual seja em tese para todos, o papel da contracepção é concebido às mulheres.

Quando ocorre a gestação, dentro dos espaços escolares, quem sofre as retaliações sociais majoritariamente são as pessoas do gênero feminino, que são retiradas de atividades típicas de sua idade e a partir do sentimento de exclusão, podem abandonar definitivamente as atividades escolares. De acordo com (Silva e Tonete, 2006) dentre os fatores que determinam a saída da adolescente da escola antes do nascimento do filho estão o constrangimento e as pressões de diretores, professores, colegas e pais de colegas.

A partir da fala da Carla, podemos discutir o papel do estigma da gestação na adolescência dentro do ambiente escolar. Segundo Hall (1997) o estigma se refere a sinais corporais, uma espécie de marca negativa para aqueles que não condizem com os padrões de “normalidade”. Esses sinais, ou marcas corporais, têm a capacidade de determinar o que é anormal, impuro, estranho ou indigno.

O corpo é marcado por diversos destes “sinais” e no caso do corpo feminino a marca mais evidente é a mudança do tamanho da barriga, que pode ser visto tanto pelas colegas de classe, como pelos professores, como um sinal de mau exemplo a ser seguido, de alteração da normalidade, gerando exclusão.

Como aponta (Da Silva et al, 2005):

A impressão do estigma depende da visibilidade e do conhecimento do "defeito". A partir dessa confirmação, o sujeito torna-se desacreditado em suas potencialidades, passando a ser identificado não mais pelo seu caráter individual, mas de acordo com a sua marca, destruindo-se a visibilidade das outras esferas de sua subjetividade.

O corpo feminino em idade adulta gestante é visto como algo natural, divino e esperado. Já no período da adolescência é visto por muitos como algo impuro e libertino. Aos adolescentes que se tornam pais não é caracterizado o mesmo tipo de cobrança ou julgamento, por muitas vezes a situação é levada apenas como um “descuido” ou como demonstração de virilidade.

Neste contexto a escola deixa de ser um ambiente puramente de ensino e

passa a ser um ambiente que perpetua marginalizações sociais, reproduzindo os estigmas sociais que existem fora de seus muros e aumentando as iniquidades, neste caso em específico a iniquidade de gênero.

Essa perspectiva corrobora com os achados de (Quaresma da Silva, 2016) que aponta:

A adolescente que, por diversas razões, continua com a gravidez não está precisamente o mais próximo do ideal de feminilidade que foi construído para essa etapa da vida, inclusive nem sequer nos casos de uma gravidez adolescente planejada e desejada. A adolescente grávida, de maneira geral, começa a confrontar as expectativas em torno do seu gênero para essa fase da vida e a vivenciar situações de evidente exclusão e afastamento da escola, sendo que são sutilmente “convidadas” a permanecerem em casa para ficarem mais “protegidas” ou simplesmente somem do espaço escolar.

A desestimulação das gestantes no período escolar e a falta de políticas que incentivem a continuidade do estudo dessas jovens, principalmente as jovens de baixa renda, impacta diretamente na perpetuação de vulnerabilidades e ciclo de pobreza. Além de minar futuros planos estudantis e profissionais que essas jovens possam ter, pois além de terem uma nova vida para cuidar (pois o papel do cuidado é majoritariamente feminino), ainda não possuem rede de apoio o suficiente para conciliar todas as novas responsabilidades.

### **3.7 Gestação e vida familiar.**

Dentre as participantes, a Mari e a Júlia relataram possuir liberdade para conversar sobre questões sexuais com sua figura materna. Quando questionadas se tiveram orientações após a primeira menstruação, sobre como se prevenir de doenças sexualmente transmissíveis e de uma possível gestação, afirmaram que receberam tais instruções, mas que não possuíam essa liberdade de conversa com a figura paterna.

Esse conforto em conversar com a figura materna sobre questões sexuais corrobora com Santos *et al* (2016) que aponta que:

O diálogo sobre sexualidade, quando existente na família, normalmente é feito com a mãe, sendo que o comportamento do pai e dos irmãos mais velhos se restringem a vigilância e controle das relações afetivo-sexuais das jovens.

A mãe da Mari se sentiu à vontade em participar da pesquisa e relatou que também engravidou na adolescência, aos dezesseis anos, e como seus pais tiveram uma postura hostil, ela não queria que suas filhas passassem pelo mesmo, como relata na fala abaixo:

Mãe da Mari - “ Assim, é como eu já passei por essa experiência. Então eu sei que é complicado a vista dos pais, né? Que os pais, geralmente o pai não entende, briga, eles discute, a mãe também fala, você acabou com sua vida, aquela coisa toda, minha mãe mesmo falou para mim. Minha mãe falou que eu tinha é perdido a minha adolescência para cuidar de uma criança [...] Aí eu falei não. Se a senhora pensa assim, então, eu não posso fazer nada. Infelizmente, é uma coisa que aconteceu, que veio foi inesperada. E desse modo que ela interpretou comigo, eu falei, eu não vou fazer igual.”

A fala desta mãe corrobora com os achados de (Santos et al, 2016) que aponta que:

Quanto à aceitação e percepção da gestação por parte dos familiares, estudos apontam que a aceitação pode ser motivada, principalmente pela familiaridade com gestação precoce na família e pela crença na impotência em prevenção na gravidez.

Quando questionada se pensava que de alguma forma a gravidez na adolescência atrapalhou sua vida e seus projetos futuros, ela disse que não:

Mãe da Mari - “Não...Para mim é tranquilo, tranquilo.”

Apesar de a literatura apontar uma maior chance de gravidez na adolescência quando há gestações na juventude anteriores na família, nem sempre essa situação é lida como empecilho ou como complicador de planos futuros pelas gestantes e seus familiares, muitas das vezes pertencendo a um projeto de vida natural.

Enquanto as duas primeiras participantes relataram possuir um bom diálogo com sua mãe sobre sexualidade e questões contraceptivas, Carla relatou não possuir nenhum tipo de liberdade para conversar sobre tal assunto, seja com a figura paterna ou figura materna.

Segundo Da Silva *et al* (2005):

Famílias acreditam que não falar sobre sexualidade é melhor porque pensam que agindo assim não despertam a curiosidade sexual, mas na verdade as/os adolescentes escutam e olham todo tipo de mensagens sobre sexualidade que na maioria das vezes são falsos ou contraditórios e estão circulando na internet, televisão, periódicos e nas conversas com colegas.

A Carla relatou possuir informações sobre sexualidade e temas afins com os conteúdos aprendidos na escola e que aproveitava de momentos em que a mãe não estava em casa para poder namorar. Quando descobriu sua gravidez, seus pais não gostaram nem um pouco da situação, segundo relata em sua fala:

Carla - “A preocupação, na verdade, eu acho, eu senti que a preocupação deles não era com o que estava acontecendo comigo ou o que eu poderia dar no

bebê. O que eu posso oferecer para criança... Mas vergonha do que os outros poderiam falar.”

Quando questionada se as mulheres de sua família costumavam engravidar cedo, a participante respondeu que não, que ela seria a primeira a engravidar com essa idade, o que pode ser agravante da vergonha familiar. Além disso a participante relatou uma reação extremamente ruim por parte da figura paterna, que parou de falar com a mesma e chegou a sugerir um aborto. Apesar da objeção do seu pai a gestação, os familiares de seu parceiro a apoiaram a levar a gravidez adiante, não permitindo a opção do aborto.

De acordo com (Lima et al, 2004):

As reações da família diante da adolescente grávida tendem a ser contraditórias, sendo comum a sobreposição dos sentimentos de revolta, abandono e aceitação do "inevitável". No início, a rejeição à gravidez e o constrangimento podem levar a família a tomar atitudes radicais, tais como, expulsar a adolescente de casa, induzir ou forçar o aborto e impor responsabilidades, exigindo o casamento ou a união estável e a assunção da maternidade.

A reação familiar frente a descoberta da gestação na adolescência pode ter muitas faces, mas tende a harmonização após o choque inicial. Para alguns o aborto se apresenta como uma escapatória de uma situação indesejável, para outros é inconcebível que mesmo tão jovem a adolescente realize um aborto, seja por questões religiosas ou morais.

### **3.8 Gestação e realização feminina.**

Gestar é visto socialmente como um processo natural e esperado para o corpo feminino, a concepção de poder gerar uma nova vida é algo divino e especial. Mesmo quando isso ocorre em um momento inesperado ou de forma não planejada, as gestantes apontam que é bom poder gerar uma nova vida, como podemos notar nas falas abaixo:

Mari - “É... ponto positivo, tem vários. Só que o que eu mais quero enfatizar é que você tem uma sensação de de, de que você está fazendo uma vida [...] sensação de conforto de que ela vai precisar de você e que você sempre vai estar lá pra ela.”

Júlia - “Ah, o sentimento, amor [...] E eu estou gerando uma vida, é bom eu ficar deitada e ele se mexer, (a entrevistada chorou de emoção) é muito lindo.”

Carla - “O sentimento de mudar só porque está gerando uma vida é um sentimento bom. Eu acho que independente da idade, você saber que tem alguém

ali dentro de você, que depende de você e isso é bom.”

Essa percepção de gerar uma nova vida como algo positivo e especial, faz com que a gestante sinta uma espécie de empoderamento pela capacidade reprodutiva, o que marca uma transição da vida infantil para a vida adulta, trazendo a tona a necessidade repentina de amadurecimento, pois como é apontado em suas falas, agora há um novo ser que depende totalmente delas. A necessidade expressa de amadurecer, diante da uma gestação, pode ser a significação encontrada pelas adolescentes para o ingresso em responsabilidades que até então não acreditavam estar preparadas para assumir (Heilborn *et al.*, 2002)

Além disto a Maria e a Júlia relataram se sentirem mais responsáveis e motivadas pela gestação, como apontado nas falas:

Mari - “Eu sempre me senti motivada a ter uma liberdade financeira. Mas nunca, nunca tão forte quanto eu tô sem querer agora. Em relação a dinheiro ! [...] Hum, eu só quero ter, ter uma liberdade financeira para poder ajudar minha mãe e poder construir o meu futuro.”

Júlia - “Meu sonho é crescer na vida, dar de tudo para os meus filhos.”

A ideia de uma nova mentalidade mais madura por parte das gestantes também aparece nos estudos de (Santos *et al.*, 2016) que demonstra que o amadurecimento proporcionado pela gestação e a responsabilidade pela criança que está para nascer foram mudanças citadas por várias gestantes.

Com a exceção da Júlia que já mora com seu parceiro, as outras duas participantes pretendem morar com os seus companheiros após o nascimento do filho, o que não muda a percepção das mesmas de uma busca por liberdade financeira ou melhorias para suas vidas, com exceção da Carla, as outras participantes em nenhum momento mencionaram a gestação como um problema ou como decepção.

### **3.9 Gestação e atendimento no setor saúde.**

A problemática da diferenciação no atendimento do pré-natal foi relatada por uma gestante, que apontou ouvir algumas piadas em momentos como o ultrassom, como podemos ver no relato a seguir:

Carla - “Então eu fui bem atendida algumas vezes, tinha algumas, umas conversas que era meio que piadinha, sabe? É nossa ! Que estou nova, que era para estar brincando de boneca, e agora vou ter uma boneca para brincar. Que eu

tenho tanta coisa pra viver. Eu pensei que eu iria morrer. Já falei, meu Deus, essas coisas, mas...Eu fui bem atendida no geral... Tirando algumas certas piadinhas que escutava aqui ou ali. Na hora de fazer ecografia é um tormento. Eu morro de vergonha. Tirar a roupa na frente do médico, minha mãe quer entrar, né? Por eu ser de menor, e eles sempre falavam agora a mãe quer entrar, mas com certeza na hora de fazer não chamou a mãe, sabe, são, foram coisas que vou guardar pelo resto da vida.”

Segundo estudo feito por Shaw (2009) a maior inadequação do pré-natal se encontra entre as adolescentes pretas e pobres, evidenciando a desvantagem social que elas enfrentam e a forma como enxergam a assistência que receberam. Este grupo além de sofrer maior discriminação, tem maior probabilidade de sofrer violência obstétrica.

Se faz necessário que os serviços de saúde propiciem uma relação de confiança entre as usuárias e os profissionais, a fim de amenizar as barreiras psicossociais que as adolescentes apresentam. O pré-natal é crucial para o ciclo gravídico, captando possíveis complicações e assegurando um bom desenvolvimento na gestação. Situações que causem desconforto ou constrangimento nas adolescentes gestantes, é um forte fator para que as mesmas abandonem o pré-natal, ou diminuam a quantidade de consultas.

De acordo com (Almeida, 2019):

Neste sentido, a relação de confiança entre os profissionais e a gestante adolescente pode configurar uma grande oportunidade de acesso destas aos serviços de pré-natal. São atitudes essenciais até mesmo para evitar uma próxima gravidez indesejada.

Com esta fala nota-se que por mais que os serviços tenham a proposta de serem neutros e inclusivos, as questões sociais permeiam os atendimentos profissionais, assim como no âmbito da saúde. O atendimento pode ser permeado por questões patriarcais, sexistas, misóginas e machistas. Que de alguma forma tentam diminuir ou punir aquela adolescente por ter uma vida sexual ativa, ou por não ter se prevenido, isentando o papel masculino na contracepção.

Além disso, dentro dos serviços de saúde esse estigma etário pode prejudicar a busca pelo pré natal, já que as jovens sentem que recebem um tratamento diferenciado pelos profissionais. Nesta situação, as adolescentes são estigmatizadas, sendo vistas como uma barreira institucional, que gera o retardo a tomada de decisão das adolescentes e familiares em procurar o serviço para a

realização do pré-natal (Andrade *et al.* , 2022; Maranhão *et al.*,2018).

É necessário que os profissionais de saúde não generalizem a gestação na adolescência como um problema, pois além de ser um dificultador para compreender a dimensão do fenômeno, isto pode dificultar a qualidade do pré natal das gestantes e a procura pelos serviços de saúde. O serviço de saúde ainda é um lugar de discriminação e estigma para adolescentes, sendo um dos principais obstáculos na procura pelo serviço de saúde sexual e reprodutiva (Maranhão *et al.*,2018).

Os profissionais e formuladores de políticas públicas em saúde necessitam estar atentos a estas questões, contemplando esse fenômeno complexo sob as mais diversas perspectivas. Segundo Costa e Freitas (2021):

Se faz necessário analisar o contexto da gravidez precoce dentro de múltiplas realidades de classe, raça e gênero, para a partir daí retirar os fatores de risco que permeiam a reprodução na adolescência e elaborar uma série de medidas para a prevenção e conscientização sobre todos os aspectos de “ter um filho”.

Para além das categorias de análise formuladas no estudo, se fez necessário debater a noção da gestação na adolescência como um risco. O risco enquanto categoria objetiva carrega significações socioculturais que modificam seu significado e definem uma “epidemiologia do risco” (Berlivet, 2001). A principal questão da saúde pública torna-se a prevenção, que age sobre os “fatores de risco, estatística e epidemiologicamente estabelecidos” (Dozon; Fassin, 2001, p. 23).

Desta forma a noção de risco também permeia o atendimento materno infantil, adentrando os atendimentos no SUS, como aponta (Hobles, 2015):

Desse modo, as técnicas de regulação dos corpos e comportamentos mudam, no âmbito da saúde básica. Em algumas gestações, a atribuição do risco se traduz por um status, conferido à mulher, enquanto “mãe de risco”: espera-se dela uma série de comportamentos ligados a determinado papel materno.

O pré natal é permeado pela regulação do corpo gravídico, sendo um momento de responsabilização da gestante para com seu corpo e os possíveis riscos decorrentes. As baixas condições sociodemográficas em que as adolescentes estão inseridas em contextos de vulnerabilidade, é por si só um condicionante de risco. Dentro deste contexto de vulnerabilidade há uma visão de que as adolescentes oferecem riscos por seus relacionamentos “instáveis”, o que pode

culminar na rejeição da gravidez.

Desta forma é possível apreender que a gestação possui uma conotação negativa não apenas nos aspectos biológicos, onde o corpo adolescente é visto como impróprio para gestar, mas em aspectos sociais e psicológicos também, como aponta Heilborn (2006):

A figura da jovem grávida é construída pela superposição de imagens negativas: um corpo que não é adequado para a reprodução, a imaturidade psicológica, as más condições sociais estabelecidas como causas e/ou consequências da gravidez.

A inclusão das adolescentes no grupo de risco gestacional está estritamente ligado a questão do pressuposto da saúde pública que estabelece uma relação causal entre “gravidez na adolescência” e “mortalidade infantil” (Katz, 1999; Costamartins; Heilborn, 2006). Porém há uma discrepância nos riscos gestacionais no grupo de 10 à 14 anos e no grupo de 15 anos até os 19 anos. Em 2006, para meninas de 10 a 14 anos, a taxa de mortalidade neonatal chegou a 40%, enquanto entre as jovens de 15 a 19 anos ela foi de apenas 8,5%, taxa menor do que a observada em mulheres com mais de 20 anos (10,24%) (SIM; SINASC; DINAM; DVS).

O que traz à luz o questionamento se a noção do risco deve ser abarcada para toda a faixa etária adolescente, a idade entre quinze e dezenove anos apresenta questões mais diretamente relacionadas a aspectos sociais, psicológicos e culturais do que à questões de riscos biológicos na gestação. Tais discussões abre alas para novas formas de se pensar dentro do setor saúde, para além das classificações epidemiológicas, é preciso um olhar atento para os processos subjetivos, que atravesse o que já está posto sobre a gestação nessa fase da vida e que consiga emergir nas significações das adolescentes sobre o processo.

### **Considerações finais**

O presente estudo permitiu considerar que a gravidez na adolescência ainda é um tema extremamente complexo que não pode ser debatido sob uma ótica única.

Os achados mostram que para grande parte das entrevistadas a maternidade não se contrapõe aos seus projetos futuros, lhes servindo como um incentivo a mais para melhorar suas condições de vida e conseqüentemente propiciar um bom futuro para os filhos. Porém grande parte da amostra já possui processos educacionais ou profissionais interrompidos por conta da gestação, o que vai ao encontro com

estudos ecológicos nacionais que apontam a gestação na adolescência como fator facilitador de abandono da vida estudantil e complicador da vida profissional.

Este estudo corrobora com os estudos demográficos que dizem que a gravidez na adolescência têm maior incidência entre jovens pretas/pardas e pobres. Os marcadores de cor/raça e situação socioeconômica não apareceram na fala das gestantes de forma direta como dificultador de seus projetos de vida.

A longo prazo as adolescentes podem se sentir desestimuladas a retornarem para a vida estudantil, seja pela falta de rede de apoio no contexto familiar, ou pela falta de incentivo do Estado, que ainda carece em seus serviços de programas e políticas que estimulem e acolham de fato a continuidade nas escolas das adolescentes mães que desejam prosseguir com a vida escolar.

É de extrema relevância que os profissionais de saúde possam acatar a complexidade do tema, principalmente no que tange a educação dos jovens a respeito de uso correto dos métodos contraceptivos e orientação segura sobre sexualidade. Compreender que nem sempre a gravidez vai ser indesejada e propiciar momentos dentro das unidades de saúde para que os jovens e suas famílias possam obter informações seguras sobre o tema, é de extrema relevância para a efetivação das políticas públicas.

Nota-se também a relevância da articulação do setor da educação com a área da saúde, criando novas estratégias para que essas jovens não se sintam desestimuladas a continuar com suas vidas escolares. Os profissionais precisam estar aptos a lidar com esta realidade, tornando os ambientes inclusivos e esclarecedores.

É necessário que um fenômeno tão complexo em um país tão grande como o Brasil, seja compreendido de forma diversa, levando em consideração as particularidades dos diferentes contextos. Segundo (Ministério da Saúde, 1999):

A homogenização da “adolescente grávida”, em um país de grande heterogeneidade social e regional, traduz-se em um discurso moral e regulador que coloca as jovens mulheres como vítimas da própria ignorância ou inconsequência, resultando em políticas voltadas ao controle da “gravidez precoce”.

O presente estudo se limita na quantidade de jovens pesquisadas, abrindo portas para futuros estudos no âmbito da Saúde Coletiva e Região de Saúde Leste do Distrito Federal.

Sugerindo para futuras pesquisas aprofundamento nas categorias: Gestação e atendimento no setor saúde, Gestação e vida familiar e Gestação na Adolescência e métodos contraceptivos. Alegro-me no cumprimento dos objetivos alcançados por este trabalho, contribuindo para o campo da Saúde Coletiva e o fortalecimento dos profissionais sanitários.

### **Referências bibliográficas**

Almeida, M. da C. C., Aquino, E. M. L., & Barros, A. P. de. (2006). Trajetória escolar e gravidez na adolescência entre jovens de três capitais brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 1397–409. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000700005>

Almeida, A. H. do V. de., Gama, S. G. N. da., Costa, M. C. O., Viellas, E. F., Martinelli, K. G., & Leal, M. C. (2019). Economic and racial inequalities in the prenatal care of pregnant teenagers in Brazil, 2011-2012. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 19, 43–52. <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000100003>

ALMEIDA, André Henrique do Vale de et al. Desigualdades econômicas e raciais na assistência pré-natal de grávidas adolescentes, Brasil, 2011-2012. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 19, p. 43-52, 2019.

Amaya J, Borrero C, Ucrós S. Estudio analítico del resultado del embarazo em adolescentes y mujeres de 20 a 29 años en Bogotá. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2005;56(3):216-24.

Andrade, B. G. de., Assis, C. A. de., Lima, D. C. de M., Neves, L. A. da Silva, da Silva, R. C., Fracarolli, L. A., & Chiesa, A. M. (2022). Apoio social e resiliência: um olhar sobre a maternidade na adolescência. *Acta paul enferm*, 35, eAPE03341. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO03341>

Aquino, E. M., Heilborn, M. L., Knauth, D., Bozon, M., Almeida, M. D. C., Araújo, J., & Menezes, G. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. suppl 2 (2003): S377-S388.

Áries P. História Social da Criança e da Família. *Rio de Janeiro: Guanabara Koogan*, 1981.

Barbosa RM, Koyama MAH. Comportamento e práticas sexuais de homens e mulheres, Brasil 1998 e 2005. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(Suppl 1): 21-33.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

Bardin Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.

Baruffi LM. O cuidado cultural da mulher na gestação. *Passo Fundo*: Ed. da UPF; 2004.

BERLIVET, L. Déchiffrer la maladie. In: DOZON, J.P.; FASSIN, D. Critique de la santé publique. *Une approche anthropologique*. Paris: Ballan, 2001. p. 75-102.

BIRMAN, Joel. A physis da saúde coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 15, p. 11-16, 2005.

Birman,Joel. Tatuando o desamparo. In: *Cardoso, M.R. Adolescentes*. São Paulo: Escuta, 2006

Borges ALV, dos Santos OA, Nascimento NC, Chofakian CBN, Gomes-Sponholz FA. Preconception health behaviors associated with pregnancy planning status among Brazilian women. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet] 2016;50(2) [acesso em 06 nov 2023]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200005>.

BRANDÃO, E. R., 2003. Individualização e Vínculo Familiar em Camadas Médias: Um Olhar Através da Gravidez na Adolescência. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: *Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro*.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)

BUSS, P. M. Globalização, pobreza e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1575- 1589, 2007.

CABRAL, Cristiane da Silva; BRANDÃO, Elaine Reis. Gravidez na adolescência, iniciação sexual e gênero: perspectivas em disputa. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. e00029420, 2020.

CAMARANO, A. A., 1998. Fecundidade e anticoncepção da população de 15-19 anos. In: *Seminário Gravidez na Adolescência, Anais*, pp. 35-46, Rio de Janeiro:

Ministério da Saúde/Family Health International/Associação Saúde

CANESQUI, A. M., 1987. Assistência Médica e à Saúde e Reprodução Humana. *Textos NEPO*, 13. Campinas: NEPO, Universidade Estadual de Campinas.

Contreras JM, Bott S, Guedes A, Dartnall E. Violência Sexual na América Latina e no Caribe: uma análise de dados secundários. *Pretoria: Iniciativa de Pesquisa sobre Violência Sexual*; 2010.

CARNEIRO, R. E o que faz/pode fazer um Bacharel em Saúde Coletiva? A arte de pesquisar como prática de promoção de saúde. *Rev. Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, 2013, p. 105- 110.

Cerqueira-Santos, E., Paludo, S. S., Schirò, E. D. B., & Koller, S. H. (2010). Gravidez na adolescência: Análise contextual de risco e proteção. *Psicologia em Estudo*, 15(1), 73-85.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; LUCENA, Maria de Fátima Gomes de; SILVA, Ana Tereza de Medeiros. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 34, p. 37-44, 2000.

COSTA-MARTINS, T.; 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

DA COSTA, Marli Marlene Moraes; DE FREITAS, Maria Victória Pasquoto. A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E A FEMINIZAÇÃO DA POBREZA A PARTIR DE RECORTES DE CLASSE, GÊNERO E RAÇA. *Revista Direitos Culturais| Santo Ângelo* | v. 16, n. 40, p. 5-23, 2021.

DA SILVA, Denise Quaresma; GUERRA, Oscar Ulloa; COLAO, Magda Maria. GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA, EDUCAÇÃO SEXUAL E A EXCLUSÃO ESCOLAR: UMA QUESTÃO DE GÊNERO. *Journal Zero Hora*, p. 5, 2005.

Donnangelo MCF. A pesquisa em Saúde Coletiva no Brasil - a década de 70. In: ABRASCO (ed.) Ensino de Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. Rio de Janeiro: Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, UFRJ. Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional para a Saúde (Organização

Panamericana da Saúde). Escola nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 1983; 19-35.

DOURADO, Viviani Guilherme; PELLOSO, Sandra Marisa. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 20, p. 69-74, 2007.

DOZON, J-P.; FASSIN, D. (Orgs.). Critique de la santé publique. *Une approche anthropologique*. Paris: Balland, 2001. 361 p .

de Oliveira, R.D., Goes,E.F., &Ferreira,A.J.F.(2022).Intersection of Race and Gender in Self-Reports of Violent Experiences and Polyvictimization by Young Girls in Brazil. *J Racial Ethn Health Disparities*,9,1506–16. <http://doi:10.1007/s40615-021-01089-2>

FIOCRUZ - Determinantes Sociais da Saúde Brasil. *Fiocruz* - 2023. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/dss-o-que-e/>. Acessado em 07 set 2023.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. Métodos de pesquisa. *PLAGEDER*, 2009.

GOES, Emanuelle Freitas et al. Desigualdades raciais nas tendências da maternidade adolescente e no acesso ao pré-natal no Brasil, 2008-2019. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 1, p. e8312139404-e8312139404, 2023.

GROSSMAN, Eloisa. A construção do conceito de adolescência no Ocidente. *Adolescência & Saúde*, v. 7, n. 3, p. 47-51, 2010.

Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA). *Relatório Situação da População Mundial 2020* - Contra minha vontade: desafiando as práticas que prejudicam mulheres e meninas e, impedem a igualdade. Available from <https://brazil.unfpa.org/ptbr/topics/swop2020>.

Brasil. Lei n o 13.798, de 3 de janeiro de 2019. Acrescenta art. 8º - A à Lei n o 8.069, de 13 de julho de 1990 (*Estatuto da Criança e do Adolescente*), para instituir a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência. Diário Oficial da União 2019; 4 jan

GUTIERREZ, E. S. et al. Uso de métodos contraceptivos e reincidência gestacional em mulheres adolescentes: uma revisão sistemática.*Femina*, v. 49, n.8 : p. 494 -500, 2021.

HALL, STUART. The Spectacle of the other. In: Hall, Stuart (org.). *Representation*.

*Cultural Representations and Signifiting*. 2 ed. London: Sage/Open University, 1997.

HOGA, Luiza Akiko Komura. Maternidade na adolescência em uma comunidade de baixa renda: experiências reveladas pela história oral. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. São Paulo, v. 16, mar./abr. 2008. Disponível em: < [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000200017&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000200017&script=sci_abstract&tlng=pt) >. Acesso em: 10 set. 2023.

HOGA, Luiza Akiko Komura; BORGES, Ana Luiza Vilella; REBERTE, Luciana Magnoni. Razões e reflexos da gravidez na adolescência: narrativas dos membros da família. *Escola Anna Nery. Rio de Janeiro*, v. 14, n. 1. p. 151-157, mar. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000100022>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/393/39348246002.pdf> . Acesso em: 20 set. 2023.

KATZ, R. A. Adolescentes e maternidade: um destino, um problema, uma escolha? 1999. 149 p. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança) – *Instituto Fernandes Figueira*, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 1999.

LIMA, Celian Tereza Batista et al. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 4, p. 71-83, 2004.

Minella LS. Gênero e contracepção: uma perspectiva sociológica. Florianópolis: *Editora da UFSC*; 2005.

Molina Cartes R, González Araya E. Teenage pregnancy. *Endocr Dev*. 2012;22:302-31.

Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. *Campanha visa reduzir altos índices de gravidez precoce no Brasil*. Disponível em: <https://www.mdh.gov.br/todas-as-noticias/2020-2/fevereiro/campanha-visa-reduzir-altos-indices-de-gravidez-precoce-no-brasil>. Acessado em 7 set 2023.

Maranhão,T.A., Sales,S.dos S., Pereira,M.L.D., Coerdeiro, L.I., & Sousa, C.A.S.P.de.(2018).Atitudes e reações familiares e sociais diante da gravidez na adolescência. *Revista de Enfermagem UFPE online*,12,840–8. <https://doi:10.5205/1981-8963-v12i4a234547p840-848-2018>.

NUNES, Silva Alexim. Problematizando a gravidez na adolescência. *Revista Epos*. Rio de Janeiro, v , n , jan. 2010. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178-700X2010000100](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2010000100)

004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 set. 2023.

PACHECO, M.V.A.P. Racismo, machismo e planejamento familiar. 2.ed. Petrópolis, Vozes, 1981.

PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?. *Revista de saúde pública*, v. 32, p. 299-316, 1998.

PATIAS ND, Dias ACG. Sexarca, informação e uso de métodos contraceptivos: comparação entre adolescentes. *PsicoUSF*. [Internet] 2014;19(1) [acesso em 06 nov 2023]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712014000100003>

PINHEIRO Y. T.; PEREIRA N. H.; FREITAS G. D. de M. Fatores associados à gravidez em adolescentes de um município do nordeste do Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva* . v. 27, n.4: p. 363- 367, 2019.b.

PERSONA, Lia; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda; TARALLO, Maria Celina. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal.

QUARESMA DA SILVA, Denise Regina. Exclusão de adolescentes grávidas em escolas do sul do Brasil: uma análise sobre a educação sexual e suas implicações. *Revista de Estudos Sociais*, n. 57, p. 78-88, 2016.

Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 12. n. 5. p. 745-750, set./out. 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000500007>. Disponível em:. Acesso em: 09 set. 2023.

RESTA, Darielli Gindri; et al . Adolescentes: por quais motivos elas engravidam ? *Revista de enfermagem UFPE*. Recife, v.8, n. 5, . 1236, mai. 2014. DOI: 10.5205/reauol.5863-5031-1-ED.0805201417. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistasenfermagem/article/viewFile/9804/9971>>. Acesso em: 7 set. 2023.p. 1230.

RODRIGUES, G. de C. *Planejamento familiar*. São Paulo, Ática, 1990.

SABROZA, A. R. et al. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil - 1999-2001. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 1:S112-S120, 2004.

SANTOS, Cristiane Albuquerque C. dos; NOGUEIRA, Kátia Telles. Gravidez na adolescência: falta de informação?. *Adolescência & Saúde*. v. 6, n. 1, p. 48-56,

jan./mar. 2009. ISSN: 2177-5281. Disponível em:  
<<https://s3-sa-east-1.amazonaws.com/publisher.gn1.com.br/adolescenciaesaude.com/pdf/v6n1a11.pdf>. Acesso em: 07 set. 2023.

SANTOS, F. M.; PAZELLO, E. T. O impacto da gravidez precoce sobre os resultados econômicos e sociais das adolescentes brasileiras. *In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA*, 40., 2012, Porto de Galinhas. Anais... Porto de Galinhas: Anpec, 2012.

SANTOS, F. M.; PAZELLO, E. T. O impacto da gravidez precoce sobre os resultados econômicos e sociais das adolescentes brasileiras. *In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA*, 40., 2012, Porto de Galinhas. Anais... Porto de Galinhas: Anpec, 2012.

SANTOS, Natiely Lara Borges; GUIMARÃES, Denise Alves; DA GAMA, Carlos Alberto Pelogo. A percepção de mães adolescentes sobre seu processo de gravidez. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 8, n. 2, p. 83-96, 2016.

SILVA, Lucía; TONETE, Vera Lúcia Pamplona. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 14, p. 199-206, 2006.

Silva PLN, Fonseca JR, Barbosa AAD, Soares LM, Souza, JO. Conhecimento dos adolescentes de uma escola estadual da cidade de Montes Claros/MG sobre métodos contraceptivos. *Motricidade. [Internet] 2012;8(Suppl 2)* [acesso em 06 nov 2023]. Disponível: <http://revistas.rcaap.pt/motricidade/issue/view/29>.

STOLKE, Verena-Mulheres e Trabalho; *Estudos CEBRAP* 26, 1980

UNFPA. *Fundo Populacional das Nações Unidas. Situação da População Mundial(2013)* - Maternidade precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência, 2013. Disponível em: [https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop2013\\_1.pdf](https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop2013_1.pdf). Acesso em: 03 out. 2023.

MS (Ministério da Saúde), 1984. Assistência

Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática. Brasília: *Centro de Documentação*, Ministério da Saúde

OMS. *Organização Mundial da Saúde*. Social determinants of health - 2021.

Disponível em:

[https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1). Acesso em: 7 set. 2023.

OPS. *Organização Pan-Americana da Saúde*. *Determinante sociales de la salud* -

2021. Disponível em: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>. Acesso em: 7 set. 2023.

VALILA, Michele Guerreiro et al. Gravidez na adolescência: conhecendo a experiência da família. *REME rev. min. enferm*, p. 556-566, 2011.

VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria; PAIM, Jairnilson Silva; SCHRAIBER, Lilia Blima. O que é Saúde Coletiva. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, p. 3-12, 2014.

XAVIER, D. et al. Questões femininas para a ordem médica. In: LABRA, M. E. (Org.). *Mulher, saúde e sociedade no Brasil*. Petrópolis, Vozes, 1989,. p. 204 322.

## 8.0 Apêndice

Formulário disponível em :  
[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScLlvNaogPlkCJkYmZ0Wu8CGAKhQQ58PXOEPHfHP6T14vq1Yw/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScLlvNaogPlkCJkYmZ0Wu8CGAKhQQ58PXOEPHfHP6T14vq1Yw/viewform?usp=sf_link)

Questões entrevistas semi estruturadas disponível em :

<https://docs.google.com/document/d/1UdiaO3ayPYCuaKoiV9EjLJ5OyhuUq0HTra6q76gKqfM/edit>

Termo de Consentimento/Assentimento Livre Esclarecido disponível em :

[https://docs.google.com/document/d/1R0E5eFHUfKNfQ-PGdft0IEQd2N4dsfL8D9ao\\_fXeqV4/edit](https://docs.google.com/document/d/1R0E5eFHUfKNfQ-PGdft0IEQd2N4dsfL8D9ao_fXeqV4/edit)

