

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CLÍNICA MÉDICA

A GESTANTE ADOLESCENTE E SEU PARCEIRO: CARACTERÍSTICAS DO
RELACIONAMENTO DO CASAL E ACEITAÇÃO DA GRAVIDEZ

ALBERTO MANTOVANI ABEICHE

Orientador: Prof. Dr. Edison Capp

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Medicina: Clínica Médica, UFRGS, como requisito para
obtenção do grau de Mestre

Porto Alegre, julho de 2002

*"She was just sixteen and all alone when I came to be
So we grew up together, my mama-child and me."*

Rock and Roll Lullaby - Barry Mann e Cynthia Weil

***A Juliana por sua sensibilidade,
por sua sabedoria e por seu amor***

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos que colaboraram para minha formação como pessoa e como profissional. As pessoas abaixo foram muito importantes na realização deste trabalho. Agradeço:

- Ao Prof. Dr. Edison Capp, aluno egresso desta Faculdade de Medicina que tornou-se professor e pesquisador brilhante, pela orientação, incentivo e amizade.
- Aos Profs. Fernando Monteiro de Freitas e Carlos Henrique Menke. Estando à frente do Serviço e Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, respectivamente, têm estimulado e favorecido o progresso de seus colegas de forma dedicada e solidária.
- Aos Profs. Solange Garcia Accetta, Jorge Alberto Buchabqui e Waldemar Augusto Rivoire, companheiros de equipe, sempre colaboradores e compreensivos, exemplos de colegas e amigos.
- Aos demais professores do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da UFRGS, médicos contratados e residentes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Formamos todos uma grande família, onde existe um estímulo constante ao ensino, à pesquisa e à assistência.

- Ao Prof. Dr. José Goldim por sua atenção e esclarecimentos, sempre valorizando os aspectos éticos e humanos da medicina.
- Às Dras. Cristiane Andrade e Cristiane Marc, acadêmicos André Lorscheitter Baptista, Daniele Alberton, e Caroline Maurmann, pela participação e incentivo em todas as etapas deste trabalho.
- Às profissionais de enfermagem do Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia, do Centro Obstétrico e da Internação Obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por terem me ensinado a importância de vermos em cada paciente um ser humano, merecendo muito mais de nós do que uma reflexão clínica e uma prescrição.
- Às profissionais e estagiárias do Serviço de Psicologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre que estiveram de mãos dadas conosco, oferecendo uma contribuição inestimável ao atendimento das gestantes adolescentes.
- A minha família que me proporcionou acesso ao estudo e me ofereceu sempre o que tinha de melhor.
- À Profa. Dra. Lavínia Schüller, a Maria Stela Dornelles, Zeki Tadros, Jone Lima e Sérgio Luís Nadvorny por sua dedicada amizade em todos os momentos.
- Aos meus alunos e pacientes que, ao longo destes vinte e um anos de exercício profissional, ensinaram-me todos os dias as mais valiosas lições do livro da vida que só se pode ler com os olhos da humildade.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	4
INTRODUÇÃO	7
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	10
OBJETIVOS	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
ARTIGO EM PORTUGUÊS	33
ARTIGO EM INGLÊS	58
ANEXO A	79
ANEXO B	80

INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência tem sido evento presente em todas as épocas e culturas ao longo da história da humanidade. Desde as camadas sociais mais humildes até a mais alta nobreza, são numerosas as notícias de gestações em mulheres muito jovens. Foi fato aceito e até mesmo desejável em algumas sociedades, sendo a maternidade freqüentemente o centro e a única meta das expectativas de realização da mulher.

No século passado, no entanto, ocorreram mudanças sociais notáveis e conquistas foram obtidas pelo sexo feminino, buscando um horizonte mais amplo para sua realização pessoal e profissional. Ao mesmo tempo, exigiu-se da mulher a inserção no mercado de trabalho, quer para atender este novo modelo de realização feminina, quer para fazer frente às mais prementes necessidades econômicas. Mais do que isto, atualmente há a exigência de um tempo de instrução formal (1º. e 2º. grau, universidade) cada vez mais longo como preparação para o ingresso no mercado de trabalho e para que se alcance uma situação sócio-econômica mais favorável.

Nesse contexto, a gravidez na adolescência passou a ser um evento indesejável, quer do ponto de vista individual, quer do ponto de vista da comunidade. É fato notável que a ocorrência de gestação na adolescência, além de interromper

um processo de experimentação e maturação psicológica da jovem, compromete na grande maioria dos casos a conclusão da escola e as perspectivas de formação profissional adequada.

Os governos de países e entidades internacionais têm se ocupado das repercussões deste evento para estas jovens e suas comunidades. Dos pontos de vista obstétrico e neonatal várias particularidades têm sido descritas: maior incidência de déficit de ganho ponderal durante a gestação, anemia, doença hipertensiva, prematuridade, menor peso ao nascimento, maior incidência de negligência e maus tratos na infância.

As repercussões a longo prazo observadas são: o abandono da escola ou a redução da escolaridade, a ocorrência de novas gestações com pequeno intervalo, a falta de manutenção do vínculo com o companheiro, formação de famílias sem a presença do pai e com capacidade econômica reduzida.

O foco das atenções para prevenir ou minimizar os efeitos da gravidez na adolescência tem sido o de realizar na família, na escola e nos órgãos de saúde, campanhas para orientação dos adolescentes sobre temas relacionados à sexualidade e aos métodos anticoncepcionais. Os resultados têm sido muito heterogêneos e a dificuldade em reduzir as taxas de gravidez na adolescência obriga a uma reflexão mais profunda a respeito deste problema.

Observando as características mais freqüentes das moças que engravidaram durante a adolescência constataram-se, entre outras: mau desempenho escolar ou afastamento da escola; modelo familiar de mãe adolescente com baixa escolaridade; falta de perspectivas de realização na escola ou no trabalho. Ao serem

entrevistadas, estas jovens apresentam índices baixos de auto-estima que parecem contribuir para uma iniciação sexual precoce, sem a adequada proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e uma gravidez não planejada. Da mesma forma, estabelece-se uma relação de relativa submissão ao parceiro, freqüentemente mais velhos do que elas, com efeitos semelhantes aos acima descritos.

O foco dos projetos e estudos atuais sobre o problema da gravidez na adolescência evoluiu da simples orientação anticoncepcional, para a necessidade da compreensão mais abrangente das características da gestante adolescente e seu parceiro. É fundamental sabermos como se estabelece este relacionamento, quais seus valores, quais as perspectivas de realização pessoal que movem estes casais, e quais os riscos que este modelo de relação pode causar. Este conhecimento parece imprescindível para compreendermos melhor o que de fato ocorre na vida destes jovens, e como podemos ajudá-los.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A gestação na adolescência é um problema mundial, devido à sua alta prevalência e importantes conseqüências sociais. As mudanças nos padrões de comportamento experimentadas pelos jovens nas últimas décadas aumentaram consideravelmente o número de gestações na adolescência.

Galvão e Olinto (1999) estudaram 3002 mulheres na área urbana da cidade de Pelotas, RS, verificando as características reprodutivas das mulheres entre 15 e 49 anos. Entre as adolescentes de 15 a 19 anos, cerca da metade tinha vida sexual ativa e destas, 33% já haviam engravidado.

No Brasil, em 1970, 75 de cada 1.000 mulheres de 15 a 19 anos deram à luz. Em 1986 este número aumentou para 81/1.000, sendo que nas áreas rurais do nordeste brasileiro houve um aumento de 27% nesta taxa, que passou de 81/1.000 em 1970 para 103/1.000 em 1986. Goldani *et al.* (2000) comparando duas coortes de recém-nascidos vivos de partos hospitalares em Ribeirão Preto observadas no período de 1978-1979 e 1994, constataram aumento significativo da gravidez na adolescência: de 5,1% para 7,4%.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, de 1996, revelou que 14% das adolescentes já tinham pelo menos um filho. No grupo de jovens com idade entre

quinze e dezenove anos e sem escolarização, 51% já tinham pelo menos um filho e 4% estavam grávidas. Entre as gestantes adolescentes atendidas pelo SUS - Sistema Único de Saúde - no período de 1993 a 1998, houve aumento de 31% dos casos de jovens grávidas entre 10 e 14 anos. Como observou Pinto e Silva (1998), entre as gestantes adolescentes a taxa de crescimento maior no Brasil é a daquelas com idade inferior a 15 anos. Nesses cinco anos, 50 mil adolescentes foram atendidas em hospitais públicos devido a complicações de abortos clandestinos. Quase três mil na faixa dos 10 a 14 anos.

Em 1999 o número de partos em jovens entre 10 e 19 anos, realizados na rede do SUS, foi de 705 mil (27% do total de partos): um aumento de 67 mil, se levarmos em consideração os dados de 1993. Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil, os principais motivos para a internação de mulheres adolescentes são a gravidez, parto, puerpério e abortamento.

Nos Estados Unidos a cada ano 11% de todas as adolescentes entre 15 e 19 anos engravidam, mais de um milhão no total. Destas, 50% levam a gestação até o fim, tornando-se mães adolescentes. Além disso, houve um aumento dramático de gestações entre adolescentes não casadas (Toledo-Dreves, Zabin e Emerson, 1995). Ventura, Mathews e Hamilton (2002) referem que em anos recentes houve uma desaceleração nas taxas de gravidez na adolescência neste país. Contudo, Kmietowicz (2002) demonstrou que mais adolescentes nos Estados Unidos da América e no Reino Unido tornam-se grávidas a cada ano, do que em qualquer outro local do mundo desenvolvido. Quando levam a gravidez a termo e assumem a maternidade, dobram suas chances de viverem em pobreza, se comparadas a

mulheres que terão filhos mais tarde. Isto pode refletir um certo embaraço destes países em oferecer claramente serviços de anticoncepção para adolescentes, adotando posturas conservadoras que favorecem estes índices elevados. As oscilações nas taxas de gestação na adolescência dependem, além do país em estudo, das condições sócio-econômicas das áreas observadas.

McLeod (2002) descreve a influência da condição econômica das áreas em estudo sobre a variação da incidência de gestações na adolescência, na Escócia. Entre 1980 e 1990, as taxas de gravidez na adolescência aumentaram nas áreas mais pobres de 7 para 12,5 por mil, em jovens de 13 a 15 anos, e de 67,6 para 84,6 por mil, em jovens de 16 a 17 anos. Nas áreas mais ricas estes índices permaneceram estáveis: 3,8 e 28,9 por mil, respectivamente. Considerando as gestações em moças de 18 e 19 anos, foi observado diminuição de 60 para 46,3 por mil nas áreas ricas e aumento de 112,4 para 116 por mil nas áreas pobres. Estes dados têm implicações nas decisões de alocações de recursos para programas de prevenção da gravidez na adolescência.

Resultados semelhantes são observados em populações mais humildes e em minorias nas mais diversas culturas. Em estudo retrospectivo abrangendo dados de 1995 a 1999, realizada por Westenberg *et al.* (2002) na Austrália, observou-se que entre as aborígenes, a taxa de gestações em adolescentes era o dobro das observadas no restante da população e ocorriam em idades mais precoces. No geral, os índices de gravidez na adolescência cresceram na Austrália nos anos 90, vindo a declinar nos últimos anos. Segundo van der Klis (2002), desde 1994 o índice

de abortos supera o de partos entre as adolescentes australianas. Em 2000, foram de 22,4 e 18,3 por mil, respectivamente.

O risco de gravidez nos primeiros meses de exposição sexual é alto. Quase um terço das pacientes engravidam do primeiro parceiro. A média de tempo de atividade sexual em adolescentes antes da concepção é de 6 meses. Se forem analisadas apenas aquelas que engravidaram do primeiro parceiro, a média cai para três meses. Portanto, parece inapropriado esperar o início da atividade sexual para iniciar campanhas de educação sexual (Roye e Balk, 1996).

Takiuti (1999) encontrou uma desproporção notável entre o conhecimento que as adolescentes dizem ter dos métodos contraceptivos e a real utilização destes - proporcionalmente bem menor. Como em outras áreas, aqui também expressam uma dualidade ou ambigüidade com relação às questões de sexualidade.

Os fatores mais freqüentemente associados à ocorrência de gestação na adolescência são:

- início precoce das relações sexuais
- baixas condições sócio-econômicas e culturais
- mau desempenho escolar
- poucas oportunidades de progresso, quer escolar, quer profissional
- história familiar de gravidez na adolescência (Emans, Laufer e Goldstein, 1998)

O baixo índice sócio-econômico e a falta de estrutura familiar com figura paterna e materna têm influencia na ocorrência de gestações na adolescência na Inglaterra (Trevor, 2002). Neste país, observa-se também menor probabilidade de início precoce da vida sexual em jovens que vivem em famílias com a presença de ambos os pais.

Perrin, Dindial e Eaton (2000) entrevistaram 548 rapazes e 624 moças, todos estudantes com idade média de 13,2 anos nos Estados Unidos da América. 225 relataram ter um parceiro com o qual gostariam de ter um filho; 946 diziam que não. Entre os que respondiam sim, observaram-se: pior desempenho escolar, índices de auto-estima mais baixos e maiores escores de passividade. Os autores concluem que seria fundamental em programas de atenção ao adolescente, utilizar técnicas de valorização e melhora da auto-estima, ensinar métodos para superar a passividade, aumentar a auto-confiança e adquirir metas a serem atingidas nas suas vidas antes de uma gravidez.

Ao compararem mais de 3.500 puérperas de 24 a 34 anos com história anterior de gestação na adolescência ou não, em hospitais públicos do Rio de Janeiro, Gama, Szwarcwald e Leal (2002) observaram entre aquelas com história de gestação na adolescência: menor nível de instrução, maior freqüência de uso de fumo e drogas ilícitas durante a gestação.

As conseqüências de uma gravidez são sérias para a gestante e seu filho. O abandono escolar da mãe adolescente normalmente está associado a esta condição, trazendo prejuízos à sua formação e possibilidades de inserção no mercado de trabalho, contribuindo para o empobrecimento destas famílias.

A multiparidade entre adolescentes não é infreqüente. Lima, Kobata e Silvestrini (2000) relataram que, entre 638 gestantes adolescentes atendidas em hospitais de São Paulo, cerca de 20% eram multíparas. Do total de gestantes adolescentes só 2,61% estavam empregadas e, ao mesmo tempo, inseridas em ambiente educacional, o que compromete suas perspectivas de vida. Programas envolvendo orientação anticoncepcional após o primeiro parto de adolescente podem prevenir a multiparidade. A percepção da vulnerabilidade à gravidez estimula o uso de contraceptivos entre as jovens. É o que foi observado por Drayton (2002) em programas da *Women's Centre of Jamaica Foundation*, onde conseguiu-se uma utilização de contraceptivos após o primeiro parto de adolescentes de 94%, contra 86% dos controles, resultado estatisticamente significativo.

Amazarray *et al.* (1998) analisaram a experiência de assumir a gestação na adolescência, entrevistando gestantes que participaram de um programa de assistência pré-natal. Observaram que elas haviam optado por assumir a maternidade, mas que esta escolha havia alterado o curso de suas vidas, causando dificuldades profissionais, escolares, afetivas e sociais. Houve melhora da auto-estima, mas mantiveram-se as mesmas relações de dependência em relação a seus familiares. Com relação ao parceiro, o padrão encontrado não se caracterizou por relações de intimidade plena. Faltaram relações de confiança (diálogo e respeito mútuo), havendo muitas vezes descaso e desconhecimento por parte de seus namorados.

Hofferth *et al.* (2001) realizaram um estudo para testar a hipótese de que, em anos recentes, os efeitos da gestação na adolescência sobre a escolaridade seriam

menores do que os anteriormente relatados. Neste estudo, as mães adolescentes completaram em média dois anos de escola a menos do que as que engravidaram aos 30 anos ou após. Além disto, concluíram com menor frequência o segundo grau e sua escolaridade pós-secundária foi também menor. A conclusão é que, embora em geral mais mulheres agora completem o segundo grau, persiste a desvantagem de quem engravidou na adolescência. Dada a importância atual da escolaridade, as gestantes adolescentes têm pelo menos a mesma desvantagem que tiveram as de gerações passadas.

A ocorrência de gravidez na adolescência tem repercussões relevantes também para a saúde destas jovens e de seus filhos. Eure, Linsay e Graves (2002) em estudo retrospectivo realizado nos Estados Unidos da América e abrangendo mais de 26 mil gestantes, observaram que as adolescentes tinham chance significativamente maior de: serem solteiras, apresentarem doenças sexualmente-transmissíveis, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, parto pré-termo e recém-nascidos de baixo peso. O risco relativo para eclâmpsia foi de 2,23. Treffers (2001) acrescenta aos problemas citados, um risco maior de anemia durante a gestação e a elevada morbi-mortalidade dos recém-nascidos. Ambos os estudos verificam que quanto menor for a idade da mãe, maiores serão estes riscos, especialmente para a prematuridade. Assim, na adolescência, há prognóstico gestacional desfavorável.

Na Austrália as gestantes adolescentes apresentam maior probabilidade de ocorrência de: número reduzido de consultas pré-natais, prematuridade, recém-nascidos pequenos para a idade gestacional, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal (van der Klis, 2002).

No Brasil, há trabalhos com resultados semelhantes. Gama *et al.* (2001) investigaram a influência da idade materna sobre o risco de baixo peso ao nascimento no município do Rio de Janeiro. Entre as adolescentes, houve índices significativamente maiores de recém-nascidos de baixo peso, quando comparadas a controles com idade entre 20 e 24 anos. As adolescentes apresentaram também menor número de consultas pré-natais e maiores índices de não comparecimento a elas. Resultados análogos são descritos por Costa *et al.* (2002) em Feira de Santana - Bahia. As mães adolescentes apresentaram maior frequência de pré-natal inadequado e recém-nascidos de baixo peso em relação às mães com idade entre 20 e 24 anos. Lins *et al.* (2001) descrevem associação de pré-eclâmpsia, anemia, infecções urinárias e prematuridade, e gravidez na adolescência na cidade de João Pessoa. O percentual de prematuridade geral foi de 16,9%, e para mães entre 14 e 15 anos foi de 28,5%. A gravidez na adolescência, portanto, está associada não somente a desvantagens sociais, mas também a resultados perinatais relativamente pobres.

Os filhos de adolescentes mostram, com maior frequência, déficits de desenvolvimento cognitivo e social, que podem persistir até a sua adolescência (Toledo-Dreves, Zabin e Emerson, 1995). Alguns trabalhos encontraram maior probabilidade de abuso das crianças pelas mães adolescentes. Um estudo a longo prazo, efetuado na então República da Tchecoslováquia, verificou que as crianças de mães para as quais foram negados abortos têm maior risco de serem negligenciadas e de sofrerem abusos (David e Matejek, 1981; Zuvarin, 1988).

O apoio do parceiro da gestante é muito importante, já que está relacionado à melhora da condição psicossocial da mãe e do desenvolvimento do bebê, embora a presença efetiva do parceiro se correlacione também com um aumento do abandono escolar pela adolescente (Foster e Bond, 1999). Nem todos esses parceiros são adolescentes. Na verdade, há mais mães do que pais adolescentes. Pesquisas sugerem que apenas 30 a 50% dos pais têm menos de 20 anos. Em cada cinco pacientes adolescentes, uma tem um parceiro que é seis anos mais velho ou mais e meninas mais novas parecem ter parceiros mais velhos. Essa discrepância de idade pode trazer problemas para a gestante e seu conceito devido a diferenças individuais de maturidade cognitiva, desenvolvimento sócio-emocional e experiência de vida. Por exemplo, essas adolescentes podem ser vítimas de abuso ou de coerção por parte de seus parceiros, já que muitas meninas acreditam ser a submissão a única forma de manter o relacionamento. Outras podem colocar a própria vida ou a do feto em risco ao serem influenciadas a participar em atividades arriscadas como o abuso do álcool ou de drogas ilícitas (Rickert, Wielmann e Berenson, 1997).

Di Clemente *et al.* (2002) observaram que adolescentes com parceiro mais velho em 2 ou mais anos apresentam risco significativamente maior para não uso de condom ou uso irregular. As gestantes adolescentes com parceiros mais velhos deveriam merecer atenção especial no sentido da prevenção das DST. Existem evidências de que a gestante adolescente e seu parceiro tenham índices baixos de utilização regular de preservativo. Crosby *et al.* (2002), estudando 522 afro-americanas em clínicas e escolas observaram que as gestantes adolescentes tem menores percentuais de uso de preservativo do que as adolescentes não-grávidas.

Nesta amostra, os resultados de testes para DST e os relatos de DST foram semelhantes em ambos os grupos.

A gestação na adolescência é extremamente comum no continente africano. Na África do Sul, uma em cada cinco gestantes adolescentes é portadora do HIV. Jewkes *et al.* (2001) observaram 191 casos de gestação na adolescência em população urbana e um grupo controle de 353 jovens não-gestantes, em áreas urbanas da África do Sul. As adolescentes tinham parceiros de idade significativamente superior a observada no grupo controle e tinham menor chance de freqüentarem a escola. Outras diferenças significativas entre estas adolescentes grávidas: maiores percentuais de iniciação sexual forçada, passividade no relacionamento com o parceiro e menor tendência a confrontar o parceiro ao saber de relações extra-conjugais. Há uma relação desigual de poder nestes casais, com submissão à vontade do parceiro, inclusive com numerosas gestações de ocorrência desejada para atender a um desejo do companheiro.

Dados dos Estados Unidos sugerem que os pais adolescentes, da mesma forma que as mães, tem menor chance de complementar o curso escolar do que aqueles que não têm filhos precocemente. Ao contrário do que sugere o estereótipo, cerca de metade dos pais adolescentes vive com seus filhos logo após o nascimento (Marsiglio, 1987).

Adolescentes com parceiros mais velhos estão mais propensas a morar com o companheiro em casa própria. Como conseqüência elas perdem o apoio emocional e econômico dados por sua família de origem. Adolescentes que vivem com suas famílias de origem apresentam menos ansiedade e depressão, assim

como menos complicações durante o trabalho de parto. Há evidências também de que o futuro do casal adolescente apresenta uma melhor evolução quando ambos permanecem vivendo com sua família de origem. Altas taxas de divórcio são descritas entre adolescentes que se casam devido a uma gravidez indesejada (Toledo-Dreves, Zabin e Emerson, 1995).

Roye e Balk (1996) observaram que a maioria dos relacionamentos que geram uma gestação adolescente têm dois ou mais anos de evolução e os pais dos bebês raramente são anônimos. Eles são identificáveis e envolvidos na relação a ponto de facilitar seu recrutamento a programas de prevenção e esclarecimento (Roye e Balk, 1996). A maioria dos estudos leva em consideração somente a opinião da gestante sobre o relacionamento, deixando de abordar diretamente o parceiro. Porém, mesmo indicando a percepção de gestante, o fato das relações serem descritas como estáveis significa que o parceiro pode desempenhar um papel importante em suas decisões antes e depois da concepção. Assim, no momento de planejamento de campanhas de prevenção em gestação e doenças sexualmente transmissíveis talvez se devesse levar em consideração ambos os parceiros em um programa dirigido à população adolescente. Além disso, seguindo os princípios da teoria comportamento-problema, que propõe a existência de uma covariação individual entre os comportamentos de risco num mesmo indivíduo (fumo, álcool, sexo) pelo fato desses comportamentos ajudarem a preencher semelhante necessidades do desenvolvimento, gestantes adolescentes podem ter na gestação somente uma consequência de seu comportamento de risco em diversas áreas, com riscos importantes para a saúde (Rome *et al.*, 1998; Shrier *et al.*, 1998).

São escassos os dados nacionais sobre características do parceiro da gestante adolescente e sobre a forma como se estabeleceu e se manteve, ou não, esta relação. Paiva *et al.* (1996) entrevistaram 100 mães adolescentes incluídas no Programa de Assistência Multidisciplinar à Mãe e à Gestante Adolescente - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Segundo o relato das adolescentes, a idade dos companheiros oscilou de 14 a 38 anos (média de 19 anos). O namorado reagiu de forma positiva à gravidez em 75% dos casos, sendo a gravidez intencional em 42% dos casos. 68% destas moças haviam abandonado seus estudos (Paiva, Caldas e Cunha, 1998).

Muitos adolescentes têm crenças idealistas e não realistas a respeito das conseqüências mais prováveis de uma gravidez, da paternidade e da maternidade. Isto tem relação importante com a etiologia da gravidez na adolescência. Aplicando um questionário a 1546 adolescentes australianos foi observado que quase um terço deles exibiam crenças idealizadas, superestimando aspectos positivos e subestimando os negativos (Condon, Donovan e Corkindale, 2001). Os meninos tiveram níveis maiores de idealização.

Em adolescentes norte-americanas de 13 a 18 anos foi observada associação entre sentimentos positivos em relação à gravidez e: percepção de um desejo de gravidez por parte do parceiro, expectativas futuras limitadas e afastamento da escola (Hellerstedt *et al.*, 2001).

Unger, Molina e Teran (2000) estudando a percepção das conseqüências de uma gravidez a 584 moças norte-americanas, estudantes, com idade média de 15,8 anos observaram uma associação de percepção de conseqüências positivas com:

vida sexual ativa, atividade sexual sem proteção, baixos níveis de desempenho escolar, desejo de ter muitos filhos. Sugerindo que deva-se trabalhar estas expectativas ilusórias nestas jovens, abrindo-lhes outras perspectivas de suprirem suas necessidades emocionais.

Investigando estes aspectos, de la Cuesta (2001) realizou estudo qualitativo com 21 gestantes na Colômbia. Constatou que estas gestações ocorreram num clima genuinamente romântico. Estas idéias de amor romântico e regras culturais de gênero foram influências poderosas para a ocorrência de uma gravidez não conscientemente desejada.

Dias e Gomes (2000) chamam a atenção para a ambigüidade na tomada de decisões que envolvem comportamento sexual nas meninas que acabam por engravidar na adolescência. Crosby *et al.* (2002) em seu estudo com adolescentes afro-americanas sexualmente-ativas, não grávidas, verificaram que a ambivalência a respeito de gravidez leva a um menor uso de métodos contraceptivos em geral e de preservativo.

Há muitas idéias de como se poderia efetivamente ajudar as adolescentes que iniciam sua vida sexual. Saito (1998) sugere que para a educação sexual apenas a divulgação da importância do uso de preservativos e métodos contraceptivos não é suficiente. É necessário trabalhar com as jovens idéias e sentimentos de cidadania, respeito, auto-cuidado e cuidado com as outras pessoas.

A falta de resposta aos programas de prevenção à gravidez na adolescência faz refletir sobre a complexidade do problema. Entrevistando 135 puérperas adolescentes no Hospital de Clínicas de Porto Alegre em 1991 e 1992, constatou-se

que em 41,5% das entrevistadas a gestação havia sido planejada (Cericatto *et al.*, 1994). Para muitos pode ser difícil compreender como mulheres tão jovens, muitas vezes apenas saídas da infância, podem desejar uma gravidez. Para jovens com escassos horizontes de realização na escola ou no mercado de trabalho e com expectativas de mudanças em suas vidas relacionadas à gravidez, a gestação pode representar um momento de elevação da auto-estima e, sob sua própria ótica, de realização pessoal (Franco, Rodrigues e Dionísio, 1998). Portanto, não é de estranhar que campanhas com uma visão limitada do problema, limitando-o à falta de orientação anticoncepcional, tenham resultados inexpressivos.

O conhecimento das características do parceiro da gestante adolescente e a compreensão do tipo de relacionamento e das expectativas do casal são fundamentais para que seja possível atuar de forma preventiva não apenas sobre a ocorrência de gestação na adolescência, mas também sobre suas conseqüências e fatores de risco associados.

OBJETIVOS

Avaliar a prevalência de comportamentos de risco na gestante e seu parceiro, relacionando estes comportamentos com idade, nível educacional, atividade econômica e local onde vivem a gestante e seu parceiro.

Avaliar as características do relacionamento que deu origem à gestação, planejamento ou não desta gestação, e a forma pela qual ela foi recebida pela paciente e seu parceiro.

Caracterizar o parceiro da gestante adolescente no Ambulatório de Gestação na Adolescência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agurcia CA, Vaughn IR, Abbey BB The behavioral risks and life circumstances of adolescent mothers involved with older adult partners. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 155: 83-92, 2001.
2. Amazarray MR, Machado PS, Oliveira VZ, Gomes WB. A experiência de assumir a gestação na adolescência: um estudo fenomenológico. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 11: 431-440, 1998.
3. Bailey PE, Bruno ZV, Bezerra MF, Queiroz I, Oliveira CM, Chen-Mok M. Adolescent Pregnancy 1 year later: the effects of abortion vs. Motherhood in northeast Brazil. *J Adolesc Health* 29: 223-232, 2001.
4. Cericatto R, Zatti H, Gazzana MB, Abeche AM. Anticoncepção e gravidez na adolescência: fatores associados. *Rev. AMRIGS* 38: 294-8, 1994.
5. Condon JT, Donovan J, Corkindale CJ. Australian adolescents' attitudes and beliefs concerning pregnancy, childbirth and parenthood: the development, psychometric testing and results of a new scale. *J Adolesc* 24:729-742, 2001.
6. Costa MC, Santos CA, Sobrinho CL, Freitas JO, Ferreira KAS, Silva MA, Paula PLB. Estudo dos partos e nascidos vivos de mães adolescentes e adultas jovens no Município de Feira de Santana, Bahia, Brasil, 1998. *Cad Saúde Pública* 18 (3) 2002.

7. Cowden AJ, Funkhouser E. Adolescent Pregnancy, infant mortality, and source of payment for birth. *J Adolesc Health* 29: 37-45, 2001.
8. Crosby RA, DiClemente RJ, Wingood GM. Adolescents' ambivalence about becoming pregnant predicts infrequent contraceptive use: A prospective analysis of nonpregnant african american females. *Am J Obst Gynecol* 186: 251-252, 2002.
9. David HP, Matejeck Z: Children born to women denied abortion: An update. *Famm Plann Perspect* 13: 32, 1981.
10. De la Cuesta C. Taking love seriously: the context of adolescent pregnancy in Colombia. *J Transcult Nurs* 12: 180-192, 2001.
11. Di Clemente RJ, Wingood GM, Crosby RA, Simeonean C, Cobb BK, Harrington K, Davies SL, Hook EW 3rd, Oh MK. Sexual risk behaviors associated with having older sex partners: a study of black adolescent females. *Sex Transm Dis* 29: 20-24, 2002.
12. Dias ACG, Oliveira VZ, Gomes WB, Goldim JR. Gestação na adolescência: aspectos psico-sociais. *Revista HCPA* 16: 192-193, 1996.
13. Dias ACG, Gomes WB. Conversas, em família, sobre sexualidade e gravidez na adolescência: percepção das jovens gestantes. *Psicol Reflex Crit* 13 (1) , 2000.
14. Dotta IG, Noda E, Silva SLL, Wang MHJ. Gestação na Adolescência. Cadernos de Ginecologia e Obstetrícia - *RBM* 57: 15-22, 2000.
15. Drayton VLC. Contraceptive use among Jamaican teenage mothers. *Pan Am J Public Health* 11: 150-157, 2002.

16. East RV. Adolescents pregnancy intentions: relations to life situation and caretaking behaviors prenatally and 2 years postpartum. *J Adolesc Health* 24: 313-20, 1999.
17. Emans JH, Laufer MR, Goldstein DP. *Pediatric and Adolescent Gynecology*. Lippincott-Raven, p. 677-679, 1998.
18. Eure CR, Lindsay MK, Graves WL. Risk of adverse pregnancy outcomes in young adolescent parturients in an inner-city hospital. *Am J Obstet Gynecol* 186: 918-920, 2002.
19. Fávero MH, Mello RM. Adolescência maternidade e vida escolar: a difícil conciliação de papéis. *Psicol Teor Pesqui* 13: 131-136, 1997.
20. Foster HW, Bond T. Teen pregnancy - problems and approaches: Panel presentations. *Am J Obstet Gynecol*, 181: S32-363, 1999.
21. Franco J, Rodrigues MG, Dionísio MJ. A Adolescência e a Gravidez - um estudo fenomenológico. *Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação*, 4 (1) - <http://www.psiquiatria-cl.org/revista>, 1998.
22. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC, Theme Filha MM. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. *Rev Saúde Pública* 35: 74-80, 2001.
23. Gama SG, Szwarcwald CL, Leal MMC. Pregnancy in adolescence, associated factors, and perinatal results among low-income post-partum women. *Cad Saude Pública* 18: 153-161, 2002.

24. Galvão LW, Olinto MT. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. *Rev Saude Publica* 33: 64-72, 1999.
25. Goldani MZ, Bettiol H, Barbieri MA, Tomkins A. Maternal age, social changes, and pregnancy outcome in Ribeirão Preto, southeast Brazil, in 1978-79 and 1994. *Cad. Saúde Pública* 16: 1041-1047, 2000.
26. Granja ACL, Machungo F, Gomes A, Bergström S. Adolescent maternal mortality in Mozambique. *J Adolesc Health* 28: 303-306, 2001.
27. Hellerstedt WL, Fee RM, McNeely CA, Sieving RE, Shew ML, Resnick MD. Pregnancy feelings among adolescents awaiting pregnancy results. *Public Health Rep* 116 Suppl 1: 180-193, 2001.
28. Hofferth SL, Reid L, Mott FL. The effects of early childbearing on schooling over time. *Family Planning Perspectives* 33: 259-267, 2001.
29. <http://www.ibge.gov.br>
30. Jewkes R, Vundule C, Maforah F, Jordaan E. Relationship dynamics and teenage pregnancy in South Africa. *Soc Sci Med* 52:733-44, 2001.
31. Kmietowicz Z. US and UK are top in teenage pregnancy rates. *BMJ* 324: 1354, 2002.
32. Lao TT, Ho LF. The obstetrics implications of teenage pregnancy. *Human Reproduction* 12: 2303-2305, 1997.
33. Lee M. Family and adolescent childbearing. *J Adolesc Health* 28: 307-312, 2001.

34. Lima MSS, Kobata CM, Silvestrini WS. Perfil de adolescentes grávidas, internadas em dois hospitais públicos. *Folha méd.* 119: 59-65, 2000.
35. Lins RCVG, Medeiros Filho JG, Batista SS, Barbosa MM, Nunesmaia HGS. Avaliação epidemiológica da gestação em adolescentes de João Pessoa - Paraíba - Brasil. *Rev bras cienc saude* 5: 131-140, 2001.
36. Marsiglio W. Adolescent fathers in the United States: their initial living arrangements, marital experience and educational outcomes. *Fam Plann Perspect* 19: 240, 1987.
37. McLeod A. Changing patterns of teenage pregnancy: population based study of small areas. *BMJ* 323: 199-203, 2001.
38. Paiva AS, Caldas MCCS, Cunha AA. Perfil Psicossocial da Gravidez na Adolescência. In: Monteiro DLM. *Gravidez na Adolescência*. Revinter, p.7-30, 1998.
39. Perrin KM, Dindial K, Eaton D, Harrison V, Matthews T, Henry T. Responses of seventh grade students to "do you have a partner with whom you would like to have a baby?". *Psychol Rep* 86: 109-118, 2000.
40. Pierre N, Shrier LA, Emans J, Durant RH. Adolescent males involved in pregnancy. *J Adolesc Health* 23: 364-369, 1998.
41. Pinto e Silva JL. Pregnancy during adolescence: wanted vs. Unwanted. *Int J Gynaecol Obstet*; 63 Suppl 1:S151-6, 1998.
42. Ribeiro ERO, Barbieri MA, Bettiol H, Silva AAM. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudoeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública* 34: 136-42, 2000.

43. Rickert VI, Wielmann CM, Berenson AB. Health risk behaviors among pregnant adolescents with older partners. *Arch Pediatr Adolesc Med* 151: 276-280, 1997.
44. Robinson BE. Teenage pregnancy from the father's perspective. *Amer J Orthopsychiat*. 58: 46-51, 1988.
45. Rome ES, Rybichi LA, Durant RH. Pregnancy and other risk behaviors among adolescent girls in Ohio. *J Adolesc Health* 22: 50-55, 1998.
46. Roye CF, Balk SJ. The relationship of partner support to outcomes for teenage mothers and their children: a review. *J Adolesc Health* 19: 86-93, 1996.
47. Saito ML. Sex education in school: preventing unwanted pregnancy in adolescents. *Int J Gynaecol Obstet* 63 Suppl 1: S157-160, 1998.
48. Shrier PN, Emans LA, DuRant RH. Adolescent males involved in pregnancy: associations of forced sexual contact and risk behaviors. *J Adolesc Health* 23: 364-369, 1998.
49. Smith GCS. Teenage pregnancy and risk of adverse perinatal outcomes. *BMJ* 323: 476, 2001.
50. SmithBattle L. The vulnerabilities of teenage mothers: challenging prevailing assumptions. *ANS Adv Nurs Sci* 23: 29-40, 2000.
51. Spingram RW, Du Rant RH. Male adolescents involved in pregnancy: associated health risk and problem behaviors. *Pediatrics* 98: 262-268, 1996.
52. Stevens-Simon C, Kelly L, Singer D, Cox A. Why pregnant adolescents say they did not use contraceptives prior to conception. *J Adolesc Health* 19: 48-53, 1996.

53. Takiuti AD. Contribuição ao estudo de um modelo de atendimento à adolescente no sistema público de saúde. Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1999.
54. Toledo-Dreves V, Zabin LS, Emerson MR. Durations of adolescent sexual relationships before and after conception. *J Adolesc Health* 17:163-172, 1995.
55. Treffers PE, Olukoya AA, Ferguson BJ, Liljestrand J. Care for adolescent pregnancy and childbirth. *Int J Gynaecol Obstet* 75: 111-121, 2001.
56. Trevor S. Teenage pregnancies are influenced by family structure. *BMJ* 324: 51, 2002.
57. Trindade E, Bruns MAT. Era isso que eu queria? Um estudo da maternidade e da paternidade na adolescência. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana* 7: 6-13, 1996.
58. Unger JB, Molina G B, Teran L. Perceived consequences of teenage childbearing among adolescent girls in an urban sample. *J Adolesc Health* 26: 205-12, 2000.
59. Van der Klis KA, Westenberg L, Chan A, Dekker G, Keane RJ. Teenage pregnancy: trends, characteristics and outcomes in South Australia and Australia. *Aust N Z J Public Health* 26: 125-131, 2002.
60. Ventura SJ, Mathews TJ, Hamilton BE. Teenage births in the United States: state trends, 1991-2000, an update. *Natl Vital Stat Rep* 50: 1-4, 2002.
61. Viçosa GR, Ruzicki EM, Przybylski J. Gestação na adolescência: a experiência do Hospital Presidente Vargas. *Rev psiquiatr Rio Grande do Sul* 9: 97-104, 1987.

62. Vitiello N. Sexualidade e reprodução na adolescência. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana* 5: 7-15, 1994.
63. Wang CS, Chou P. Characteristics of males who father babies born to adolescents versus older adult women in Taiwan. *J Adolesc Health* 28: 509-512, 2001.
64. Westenberg L, van der Klis KA, Chan A, Dekker G, Keane RJ. Aboriginal teenage pregnancies compared with non-Aboriginal in South Australia 1995-1999. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 42: 187-192, 2002.
65. Zuravin S: Child maltreatment and teenage first births: A relationship mediated by chronic sociodemographic stress? *Am J Orthopsychiatry* 58: 91, 1988.

ARTIGO EM PORTUGUÊS

A GESTANTE ADOLESCENTE E SEU PARCEIRO: CARACTERÍSTICAS DO RELACIONAMENTO DO CASAL E ACEITAÇÃO DA GRAVIDEZ

Alberto Mantovani Abeche^{1,2}, Caroline Boito Maurmann¹, Edison Capp^{1,2}

¹Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

²Programa de Pós-Graduação em Medicina: Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil

Endereço para correspondência:

Alberto Mantovani Abeche

Rua Silveiro, 54/302

CEP 90850 000 – Porto Alegre, RS, Brasil

email: aabeche@yahoo.com

FAX/telephone: 0055 51 3222 8341

RESUMO

A gestação na adolescência é um problema mundial, devido à sua alta prevalência e importantes conseqüências sociais. O conhecimento das características do parceiro da gestante adolescente e a compreensão do tipo de relacionamento e das expectativas do casal são fundamentais para que seja possível atuar de forma preventiva na ocorrência de gestação na adolescência, suas conseqüências e fatores de risco associados. **Objetivos:** Avaliar as características do relacionamento que deu origem à gestação, planejamento ou não desta gestação, e a forma pela qual ela foi recebida pela paciente e seu parceiro. Avaliar a prevalência de comportamentos de risco na gestante e seu parceiro, relacionando estes comportamentos com idade, nível educacional, atividade econômica e local onde vivem a gestante e seu parceiro. **Método:** participaram deste estudo 309 gestantes com idade até 19 anos que consultarem no Ambulatório de Gestação na Adolescência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Foi aplicado questionário abordando antecedentes ginecológicos, dados sobre o comportamento sexual da paciente, dados sobre seu primeiro parceiro e sobre o parceiro atual, a forma como se estabeleceu o relacionamento que deu origem à gestação e a intencionalidade da mesma. **Resultados:** a idade das pacientes foi de 11 a 19 anos e a dos parceiros foi de 14 a 62 anos. A gestação foi planejada em 22% dos casos. A notícia da gravidez foi bem recebida pela paciente em 75,1% dos casos, e bem recebida pelos companheiros em 78,1% dos casos. 25,4% dos parceiros estavam estudando atualmente. Os demais (74,6%) estavam afastados da escola. 88,3% deles estudava ou trabalhava no momento da entrevista. **Conclusões:** Programas de

acompanhamento ou prevenção da gestação na adolescência serão mais efetivos se encararem este evento não invariavelmente como uma falha de orientação anticoncepcional, mas como uma situação mais complexa onde, sob a ótica da gestante e seu parceiro, devido a suas percepções de possibilidades de realização pessoal, nem sempre a gravidez será considerada um acontecimento indesejável.

PALAVRAS-CHAVE

Gestação, adolescência, parceiro, pré-natal, anticoncepção.

ABSTRACT

Pregnancy in the adolescence is a worldwide problem with high prevalence and important social consequences. In order to prevent pregnancy in adolescence, it is necessary to know the characteristics of the adolescent and its partner, to understand the relationship and the expectations of the couple, and to identify the consequences and risk factors associates. **Objectives:** To evaluate the characteristics of the relationship that gave origin to the gestation, planning or not of this gestation, and the form it was received by the patient and her partner. To evaluate the prevalence of risk behaviors in the adolescent pregnant woman and her partner, in relation to age, educational and economic activity. To characterize the partner of the adolescent in the Clinic for Pregnancy in Adolescence of Hospital of Clinics of Porto Alegre. **Method:** 309 pregnant teenagers participated in this study (with ages up to 19 years) that attended the Clinic for Pregnancy in Adolescence of Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Data on gynecological history, sexual behavior, about its first partner and the current partner, the way the relationship was established, and about intention of pregnancy were collected. **Results:** the age of the patients ranged from 11 to 19 years and of the partners from 14 to 62 years. The gestation was planned in 22% of the cases. The notice of the pregnancy was well received by the patient in 75,1% of the cases, and well received by the partners in 78,1% of the cases. 25,4% of the partners were currently studying. 88,3% of the partners studied or worked at the moment of the interview. **Conclusions:** not always is the pregnancy in adolescence considered an undesirable event. programs to prevent pregnancy adolescence will be more effective if this event is not handled as a

failure of contraceptive orientation, but as a more complex situation in which, under the point of view of the pregnant adolescent and its partner, it is a possibility of personal accomplishment.

INTRODUÇÃO

A gestação na adolescência é um problema mundial, devido à sua alta prevalência e importantes conseqüências sociais. As mudanças nos padrões de comportamento experimentadas pelos jovens nas últimas décadas aumentaram consideravelmente o número de gestações na adolescência.

No Brasil, em 1970, 75 de cada 1.000 mulheres de 15 a 19 anos deram à luz. Em 1986 este número aumentou para 81/1.000, sendo que nas áreas rurais do nordeste brasileiro houve um aumento de 27% nesta taxa, que passou de 81/1.000 em 1970 para 103/1.000 em 1986. Em 1999 o número de partos em jovens entre 10 e 19 anos foi de 705 mil (27% do total de partos): um aumento de 67 mil, em relação a 1993. No Brasil, os principais motivos para a internação de mulheres adolescentes são a gravidez, parto, puerpério e abortamento.

Nos Estados Unidos a cada ano 11% de todas as adolescentes entre 15 e 19 anos engravidam, mais de um milhão no total. Destas, 50% levam a gestação até o fim, tornando-se mães adolescentes. Além disso, há um aumento dramático de gestações entre adolescentes não casadas (Toledo-Dreves, Zabin e Emerson, 1995).

Os fatores mais freqüentemente associados à ocorrência de gestação na adolescência são: início precoce das relações sexuais, baixas condições sócio-econômicas e culturais, mau desempenho escolar, poucas oportunidades de progresso, quer escolar, quer profissional e história familiar de gravidez na adolescência (Emans, Laufer e Goldstein, 1998).

As conseqüências de uma gravidez são sérias para a gestante e seu filho. O abandono escolar da mãe adolescente normalmente está associado a esta condição, trazendo prejuízos à sua formação e possibilidades de inserção no mercado de trabalho, contribuindo para o empobrecimento destas famílias.

Existem mais mães do que pais adolescentes. Apenas 30 a 50% dos pais têm menos de 20 anos. Em cada cinco pacientes adolescentes, uma tem um parceiro que é seis anos mais velho ou mais e meninas mais novas parecem ter parceiros mais velhos. Essa discrepância de idade pode trazer problemas para a gestante e seu conceito devido a diferenças individuais de maturidade cognitiva, desenvolvimento sócio-emocional e experiência de vida. Por exemplo, essas adolescentes podem ser vítimas de abuso ou de coerção por parte de seus parceiros, já que muitas meninas acreditam ser a submissão a única forma de manter o relacionamento. Outras podem colocar a própria vida ou a do feto em risco ao serem influenciadas a participar em atividades arriscadas como o abuso do álcool ou de drogas ilícitas (Rickert, Wielmann e Berenson, 1997).

Dados dos Estados Unidos sugerem que os pais adolescentes, da mesma forma que as mães, tendem com menor freqüência a complementar o curso escolar do que aqueles que não têm filhos precocemente. Ao contrário do que sugere o estereótipo, cerca de metade dos pais adolescentes vive com seus filhos logo após o nascimento. São escassos os dados sobre características do parceiro da gestante adolescente e sobre a forma como se estabeleceu e se manteve, ou não, esta relação (Marsiglio, 1987).

A falta de resposta aos programas de prevenção à gravidez na adolescência faz-nos refletir sobre a complexidade do problema. Campanhas que limitam-se a orientação anticoncepcional têm resultados inexpressivos. O conhecimento das características do parceiro da gestante adolescente e a compreensão do tipo de relacionamento e das expectativas do casal são fundamentais para que seja possível atuar de forma preventiva não apenas sobre a ocorrência de gestação na adolescência, mas também sobre suas conseqüências e fatores de risco associados.

OBJETIVOS

Avaliar as características do relacionamento que deu origem à gestação, planejamento ou não desta gestação, e a forma pela qual ela foi recebida pela paciente e seu parceiro. Avaliar a prevalência de comportamentos de risco na gestante e seu parceiro, relacionando estes comportamentos com idade, nível educacional, atividade econômica e local onde vivem a gestante e seu parceiro. Caracterizar o parceiro da gestante adolescente no Ambulatório de Gestação na Adolescência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

MÉTODO

Delineamento

Foi realizado um estudo transversal contemporâneo.

População do estudo

Participaram deste estudo mulheres grávidas com idade até 19 anos que consultaram consecutivamente no Ambulatório de Gestação na Adolescência do HCPA durante o período de realização do estudo.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado com a assessoria do Grupo de Pesquisa e Pós-graduação (GPPG) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - UFRGS. Estimando-se que 76% das gestantes adolescentes apresentem comportamento de risco (não uso de preservativo nas relações sexuais) para um nível de confiança de 5%, estimou-se que ao menos 276 pacientes deveriam ser entrevistadas.

Instrumentos e procedimentos

Os entrevistadores receberam treinamento com relação aos seguintes aspectos: atenção aos aspectos éticos e correta apresentação do consentimento informado; aplicação do questionário com objetividade, isenção e privacidade, para minimizar influências sobre respostas relacionadas a sexualidade, uso de drogas e outros aspectos íntimos da vida da gestante e seu parceiro; preenchimento correto e padronizado dos questionários.

O questionário a ser aplicado abordou antecedentes ginecológicos, dados sobre o comportamento sexual da paciente, dados sobre seu primeiro parceiro e sobre o parceiro atual, a forma como se estabeleceu o relacionamento que deu origem à gestação e a intencionalidade da mesma. Foram verificados: idade,

escolaridade, antecedentes ginecológicos e obstétricos, número de parceiros e comportamentos de risco (não uso de preservativo, uso de drogas ilícitas) da gestante adolescente; características do primeiro parceiro e do atual: idade, escolaridade, ocupação, uso de drogas ilícitas, história de doenças sexualmente-transmissíveis; características da relação com o primeiro parceiro: onde se conheceram, tempo de conhecimento, tempo de namoro até a primeira relação sexual; características da relação com o parceiro atual: onde se conheceram, tempo de conhecimento, tempo de namoro até a primeira relação sexual, se moram juntos ou não; intencionalidade da gestação: planejamento, forma como a adolescente e o parceiro receberam a notícia da gestação.

Aspectos éticos

Todas as pacientes foram informadas que o questionário a ser aplicado incluía perguntas sobre aspectos íntimos da vida da gestante e seu parceiro. Foi assegurado o anonimato em todas as etapas do estudo. Foi assegurado à paciente que, caso ela resolvesse não participar do estudo ou caso desistisse de fazer parte do mesmo, seu tratamento e acompanhamento no hospital continuaria acontecendo da forma habitual, sem qualquer tipo de alteração. Este projeto está de acordo ética e metodologicamente com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Análise estatística

Foi utilizado o teste do Qui-quadrado para analisar a significância estatística das associações entre variáveis nominais. A análise dos dados foi realizada através do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS).

RESULTADOS

Foram entrevistadas 309 gestantes adolescentes. A média da idade das pacientes foi $16,38 \pm 1,58$ (11 a 19 anos) e a média de idade dos parceiros foi $20,81 \pm 5,09$ (14 a 62 anos). Os parceiros apresentaram, em média, 4,4 anos a mais do que a idade das gestantes, com uma variação de -2 anos a +43 anos.

A gestação foi planejada em 22% dos casos. A notícia da gravidez foi bem recebida pela paciente em 75,1% dos casos, e bem recebida pelos companheiros em 78,1% dos casos. 32,4% dos casais utilizavam regularmente preservativo nas relações sexuais. Nos 67,6% restantes não havia uso de preservativo ou seu uso era eventual. 25,4% dos parceiros estavam estudando atualmente. Os demais (74,6%) estavam afastados da escola. 88,3% deles estudava ou trabalhava no momento da entrevista; 11,7%, portanto, não estudava nem trabalhava. 87,9% das gestantes namoravam com seus parceiros há mais de 6 meses quando ocorreu a gravidez atual.

O uso de preservativo não foi diferente ($p = 0.533$) entre os casais com diferenças de idade de menos de 3 anos, 3 a 5 anos ou mais de 5 anos (tabela 1). A frequência de gestações planejadas pelo casal foi semelhante ($p = 0,152$) entre os

casais cujos parceiros estudavam ou não (tabela 2). A gestação foi bem recebida quando o parceiro atual era o primeiro parceiro da gestante (tabela 3). A gestação foi planejada quando os casais moravam juntos (tabela 4). A notícia da gestação foi bem recebida pela gestante e pelo parceiro quando moravam juntos (tabela 5). O uso de preservativo foi regular quando o parceiro e a gestantes moravam juntos (tabela 6).

DISCUSSÃO

Os parceiros das gestantes adolescentes apresentaram, em geral, idade maior do que a delas. A variação observada foi ampla (de -2 a +39 anos), e a média foi de 4,4 anos a mais nos parceiros, estando eles muitas vezes além do período da adolescência. Estes achados são semelhantes aos encontrados Rickert (1997) que constatou que uma em cada 4 gestantes adolescentes tinha um parceiro com 5 ou mais anos a mais. Agurcia (2001) relata parceiros não-adolescentes em mais de 20% das gestantes adolescentes.

O percentual significativo de gestações planejadas e/ou bem recebidas pela adolescente e seu companheiro verificado neste estudo sugere uma heterogenicidade de situações que podem conduzir a uma gestação na adolescência. Paiva et al. (1996) relataram que 42% das gestações foi intencional e em 75% dos casos o parceiro reagiu de forma positiva à gravidez.

Entrevistando 135 puérperas adolescentes no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, constatou-se que em 41,5% das entrevistadas a gestação havia sido

planejada (Cericatto *et al.*, 1994). Segundo Franco (1998), para jovens com escassos horizontes de realização na escola ou no mercado de trabalho e com expectativas de mudanças em suas vidas relacionadas à gravidez, a gestação pode representar um momento de elevação da auto-estima e, sob sua própria ótica, de realização pessoal.

Dias *et al.* (1996) verificaram que gestantes adolescentes tinham informações a respeito dos métodos anticoncepcionais. Elas e seus parceiros receberam bem a notícia da gestação. Estas pacientes perceberam a experiência da gravidez positivamente, com reflexos favoráveis em suas vidas: união com companheiro, novo status diante de seus pais e novo senso de identidade trazido pela experiência da maternidade. Trata-se, no entanto de ganho a curto prazo. As conseqüências de uma gravidez na adolescência no futuro têm implicações desfavoráveis na escolaridade do casal e nas suas perspectivas do ponto de vista sócio-econômico.

Observamos que menos de um terço dos casais utilizavam regularmente preservativos. Crosby, DiClemente e Wingood (2002) entrevistando adolescentes afro-americanas não grávidas, observaram que sentimentos ambivalentes em relação à gravidez acarretavam menor freqüência de uso de contraceptivos e preservativos. Springram e Du Rant (1996) verificaram elevada freqüência de diversos comportamentos sexuais de risco entre parceiros de gestantes adolescentes. Estes dados devem ser levados em consideração quando pensamos em programas de rastreamento e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.

Apenas 25,4% dos parceiros de nossas gestantes estudavam no momento em que foi feita a entrevista. Wang (2001) relata que em seu estudo realizado com gestantes adolescentes e seus parceiros em Taiwan, e na literatura em geral, observa-se que os parceiros das gestantes adolescentes atingem menor nível de escolaridade quando comparados com controles.

Roye e Balk (1996) chamam a atenção para o equívoco de aceitarmos o estereótipo do parceiro da adolescente que a abandona e foge de assumir a paternidade. Mesmo 18 meses após o nascimento de seus filhos, observaram grande número de parceiros realmente envolvidos com a paternidade. Toledo-Dreves (1995) observaram que raramente os relacionamentos que conduzem a estas gestações são fugazes ou inseqüentes, em média o namoro existia por dois anos antes da concepção. Observamos em nosso estudo que, em geral, as gestantes haviam namorado seus parceiros por muitos meses ou mesmo anos antes que ocorresse a gestação.

Jewkes et al. (2001) e Roye e Balk (1996) chamam a atenção para algumas implicações da diferença de idade entre a gestante e um parceiro mais velho. Haveria uma significativa diferença de maturidade cognitiva, de desenvolvimento sócio-emocional e de experiência de vida. Essas adolescentes poderiam ser vítimas de abuso ou de coerção por parte de seus parceiros, e exposição a situações de risco, como relações sexuais sem proteção ou uso de drogas, já que muitas meninas acreditam ser a submissão a única forma de manter o relacionamento. Em nossas gestantes, no entanto, não encontramos diferença significativa entre casais

agrupados segundo diferenças de idade, com relação ao uso ou não de preservativo pelo casal.

O tempo entre o início do namoro e a gestação é menor, no caso de se tratar do primeiro parceiro (Toledo-Dreves, 1995). Muitas gestantes referem intenção de casar e ter família com eles. A notícia da gravidez foi bem recebida em um percentual significativamente maior entre aqueles que eram os primeiros parceiros das gestantes.

Uma situação que merece interesse especial é a de gestantes adolescentes que moram com seus parceiros. Neste grupo constatamos que o uso regular do preservativo era menos comum do que no observado em parceiros que moravam separados, cada um com sua família. Neste grupo de adolescentes que moram com seus parceiros há diferenças significativas quanto a melhor aceitação da gravidez pela paciente e por seu parceiro. Isto sugere um projeto de vida, onde a maternidade e a paternidade precoces não são frutos do acaso.

CONCLUSÕES

A gestação na adolescência não é invariavelmente fruto de falha de contracepção ou falta de orientação anticoncepcional. Há um número expressivo de gestações planejadas e, ainda maior, de gestações que são acolhidas como uma boa notícia pela adolescente e seu companheiro. Menos de um terço das gestantes adolescentes e seus parceiros utilizavam regularmente preservativos. Cuidados relacionados às doenças sexualmente-transmissíveis, como screening, tratamento

quando necessário e reforço nas orientações de prevenção são essenciais para este grupo de pacientes e seus companheiros. A maior parte destas gestações não são resultantes de aproximações fortuitas ou relações sexuais sem um período de namoro prévio. Os parceiros das gestantes adolescentes são geralmente alguns anos mais velhos do que elas, e freqüentemente abandonaram seus estudos para ingressarem no mercado de trabalho. O fato do parceiro da gestante ter idade superior a dela não parece exercer influência no uso de preservativo pelo casal. Quando a gestante adolescente e seu parceiro moram juntos, o uso regular de preservativo é menos freqüente. Estes casais apresentam maiores percentuais de gestações planejadas ou recebidas como uma boa notícia pelas pacientes e seus parceiros. Programas de acompanhamento ou prevenção da gestação na adolescência serão mais efetivos se encararem este evento não invariavelmente como uma falha de orientação anticoncepcional, mas como uma situação mais complexa onde, sob a ótica da gestante e seu parceiro, devido a suas percepções de possibilidades de realização pessoal, nem sempre a gravidez será considerada um acontecimento indesejável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agurcia CA, Vaughn IR, Abbey BB. The behavioral risks and life circumstances of adolescent mothers involved with older adult partners. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 155: 83-92, 2001.
2. Cericatto R, Zatti H, Gazzana MB, Abeche AM. Anticoncepção e gravidez na adolescência: fatores associados. *Rev. AMRIGS* 38:294-8, 1994.
3. Di Clemente RJ, Wingood GM, Crosby RA, Simeonean C, Cobb BK, Harrington K, Davies SL, Hook EW 3rd, Oh MK. Sexual risk behaviors associated with having older sex partners: a study of black adolescent females. *Sex Transm Dis* 29: 20-24, 2002.
4. Dias ACG, Oliveira VZ, Gomes WB, Goldim JR. Gestação na adolescência: aspectos psico-sociais. *Revista HCPA* 16: 192-193, 1996.
5. Dotta IG, Noda E, Silva SLL, Wang MHJ. Gestação na Adolescência. *Cadernos de Ginecologia e Obstetrícia - RBM* 57: 15-22, 2000.
6. Emans JH, Laufer MR, Goldstein DP. *Pediatric and Adolescent Gynecology*. Lippincott-Raven, p. 677-679, 1998.
7. Franco J, Rodrigues MG, Dionísio MJ. A Adolescência e a Gravidez - um estudo fenomenológico. *Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação*, 4 (1) - <http://www.psiquiatria-cl.org/revista>, 1998.
8. Gama SG, Szwarzwald CL, Leal MMC. Pregnancy in adolescence, associated factors, and perinatal results among low-income post-partum women. *Cad Saude Publica* 18: 153-161, 2002.

9. <http://www.ibge.gov.br>
10. Jewkes R, Vundule C, Maforah F, Jordaan E. Relationship dynamics and teenage pregnancy in South Africa. *Soc Sci Med* 52: 733-44, 2001.
11. Lee M. Family and adolescent childbearing. *J Adolesc Health* 28: 307-312, 2001.
12. Marsiglio W. Adolescent fathers in the United States: their initial living arrangements, marital experience and educational outcomes. *Fam Plann Perspect* 19: 240, 1987.
13. Paiva AS, Caldas MCCS, Cunha AA. Perfil Psicossocial da Gravidez na Adolescência. In: Monteiro DLM. *Gravidez na Adolescência*. Revinter, 1998.
14. Pierre N, Shrier LA, Emans J, Durant RH. Adolescent males involved in pregnancy. *J Adolesc Health* 23: 364-369, 1998.
15. Rickert VI, Wielmann CM, Berenson AB. Health risk behaviors among pregnant adolescents with older partners. *Arch Pediatr Adolesc Med* 151:276-280, 1997.
16. Roye CF, Balk SJ. The relationship of partner support to outcomes for teenage mothers and their children: a review. *J Adolesc Health* 19:86-93, 1996.
17. Spingram RW, Du Rant RH. Male adolescents involved in pregnancy: associated health risk and problem behaviors. *Pediatrics* 98: 262-268, 1996.
18. Toledo-Dreves V, Zabin LS, Emerson MR. Durations of adolescent sexual relationships before and after conception. *J Adolesc Health* 17:163-172, 1995.
19. Ventura SJ, Mathews TJ, Hamilton BE. Teenage births in the United States: state trends, 1991-2000, na update. *Natl Vital Stat Rep* 50: 1-4, 2002.

20. Wang CS, Chou P. Characteristics of males who father babies born to adolescents versus older adult women in Taiwan. *J Adolesc Health* 28: 509-12, 2001.

Tabela 1 – Uso de preservativo *versus* diferença de idade do casal

Diferença de idade	uso de preservativo		p
	Regularmente	Não regularmente	
< 3 anos	49 32,0%	104 68,0%	0,979
3-5 anos	25 33,3%	50 66,7%	
> 5 anos	26 32,1%	55 67,9%	

Tabela 2 – Planejamento das gestações quando os parceiros estudavam ou não

	A gestação foi		p*
	Planejada	Não planejada	
estuda	12 15,4%	66 84,6%	0,152
não estuda	55 24,0%	174 76,0%	

*teste exato de Fisher.

Tabela 3 – Como a notícia da gestação foi recebida pelo parceiro quando ele era ou não o primeiro

	Como parceiro recebeu a gestação		p*
	sim	não	
Foi primeiro	159 84,1%	30 15,9%	0,003
Não foi primeiro	80 69,0%	36 31,0%	

*teste exato de Fisher.

Tabela 4 – Planejamento das gestações quando o casal morava junto ou não

	A gestação foi		p*
	Planejada	Não planejada	
Moram juntos	53 32,1%	112 67,9%	< 0,001
Não moram juntos	15 10,7%	125 89,3%	

*teste exato de Fisher.

Tabela 5 – Como a notícia da gestação foi recebida pelas pacientes e seus parceiros, estando eles morando juntos ou não

	Como paciente recebeu a gestação		p*	Como parceiro recebeu a gestação		p*
	bem	mal		sim	não	
Moram juntos	137 83,0%	28 17,0%	0,001	148 89,7%	17 10,3%	< 0,001
Não moram juntos	93 66,4%	47 33,6%		88 64,2%	49 35,8%	

*teste exato de Fisher.

Tabela 6 – Uso de preservativo entre gestantes e parceiros que moram juntos ou não

	uso de preservativo		p*
	Regularmente	Não regularmente	
Moram juntos	39 23,6%	126 76,4%	< 0,001
Não Moram juntos	60 42,9%	80 57,1%	

*teste exato de Fisher.

ARTIGO EM INGLÊS

THE ADOLESCENT GESTANTE AND ITS PARTNER: CHARACTERISTICS OF THE RELATIONSHIP OF THE COUPLE AND ACCEPTANCE OF THE PREGNANCY

Alberto Mantovani Abeche^{1,2}, Caroline Boito Maurmann¹, Edison Capp^{1,2}

¹Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

²Programa de Pós-Graduação em Medicina: Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil

Correspondence to:

Alberto Mantovani Abeche

Rua Silveiro, 54/302

CEP 90850 000 – Porto Alegre, RS, Brasil

email: aabeche@yahoo.com

FAX/telephone: 0055 51 3222 8341

ABSTRACT

Pregnancy in adolescence a worldwide problem with high prevalence and with important social consequences. In order to prevent pregnancy in adolescence, it is necessary to know the characteristics of the adolescent and her partner, to understand the relationship and the expectations of the couple, and to identify the consequences and risk factors associated. **Objectives:** To evaluate the characteristics of the relationship that gave origin to the gestation, planning or not of that gestation, and how it was received by the patient and her partner. To evaluate the prevalence of risk behaviors in the adolescent pregnant woman and her partner, in relation to age, educational and economic activity. To characterize the partner of the adolescent in Pregnancy in Adolescence Clinic of Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Method:** 309 pregnant teenagers participated in this study (with age up to 19 years) who attended the Pregnancy in Adolescence Clinic at Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Data on gynecological history, sexual behavior, about her first partner and the current partner, the way the relationship was established, and about intention of pregnancy were collected. **Results:** the age of the patients ranged from 11 to 19 years and of the partners from 14 to 62 years. The gestation was planned in 22% of the cases. The notice of the pregnancy was well received by the patient in 75.1% of the cases, and well received by the partners in 78.1% of the cases. About 25% of the partners were currently studying; 88.3% of the partners studied or worked at the moment of the interview. **Conclusions:** not always pregnancy in adolescence is considered an undesirable event. Programs to prevent pregnancy in adolescence will be more effective if this event is not handled as a failure of contraceptive orientation,

but as a more complex situation in which, under the point of view of the pregnant adolescent and her partner, it is a possibility of personal accomplishment.

INTRODUCTION

Pregnancy during adolescence is a worldwide problem, due to its high prevalence and important social consequences. Changes in sexual behavior in the last decades had considerably increased the number of gestations among adolescents.

In Brazil, in 1970, 75/1,000 women with 15 to 19 years were delivered babies. In 1986 this number increased for 81/1,000. The agricultural areas in northeast Brazil had an increase of 27% in this tax, and passed from 81/1.000 in 1970 to 103/1.000 in 1986. In 1999 the number of childbirths by young mothers, ages 10 to 19 years, was of 705,000 (27% of the total of births): an increase of 67,000, in relation to 1993. In Brazil, the main reasons to station adolescent women are pregnancy, childbirth, puerperium, and abortion (6).

In the United States, eleven percent of all adolescents between 15 and 19 years get pregnant each year, more than a million in the total. Of these, 50% take the gestation until the end, becoming adolescent mothers. Moreover, there is a dramatical increase of pregnancy among single adolescents (1,15).

The factors more frequently associated to the occurrence of gestation in the adolescence are: precocious beginning of the sexual relations, low partner-economic and cultural conditions, bad school performance, few chances of progress in school or professionally, and familiar history of pregnancy in the adolescence (3).

The pregnancy has serious consequences to the adolescent and her child. School abandonment by the adolescent mother is normally associated with this

condition, bringing damage to its formation and decreasing her chances of insertion in the work market, contributing for the impoverishment of these families.

There are more adolescent mothers than adolescent fathers. Only 30-50% of the fathers are under 20 years (15). In every five adolescent pregnant patients, one has a partner that is at least six years older, and younger girls seem to have older partners (10). This discrepancy of age can bring problems for the adolescent and its child due to individual differences in cognitive maturity, partner-emotional development and life-experience. For example, these adolescents can be victims of abuse or coercion by their partners, since many girls believe that submission is the only form to keep the relationship. Others can place their own life in risk when being influenced to participate in risky activities as the alcohol abuse or use of illicit drugs (7,12).

In the United States, adolescent fathers, similar to what happen to adolescent mothers, tend to finish less years of school when compared with those that do not have children precociously. In contrast to the general stereotypized idea, about half of adolescent fathers live soon with their children after birth (8). Data about the characteristics of the partner of the adolescent pregnant woman and on about the characteristics of this relation are scarce.

The lack of reply to the programs of prevention of pregnancy during adolescence makes us think about the complexity of the problem. Programs limited to contraceptive orientation have inexpressive results. The knowledge of the characteristics of the adolescent's partner, understanding the relationship and the

expectations of the couple are prerequisites to act not only in prevention of gestation in adolescence, but also on its consequences and risk factors associated.

OBJECTIVES

To evaluate the characteristics of the relationship that gave origin to the gestation, planning or not of this gestation, and how it was received by the patient and her partner. To evaluate the prevalence of risk behaviors in the adolescent pregnant woman and her partner, in relation to age, educational and economic activity. To characterize the partner of the adolescent in the Pregnancy in Adolescence Clinic of Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

METHOD

Study design

An observational, transversal, prospective study was carried out.

Population

Participated in this study pregnant adolescent women with age up to 19 years that had consulted consecutively in the Pregnancy in Adolescence Clinic at Hospital de Clínicas de Porto Alegre during the period of the study. The sample size was calculated with help of the Group of Research and Post-Graduation (GPPG) of Hospital de Clínicas de Porto Alegre - UFRGS. It was assumed that 76% of the

pregnant adolescents had risk behaviors (did not use condom in the sexual relations), for a precision of measure of 5%, and a minimal sample size of 276 was estimated.

Procedures

Interviewers received training to the following aspects: attention to the ethical aspects and correct presentation of the informed assent; application of the questionnaire, use of drugs and other private aspects of the life of the pregnant adolescent and her partner, and correct fulfilling of the questionnaires.

Data was collected on: gynecological and obstetric history, age, school performance, number of partners and risk behavior (not use of condom, use of illicit drugs) of the adolescent pregnant, characteristics of the first partner and the current one: age, school performance, occupation, use of illicit drugs, history of sexual-transmitted disease illnesses; characteristics of the relation with the first partner: where have they met, how long have they dated before first sexual relation; intention of pregnancy, how the adolescent and her partner received the gestation.

Ethical aspects

All patients were informed that the questionnaire included private questions about her life and her partner. Anonymity was assured in all stages of the study. It was also assured to the patient clinical assistance in case she refused to participate in this study. This project was approved by the Ethic Committee of "Hospital de Clínicas de Porto Alegre".

Statistical analysis

Statistical differences were analyzed using Qui-square test. Data was analyzed with the program Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

RESULTS

Three-hundred and nine pregnant adolescents were interviewed. Mean age was 16.38 ± 158 (11-19 years), and the mean age of partners was 20.81 ± 5.09 (14-62 years). The partners were, in average, 4.4 years older than the pregnant adolescents, with a variation of -2 to +43 years. The pregnancy was planned in 22% of the cases. The notice of the pregnancy was well received by the patient in 75.1% of the cases, and received well by her partner in 78.1% of the cases. Sixty seven percent (67.6%) did not use condom or its use was eventual; 25.4% of the partners were currently studying; 88.3% of them studied or worked at the moment of the interview; 87.9% of the pregnant adolescent were living with their partner for more than 6 months when the current pregnancy occurred. The use of condom was not different ($p = 0,533$) among couples with differences of age of less than 3 years, from 3 to 5 years or more than 5 years (table 1). The frequency of pregnancies planned was similar ($p = 0,152$) between the couples whose partners had studied or not (table 2). The pregnancy was well received when the current partner was the first partner (table 3). The gestation was planned when the couples lived together (table 4). Also, the notice of the gestation was well received by these couples (table 5), and the use of condom was more regular (table 6).

DISCUSSION

Partners were, in general, older than the pregnant adolescent. It was observed an ample variation (-2 to +39 years), and the partners were in average 4.4 years older. Some partners were not adolescents anymore. These findings are similar to those found by Rickert (1997): it was found that one out of 4 pregnant adolescent had a partner 5 or more years older. Agurcia (2001) found partners that were not adolescents in 20% of the adolescent gestations.

The significant percentage of planned gestations verified in this study suggests a heterogenicity of situations that can lead to a gestation in the adolescence. Paiva et al. (1996) found that 42% of the gestations were intentional and in 75% the partner reacted positively to the pregnancy.

Interviewing 135 adolescents after deliver in the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, it was evidenced that in 41.5% of interviewees the gestation had been planned. According to Franc (1998), to young girls with scarce perspectives of success in school or professionally and with expectations of changes in their lives, the pregnancy can represent a moment of rise of auto-esteem and, under its proper optics, of personal accomplishment.

Dias et al. (1996) had verified that pregnant adolescents had information regarding about contraceptive methods. They and their partners had received well the notice of the gestation. These patients had perceived the experience of the pregnancy positively, with favorable consequences in their lives: stable union with partner, new status in the family, a sense of identity brought by the experience of

maternity. However, the consequences of a pregnancy in adolescence have unfavorable implications in school performance and economic status of the couple.

We observe that less of one third of the couples use condoms regularly. Richard (2002) interviewing afro-american adolescents not pregnant, observed ambivalent feelings in relation to the pregnancy, and a lower frequency of use of contraceptives and condoms. Springram and Du Rant (1996) had observed high frequency of diverse sexual risk behaviors among partners of pregnant adolescents. These data must be taken in consideration when thinking about programs for prevention and screening of sexually transmitted disease.

Among the partners of our pregnant adolescents, 25.4% were studying at the time of the interview. Wang (2001), in Taiwan, found a lower school performance among partner of adolescents when compared to partners of non-adolescent pregnant.

Roye and Balk (1996) emphasize the mistake of stereotyping the partner of the adolescent who abandons and runs away, not to assuming the paternity. Exactly 18 months after birth of the children, it was observed that a great number of partners were involved with the paternity. Toledos-Dreves (1995) had observed that the relationships that lead to these gestations only rarely are inconsequential, and that the couple had been together at least two years before the conception. We observed in our study that, in general, the couples had been together for many months or even years before the gestation occurred.

Jewkes et al. (2001) and Roye and Balk (1996) call the attention for some implications about difference of age between the pregnant and an older partner. They

would have a significant difference of cognitive maturity, emotional development and life experience. These adolescents could be victims of abuse or coercion by their partners, and exposition the risk situations, as sexual relations without protection or use of drugs, since many girls believe that submission may be the only form to keep the relationship. In our study, however, we did not find significant difference in condom use among couples grouped according to age differences.

The interval between the beginning of the relationship and the pregnancy was shorter with the first partner (Toledo-Dreves, 1995). Many pregnant related intention to marry and to have family with them. The pregnancy was well received in a significantly higher percentage with the first partner.

A situation that deserves special interest is those adolescents who live with their partners. In this group we evidence that the regular use of condom was less common than in the group of couples that lived separate. In this group of adolescents who live with their partners, the pregnancy was better accepted. This suggests a life project, where the precocious maternity and paternity are no accidental.

CONCLUSIONS

The gestation in the adolescence is not necessarily result of failure or lack of contraceptive orientation. There are an expressive number of planned gestations, and an even bigger number of gestations that are received as a good notice by the adolescent and her partner. Less than one third of the pregnant adolescents and their partners used condoms regularly. Attention to sexual-transmitted disease, its

screening, treatment and reinforcement in prevention is essential for this group of patients and their partners. Most of these gestations are not resultant of fortuitous approaches or sexual relations without a previous period of dating. The partners are generally some years older, and frequently they had abandoned their studies to start working. The fact that the partner was older than the pregnant adolescent does not seem to influence the use of condom by the couple. When the couple lived together, the regular use of condom is less frequent. These couples present greater frequency of planned and well perceived gestations by the adolescent and her partner. Not always is the pregnancy in adolescence considered an undesirable event. Programs to prevent pregnancy in adolescence will be more effective if this event is not handled as a failure of contraceptive orientation, but as a more complex situation in which, under the optic of the pregnant adolescent and her partner, it is a possibility of personal accomplishment

REFERERENCES

1. Agurcia CA, Vaughn IR, Abbey BB The behavioral risks and life circumstances of adolescent mothers involved with older adult partners. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 155: 83-92, 2001.
2. Cericatto R, Zatti H, Gazzana MB, Abeche AM. Anticoncepção e gravidez na adolescência: fatores associados. *Rev. AMRIGS* 38:294-8, 1994.
3. Di Clemente RJ, Wingood GM, Crosby RA, Simeonean C, Cobb BK, Harrington K, Davies SL, Hook EW 3rd, Oh MK. Sexual risk behaviors associated with having older sex partners: a study of black adolescent females. *Sex Transm Dis* 29: 20-24, 2002.
4. Dias ACG, Oliveira VZ, Gomes WB, Goldim JR. Gestação na adolescência: aspectos psico-sociais. *Revista HCPA* 16: 192-193, 1996.
5. Dotta IG, Noda E, Silva SLL, Wang MHJ. Gestação na Adolescência. *Cadernos de Ginecologia e Obstetrícia - RBM* 57: 15-22, 2000.
6. Emans JH, Laufer MR, Goldstein DP. *Pediatric and Adolescent Gynecology*. Lippincott-Raven, p. 677-679, 1998.
7. Franco J, Rodrigues MG, Dionísio MJ. A Adolescência e a Gravidez - um estudo fenomenológico. *Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação* 4 (1) - <http://www.psiquiatria-cl.org/revista>, 1998.
8. Gama SG, Szwarcwald CL, Leal MMC. Pregnancy in adolescence, associated factors, and perinatal results among low-income post-partum women. *Cad Saude Publica* 18: 153-161, 2002.

9. <http://www.ibge.gov.br>
10. Jewkes R, Vundule C, Maforah F, Jordaan E. Relationship dynamics and teenage pregnancy in South Africa. *Soc Sci Med* 52:733-44, 2001.
11. Lee M. Family and adolescent childbearing. *J Adolesc Health* 28: 307-312, 2001.
12. Marsiglio W. Adolescent fathers in the United States: their initial living arrangements, marital experience and educational outcomes. *Fam Plann Perspect* 19: 240, 1987.
13. Paiva AS, Caldas MCCS, Cunha AA. Perfil Psicossocial da Gravidez na Adolescência. In: Monteiro DLM. *Gravidez na Adolescência*. Revinter, 1998.
14. Pierre N, Shrier LA, Emans J, Durant RH. Adolescent males involved in pregnancy. *J Adolesc Health* 23: 364-369, 1998.
15. Rickert VI, Wielmann CM, Berenson AB. Health risk behaviors among pregnant adolescents with older partners. *Arch Pediatr Adolesc Med* 151:276-280, 1997.
16. Roye CF, Balk SJ. The relationship of partner support to outcomes for teenage mothers and their children: a review. *J Adolesc Health* 19: 86-93, 1996.
17. Spingram RW, Du Rant RH. Male adolescents involved in pregnancy: associated health risk and problem behaviors. *Pediatrics* 98: 262-268, 1996.
18. Toledo-Dreves V, Zabin LS, Emerson MR. Durations of adolescent sexual relationships before and after conception. *J Adolesc Health* 17: 163-172, 1995.
19. Ventura SJ, Mathews TJ, Hamilton BE. Teenage births in the United States: state trends, 1991-2000, an update. *Natl Vital Stat Rep* 50: 1-4, 2002.

20. Wang CS, Chou P. Characteristics of males who father babies born to adolescents versus older adult women in Taiwan. *J Adolesc Health* 28: 509-12, 2001.

Table 1 – Use of condom *versus* age difference

Age difference	Use of condom		p
	Regularly	Not regularly	
< 3 years	49 32.0%	104 68.0%	0.979
3-5 years	25 33.3%	50 66.7%	
> 5 years	26 32.1%	55 67.9%	

*Fisher's exact test

Table 2 – Intention of pregnancy when the partners were studying or not

	The pregnancy was		p*
	Planned	Not planned	
was studying	12 15.4%	66 84.6%	0.152
was not studying	55 24.0%	174 76.0%	

*Fisher's exact test

Table 3 – How the pregnancy was accepted according to partner

	How partner received the pregnancy		p*
	Well	Not well	
First partner	159 84.1%	30 15.9%	0.003
Not first partner	80 69.0%	36 31.0%	

*Fisher's exact test

Tabela 4 – Planning of pregnancy versus if the couple lived together or not

	The pregnancy was		p*
	Planned	Not planned	
Live together	53 32.1%	112 67.9%	< 0.001
Do not live together	15 10.7%	125 89.3%	

*Fisher's exact test

Tabela 5 – How the pregnancy was accepted by the pregnant and her partner when the couple live together or not

	How the adolescent accepted the pregnancy			How the partner accepted the pregnancy		
	Well	Not well	p*	Well	Not well	p*
Live together	137 83.0%	28 17.0%	0.001	148 89.7%	17 10.3%	< 0.001
Do not live together	93 66.4%	47 33.6%		88 64.2%	49 35.8%	

*Fisher's exact test

Table 6 – Use of condom when the couple lived together or not

	Use of condom		p*
	Regularly	Not regularly	
Live together	39 23.6%	126 76.4%	< 0.001
Do not live together	60 42.9%	80 57.1%	

*Fisher's exact test

ANEXO A

CONSENTIMENTO INFORMADO

Estamos desenvolvendo um trabalho com o objetivo de traçar um perfil do companheiro da gestante adolescente, ou seja, descobrir quais são suas características, como ele é. Com isso pretendemos entender melhor as pacientes e seus companheiros que, como vocês, passam por este tipo de experiência. Você está sendo convidada a participar deste trabalho através de respostas a um questionário que abordará alguns aspectos da sua vida sexual e da vida sexual do pai de seu bebê. O seu nome e o de seu companheiro serão mantidos sob sigilo. Em nenhum momento deste trabalho haverá a possibilidade de relacionar seu nome às respostas fornecidas ao questionário.

As informações coletadas não serão utilizadas com fins comerciais, apenas científicos.

A participação no estudo é totalmente voluntária. Além disso, mesmo após concordar em participar, você tem o direito de desistir do estudo a qualquer momento. O fato de se negar a participar de nosso estudo ou de desistir de fazer parte dele não implicará prejuízo algum para seu tratamento ou acompanhamento no hospital. Suas consultas continuarão acontecendo da forma habitual, sem qualquer tipo de alteração.

A equipe de pesquisa está a sua disposição para solucionar qualquer tipo de dúvida com relação ao trabalho.

Gratos pela atenção.

_____ Data: ____/____/____
Paciente:

Pesquisador responsável: Dr. Alberto Mantovani Abeche
Telefone para contato: 33168117
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

ANEXO B

QUEST Nº _____

CARACTERIZAÇÃO DO PARCEIRO DA GESTANTE ADOLESCENTE

PRONTUÁRIO _____

INICIAIS _____

DADOS SOBRE A GESTANTE

IDADE: ____ ANOS ____ MESES MENARCA: ____ ANOS

SEXARCA: ____ ANOS GESTA: ____ IG: ____ SEM

ESCOLARIDADE: () 1º-4º SÉRIE () 5º-8º SÉRIE

() 2º GRAU COMPLETO () 2º GRAU INCOMPLETO

SEXUALMENTE ATIVA: () SIM () NÃO

HISTÓRIA DE DST: : () SIM () NÃO

SE SIM, QUAL: () AIDS () SÍFILIS () GONORRÉIA () HPV () HEP.B () HERPES

TRATAMENTO DE INFECÇÃO VAGINAL: : () SIM () NÃO

USO DE DROGAS: () NÃO INJETÁVEIS () INJETÁVEIS () NÃO

DADOS SOBRE O PRIMEIRO PARCEIRO

IDADE: ____ ANOS

TEMPO QUE SE CONHECIAM ATÉ O NAMORO: ____ MESES

NAMORO ATÉ A 1º RELAÇÃO: ____ MESES

TRABALHO: () EMPREGADO () DESEMPREGADO () ESTUDANTE

TIPO DE CONTATO INICIAL: _____

USO DE PRESERVATIVO: : () SIM () NÃO () EVENTUAL

MOTIVO: () ANTICONCEPÇÃO () PREVENÇÃO DE DST () OUTROS
QUAIS _____

DADOS SOBRE O PARCEIRO ATUAL

IDADE: ____ ANOS ____ MESES

ESCOLARIDADE: () 1º-4º SÉRIE () 5º-8º SÉRIE () 2º GRAU INCOMPLETO

() 2º GRAU COMPLETO () 3º GRAU INCOMPLETO () 3º GRAU COMPLETO

TRABALHO: () EMPREGADO () DESEMPREGADO () ESTUDANTE

TIPO DE CONTATO INICIAL: _____

HISTÓRIA DE DST: : () SIM () NÃO

SE SIM, QUAL: () AIDS () SÍFILIS () GONORRÉIA () HPV () HEP.B () HERPES

USO DE DROGAS: () NÃO INJETÁVEIS () INJETÁVEIS () NÃO

DADOS SOBRE A RELAÇÃO ATUAL

TEMPO QUE SE CONHECEM: ____ MESES

TEMPO QUE NAMORAM: ____ MESES

MORAM JUNTOS: : () SIM () NÃO

MORAM COM A FAMÍLIA: () DELA () DELE () NÃO

FOI O 1º PARCEIRO SEXUAL: : () SIM () NÃO SE NÃO, QUANTOS ANTES _____

TEMPO ENTRE SE CONHECEREM E A 1º RELAÇÃO SEXUAL: ____ MESES

USO DE PRESERVATIVO: : () SIM () NÃO () EVENTUAL

MOTIVO: () ANTICONCEPÇÃO () PREVENÇÃO DE DST () OUTROS
QUAIS _____

GESTAÇÃO PLANEJADA: () SIM () NÃO

GESTAÇÃO BEM RECEBIDA PELA GESTANTE: () SIM () NÃO

GESTAÇÃO BEM RECEBIDA PELO COMPANHEIRO: () SIM () NÃO