

Anticoncepção e gravidez na adolescência: fatores associados

RODRIGO CERICATTO*
HELEN ZATTI*
MARCELO BASSO GAZZANA*
ALBERTO MANTOVANI ABECHÉ**

INTRODUÇÃO

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 davam à luz todos os anos. 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 (1). Dados americanos também referem aumento de 10 a 15% na taxa de nascimentos de mães de 15 a 17 anos na última década (2,3). Atualmente, no Brasil, a taxa de partos em adolescentes em relação ao total de partos varia entre 8 e 30%, dependendo da região do país, com uma média nacional de 22% (1,4).

A maioria das gestações na adolescência não é planejada. Nos Estados Unidos, por exemplo, 1,2 milhões de adolescentes ficam grávidas a cada ano, aproximadamente 1 em cada 10. Cerca de 80% destas gestações não são planejadas, e 45% de todas elas terminam em abortamento (5).

A gestação na adolescência é considerada de alto risco, pois tem maior incidência de intercorrências obstétricas, como anemia, infecção urinária e pré-eclâmpsia (6). Além disso, a prematuridade e o baixo peso ao nascer são mais frequentes (7). Tais complicações podem ser em parte decorrentes de um início tardio das consultas pré-natais e menor número das mesmas (8). No Brasil, a taxa de mortalidade de mulheres adolescentes entre 15 e 19 anos, devido às patologias da gravidez, parto e puerpério, foi de 4/100.000 habitantes, representando a sétima causa de morte nesta faixa etária e sexo em 1980 (9). Enfim, a gravidez na adolescência tem conseqüências sérias, como aumento da morbi-mortalidade materna e infantil, seqüelas clínicas e psicológicas do abortamento, perda educacional e profissional para as mães adolescentes e situação financeira precária para suas famílias (10,11,12).

Grande parte dos adolescentes não usa anticoncepcionais constantemente, e, indubitavelmente, a característica mais notável do comportamento da adolescente em relação à anticoncepção é a inconstância (13,14). Obviamente, para que uma adolescente tenha

SINOPSE

Este estudo foi realizado com o objetivo de avaliar os fatores envolvidos na falha da anticoncepção e gestação na adolescência. Durante 6 meses foram entrevistadas 135 puérperas adolescentes internadas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A idade média foi de 17,34 ± 1,44 anos. Em 79 pacientes (58,5%) a gravidez não foi planejada; destas, apenas 34 (43%) usavam algum método anticoncepcional no momento da concepção. Houve associação entre uso de método anticoncepcional e o fato de viver com parceiro ($p < 0,01$), apoio do parceiro para anticoncepção ($p < 0,001$) e orientação médica para contraceção ($p < 0,01$). A gravidez não planejada relacionada ao não uso de anticoncepção foi justificada como segue: pensava que não iria engravidar (16,4%), pelos efeitos colaterais dos anticoncepcionais (15,2%), adiamento do início da anticoncepção (13,9%); e ao seu uso de maneira incorreta: descuido/esquecimento (30,4%), falta de conhecimento sobre o método (11,4%). Uma gestação foi atribuída à falha do método. Faz-se necessária uma melhor orientação contraceptiva dos adolescentes pelos sistemas de educação e saúde.

UNITERMOS: Adolescência, Anticoncepção, Gravidez na adolescência, Falha na anticoncepção.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate factors associated with anticonception fail and pregnancy in adolescence. During 6 months 135 adolescents who had a baby in the Hospital de Clínicas de Porto Alegre were interviewed. The mean age was 17,34 ± 1,44 years. In 79 patients (58,5%) the pregnancy was unintended; only 34 (43%) of them were using anticonceptional method at the time of conception. The use of anticonceptional method was associated with living with the sexual partner ($p < 0,01$); sexual partner agreement with anticonception ($p < 0,001$) and physician contraception orientation ($p < 0,01$). The related causes for unplanned pregnancy were associated with the absence of anticonceptional use: thought that wouldn't get pregnant in 16,4%, because of the adverse effects of the methods in 15,2%, postponing the beginning of anticonception in 13,9% and the incorrect use: carelessly use of method in 30,4% and lack of awareness about the method in 11,4%. One pregnancy was attributed to method failure. It's necessary a better adolescent contraception orientation by medical and educational professionals.

KEY-WORDS: Adolescence, Anticonception, Teenage pregnancy, Pregnancy in adolescence, Anticonception fail.

* Doutorandos do 12º semestre da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

** Professor Auxiliar de Ensino do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Trabalho realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre — Faculdade de Medicina da UFRGS, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia.

Endereço para correspondência:
Rodrigo Cericatto
Rua Dr. Barros Cassal — 776/201 — Bom Fim
CEP 90035-030 — Porto Alegre — RS

êxito na prevenção da gravidez, é necessário que ela reconheça a importância da contraceção e colabore com o método escolhido (15). Neste sentido, torna-se urgente identificar as deficiências do sistema de saúde com relação a esta orientação, a fim de que se possa evitar as seqüelas e prejuízos de uma gravidez indesejada e de alto risco. Para tanto, o presente estudo tem o objetivo de identificar os motivos de falha na anticoncepção, tendo por base puérperas adolescentes.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal, incluindo todas as puérperas internadas na Unidade de Internação Obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre no período de 11/1991 a 4/1992, que tinham até 20 anos incompletos na data do parto, conforme conceito da Organização Mundial da Saúde (16). A amostra foi consecutiva, não probabilística, por conveniência. Todas as pacientes concordaram em participar do estudo. Os dados foram obtidos através de um formulário aplicado por um dos autores no primeiro ou segundo dia do puerpério. O questionário era dividido em três partes a primeira com dados de identificação, a segunda sobre a história gineco-obstétrica e a última com questões relacionadas à gravidez, anticoncepção e fatores associados a sua falha. Foram abor-

dados: desejo ou não de engravidar, uso e conhecimento de métodos anticoncepcionais, instrução sexual por médicos, familiares ou na escola e crença na possibilidade de gravidez. Por fim, era feita uma pergunta aberta, questionando, na opinião da paciente, qual o motivo que a levou a engravidar. Para caracterização da amostra em relação à classe social, utilizou-se a classificação de Barros (17).

A análise dos dados foi feita através do programa de computação Epi-info, versão 5.0. O teste estatístico utilizado foi o qui-quadrado, com um nível de significância de 0,05.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 135 puérperas, com idade média de 17,34 ± 1,44 anos (figura 1), sendo que 50,4% (n=68) tinham 18 anos ou mais. Houve predomínio de pacientes da raça branca (61,5%). Em relação ao estado civil, 32,6% (n=44) eram solteiras, 34,8% (n=47) casadas e 32,6% (n=44) viviam com companheiro.

A maioria constituía-se de donas-de-casa, 52,6% (n=71), seguidas de estudantes, 24,4% (n=33) e outras profissões menos frequentes. Predominaram pacientes sem escolaridade secundária, sendo que 23% (n=31) estudaram até a quarta série primária e 63,7% (n=86) entre quinta e oitava séries.

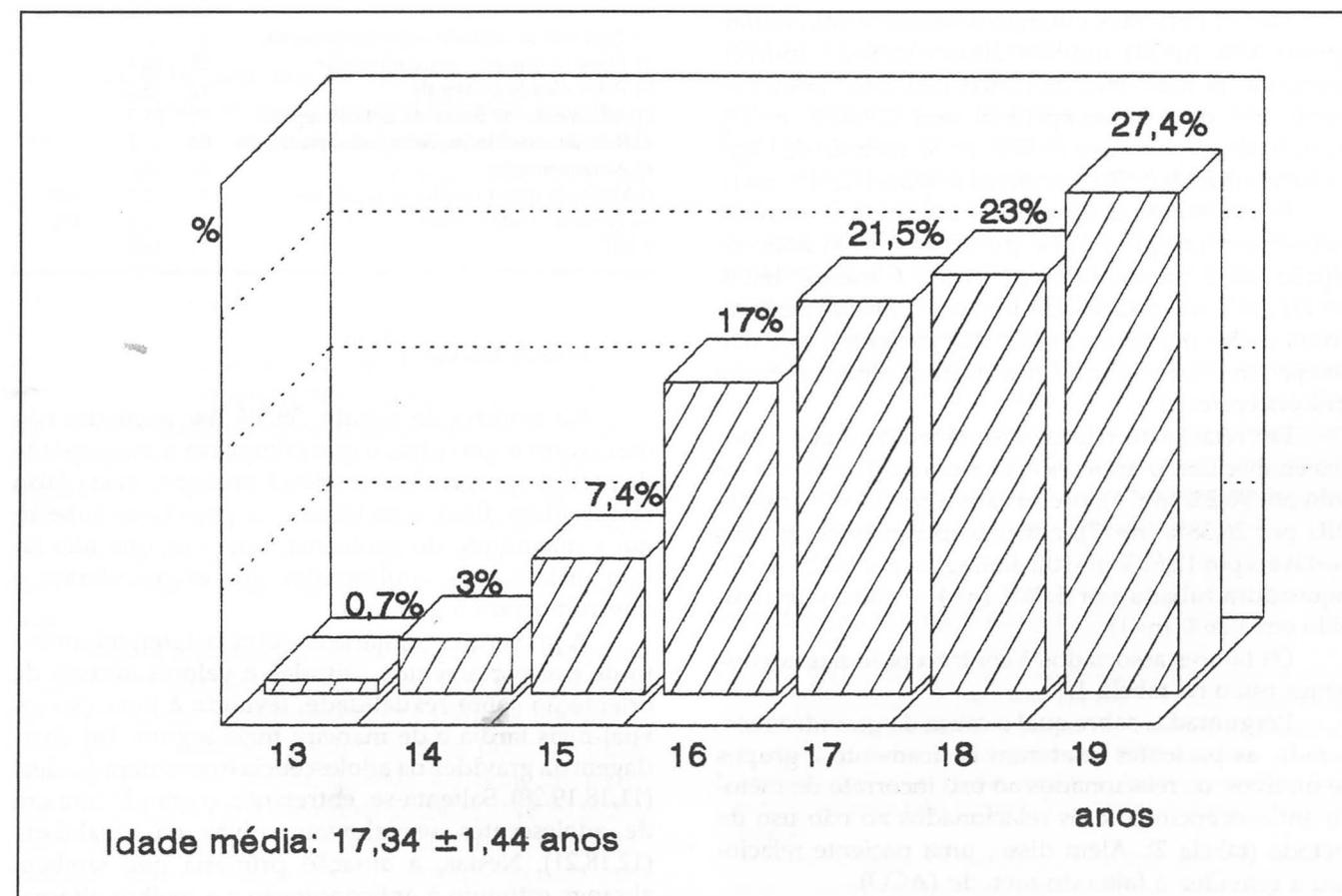


Figura 1. Distribuição da amostra por idade.

O proletariado foi a posição sócio-econômica mais observada, sendo 42,4% (n=57) não típico e 23,7% (n=32) típico. Observou-se que 68,15% (n=92) das pacientes eram da religião católica, 15,6% (n=21) não tinham credo e 5,9% (n=8) eram adeptas de religião afro-brasileira.

A idade da menarca concentrou-se entre 11 e 14 anos, perfazendo 88,15% das pacientes (n=119), sendo a média de 12,33 anos (DP=+1,37) e a moda 12 anos. A idade pós-menarca média foi de 3,92 anos (DP=+1,60).

A sexarca em 70,4% das pacientes (n=95) ocorreu entre 14 e 16 anos, com média de 15,13 anos (DP=+1,46). A idade sexual média foi de 2,22 anos (DP=+1,29).

O planejamento da gravidez esteve presente em 41,5% (n=56) das entrevistadas e ausente em 58,5% (n=79). Observou-se diferença entre o desejo de gravidez e o estado civil da puérpera, sendo mais frequente nas que viviam com companheiro ou eram casadas (p<0,01).

Não foram encontradas associações entre o planejamento da gravidez e faixa etária, raça, escolaridade, classe social e religião, no presente estudo.

Os resultados a seguir referem-se apenas às mulheres pacientes que não desejavam engravidar e que constituem a população de interesse contraceptivo, na qual recaí o objetivo do estudo.

Das 79 pacientes que não desejavam engravidar, apenas 43% (n=34) usavam algum método anticoncepcional no momento da concepção, predominantemente uso de anticoncepcional oral (79,42%, n=27), seguido de preservativo (8,82%, n=3), método de Ogy-Knaus (8,82%, n=3) e hormonal injetável (2,94%, n=1).

No momento da sexarca, 7,6% (n=6) já usavam método contraceptivo; 19% (n=15) iniciaram anticoncepção até 3 meses; 6,3% (n=5) até 6 meses; 16,6% (n=13) até 1 ano e 12,6% (n=10) após 1 ano da sexarca. Trinta e oito por cento (n=30) das pacientes, que não desejavam engravidar, nunca usaram algum método anticoncepcional.

Em relação ao relato espontâneo de quais métodos conheciam, o anticoncepcional oral (ACO) foi citado por 96,2% (n=76); preservativo por 50,63% (n=40); DIU por 26,58% (n=17); anticoncepcionais hormonais injetáveis por 12,65% (n=10); diafragma por 6,32% (n=5); laqueadura tubária por 5,06% (n=4) e coito interrompido em 1,26% (n=1).

Os fatores associados à contracepção nas adolescentes estão na tabela 1.

Perguntadas sobre qual a causa da gravidez inesperada, as pacientes relataram basicamente 2 grupos de motivos: os relacionados ao uso incorreto de método anticoncepcional e os relacionados ao não uso de método (tabela 2). Além disso, uma paciente relacionou a gravidez à falha do método (ACO).

Tabela 1. Fatores associados à contracepção em adolescentes.

	Uso de método anticoncepcional	
	Sim	Não
- Vive com parceiro	26 (59%)	18 (41%)
- Não vive com parceiro	08 (22,8%)	27 (77,2%) *
- Parceiro apóia ac.	26 (68,4%)	12 (31,6%)
- Parceiro não apóia ac.	08 (19,5%)	33 (80,5%) *
- Médico orientou ac.	15 (68,2%)	07 (31,8%)
- Médico não orientou ac.	19 (33,3%)	38 (66,7%) *
- Frequência rel. sexuais		
a) até 1 vez por semana	09 (32,1%)	19 (67,9%)
b) mais de 1 vez por semana	25 (49%)	26 (51%)
Idade sexual		
a) menos de 1 ano	15 (51,7%)	14 (48,3%)
b) mais de 1 ano	19 (38%)	31 (62,2%)
- Educação sexual (δ)		
a) Sim	10 (42,3%)	16 (57,7%)
b) Não	24 (47,1%)	27 (52,9%)

AC= Anticoncepção.

NS= Não significativo estatisticamente.

δ= Total de 77 pacientes, excluídas duas que eram analfabetas.

*= p<0,01.

Tabela 2. Motivos para gravidez não planejada na adolescência.

	N	%	Total cumulativo (%)
- Uso incorreto de anticoncepcional			
a) Descuido/Esquecimento	24	30,4	
b) Falta de conhecimento sobre o método	09	11,4	41,8
- Não uso de método anticoncepcional			
a) Pensava que não iria engravidar	13	16,4	
b) Pelos efeitos colaterais	12	15,2	
c) Adiamento do início da anticoncepção	11	13,9	
d) Relação sexual infrequente/não antecipada	04	05,1	
e) Amamentação	03	03,8	
f) Medo de que a família descobrisse	02	02,5	98,7
- Falha do método anticonceptivo	01	01,3	100
Total	79	100	

DISCUSSÃO

Na amostra do estudo, 58,5% das pacientes não desejavam a gravidez, o que comprova a necessidade de atuação preventiva, em nível primário, nesta faixa etária. Além disso, a análise nesta população subestima a magnitude do problema, uma vez que não foram incluídas as adolescentes que engravidaram e interromperam a gestação.

A prevenção primária envolve o desenvolvimento de comportamentos, atitudes e valores através de orientação sobre sexualidade, levando à iniciação sexual mais tardia e de maneira mais segura. Tal abordagem da gravidez na adolescência é considerada ideal (11,18,19,20). Salienta-se, entretanto, o grande número de adolescentes sexualmente ativas na atualidade (12,18,21). Nestas, a atuação primária que também abrange estímulo à anticoncepção é a melhor alternativa (11,18,19,20), embora saiba-se que a adesão a este

comportamento nem sempre seja satisfatória. Neste sentido, Whatley e cols. (22) verificaram que somente 66% de uma amostra de adolescentes inglesas não grávidas utilizavam métodos contraceptivos. Em um estudo nacional, realizado em Florianópolis (SC), por Beleza Filho e cols. (23), observou-se que 83,08% das entrevistadas até 17 anos não faziam anticoncepção, comparado a 72,31% no grupo-controle de 18 a 25 anos. Nas que usavam algum método anticoncepcional, os ACO eram os mais relatados. Em outros estudos, entre adolescentes, os ACO também foram os mais utilizados (22,24,25).

No presente estudo apenas 43% das adolescentes que não pretendiam engravidar usavam algum método contraceptivo, resultado inferior aos comentários, o que pode refletir valores sociais e sexuais peculiares a esta população. Os ACO, em concordância com outros estudos, foram os mais relatados entre as que tinham comportamento contraceptivo (79,42%). Além disso, nas pacientes que já utilizaram método anticonceptivo alguma vez (n=49; 62%), o início do uso deu-se de forma tardia: em 23 (46,9%) ocorreu após 6 meses da sexarca. Apenas 12,2% (n=6) referiram proteção contraceptiva no momento da sexarca.

Conforme pode ser observado na tabela 2, as falhas na prevenção da gravidez ocorreram basicamente pelo não uso de método anticoncepcional, pelo seu uso de maneira incorreta e, em apenas um caso, por falha do método (ACO), o que confirma os baixos índices de falha descritos na literatura (26).

Analisando-se as causas que levaram à gestação indesejada, nesta população deve-se salientar algumas que refletem o estágio de desenvolvimento cognitivo das adolescentes, como também sua falta de acesso à orientação sexual, tanto em escolas quanto junto aos profissionais da área de saúde. Conforme estudiosos do desenvolvimento, a fase adolescente envolve a obtenção de um sentimento de identidade individual amadurecido, a fim de possibilitar a transição da idade infantil para a adulta (11,12,27). Fatores como descuido/esquecimento com o método anticoncepcional em uso e o pensamento de que não iria engravidar (senso de invulnerabilidade), relatados por 30,4% e 16,4% das pacientes, respectivamente, como motivos para a gestação, podem mostrar a repercussão de tal falta de identidade no comportamento sexual seguro.

Embora a educação sexual nas escolas esteja associada com uso de contraceptivos, sua influência na atividade sexual na adolescência é mínima ou inexistente (12). Tal fato pode refletir que os períodos dedicados à orientação sexual, quando existem, são reduzidos, muito genéricos e em geral tardios (12,18,20,28,29), dado confirmado nesta amostra. Não se observou associação entre educação sexual e uso de método contraceptivo neste estudo (tabela 1).

Segundo DuRant e cols. (30), o parceiro é o fator mais significativo na determinação do comportamento sexual e contraceptivo das adolescentes. Uma relação monogâmica estável aumentaria a percepção do risco de engravidar, favorecendo o uso de algum método anticoncepcional. No presente estudo o uso de contracepção foi maior entre as pacientes que tinham companheiro (tabela 1). Da mesma forma, o comportamento contraceptivo depende em parte da atitude do parceiro em relação à anticoncepção (30). McAnarney e cols. (18) consideram a falta de apoio do parceiro como fator de risco para a gravidez na adolescência. Observou-se que o uso de método anticoncepcional foi maior entre as puérperas que relatavam apoio do parceiro para tal, o que salienta a necessidade do envolvimento dos meninos e rapazes em programas de orientação sexual (11).

O papel do médico como agente de prevenção primária na gravidez na adolescência é salientado por muitos pesquisadores (11,18,27,28,31). O médico está em uma posição ideal para a abordagem da sexualidade com pais e filhos. Na população em estudo, as entrevistadas que já haviam sido orientadas por médico sobre anticoncepção utilizavam-na mais do que as que não haviam falado com médicos (tabela 1). Apesar disso, a abordagem do tema não foi eficaz para evitar a gestação. Destaca-se que 26,6% das puérperas já tinham uma gestação anterior e que 3 destas estavam no puerpério recente quando engravidaram novamente. Tal resultado indica a falta de orientação adequada por parte dos médicos nas ocasiões em que têm oportunidade de fazê-la.

Através dos resultados apresentados, pode-se inferir que a gravidez não planejada na adolescência é um problema muito prevalente. O expressivo número de adolescentes sexualmente ativas que não utilizam meio contraceptivo, além da falta de efetividade das que o fazem, deve servir de alerta para o meio médico e educacional da necessidade de sua participação na abordagem da sexualidade na adolescência. Ressalta-se que os fatores que levaram à falha da anticoncepção na população do estudo devem ser lembrados quando da orientação sexual dos adolescentes, para que esta se faça de maneira efetiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gomes SMTA. Gravidez na adolescência. In: Congresso Brasileiro de Adolescência, 5, 1993, Belo Horizonte — MG. Conferência. Anais do V Congresso Brasileiro de Adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria, Belo Horizonte, 1993: 263-266.
- National Center for Health Statistics. Advance report of final natality statistics 1988. Monthly Vital Statistics Report 1990; 39(4) (Suppl).
- American College of Obstetricians and Gynecologists. The adolescent obstetric-gynecologic patient. ACOG Technical Bulletin, 1990;45.

4. Montgomery M. Gravidez na adolescência. In: Congresso Brasileiro de Adolescência, 5, 1993, Belo Horizonte — MG. Conferência. Anais do V Congresso Brasileiro de Adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria, Belo Horizonte, 1993: 263-266.
5. Hammerstein J. Contracepção na adolescência. Congresso Mundial da FIGO (XI), Berlim, The medicine group, 1986.
6. Hardy JB, King TM, Repke JT. The Johns Hopkins adolescent pregnancy program: an evaluation. *Obstet Gynecol* 1987; 69: 300-306.
7. Cabral ACV, Peixoto RML, Miranda SP, Vieira E. Gravidez e adolescência. *J Bras Ginec* 1985; 95: 251-253.
8. Alegria FVL, Schor N, Siqueira AAF. Gravidez na adolescência: estudo comparativo. *Rev Saúde Publ* 1989; 26: 473-477.
9. Yunes J, Primo E. Characteristics of mortality among brazilian adolescents. In: Pan American Health Organization. Health of adolescents and youths in the America. 1985. Scientific publication 489. p. 120-128.
10. Gonçalves MM. Contracepção na adolescência. In: Maakaroun MF, Souza RP, Cruz RA. Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro. Cultura Médica Ltda. 1991: 373-379.
11. LeHew WL. Teenage pregnancy prevention: The vital importance of the medical community's involvement. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167(2): 299-302.
12. Davis S. Pregnancy in Adolescents. *Pediatric Clinics of North America* 1989; 36(3): 665-680.
13. Hofmann A. A contraception in adolescence: a review. *Bull WHO* 1984; 62: 151-162.
14. Lyle K, Segal S. Contraceptive use: effectiveness and the American adolescents. *J Reprod Med* 1979; 22: 225-232.
15. Jay S, Lau IF, DuRant DH. Compliance with therapeutic regimens. *J Adolesc Health Care* 1984; 5: 121-136.
16. Organización Mundial de la Salud. Comité de expertos en necesidad de salud de los adolescentes. 1976. Ginebra.
17. Lombardi C, Bronfman M, Facchin LA, et al. Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. *Rev Saúde Publ* 1988; 22: 253-265.
18. McAnarney ER, Hendee WR. The prevention of adolescent pregnancy. *JAMA* 1989; 262: 78-82.
19. Rieger D, Arbor A. Adolescent pregnancy prevention: primary, secondary and tertiary (letter). *JAMA* 1989; 263: 813.
20. Repke JT. Adolescent pregnancy: can we solve the problem? *mayo Clin Proc* 1990; 65: 1152-1154.
21. Demetriou E, Kaplan DW. Adolescent contraceptive use and parental notification. *AJDC* 1989; 143: 1166-1172.
22. Whatley J, Thin N, Reynolds B, Blackwell A. Problems of adolescents sexuality. *J Roy Soc Med* 1989; 82: 732-734.
23. Beleza Filho AAL, Delacorte J, Belotto LC, Saab Neto JA, Garcia WZ. Gestação na adolescência. *J Bras Ginec* 1984; 94: 271-274.
24. Wielandt H, Wermuth L, Pedersen MR. Contraceptive use in a sample of young danish females. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1988; 67: 319-321.
25. Wielandt H, Hansen UM. Sexual behavior, contraception and unintended pregnancy among young females. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1989; 68: 255-259.
26. Wannmacher L. Contraceptivos Orais. In: Fuchs FD, Wannmacher L, eds. *Farmacologia Clínica. Fundamentos da Terapêutica Racional*. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Coogan, 1992: 554-562.
27. Kaplan HI, Sadock BJ. O desenvolvimento humano ao longo do ciclo vital — adolescência. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. *Compendio de Psiquiatria: Ciências Comportamentais — Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre. Artes Médicas Sul, 1993: 43-47.
28. Fielding JE, Williams CA. Unintended pregnancy among teenagers: important roles for primary care providers. *Ann Intern Med* 1991; 114: 599-601.
29. Greydanus DE, Shearin RB. Sexuality Education. In: *Adolescent Sexuality and Gynecology*. Philadelphia. Lea & Febiger, 1990: 262-272.
30. DuRant RH, Jay S. The adolescent heterosexual relationship and its association with the sexual and contraceptive behaviors of black females. *AJDC* 1989; 143: 1467-1472.
31. Masland Jr RP. Sex Education. In: Emans SJH, Goldstein DP, eds. *Pediatric and Adolescent Gynecology*. Boston. Little, Brown and Company, 1990: 581-585.