

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE CASCAVEL  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE – MESTRADO

**CARIANE RENATA SALDANHA FANT GONZATTO**

**PRODUÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA: CARTILHA SOBRE GRAVIDEZ NA  
ADOLESCÊNCIA**

CASCAVEL-PR

Junho/2022

**CARIANE RENATA SALDANHA FANT GONZATTO**

**PRODUÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA: CARTILHA SOBRE GRAVIDEZ NA  
ADOLESCÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde – Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde.

**Área de concentração:** Biologia, processo saúde-doença e políticas de saúde

**ORIENTADORA:** Prof.<sup>a</sup> Dra. Solange de Fátima Reis Conterno.

CASCAVEL-PR  
Junho/2022

Gonzatto, Cariane Renata Saldanha Fant

Produção de Tecnologia Educativa: cartilha sobre gravidez na adolescência / Cariane Renata Saldanha Fant Gonzatto; orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Solange de Fatima Reis Conterno. -- Cascavel, 2022.

133 p.

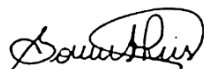
Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Cascavel) -- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em BioCiências e Saúde, 2022.

1. Educação em Saúde. 2. Tecnologia educacional. 3. Gravidez na adolescência. 4. Saúde do adolescente. I. Conterno, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Solange de Fatima Reis , orient. II. Título.

## **CARIANE RENATA SALDANHA FANT GONZATTO**

Produção de tecnologia educativa: cartilha sobre gravidez na adolescência

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biociências Saúde em cumprimento parcial aos requisitos para obtenção do título de Mestra em Biociências e Saúde, área de concentração Biologia, processo saúde-doença e políticas de saúde, linha de pesquisa Práticas e políticas de saúde, APROVADA pela seguinte banca examinadora:



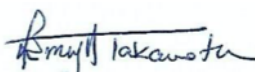
Orientadora - Solange de Fatima Reis Conterno

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)



Rosa Maria Rodrigues

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)



Elaine Aparecida Mye Takamatu Watanabe

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)

Cascavel, 22 de junho de 2022

Para meus pais, minha irmã, meu esposo  
e minhas filhas Julia Maria e Mariana, sem  
eles eu nada seria.

## AGRADECIMENTOS

Primeiro a Deus que permitiu a realização deste sonho, porque para mim o mestrado sempre foi um sonho;

Aos meus pais Edevilson e Adélia, a eles devo tudo. Por serem exemplo de vida, pelo ensinamento de que nada de bom acontece sem esforço e dedicação e por sempre nos darem suporte, dentro de suas possibilidades, em tudo, especialmente em relação a formação acadêmica;

À minha querida irmã, que é muito mais do que uma irmã, é uma mãe;

Ao meu esposo Jordano e minhas filhas Julia Maria e Mariana, pelo suporte, apoio e paciência, sem esse apoio não teria chegado ao fim desse e de vários projetos;

À minha orientadora Professora Dra. Solange de Fatima Reis Conterno que aceitou orientar esta dissertação, dedicando seu tempo, seu conhecimento, seu apoio, sendo uma pessoa iluminada, parceira, que abraçou completamente esse projeto, para a qual quero expressar meu carinho, respeito, admiração e minha eterna gratidão;

Às professoras das demais disciplinas do curso, pelas quais manifesto minha profunda admiração e respeito, pelo conhecimento acerca das disciplinas trabalhadas, e pelo compromisso com que transmitem seus conhecimentos a seus educandos;

Meus agradecimentos à equipe da Unidade Saúde da Família do bairro Tarumã, pelo apoio no cotidiano e que nesse trabalho abraçaram essa proposta comigo e de forma generosa me ajudaram na realização da pesquisa exploratória que norteou o trabalho. Agradeço especialmente as colegas de trabalho Camila Pavan, Marelise Zini, Viviane Pruzak, Auzeni de Aguiar Lessa e Camila Chaplaski pelo apoio na coleta de dados da pesquisa, essa parceria foi fundamental;

Aos colegas do Mestrado e de trabalho, pelo convívio, trocas de experiências e parceria;

À minha prima e designer Verediane Monteiro, que contribui com seu conhecimento na produção da cartilha e mesmo com prazos apertados, sempre foi ágil e criativa para que o resultado ficasse lindo;

Às minhas gestantes que além de serem fundamentais para realização deste trabalho, oportunizaram muito aprendizado com suas experiências de vida.

Educação não transforma o mundo.  
Educação muda as pessoas. Pessoas  
transformam o mundo.

Paulo Freire (1979)

## RESUMO

A adolescência é um período de transformações físicas e emocionais, tendo a sexualidade como um componente inerente e fundamental na vida e saúde das pessoas. Nesse sentido, os conhecimentos sobre a sexualidade, direitos sexuais e reprodutivos são indispensáveis para minimizar vulnerabilidades e prevenir, dentre outras situações, a gestação precoce, evento frequente e significativo. Práticas educativas em saúde têm papel fundamental e quando realizadas com o uso de tecnologias educativas, pedagógica e cientificamente elaboradas tendem a ser mais exitosas. Trata-se de pesquisa metodológica com abordagem exploratória e qualitativa, direcionada à produção de tecnologia educativa no formato de cartilha. Teve como objetivo geral produzir tecnologia educativa para abordar a gravidez na adolescência e, como objetivos específicos: identificar a percepção de adolescentes grávidas sobre informações necessárias para problematizar a temática dando sustentabilidade à construção da tecnologia, elencar temas acerca da gravidez na adolescência que comporão o conteúdo da tecnologia educativa e produzir cartilha para subsidiar atividades educativas com adolescentes. O estudo foi desenvolvido em três etapas e subetapas. A primeira foi composta pelo estudo exploratório, aprovado pelo comitê de ética em pesquisa, realizado com 30 gestantes adolescentes, como subetapas a realização de entrevistas estruturadas, visando a aproximação ao universo do público-alvo da tecnologia educativa e a sistematização dos dados obtidos por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin, com identificação de temas geradores, os quais deram suporte para construção da cartilha. A segunda etapa constituiu-se de revisão de literatura acerca da temática, momento articulado ao estudo exploratório, a qual contou com a investigação de produções bibliográficas relacionadas aos assuntos abordados, objetivando fundamentar teoricamente o material. A terceira etapa foi a confecção propriamente dita da tecnologia educativa para abordagem da gravidez na adolescência, como subetapas a seleção dos conteúdos para cartilha, momento em que foram tomados os dados sistematizados do estudo exploratório, criação didático-pedagógica do material amparada pelo embasamento científico e como momento final, a apresentação da primeira versão da cartilha. A tecnologia educativa foi elaborada com uso de textos e ilustrações, buscando respaldo científico e lúdico para melhor se adequar ao público-alvo. Após validação será disponibilizada na versão impressa e digital. O uso da cartilha poderá contribuir para sensibilização e compreensão da temática abordada com o público-alvo, além de ser um material de apoio aos profissionais que realizarão práticas educativas em saúde. É necessário entender a sexualidade como elemento presente e marcante na adolescência, nesse sentido, as estratégias propostas pelo uso de tecnologias como forma de educação não é tolher os impulsos adolescentes, que fazem parte da natureza humana, mas intervir para que quando ocorram interações humanas e sexuais, aconteçam de forma consciente e responsável.

**Palavras-Chaves:** Educação em saúde; Tecnologia educacional; Gravidez na adolescência; Saúde do adolescente.



## ABSTRACT

### **Production of Educational Technology: booklet on teenage pregnancy**

Adolescence is a period of physical and emotional transformations, with sexuality as an inherent and fundamental component in people's lives and health. In this sense, knowledge about sexuality, sexual and reproductive rights are essential to minimize vulnerabilities and prevent, among other situations, early pregnancy, a frequent and significant event. Educational practices in health have a fundamental role and when carried out with the use of educational, pedagogical, and scientifically elaborated technologies, they tend to be more successful. This is a methodological research with an exploratory and qualitative approach, aimed at the production of educational technology in booklet format. Its general objective was to produce educational technology to address teenage pregnancy and, as specific objectives: to identify the perception of pregnant adolescents about the information needed to problematize the theme, giving sustainability to the construction of technology, to list themes about teenage pregnancy that will compose the content of the educational technology and produce a booklet to subsidize educational activities with adolescents. The study was developed in three stages and sub-stages. The first consisted of the exploratory study, approved by the research ethics committee, carried out with 30 pregnant adolescents, as sub-steps the accomplishing of structured interviews, aiming at approaching the universe of the target audience of educational technology and the systematization of the data obtained. through Bardin's content analysis technique, with identification of generating themes, which supported the construction of the booklet. The second stage consisted of a literature review on the subject, a moment linked to the exploratory study, which included the investigation of bibliographic productions related to the topics addressed, aiming to theoretically support the material. The third stage was the actual making of the educational technology to approach teenage pregnancy, as sub-steps the selection of contents for the booklet, when the systematized data of the exploratory study were taken, didactic-pedagogical creation of the material supported by the scientific and as a final moment, the presentation of the first version of the booklet. The educational technology was developed using texts and illustrations, seeking scientific and recreational support to better suit the target audience. After validation, it will be available in printed and digital versions. The use of the booklet can contribute to raising awareness and understanding of the topic addressed with the target audience, in addition to being a support material for professionals who will carry out educational practices in health. It is necessary to understand sexuality as a present and striking element in adolescence, in this sense, the strategies proposed using technologies as a form of education is not to hinder adolescent impulses, which are part of human nature, but to intervene so that when human and sexual interactions occur consciously and responsibly.

**Key words:** Health education; Educational technology; Teenage pregnancy; Adolescent health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> - Etapas da construção da tecnologia educativa.....	50
<b>Figura 2</b> – Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2016) .....	54
<b>Figura 3</b> – Estágios de maturação sexual, do sexo masculino, segundo produção de Tanner (1970).....	94
<b>Figura 4</b> – Estágios de maturação sexual, do sexo feminino, segundo produção de Tanner (1970).....	95

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** - Nascidos vivos no Brasil e Paraná no período de julho/2020 a junho/2021..... 38

**Tabela 2** - Gestantes adolescentes acompanhadas por unidade de saúde (área urbana) no município de Cascavel no período de 30/06/2020 a 06/04/2021. Cascavel, Paraná. 2021.....39

## LISTA DE GRÁFICOS

**Gráfico 1** – Gestantes e gestantes adolescentes acompanhadas pelas Unidades de Saúde do Município de Cascavel no período de 30/06/20 a 06/04/21. Cascavel, Paraná. 2021..... 41

**Gráfico 2** – Percentual de gestantes adolescentes por Unidades de Saúde do Município de Cascavel no período de 30/06/20 a 06/04/21. Cascavel, Paraná. 2021 ..... 41

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Métodos anticoncepcionais citados como conhecidos pelas adolescentes.....	70
<b>Quadro 2</b> – Pretensão e previsão de tempo para nova gestação.....	84
<b>Quadro 3</b> – Temas selecionados considerando dados pesquisa exploratória com adolescentes e revisão de literatura, Cascavel, 2021.....	91
<b>Quadro 4</b> – Esboço da cartilha.....	104

## LISTA ABREVIATURAS

CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética  
CEP - Comitê de Ética e Pesquisa  
CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas  
CNS - Conselho Nacional de Saúde  
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde  
DIU - Dispositivo Intrauterino  
DST - Doença Sexualmente Transmissível  
DUM - Data Última Menstruação  
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente  
ENCCEJA - Exame Nacional para Certificação de Competências de Jovens e Adultos  
FSH - Hormônio Folículo Estimulante  
INDICA - Instituto dos Direitos da Criança  
IST - Infecção Sexualmente Transmissível  
LH - Hormônio Luteinizante  
MS - Ministério da Saúde  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TA - Termo de Assentimento  
TE - Tecnologia Educativa  
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UBS - Unidade Básica de Saúde  
USF - Unidade Saúde da Família  
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para Infância  
UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas  
UNIOESTE - Universidade Estadual do Oeste do Paraná

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>20</b>
	2.1 OBJETIVO GERAL	20
	2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>21</b>
	3.1 A ADOLESCÊNCIA E O ADOLESCER	21
	3.2 A ADOLESCÊNCIA COMO CONSTRUÇÃO SOCIAL	25
	3.3 ADOLESCÊNCIA E SEXUALIDADE	28
	3.4 PRÁTICA EDUCATIVA EM SAÚDE	30
	3.5 VULNERABILIDADES ENFRENTADAS PELOS ADOLESCENTES	33
	3.6 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	35
	3.7 INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS SOBRE GESTAÇÕES NA ADOLESCÊNCIA	38
	3.8 TECNOLOGIAS EDUCATIVAS	43
	3.9 PRÁTICAS DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES	43
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>49</b>
	4.1 TIPO DE ESTUDO	49
	4.2 ETAPAS DA PESQUISA	50
	4.3 LOCAL DA PESQUISA	51
	4.4 DELINEAMENTO DO ESTUDO EXPLORATÓRIO	51
	<b>4.4.1 Amostra do estudo</b>	<b>52</b>
	<b>4.4.2 Procedimentos e técnicas de coleta de dados</b>	<b>53</b>
	<b>4.4.3 Análise dos dados</b>	<b>54</b>
	4.5 ASPECTOS ÉTICOS	55
	4.6 O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA CARTILHA	55
	<b>4.6.1 Definição da forma de apresentação dos conteúdos</b>	<b>56</b>
	<b>4.6.2 Forma de apresentação dos conteúdos</b>	<b>56</b>
	<b>4.6.3 Ilustrações</b>	<b>57</b>
	<b>4.6.4 Layout e design</b>	<b>57</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>59</b>
	5.1 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: PERCEPÇÕES E VIVÊNCIAS	59

<b>5.1.1 A gestação precoce sob a perspectiva de adolescentes gestantes</b>	<b>62</b>
5.1.1.1 Gestação não planejada	62
5.1.1.2 Diálogo familiar sobre sexualidade	65
5.1.1.3 Métodos contraceptivos: conhecimento e uso	70
5.1.1.4 Relacionamento afetivo e decisões quanto a prevenção da gravidez	76
5.1.1.5 Transformações físicas: percepção das adolescentes grávidas	78
5.1.1.6 Percepção das mudanças na vida provocadas pela gravidez	81
5.1.1.7 Planos futuros sobre nova gestação	84
5.1.1.8 Informações importantes sobre planejar e evitar gravidez	86
<b>6 IDENTIFICAÇÃO DE TEMAS EMERGENTES DAS ENTREVISTAS E SEUS FUNDAMENTOS TEÓRICOS</b>	<b>91</b>
6.1 PUBERDADE	92
6.2 TRANSFORMAÇÕES NO CORPO DO MENINO	92
6.3 TRANSFORMAÇÕES NO CORPO DA MENINA	94
6.4 MENSTRUAÇÃO	95
6.5 FECUNDAÇÃO	96
6.6 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS E MÉTODOS CONTRACEPTIVOS INDICADOS PARA ADOLESCENTES	96
<b>6.6.1 Outros dispositivos hormonais</b>	<b>100</b>
<b>6.6.2 Mitos relacionados a contraceptivos hormonais</b>	<b>100</b>
6.7 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS	100
6.8 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E MUDANÇAS	101
6.9 O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM COMO REFERÊNCIA PARA O ADOLESCENTE	102
<b>7 ESBOÇO DA CARTILHA</b>	<b>104</b>
7.1 VERSÃO PRELIMINAR	105
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>108</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>110</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>126</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>128</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O ser humano ao longo da vida passa por diferentes fases, cada uma marcada por transformações que colaboram para a construção de sua singularidade. Uma dessas etapas é a adolescência, tradicionalmente definida como fase de transformações físicas e psicológicas que assinalam a transição entre a infância e a fase adulta. Nesse período, algumas ações vivenciadas pelo indivíduo podem se apresentar como marcos positivos ou limitantes para toda sua vida.

Além das mudanças dos aspectos físicos, marcantes nessa fase, cabe destacar que, a adolescência não é uma mera etapa natural de desenvolvimento, mas deve ser entendida como uma construção social, ou seja, reflete o contexto histórico, cultural e econômico no qual os sujeitos estão inseridos (BOCK, 2007; EISENSTEIN, 2005; SANTOS; COSTA, 2019).

A adolescência tem sido delimitada como um período de vida, que para a Organização Mundial da Saúde (OMS) ocorre entre 10 e 19 anos e para o Ministério da Saúde e o Estatuto da Criança e adolescente (ECA) um período entre 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 2017). Ressalta-se que a delimitação de tempo é didática, expressa de forma geral uma estimativa do período em que adolescência ocorre, contudo, para analisar a referida fase deve-se considerar outros fatores, como os subjetivos, culturais e sociais.

Paralelamente e em decorrência das transformações físicas e emocionais surgem os impulsos sexuais. Bretas *et al.* (2011), apontam que na adolescência emergem transformações de aspectos físicos até então não evidenciados pelo indivíduo, como o despertar da sexualidade, culminando na interação íntima entre os indivíduos. A sexualidade é um componente inerente e fundamental na saúde de adolescentes, que extrapola o aspecto meramente biológico, manifestando-se também como um fenômeno psicológico e social, fortemente influenciado pelas crenças, valores pessoais e familiares, normas morais e tabus da sociedade (BRASIL, 2010).

Portanto, a sexualidade tem uma dimensão importante e especial na vida do adolescente; não se reduz aos aspectos biológicos, reprodutivos, mas é, também, a possibilidade de relações humanas amorosas e afetivas. Viver a sexualidade de forma plena é um direito expresso pelo respeito ao corpo, pela escolha sobre o momento em que quer ou não ter uma relação sexual sem fins reprodutivos, direito de expressar a

orientação sexual e de ter condição de fazer escolhas baseadas em informações acerca da sexualidade e da reprodução (BRASIL, 2013).

Para que os adolescentes possam optar por ações saudáveis devem ter acesso a conhecimentos sobre o “[...] funcionamento do seu corpo e compreender os seus sentimentos optando pelo que melhor favoreça a expressão da sua sexualidade” (BRASIL, 2013, p. 64). Assim sendo, é necessário que sejam garantidos seus direitos sexuais e reprodutivos, que tenham acesso a informações, que possam viver a sexualidade de forma plena e tenham condições de decidirem quando terão filhos.

No Brasil, os percentuais de iniciação sexual precoce são maiores entre as pessoas menos escolarizadas; o início da vida sexual mais cedo provocou um rejuvenescimento do padrão reprodutivo. No entanto, mesmo havendo queda da taxa de fecundidade, os números de gestações entre adolescentes continuam significativos e a gravidez em adolescentes denota uma situação de vulnerabilidade social (BRASIL, 2010).

Silva *et al.* (2014), analisaram a dinâmica familiar em relação a gravidez na adolescência e concluíram que a gestação, nessa fase, acarreta alterações no contexto familiar e social. Além disso, evidenciaram que, para muitas adolescentes ocorre falta de perspectivas e limitação de conhecimentos socioculturais, o que possibilita a ocorrência de novas gestações ainda na fase adolescente, dando origem a um ciclo que se estabelece por gerações, fortalecendo as diversas formas de núcleos familiares, podendo ainda ocasionar quebra de vínculo mãe e filho, fazendo com que além da preocupação do ponto de vista da saúde ocorra um problema social, uma vez que o sistema de saúde e o sistema social tem responsabilidade sobre esses indivíduos.

Para Vieira *et al.* (2017), essa circunstância apresenta-se como um ciclo, uma vez que a baixa escolaridade associada a outros fatores sociais e culturais favorece a iniciação sexual de forma desprotegida e prematura, conseqüentemente, com o surgimento da maternidade precoce, ocorre o abandono escolar e sem escolaridade a chance de alcançar uma atividade laboral melhor remunerada diminui.

Nesse contexto, a educação em saúde tem papel fundamental. Vale salientar que a prática de ações educativas está arraigada à formação do profissional de enfermagem, essa prática é composta pelas ações de ensinar, informar, orientar, partindo da ideia de que alguns condicionantes podem ser problematizados por meio de orientações que devem ser continuamente transmitidas.

Os adolescentes e os jovens têm direito de ter acesso a informações e à educação em saúde sexual e saúde reprodutiva e de ter acesso a meios e métodos que os auxiliem a evitar uma gravidez não planejada, bem como a prevenir-se contra as doenças sexualmente transmissíveis, respeitando-se a sua liberdade de escolha (BRASIL, 2013, p. 116).

Um ambiente propício para realização de educação em saúde voltada à adolescentes, além da unidade de saúde, é o ambiente escolar, por favorecer o acesso à informação e possibilitar que o profissional seja inserido no cotidiano desses jovens. Para tanto, pode se valer de tecnologias educativas que auxiliem no processo educativo. Carvalho *et al.* (2019), definem a tecnologia educativa como ferramenta, instrumento, material ou meios utilizados pelos profissionais para auxiliarem a socialização das informações que se pretende trabalhar e são concretizadas a partir da experiência cotidiana do cuidar em saúde e algumas derivadas de pesquisa para o desenvolvimento de um conjunto de atividades produzidas. As tecnologias desenvolvidas por enfermeiros devem ter como finalidade facilitar seu trabalho e melhorar a qualidade da assistência por eles prestada.

Tecnologia educativa em saúde pode ser compreendida como um conjunto de saberes e fazeres relacionados a produtos e materiais que definem terapêuticas e processos de trabalho e se constituem em instrumentos para realizar ações na atenção da saúde. Na prática diária há constante necessidade de elaboração e utilização de tecnologias educativas a fim de facilitar o processo de educação em saúde (MANIVA *et al.* 2018). Assim, as atividades educativas voltadas à saúde devem ser elaboradas por meio de uma abordagem pedagógica, permitindo que o profissional se aproxime do indivíduo e do seu contexto.

A motivação do presente estudo emerge da vivência na atenção primária em saúde, na qual diariamente a problemática da gravidez na adolescência tem exigido uma atuação profissional mais contextualizada, problematizada e de prevenção, tanto na dimensão assistencial, quanto na dimensão educativa. Desse modo, com o intuito de abordar as frequentes gestações que ocorrem entre adolescentes, por meio de práticas educativas em saúde, que devem ser realizadas de forma sistematizada, por meio de método e estrutura e não de forma aleatória, propõe-se uma pesquisa metodológica direcionada à produção de tecnologia educativa em saúde para subsidiar ações de educação em saúde sobre sexualidade, tendo por foco a prevenção da gravidez na adolescência. Dessa forma, a questão que norteia este estudo é reconhecer

como a tecnologia educativa (cartilha) é adequada para problematizações, apropriação de conhecimentos e entendimentos sobre os fatores que influenciam a gestação precoce e se tem potencialidade para ser um recurso cuidadoso-educacional.

O desenvolvimento da tecnologia educativa em formato de cartilha intitulada “Vamos conversar sobre gravidez na adolescência?” pretende ser um instrumento de apoio a práticas de educação em saúde para adolescentes voltado à prevenção de gestações prematuras, aspira ser lúdico, dinâmico, fortalecer interação entre profissionais da educação e saúde com adolescentes e a transposição didática de conhecimentos necessários para compreender a fase inicial da adolescência. Espera-se que o uso de tecnologia educativa em formato de cartilha, adequadamente produzida, contribua para problematização, possibilite aos jovens a obtenção de conhecimentos sobre a temática, além de ser um material de apoio às práticas educativas em saúde.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Produzir tecnologia educativa para abordar a gravidez na adolescência na forma de cartilha.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a percepção de adolescentes grávidas ou que engravidaram precocemente sobre informações necessárias para dar sustentabilidade à construção da tecnologia;
- Elencar temáticas acerca da gravidez na adolescência que comporão o conteúdo da tecnologia educativa;
- Produzir cartilha para subsidiar atividades educativas com adolescentes.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Percebe-se a necessidade de ações pedagógicas direcionadas aos adolescentes voltadas à educação sexual e reprodutiva com destaque à prevenção de gravidez na adolescência, tais evidências têm exigido a busca de estratégias, metodologias, tecnologias educativas que possam ser utilizadas por profissionais da saúde e educação devidamente capacitados, objetivando promoção da saúde acerca da temática.

A gestação na adolescência tornou-se um problema de saúde pública devido aos vários eventos biopsicossociais que estão em seu entorno. Acredita-se que metodologias amparadas nos pressupostos da prevenção de agravos à saúde e da promoção da saúde são capazes de levar os indivíduos a refletirem sobre suas ações. Considerando tais questões, serão expostos conhecimentos acerca dessa etapa do desenvolvimento humano caracterizada como adolescência e alguns aspectos que envolvem esse processo.

#### 3.1 A ADOLESCÊNCIA E O ADOLESCER

A adolescência é um período marcado por eventos importantes, física e emocionalmente, um deles é a puberdade, período que antecede e, ao mesmo tempo, é o início do início da adolescência, na qual ocorrem transformações físicas e biológicas, que começam normalmente aos oito anos nas meninas e aos nove anos nos meninos. O processo puberal leva normalmente de três a quatro anos para ambos os sexos (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Mudanças decorrentes da puberdade ocorrem no organismo de forma geral. Como principais componentes desse processo estão o estirão de crescimento pondero-estatural, as modificações na composição corporal (desenvolvimento esquelético, muscular e distribuição de gordura), o desenvolvimento do sistema cardiorrespiratório e do aparelho reprodutor (LEAL; SILVA, 2001). Esse processo ocorre em tempo singular, envolvendo o eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal. Em fase inicial da puberdade, o córtex cerebral transmite estímulos para receptores hipotalâmicos, que, por meio de seus fatores liberadores, promovem na hipófise anterior a secreção de hormônios gonadotróficos (luteinizantes (LH) e folículo-estimulantes (FSH)) que são responsáveis pela estimulação das gônadas (testículos

e ovários) (BRASIL, 2017). Quando estimuladas, as gônadas produzem hormônios esteroides sexuais: testosterona, responsável pela formação dos espermatozoides e estradiol e progesterona, que são relacionados a maturação dos óvulos e do ciclo menstrual (SANTOS; COSTA, 2019).

Nos meninos os hormônios gonadotróficos atuam aumentando os testículos, os túbulos seminíferos passam a ter luz e promover a proliferação das células intersticiais de Leydig, que liberam a testosterona e elevam os seus níveis séricos. Esses eventos determinam o aumento simétrico do volume testicular, constituindo-se na primeira manifestação da puberdade masculina. Nas meninas, esses hormônios atuam sobre o ovário e iniciam a produção hormonal de estrógeno e progesterona. A primeira manifestação de puberdade na menina é o surgimento do broto mamário, seguido do crescimento dos pelos pubianos e pelo estirão puberal (BRASIL, 2017).

De acordo com Gallahue; Ozmun e Goodway (2013), o estirão puberal ou estirão do crescimento, resultado da produção e interação dos hormônios, está relacionado a um período definido pelo crescimento acelerado que ocorre no final da infância. Esse período começa antes da maturação sexual, demarcando o início da puberdade e dura aproximadamente quatro anos e meio.

Ao nascer, o indivíduo apresenta uma aceleração no crescimento (25cm/ano) no primeiro ano de vida, com decréscimo progressivo até os três/quatro anos de idade, atingindo uma velocidade de crescimento de 4-6 cm/ano. Na puberdade o crescimento volta a acelerar, sendo que em seu pico máximo de aceleração os valores assemelham-se aos padrões apresentados na idade de dois a três anos de vida, ou seja, 8-9 cm/ano, passando a diminuir até a parada do crescimento (aproximadamente 16 anos nas meninas e 18 nos meninos). Parâmetros relacionados a estatura indicam que o estirão do crescimento começa aos 9 anos em meninas e 11 anos em meninos, com seu pico por volta dos 12 anos nas meninas e 14 nos meninos (LEAL; SILVA, 2001; BACIL *et al.*, 2020).

Leal e Silva (2001) afirmam que com relação ao ganho de peso, ocorre também uma fase de aceleração e posterior desaceleração. Nos meninos esse pico ocorre por volta dos 14 anos coincidindo com o pico de velocidade de crescimento, já nas meninas ocorre entre 12 e 13 anos. Bacil *et al.* (2020), apontam que o ganho de peso em seu pico máximo chega a aproximadamente 8,8 quilogramas/ano em meninas e 9,8 quilogramas/ano em meninos.

Papalia e Feldman (2013), descrevem que na puberdade ocorre a ativação das glândulas adrenais e o início do amadurecimento dos órgãos sexuais, o qual se completa alguns anos mais tarde. O primeiro estágio ocorre entre as idades de seis a oito anos, em que as glândulas adrenais localizadas acima dos rins secretam gradualmente, níveis cada vez maiores de androgênio. Em ambos os sexos, o androgênio influencia o crescimento de pelos pubianos, axilares e faciais, o crescimento mais rápido do corpo, a maior oleosidade na pele e o desenvolvimento de odores corporais.

Na avaliação da maturidade física em adolescentes, a idade cronológica não é uma informação absoluta, uma vez que, o processo de desenvolvimento é diferente de um indivíduo para o outro, ou seja, indivíduos com a mesma idade podem estar em estágios de maturação sexual diferentes. Diante disso, James Mourilyan Tanner, endocrinologista pediátrico inglês (1920-2010), desenvolveu uma escala composta por estágios para avaliar a maturidade sexual, através do desenvolvimento das características sexuais como desenvolvimento de mamas, órgãos genitais, volume testicular e surgimento dos pelos. A conhecida escala de Tanner estratifica os estágios de desenvolvimento, sendo atribuído a seguinte designação: nas meninas o parâmetro observado é o desenvolvimento das mamas (M1 a M5), sendo M1 para estágios de desenvolvimento inicial (mama infantil) e M5 para mama adulta; nos meninos o desenvolvimento da genitália (G1 a G5) sendo G1 para desenvolvimento pré-adolescente (infantil) e G5 desenvolvimento tipo adulto; em ambos ocorre o aparecimento de pilosidade (P1 a P5), sendo P1 a fase pré-adolescente (não há pilosidade) e P5 com pelugem tipo adulto (MARSHALL; TANNER, 1970; MENESES; OCAMPOS, 2008).

Desse modo, nessas avaliações os indicativos de maturação corporal são: o aparecimento dos pelos pubianos em ambos os sexos e o desenvolvimento da genitália nos meninos e das mamas nas meninas. Esse período de formação se inicia por volta de 8 anos nas meninas com término aos 15-16 anos e nos meninos se inicia aos nove anos com término aproximado aos 15-16 anos (MENESES; OCAMPOS, 2008).

O pico do crescimento corporal nas meninas pode acontecer sem que ocorra a formação total das mamas, já nos meninos o crescimento está atrelado ao desenvolvimento da genitália. Assim, caso o menino apresente baixa estatura sua genitália ainda não está desenvolvida, conclui-se que não atingiu o pico de



crescimento. A genitália nos meninos começa a se desenvolver aproximadamente seis meses depois do que os seios em meninas; os pelos, um ano e meio mais tarde em meninos que em meninas e o pico de crescimento em meninos ocorre por volta de dois anos mais tarde que em meninas (MARSHALL; TANNER, 1970; PAPALIA; FELDMAN, 2013).

O amadurecimento dos órgãos reprodutores traz o início da menstruação nas meninas chamada de menarca, fato marcante da puberdade feminina e sinal de maturação sexual, que ocorre em média aos 12 anos e seis meses no Brasil, podendo variar de nove a 15 anos (BRASIL, 2008). A ocorrência da menarca não significa que a adolescente tenha atingido o estágio de função reprodutora completa, pois os ciclos iniciais podem ser anovulatórios, por outro lado, é possível acontecer também a gravidez antes da menarca, com um primeiro ciclo ovulatório (BRASIL, 2017).

Menarca corresponde ao amadurecimento sexual feminino o que não se traduz em maturidade psicossocial e corporal, no entanto é influenciada por ela. Segundo Gemelli, Farias e Spitzer (2020), fatores nutricionais, hereditariedade e contexto social podem influenciar no início da puberdade; aspectos como excesso de gordura corporal e massa muscular podem estar associados a precocidade da menarca, assim como a desnutrição pode ser relacionada ao atraso menstrual, já em relação a estatura, a ocorrência precoce ou não da menarca não mostra ter influência significativa no estirão do crescimento.

Nos meninos, o principal sinal de maturidade sexual é a produção de esperma. A primeira ejaculação ou espermarca ocorre em média aos 13 anos, geralmente resultado de uma polução noturna, uma ejaculação involuntária de sêmen (PAPALIA; FELDMAN, 2013). Ocorre também a diferenciação dos corpos masculino e feminino. Nas meninas ocorre maior deposição de gordura nas mamas e quadris e no menino aumento da largura dos ombros, desenvolvimento da musculatura e da força muscular (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

Segundo Leal e Silva (2001), como resultado do aumento da estatura ocorrem também mudanças nas proporções corporais, como o estirão dos membros e posteriormente do tronco. No sexo masculino, se destaca o aumento no diâmetro biacromial (largura dos ombros e cintura escapular). O diâmetro biilíaco (largura da bacia e cintura pélvica) crescem em ambos os sexos. No entanto, a relação biacromial/biilíaco) destaca-se no sexo masculino, em decorrência disso a

característica “ombros largos” é visível em meninos, enquanto “cintura fina” é marcante em meninas.

Assim, a puberdade é marcada por uma série de eventos biológicos que direcionam o corpo humano para uma fase de maturação, levando o corpo infantil ao corpo adulto. Vale salientar que, paralelamente às modificações biológicas, o indivíduo atravessa um período importante de construção de identidade e do reconhecimento do seu papel como sujeito social.

### 3.2 A ADOLESCÊNCIA COMO CONSTRUÇÃO SOCIAL

Na maioria das sociedades modernas, a passagem da infância para a vida adulta é marcada não por um único evento, mas por um longo período conhecido como adolescência, definida como transição no desenvolvimento que envolve mudanças físicas, cognitivas, emocionais e sociais e assume formas variadas em diferentes contextos sociais, culturais e econômicos (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Os valores, atitudes, hábitos e comportamentos que marcam a vida de adolescentes encontram-se em processo de formação e solidificação. Ao mesmo tempo, a sociedade e a família passam a exigir do indivíduo, ainda em crescimento e maturação, maiores responsabilidades com relação a sua vida. Os elementos que compõem o meio em que vivem, como os veículos de comunicação, a indústria do entretenimento, as instituições comunitárias e religiosas, os sistemas legal e político exercem influência sobre o modo como eles pensam e se comportam, além do acesso à educação formal, aos serviços de saúde, ao desenvolvimento vocacional e às oportunidades de trabalho que também tem seu papel na formação do indivíduo. Diante disso, o conhecimento do desenvolvimento psicológico da adolescência está vinculado à evolução do desenvolvimento cognitivo, às modificações de socialização que ocorrem nesta fase da vida e à construção da identidade (BRASIL, 2010; BRASIL, 2017).

Santos e Costa (2019) apontam que a adolescência, além de uma fase natural do desenvolvimento humano, é uma construção social com repercussões na subjetividade e no desenvolvimento humano global. Trata-se de um momento significativo, interpretado e construído pelos sujeitos, reconhecida por fenômenos biológicos, sem desarticular-se do contexto histórico e social ao qual está inserida

pois, o crescimento e desenvolvimento humano ocorrem dentro de uma organização social.

Na visão de Viola e Vorcaro (2018), a adolescência na atualidade desponta como elemento sintomático da civilização, como período associado aos comportamentos de risco, à violência, à errância e ao sofrimento. Em consequência dessas transformações, os adolescentes tendem a vivenciar grandes dificuldades nesse encaminhamento à vida adulta, pois muitos não encontram referências que os auxiliem nesse caminho e ficam à deriva tornando-se mais vulneráveis.

A partir das reflexões de Vygotsky, psicólogo russo, pode-se compreender que o sujeito é constituído de elementos do meio cultural, das relações sócio-históricas, nas quais os indivíduos interagem, bem como das relações interpessoais que o envolvem. Na obra intitulada *A Formação Social da Mente*, Vygotsky (2002) explicita que à medida que o indivíduo se desenvolve algumas funções psicológicas são substituídas por outras. As experiências vivenciadas pelo sujeito na infância estão registradas na sua memória e determinam diretamente a estrutura de seu pensamento.

A verdadeira essência da memória humana está no fato dos seres humanos serem capazes de lembrar de acontecimentos e vivências ativamente com a ajuda de signos. A característica básica do comportamento humano, em geral, é que os próprios homens influenciam sua relação com o ambiente, pessoalmente modificam seu comportamento, colocando-o sob seu controle (VYGOTSKY, 2002, p. 68).

Para Vygotsky (2002), as memórias dos sujeitos são elementos centrais no processo de desenvolvimento, pois além de expressar o pensamento abstrato, a memória é uma estrutura de pensar, que na adolescência permite o processo de reflexão. “Para as crianças, pensar significa lembrar; no entanto, para o adolescente, lembrar significa pensar” (p. 67).

Consoante com esse pensamento, Souza e Silva (2018) lembram que ao romper com prescrições mecanicistas e meramente biológicas sobre o desenvolvimento humano, a perspectiva histórico-cultural parte do pressuposto de que a consciência é social, formada a partir de contextos em que o indivíduo vive e do processo histórico que o produziu. Trata-se de um período delicado do desenvolvimento, pelas características biológicas particulares desta fase e por estarem diretamente relacionadas aos processos de assimilação das experiências que irá inseri-los como sujeitos no mundo. Outro aspecto é o papel das emoções em

contraponto à racionalidade, estando as emoções mais presentes nas ações dos sujeitos podendo estar relacionada à emergência de conflitos.

De acordo com Francisco e Groppo (2016), o conceito de adolescência por muito tempo foi definido a partir de uma visão naturalizada de desenvolvimento, desconsiderando variáveis sociais, culturais, históricas, econômicas, inclusive psicológicas. Contudo, em meados do século XIX e com maior aprofundamento durante a primeira metade do século XX, o adolescente passou a ser tratado e estudado, especialmente por aqueles que se dedicavam aos estudos do desenvolvimento humano, como sujeito, com características singulares e individuais que expressam o relacionamento coletivo.

Papalia e Feldman (2013) apontam que o conceito “adolescência” não existia nas sociedades pré-industriais; as crianças eram consideradas adultas quando amadureciam fisicamente ou iniciavam um aprendizado profissional. Ariès (2015), na obra *“História social da criança e da família”* detalha que na Idade Média, no início da Modernidade e por muito tempo ainda nas classes populares as crianças misturavam-se com os adultos assim que eram consideradas capazes de dispensar a ajuda das mães ou das avós, aproximadamente aos sete anos de idade. “[...] não havia lugar para a adolescência. Até o século XVIII, a adolescência foi confundida com a infância. No latim dos colégios, empregava-se indiferentemente a palavra puer e a palavra adolescens” (ARIÈS, 2015, p. 10).

Essa falta de identificação das particularidades das fases de vida dos indivíduos e das mudanças que geram a passagem da infância, para a adolescência e fase adulta, refletia na ausência de oferta de uma educação sistematizada. Contudo, como bem indicado por Ariès (2015), no início da idade Moderna emergiu certa preocupação com a educação quando as ordens religiosas tomaram para si a responsabilidade de organizar o ensino para as crianças e jovens, assim sendo, passa-se “[...] a admitir que a criança não estava madura para a vida, e que era preciso submetê-la a um regime especial, a uma espécie de quarentena antes de deixá-la unir-se aos adultos” (p.194).

De acordo com Grossman (2010), o movimento Iluminista, que emergiu na Europa no século XVIII, colaborou com uma “oxigenação” das ideias daquele contexto, no campo do ensino reforçava a ideia de que a educação poderia moldar os sujeitos, sendo que mais tarde, no século XIX, foi possível perceber uma redefinição mais radical dos papéis sociais das mulheres e das crianças, isso pela emergência da

industrialização, urbanização e decorrente organização de trabalhadores, repercutindo na definição e reconhecimento das peculiaridades das crianças e adolescentes.

Grossman (2010) aponta que o século XX contou com anos marcados por guerras, horrores e sofrimentos e apesar desses eventos terem marcado a vida de muitas crianças e de adolescentes, houve a consolidação da adolescência como uma etapa da vida dotada de características próprias, detentora de um estatuto legal e social. Nesse contexto, como parte do processo de transformação e descobrimento do indivíduo, destaca-se a sexualidade, evento marcante na fase adolescente e relevante na formação do sujeito.

### 3.3 ADOLESCÊNCIA E SEXUALIDADE

A sexualidade deve ser entendida com um evento multidimensional, em que estão incluídas relações interpessoais, comportamentais, sexuais e o afeto, no qual o sexo é apenas um elemento do todo. A sexualidade de um indivíduo inicia-se antes mesmo do nascimento, pela expectativa dos pais quanto ao sexo, a influência que eles exercem sobre a criança, laços de afetividade, familiares, amizades e amor. O comportamento sexual se faz presente desde a infância, expresso por algumas ações e reações, com o reconhecimento do seu corpo e do corpo do outro, isso faz parte do desenvolvimento da criança e contribui para a formação da expressão sexual. Vale ressaltar que esse comportamento vai se evidenciando com a aproximação da puberdade em decorrência das modificações físicas e hormonais características dessa idade (LARA, 2019).

A sexualidade não é um fenômeno apenas instintivo, ela é influenciada pelo contexto individual que reflete em suas condutas e práticas; está relacionada ao modo como o indivíduo se percebe, se expressa e se relaciona com seus pares, não está restrita a relações físicas, implica em relações afetivas e sociais, também não está restrita a puberdade, mas se estende por toda vida (SERRA, 2020, tradução nossa).

As expressões nas condutas e nas práticas sexuais, nos sentimentos, nos vínculos amorosos e nos desejos pessoais são influenciadas pela forma como a sociedade se organiza, pelas relações constituídas entre as pessoas que dela fazem parte, além das influências culturais mais gerais. Na adolescência, a sexualidade se manifesta em diferentes sensações, desejos e anseios por relacionamentos

interpessoais, tornando-se um foco importante de preocupação e curiosidade para adolescentes de ambos os sexos (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, o acesso a informações, por meio de práticas educativas, bem como, à educação sexual e a saúde reprodutiva, objetiva garantir o direito aos adolescentes de vivenciarem a sexualidade de forma mais autônoma e responsável.

Adolescentes e jovens são pessoas livres e autônomas, que têm direito a receber educação sexual e reprodutiva e a ter acesso às ações e serviços de saúde que os auxiliem a lidar com a sexualidade de forma positiva e responsável e os incentive a adotar comportamentos de prevenção e de cuidado pessoal (BRASIL, 2013, p. 64).

Os direitos sexuais e reprodutivos contemplam os princípios da diversidade humana, especialmente a sexual, além do princípio da saúde, da igualdade, da autonomia e da integridade corporal, que estão fundamentados nos princípios éticos previstos na Constituição Federal. O direito de viver a sexualidade com respeito pelo próprio corpo, de escolher o parceiro sexual sem preconceitos, escolher se quer ou não ter uma relação sexual sem fins reprodutivos, expressar livremente sua orientação sexual, de ter acesso à informação, à educação sexual e reprodutiva, entre outros, possibilitam a expressão de liberdade individual (BRASIL, 2017; BRASIL, 2020a;).

Nas considerações de Papalia e Feldman (2013), um ser sexual reconhece a própria orientação sexual, assim, chegar a um acordo com as primeiras manifestações da sexualidade e formar uniões afetivas ou sexuais faz parte da aquisição da identidade sexual. A consciência da sexualidade é um aspecto importante da formação da identidade que afeta profundamente a autoimagem e os relacionamentos, mesmo que tomado pelo aspecto físico sua expressão é moldada por traços culturais.

Partindo dessas considerações percebe-se que o adolescente se coloca como expectador das mudanças que ocorrem em seu corpo, podendo apresentar dificuldade em elaborar essa emergência de impulsos e sentimentos presentes nessa nova fase da vida. Garcia e Bellocq (2019), ressaltam que por isso nessa etapa da vida, além da presença dos familiares e o círculo de amigos, destaca-se o trabalho dos profissionais, para orientação desses jovens, possibilitando o equilíbrio entre os diferentes interesses, motivações e aspirações, no entanto, em muitos casos eles não contam com a sensibilização de adultos acarretando implicações negativas nesse período.

Nesse sentido, a importância do papel dos profissionais, tanto da saúde como da educação, para que a partir da criação de vínculo com os jovens e adolescentes, implementando ações promotoras da saúde e preventivas, com aplicação de práticas educativas obtenham minimização de vulnerabilidades presentes nessa fase.

### 3.4 PRÁTICA EDUCATIVA EM SAÚDE

A sexualidade é um conceito amplo, na adolescência ela desponta de forma mais intensa, uma das razões da complexidade dessa fase do desenvolvimento humano. Para Lara (2019), cada aspecto da sexualidade abrange uma área do conhecimento e demanda cuidados específicos em saúde, assim a abordagem da sexualidade deve ser interdisciplinar, uma vez que uma área de conhecimento não é capaz de sanar todos os questionamentos. Ressalta ainda, que o impulso sexual, as dúvidas, os receios, a tomada de decisões, podem ser modulados pela educação sexual recebida dos pais e do ambiente escolar, além dos fatores socioculturais, econômicos e educacionais que influenciam esse comportamento.

A escola, por ser um espaço que reúne adolescentes, o qual possibilita trocas e compartilhamento de experiências, inclusive sexuais, parametrizadas ao comportamento do grupo ao qual pertence, deve potencializar medidas educativas, orientação sexual e reprodutiva. Reforçando medidas de proteção do adolescente, prevenindo a iniciação sexual precoce, o comportamento sexual de risco e agravos decorrentes da iniciação sexual, como uma gestação precoce (LARA, 2019).

Luz *et al.* (2019) afirmam que a educação em saúde que segue o modelo dialógico busca respeitar as diferentes visões de mundo e de significados entre adolescentes e adultos, de modo a favorecer as relações, abrindo caminhos para que pessoas se tornem autônomas e corresponsáveis no cuidado e na promoção da sua saúde. Nesse sentido, os profissionais da saúde têm papel de facilitar o processo educativo despertando o interesse dos sujeitos. Serra (2020, tradução nossa) afirma que a educação sexual implica não só na transmissão de informações de cunho biológico, mas na promoção do exercício dos direitos, abordando aspectos psicossociais.

Portanto, a definição de um referencial pedagógico que alicerçará as práticas educativas em saúde é fundamental, contudo, há diferentes encaminhamentos, pois há diferentes compreensões sobre o que seja educação, saúde e conhecimento.

Nesse sentido, o campo da educação popular em saúde, há longa data, tem revelado que os pressupostos de Paulo Freire dariam suporte para intervenções mais amplas, contextualizadas e problematizadoras, no sentido de garantir o diálogo entre os sujeitos, sejam eles profissionais da saúde, população ou lideranças comunitárias; pautar-se na reflexão crítica da realidade, no exame profundo dos problemas, não satisfazendo-se com a aparência das explicações; bem como, entender que a realidade não é imutável ou seja, “Face ao novo, não repele o velho por ser velho, nem aceita o novo por ser novo, mas aceita-os na medida que me são válidos” (FREIRE, 1983, p. 41).

Freire (1989), na obra *“Educação como prática da liberdade”*, escrita quando esteve no exílio no Chile em 1965, relata as experiências educativas que vivenciou no nordeste brasileiro e sumaria o seu método de alfabetização de jovens e adultos, reafirmando seus pressupostos educativos. Dentre os fundamentos teórico-metodológicos do método de Paulo Freire destacam-se o diálogo e a problematização da realidade, os quais fundamentam relações educativas que promovam a conscientização e a possibilidade de transformação do contexto (FREIRE, 1987, 1989).

Com bases nos pressupostos Freirianos, as mudanças decorrentes da educação partem do diálogo entre educador e educando a partir de situações concretas, vividas pelos indivíduos. Parte do ponto que a comunicação perpassa a transmissão pura de determinados conteúdos pelo profissional e tem como base o diálogo entre os indivíduos, reconhecendo que a visão dos sujeitos acerca de determinadas situações reflete sua condição no mundo em que estão inseridos e os significados que estes dão a realidade em que vivem (FREIRE, 1987).

Considerando tais fundamentos como pilares da atuação do educador, Freire apresentou fases do seu método, sendo elas: 1) levantamento do universo vocabular dos grupos que se pretende trabalhar; 2) escolha das palavras que se originam no levantamento vocabular e serão guias para o processo de alfabetização; 3) criação de situações existenciais específicas de cada grupo envolvido no processo; 4) elaboração de fichas roteiros que subsidiam a prática educativa e 5) confecção de fichas de leitura, com a decomposição das palavras em famílias silábicas (FREIRE, 1989). Em síntese, desse processo surgem os temas geradores, ou seja, a descoberta do sentido dado a determinadas situações do cotidiano, obtidos por meio do diálogo e problematizações de forma que a prática educativa ocorra com a articulação do



conhecimento científico e dos problemas vividos pelos indivíduos, estimulando o público a questionar-se sobre aspectos de sua realidade a fim de transformá-la (FREIRE, 1987).

Guardadas as devidas diferenças, as fases do método de alfabetização de Paulo Freire podem servir de guia para a organização e desenvolvimento de práticas educativas em saúde dialógicas e problematizadoras. Assim sendo, realizar levantamento das percepções do público ao qual a prática educativa será destinada é fundamental para o planejamento e desenvolvimento de ações e intervenções, portanto ouvir os anseios, os entendimentos, as dúvidas, as expectativas, seria o primeiro momento; sistematizar e analisar os dados do levantamento inicial favorecerá decisões quanto aos objetivos e estratégias educativas; após a sistematização do levantamento parte-se para a elaboração de estratégias educativas, essas partirão do contexto dos sujeitos, considerarão a realidade específica, potencializando o envolvimento de todos.

Cabe destacar que mais do que seguir as fases do método de Freire, as práticas educativas em saúde devem pautar-se nos pressupostos, ou seja, partir da realidade dos sujeitos, ouvi-los, sistematizar os dados objetivos, promover o diálogo entre os sujeitos envolvidos e principalmente problematizar os determinantes do tema abordado.

Assim sendo, abordagem pelo educador e profissional de saúde sobre o tema sexualidade deve ser isenta de códigos morais ou religiosos, deve promover a reflexão, potencializar o senso crítico e responsável sobre a temática abordada, orientando os adolescentes e suas famílias, com informações científicas sobre as transformações que ocorrem no corpo, sobre as sensações, curiosidades e diversidades sexuais, sobre o ato sexual propriamente dito e suas consequências, deve abordar o conceito de dignidade sexual para que essa prática seja saudável. Práticas educativas promovem a troca de informações e a apropriação do conhecimento necessário à prática do sexo seguro. A articulação entre escola, a unidade de saúde como um todo é essencial para que as ações educativas sejam apoiadas em discussões construtivas, com escuta qualificada, abrindo canais de comunicação com os jovens e contribuindo para o fortalecimento da autonomia e do autocuidado (BRASIL, 2017).

Diante do exposto, todas as propostas para atuação junto aos jovens têm por objetivo a minimização de riscos provenientes de vulnerabilidades presentes nesse

período de evolução do indivíduo. Nesse contexto, é importante que tais circunstâncias sejam reconhecidas, permitindo ações frente a elas.

### 3.5 VULNERABILIDADES ENFRENTADAS PELOS ADOLESCENTES

Os indivíduos, de modo geral, especialmente os adolescentes, estão estreitamente envolvidos por circunstâncias promovidas por seus contextos, essas situações são caracterizadas como determinantes, sejam eles de ordem econômica, social, emocional e se apresentam muitas vezes como imposições em seu cotidiano, fazendo com que estejam suscetíveis a riscos (CRESTANI; ROCHA, 2018).

As vulnerabilidades presentes na adolescência estão relacionadas à limitação dos sujeitos em definirem seus projetos de vida a partir de seus anseios, por falta de autonomia e capacidade de realizá-los, condições que a própria fase impõe. Muitos ainda estão inseridos em contextos socioculturais que limitam a realização dos seus projetos (BRASIL, 2017).

Outro ponto que muitas vezes pode apresentar-se como uma vulnerabilidade, para alguns adolescentes, é a existência de laços familiares enfraquecidos. Para Macedo (1994, p. 64), a inserção familiar é a base da construção da identidade do indivíduo, na qual ele encontra o acolhimento e a segurança para sua formação [...] “a atribuição à família de qualidade refere-se ao refúgio seguro para onde se volta depois das batalhas do cotidiano - lugar de paz, amor e harmonia entre as pessoas”. O mesmo autor afirma que esses laços afetivos são a base para o desenvolvimento psicossocial. Não obstante, Moura (2018) indica que jovens com laços familiares fortalecidos, mas que apresentam dificuldade em processar suas percepções e desencadeiam crises psíquicas têm a capacidade de desestruturar todo núcleo familiar ao qual estão inseridos.

A pobreza também é um fator de exposição, uma vez que confere ao indivíduo limitações em seu cotidiano e restringe aspirações de uma realidade mais promissora, além de ser caracterizada como fator de desqualificação e marginalização, reprimindo qualquer perspectiva transformadora (CRESTANI; ROCHA, 2018).

Govender (2020) aponta que situações como, pressão dos pares pela prática sexual precoce, uso de drogas e álcool, necessidade de experimentação, informações equivocadas por parte das adolescentes sobre métodos contraceptivos, influência da mídia incentivando a sexualidade, mitos sobre a contracepção, falta de supervisão e

orientação dos pais, a dominação de gênero masculino quando da recusa do uso de preservativos, a pobreza que, muitas vezes, direciona ao relacionamento com companheiros mais velhos na busca de estabilidade financeira são fatores facilitadores do comportamento sexual de risco e este apresenta-se como importante fator de vulnerabilidade.

Na adolescência é constante a presença de sensações, percepções e eventos desestabilizadores, oriundos das modificações e experiências vivenciadas pelos sujeitos, capaz de gerar sentimentos como medo, angústia e insegurança que podem levar os adolescentes à busca de práticas compensadoras, de aceitação e de pertencimento, nesse sentido alguns buscam o uso de substâncias como álcool e drogas que se inicia precocemente tornando-se abusivo ainda nesse período (ROSA *et al.*, 2018).

A própria sexualidade se caracteriza como uma vulnerabilidade, a depender do modo como é reconhecida e vivida, pois essas experiências e determinados comportamentos ligados ao exercício sexual podem acarretar agravos à saúde, queda na autoestima, situações de violência e gestações prematuras (BRASIL, 2015).

Pinheiro *et al.* (2019) apontam que as gestações na adolescência podem acarretar além de morbimortalidade devido a imaturidade biológica, riscos psicossociais e econômicos, pois a adolescente quando engravida, tende a assumir responsabilidade do adulto, passando a ser provedora, fato que compromete o desempenho escolar e profissional, promove o remodelamento familiar, caracterizando um desafio para o sistema de saúde.

Essas fragilidades presentes na adolescência tendem a comprometer o amor-próprio dos indivíduos. Galvão (2018) afirma que a autoestima é uma construção psicológica definida como uma interpretação do autoconceito, compreende sentimentos e pensamentos sobre valores positivos e negativos atribuídos a si mesmo e eventos relacionados a prática da sexualidade cuja consequência pode comprometer a vida dos jovens, faz com que a autoestima necessária se perca dando lugar às crises características desse período.

Todos os eventos relacionados às vulnerabilidades podem ser caracterizados como violações de direitos, assim entre outras ações, surge a necessidade da educação em saúde, despertando nos sujeitos reflexões acerca de si mesmos, do seu corpo, possibilitando o acesso a informações e orientações do contexto vivido, estimulando e desenvolvendo habilidades de autopreservação, autoproteção e autocuidado além

do reconhecimento de seus direitos, dos direitos alheios, da valorização de emoções e vínculos (SERRA, 2020, tradução nossa).

É possível inferir que a gravidez na adolescência não é resultado exclusivo da vivência de vulnerabilidades, quando ocorre, desencadeia diversos eventos, desde biológicos até socioemocionais agravados com repetidas gestações ainda nesse período. Dessa forma, a importância da transmissão aos jovens de informações, além de discussões e problematizações acerca do processo gestacional e possibilidades de prevenção da ocorrência de gestações não desejadas.

### 3.6 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Para que ocorra a fecundação, uma sequência de eventos se origina da gametogênese masculina e feminina. A inseminação decorre da deposição do sêmen na vagina durante o coito, quando os gametas masculinos liberados ascendem pelo aparelho genital feminino, impulsionados por movimentos das próprias caudas e pela contração da musculatura das tubas uterinas e útero. Na puberdade cerca de 300 mil oócitos (células que originam o óvulo) estão presentes nos ovários femininos. Desses, somente um em cada mil alcança plena maturidade e é expulso durante a ovulação. O óvulo é impulsionado para tuba uterina, e a fecundação ocorre pela fusão dos gametas feminino e masculino representando o surgimento de um novo ser (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

Caso o óvulo não seja fertilizado, o corpo lúteo degenera, os efeitos progesteronais declinam e surgem alterações vasculares acentuadas que ocasionam a isquemia da camada funcional que se descama e é expelida pelo sangramento. Após a menstruação segue-se novo ciclo uterino. Caso ocorra gravidez, o ciclo menstrual não se completa e se segue o ciclo gravídico. Finalizada a gestação, realizado o parto e completada a involução puerperal, os ciclos ovariano e uterino ressurgem, após intervalo variável (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

Pode ocorrer ciclos anovulatórios, mais frequentes após a menarca (primeira menstruação) e antes da menopausa (suspensão da menstruação). Na puberdade, a anovulação decorre da imaturidade das estruturas endócrinas em promover o pico hormonal capaz de levar o folículo ao estágio de maturação. Quando ocorre no período da pré-menopausa, a anovulação está relacionada à falência funcional dos ovários, ainda produzem estrogênio, mas não mais ovulam e não produzem

progesterona. “Na puberdade, o sangramento uterino anormal é geralmente disfuncional (endócrino), tornando-se progressivamente mais relacionado com doenças orgânicas, à medida que se aproxima da menopausa” (MACHADO, 2001 p. 379).

Uma vez realizada a fecundação, uma série de mudanças fisiológicas ocorrem no corpo feminino durante o período gestacional dentre eles destacam-se: o aumento do ganho de peso relacionado a necessidade de maior ingesta nutricional para o desenvolvimento fetal, o aumento das mamas relacionado a produção de leite materno, aumento do volume abdominal e da largura dos quadris relacionada ao crescimento do feto. A aceitação dessas alterações varia de uma mulher para outra, podendo tornar-se motivo de fragilidade durante o período, promovendo dificuldade no convívio com seus pares ou familiares (ALVES; BEZERRA, 2020).

São características desse período as mudanças metabólicas, proteicas e lipídicas, alterações hemodinâmicas relacionadas ao débito cardíaco, volemia e pressão arterial, alterações do padrão respiratório acentuadas quando o volume gravídico está aumentado; várias alterações, dentre elas as gastrointestinais como, náuseas, refluxo gastresofágico, perda ou aumento do apetite e constipação, alterações no sistema imunológico, além de, estrias, edemas, varizes, acne, melasma, entre outras, sendo as alterações hormonais e mecânicas as principais responsáveis pelas transformações corporais (GARCIA; SILVA NETO, 2020).

Diante disso, é reconhecido que o período gestacional reflete grande complexidade, pois além de todas as transformações biológicas presentes nesse momento, ocorrem mudanças de natureza psicológica e emocional. Quando a prática sexual precoce culmina em uma gestação, esses eventos podem desencadear uma sobrecarga emocional que exige maturidade para suportá-la e o adolescente está em período de amadurecimento, fazendo com que esses eventos se tornem traumáticos. Govender *et al.* (2020) pontuam ainda, que a prática sexual entre adolescentes tem ocorrido mais precocemente e, em decorrência disso, gestações muitas vezes repetidas ainda nesse período são frequentes.

Devido à imaturidade do sistema reprodutor feminino a gravidez na adolescência pode provocar agravos ou intercorrências potencialmente comprometedoras da saúde da mãe e/ou do bebê, podendo ainda levar a morte de ambos. São frequentes nas gestantes adolescentes hemorragias, anemia, infecções geniturinárias, padrão nutricional inadequado, baixo crescimento fetal, hipertensão,

ruptura das membranas ovulares, trabalho de parto prolongado, parto prematuro, alterações na posição fetal devido ao desenvolvimento incompleto da pelve levando à necessidade de cesárea, esse quadro pode ser agravando quando a adolescente passa por mais de uma gestação, culminando em repetidas cesáreas, com aumento de riscos quando associado ao consumo de drogas lícitas ou não (FAVIER TORRES *et al.*, 2018, tradução nossa; VALONI *et al.* 2020; FARIAS *et al.*, 2020).

Dados do Ministério da Saúde (Programa Saúde Brasil, 2019) apontam que mesmo com os cuidados ofertados de assistência à saúde sexual, à saúde reprodutiva, ao planejamento familiar, ao pré-natal, ao pós-parto, à saúde da criança e à saúde da mulher, ainda há riscos para o recém-nascido, a mortalidade infantil entre mães mais jovens chega a 15,3 óbitos para cada mil nascidos vivos, isso se deve, além de outras causas à imaturidade biológica e condições socioeconômicas desfavoráveis (BRASIL, 2020a).

As possíveis complicações biológicas, associadas a custos emocionais, sociais e econômicos experimentados por grande parte das adolescentes grávidas torna-se um problema de saúde pública, nesse sentido a importância do papel da equipe multiprofissional composta pela equipe de saúde e educação com a participação da família na prevenção desse evento (FAVIER TORRES *et al.*, 2018, tradução nossa). No entanto, uma vez que a gestação ocorra, essa atividade orientadora e de acompanhamento da equipe é essencial prevenindo desenvolvimento de agravos.

No estado do Paraná, profissionais da atenção básica são guiados por diretrizes contidas em um programa denominado “Mãe Paranaense”, que dentre outros objetivos, destacam-se a captação precoce da gestante e estratificação do risco gestacional, ressaltando que essas ações estão sob responsabilidade da atenção primária à saúde. Seguindo a linha proposta pelo programa, a mãe adolescente (menor de 15 anos) é classificada como gestante de risco intermediário e, quando associado a outros fatores como riscos sociais, doenças prévias, uso de substâncias e outros critérios, essa classificação passa de intermediária para alta. Nessa perspectiva, cabe aos profissionais da saúde, estabelecerem vínculo com essas jovens, manterem acompanhamento, promoverem a adesão ao pré-natal de qualidade e as conduzir, quando necessário, aos serviços especializados para atendimento resolutivo (PARANÁ, 2017).

O pré-natal é um acompanhamento importante, pois possibilita a identificação precoce de patologias materno-fetais, permitindo intervenções sobre condições que

vulnerabilizam a saúde da gestante e da criança, cabendo a equipe de saúde o fornecimento de informações, apoio e cuidado de qualidade visando desfechos positivos (BRASIL, 2020b).

As atividades desenvolvidas pela equipe multiprofissional junto a essas jovens fortalecem as políticas públicas já existentes na saúde materno-infantil. Aos profissionais cabe o acompanhamento da gestante, o estímulo ao comparecimento às consultas de pré-natal na atenção primária e a referenciação ao serviço especializado, uma vez caracterizada como gestação de alto risco, acompanhamento pelo serviço social relacionado as condições socioeconômicas, fortalecimento de vínculos e demais acompanhamentos interdisciplinares para prevenção de desfechos maternos e perinatais negativos (VALONI *et al.*, 2020). Corroborando, Farias *et al.* (2020), pontuam que há necessidade de uma rede de apoio com atenção voltada a saúde reprodutiva, e suporte psicossocial, promovendo ações educativas, resolutivas e contextualizadas.

Mesmo com as ações realizadas com vistas a prevenção de gestações na adolescência, alguns indicadores apresentam o crescente número gestações em meninas da faixa etária compreendida entre 10 e 19 anos.

### 3.7 INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS SOBRE GESTAÇÕES NA ADOLESCÊNCIA

De acordo com os dados obtidos no Sistema de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e Sistema de Informação em saúde do SUS (DATASUS), no período de julho do ano de 2020 a junho de 2021, o Brasil apresentou um total de 371.757 nascidos vivos de mães adolescentes, o que equivale a 14% do total de nascidos vivos, destacando-se que, conforme Tabela 1, 17.532 gestantes estão na faixa etária de 10 a 14 anos de idade. Vale ressaltar, que foi considerada adolescência a faixa etária compreendida entre 10 e 19 anos, segundo a OMS (BRASIL, 2020c).

**Tabela 1** - Nascidos vivos no Brasil e Paraná no período de julho/2020 a junho/2021.

Local	Total nascidos vivos	Total nascidos vivos de mães adolescentes	Nascidos vivos mães de 10-14 anos	Nascidos vivos mães de 15-19 anos
Brasil	2.676.079	371.757 (14%)	17.532	354.225
Paraná	155.701	16.281 (10%)	630	15.651

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde - MS (BRASIL, 2020c).

No estado do Paraná, registra-se 10% de casos de gravidez na adolescência em relação ao total de nascidos vivos, no período compreendido entre julho de 2020 a junho de 2021, sendo que 630 gestantes tinham idade compreendida entre 10 e 14 anos, conforme apresentado na tabela 1.

Conforme dados obtidos pelo Programa de Assistência à Saúde do município de Cascavel – IPM Saúde, foi identificado o número de gestantes acompanhadas por unidade de saúde do município em sua área urbana, bem como, o número de gestantes na faixa etária entre 10 e 19 anos, segundo a OMS caracterizada como adolescente.

Foram obtidos dados do período compreendido entre 30 de junho de 2020 e 06 de abril de 2021, a busca se deu por cadastros de gestantes, com gestação “em aberto” cuja data da última menstruação (D.U.M) foi quarenta semanas antecedentes a data da pesquisa, período aproximado de uma gestação.

**Tabela 2** - Gestantes adolescentes acompanhadas por unidade de saúde (área urbana) no município de Cascavel no período de 30/06/2020 a 06/04/2021. Cascavel, Paraná. 2021.

(continua)

Unidades de Saúde Município de Cascavel	%	Gestantes acompanhad as	10-19 anos	10-14 anos	15-19 Anos
USF Guarujá	2,94%	34	1	0	1
USF Lago Azul	3,33%	30	1	0	1
USF Parque Verde	4,00%	25	1	0	1
UBS Palmeiras	4,44%	90	4	0	4
USF Santos Dumont	4,76%	21	1	0	1
USF Canadá	5,13%	39	2	0	2
UBS Aclimação	5,80%	69	4	0	4
USF Ipanema	6,06%	33	2	0	2
UBS Pacaembu	6,25%	32	2	0	2
UBS São Cristóvão	6,67%	60	4	0	4
UBS Nova Cidade	7,02%	57	4	0	4
USF Colmeia	8,11%	37	3	0	3
UBS Santa Felicidade	8,64%	81	7	0	7
UBS Los Angeles	8,93%	112	10	0	10



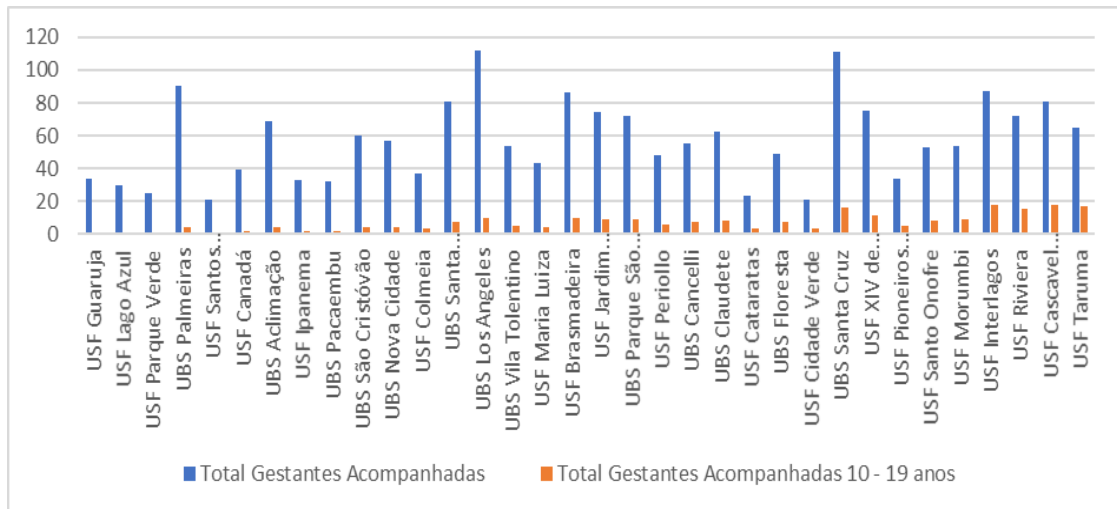
UBS Vila Tolentino	9,26%	54	5	0	5
USF Maria Luiza	9,30%	43	4	0	4
USF Brasmadeira	11,63%	86	10	0	10
USF JD Presidente	12,16%	74	9	0	9
UBS Parque São Paulo	12,50%	72	9	0	9
USF Periollo	12,50%	48	6	0	6
UBS Cancelli	12,73%	55	7	0	7
UBS Claudete	12,90%	62	8	1	7
USF Cataratas	13,04%	23	3	0	3
UBS Floresta	14,29%	49	7	0	7
USF Cidade Verde	14,29%	21	3	0	3
UBS Santa Cruz	14,41%	111	16	0	16
USF XIV de Novembro	14,67%	75	11	0	11
USF Pioneiros Catarinense	14,71%	34	5	0	5
USF Santo Onofre	15,09%	53	8	0	8
USF Morumbi	16,67%	54	9	0	9
USF Interlagos	20,69%	87	18	1	17
USF Riviera	20,83%	72	15	1	14
USF Cascavel Velho	22,22%	81	18	2	16
USF Tarumã	26,15%	65	17	4	13
Total	12,06%	1939	234	9	225

Fonte: IPM Saúde Cascavel.

Conforme dados apresentados na tabela 2, do total de 1.939 mulheres que faziam o acompanhamento de pré-natal pelo SUS, na área urbana do município de Cascavel, 234 eram adolescentes com faixa etária entre 10 e 19 anos o que equivale a 12,06% do total. Destaca-se que nove dessas gestantes adolescentes estavam na faixa etária de 10 a 14 anos de idade.

O gráfico 1 ilustra a relação entre o número de gestantes e de gestantes adolescentes acompanhadas por unidade de saúde do município de Cascavel, no período de 30 de junho de 2020 a 06 de abril de 2021.

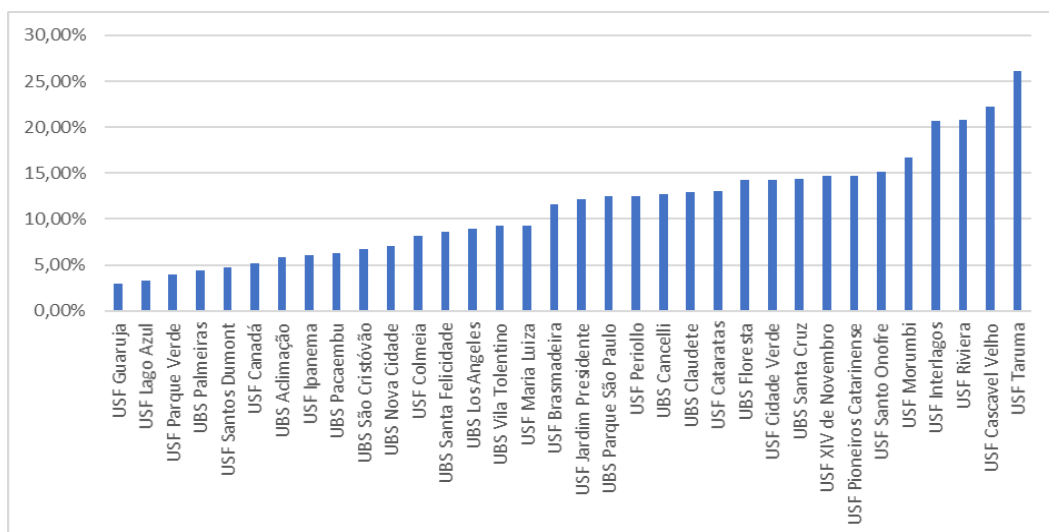
**Gráfico 1** - Gestantes e gestantes adolescentes acompanhadas pelas Unidades de Saúde do Município de Cascavel no período de 30/06/20 a 06/04/21. Cascavel, Paraná. 2021.



Fonte: IPM Saúde Cascavel.

O gráfico 2 representa o percentual de gestantes adolescentes acompanhadas por unidade de saúde no município de Cascavel, tendo as Unidades de Saúde do bairro Santa Cruz, Interlagos, Riviera, Cascavel Velho e Tatumã apresentado os maiores índices de acompanhamento de gestação na adolescência, comparativamente às demais unidades.

**Gráfico 2** – Percentual de gestantes adolescentes acompanhadas por Unidades de Saúde do Município de Cascavel no período de 30/06/20 a 06/04/21. Cascavel, Paraná. 2021.



Fonte: IPM Saúde Cascavel.

Os dados revelam que no período analisado, em todas as unidades de saúde do município de Cascavel havia ocorrência de gestação na adolescência, com destaque para aquelas Unidades de Saúde localizadas em bairros que apresentam maiores vulnerabilidades sociais, de acordo com o Diagnóstico Socioterritorial da Política de Assistência Social do município de Cascavel (2017) e Boletim da Vigilância Socioassistencial (2020), que consideram renda familiar, e acesso a programas e centros de referência assistenciais (CASCAVEL, 2017; 2020).

Em publicação do Instituto dos Direitos da Criança (INDICA) em parceria com o Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef) e o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) divulgam-se taxas de gestação precoce no Brasil, no período de 2010-2015, e problematiza-se que os números são similares às de outros países da América Latina e Caribe, sendo de 66,5 por mil, contudo são menores do que os índices em países africanos (98,8 por mil) e significativamente mais altas do que as dos países europeus (16,2 mil por mil) e países da América do Norte (28,3 por mil) (SANTOS *et al.*, 2017).

Cabe ressaltar que no Brasil, nos últimos anos, houve um pequeno decréscimo nos números de mães entre 15 e 19 anos, contudo, ainda é um problema a ser enfrentado por meio de políticas públicas. A gravidez precoce está relacionada a situações de vulnerabilidade presentes na vida dos adolescentes, dentre eles o início cada vez mais prematuro de relações sexuais e da menarca; não uso de contraceptivos; violência sexual e uniões precoces; não acesso à educação, aos direitos sexuais, reprodutivos e relações de gênero desiguais (UNFPA, 2021).

Diante do exposto, e como uma forma para enfrentar a situação posta, é fundamental implementar ações de prevenção à gravidez precoce e promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, de forma contextualizada com o universo desse grupo, sendo desenvolvidas a partir de suas necessidades. Práticas educativas, quando planejadas e desenvolvidas de forma didática e com recursos que sensibilizem o público a que se destina tornam-se uma importante ferramenta de transformação. Nessa perspectiva, o uso de tecnologias educativas que, sejam elas nas suas mais variadas apresentações, cientificamente elaboradas, podem potencializar o desenvolvimento de práticas educativas e que didaticamente aplicadas possam subsidiar e facilitar tais ações.

### 3.8 TECNOLOGIAS EDUCATIVAS

Para a prevenção de gestações precoces o desenvolvimento de práticas educativas em saúde ganha destaque. Sabe-se que há pouca frequência de adolescentes nas unidades de saúde em comparação às instituições de ensino, por isso a escola se torna um espaço propício para prática educativa em saúde com jovens. No entanto, práticas educativas realizadas inadequadamente, seja por escassez de recursos educacionais disponíveis, despreparo ou pouca sensibilidade dos profissionais que estão à frente dessas ações, associadas aos vários determinantes e condicionantes sociais dos jovens, acabam tendo pouca efetividade em relação à redução dos números de gestantes adolescentes (FARIAS *et al.*, 2020).

Além disso, os adolescentes estão inseridos em um contexto que inclui família, amigos, colegas, comunidades, escolas e pessoal de serviços de saúde, portanto, atividades voltadas à educação em saúde, destacando sexualidade, saúde reprodutiva e gestação na adolescência, devem ser desenvolvidas considerando essa conjuntura social, de valores, de interesses e de relações (GOVENDER *et al.*, 2020).

Nesse sentido, é de extrema importância a realização de educação em saúde com produção de conhecimento, buscando despertar uma análise reflexiva sobre o estado gestacional e todas as circunstâncias relacionadas e esse evento. Para Ceccon e Schneider (2020), as ações em saúde são compostas por vários elementos essenciais e os eventos relacionados à saúde têm levado os profissionais às mudanças no processo de trabalho, uso de diversas estratégias pedagógicas, articulação de profissionais e tecnologias adequadas à singularidade dos sujeitos e ao meio em que estão inseridos.

Merhy (2000), ao discutir o trabalho do médico no processo de cuidado ao outro, aponta três tipos de tecnologias utilizadas na assistência à saúde, descrevendo-as como dura, leve-dura e leve. A aplicação da tecnologia dura se faz por meio de equipamentos que, por sua vez, são utilizados mediante saberes tecnológicos de quem o opera, portanto do profissional da saúde. Por outro lado, a tecnologia leve-dura parte de saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia em que o profissional captura o mundo do sujeito com olhares e saberes já definidos, por isso a caracterização de “duro” e atribuindo “leveza” devido a relação que o usuário real impõe ao raciocínio clínico. A tecnologia leve centra-se na relação entre dois sujeitos, e nesse encontro ocorre a produção do cuidado.

De acordo com Merhy (2000), cada uma das dimensões tecnológicas está presente no desenvolvimento do trabalho em saúde e expressam processos singulares de cuidado, nos quais a relação humana se efetiva de forma mais ou menos intensa em cada dimensão. As práticas educativas em saúde expressam de forma mais acabada a dimensão da tecnologia leve em saúde, pois apoia-se de forma central nos aspectos relacionais entre os profissionais e os sujeitos e é nesse encontro que se produz, de forma compartilhada, a problematização das condições de saúde.

Gomes e Merhy (2011), relatam que a educação em saúde é uma dimensão prática importante do trabalho dos profissionais da saúde, na qual a formação de grupos com características específicas, a identificação das necessidades que determinado grupo apresenta e a criação do vínculo entre o sujeito e o educador fazem com que a educação em saúde tenha êxito. Os autores explicitam que existem várias abordagens possíveis para acessar o grupo ao qual pretende-se trabalhar, no entanto, o profissional deve ouvir os sujeitos, perceber suas necessidades e conectar-se com a vivência daquele grupo.

As tecnologias educacionais, além de gerar conhecimentos, visam atender, tanto as necessidades de aprimoramento e qualificação profissional repercutindo na qualidade dos serviços prestados, quanto as demandas sociais que emergem de inúmeros contextos. São exemplos de tecnologias: folders, cartilhas, vídeos, panfletos, bonecos, ou seja, qualquer instrumento elaborado com base nas necessidades e interesses do público-alvo e validado mediante o uso sistemático dos conhecimentos disponíveis sobre o assunto (TEIXEIRA; MOTA, 2011).

A adoção de novas práticas pautadas em tecnologias que possibilitem a informação e comunicação contribuirá, de forma decisiva, para o desenvolvimento de práticas pedagógicas interativas e democratizantes. Tais tecnologias podem colaborar para planejar, implementar e avaliar o processo de aprendizagem, ao que concerne aos seus objetivos específicos, de forma a torná-lo mais efetivo. No entanto, para que alcancem os objetivos propostos em sua construção, é necessário que passem pelo processo de validação, para mensurar a confiabilidade de seu conteúdo e forma (MONTEIRO *et al.*, 2019).

A construção de tecnologias educativas, destinadas à aplicação didática em temas da saúde permite a produção de conhecimento, facilitando o processo de ensino e estimulando a aprendizagem e a participação do grupo (MAGALHÃES *et al.*, 2019). Reforçam abordagens mais lúdicas e que promovam a interação entre os

sujeitos e o conhecimento. Segundo Luckesi (2014), lúdico remete ao sentimento de diversão, de bem-estar de interesse em participar de algo.

Por dinâmico e interativo Ramalho *et al.* (2020, p. 81) esclarecem que “a interação pedagógica, na sua base simbólica e sociocultural, desencadeia uma interseção complexa de linguagens, significações, interesses e perspectivas [...]”.

Assim, a presente pesquisa, ao produzir uma tecnologia educativa objetiva promover a reflexão, a informação e a problematização da saúde sexual de adolescentes e a gestação precoce. Ancora-se em uma aproximação ao universo desses jovens para despertar neles a confiança, promovendo a interação entre educador e aprendiz, para que dessa relação surja o interesse em expor suas dúvidas, anseios, carências e curiosidades no tocante à sexualidade e a gestação precoce. Com isso, busca-se despertar uma reflexão acerca de alguns comportamentos de risco, estimulando o vínculo do adolescente ao serviço de saúde ao qual pertence, fortalecendo o caráter promotor da saúde, além de subsidiar ações preventivas.

### 3.9 PRÁTICAS DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES

Práticas educativas estão vinculadas às ações preventivas de forma específica e podem estimular práticas promotoras da saúde. Em decorrência de gastos crescentes com assistência médica, emergem as preocupações com a promoção da saúde, essas estratégias resgatam o pensamento médico social do século XIX, que relaciona saúde e modo de vida estimulando a autonomia individual e de grupo em trabalhar com situações que refletem diretamente nas condições de saúde, uma vez que, a complexidade da saúde está no fato de abranger vários aspectos, como: biológico, social, psicológico, ambiental, econômico, considerando que esses cenários moldam a maneira de viver do indivíduo. Nesse contexto, ações promotoras da saúde têm um aspecto mais abrangente, vez que busca identificar determinantes da saúde a fim de modificar as condições de vida orientando ações coletivas que favoreçam a saúde e qualidade de vida e nesse processo promove a capacitação e participação da comunidade para esse fim (CZERESNIA, 2003; 2009)

Buss *et al.* (2020 p. 4725) defende que:

promoção da saúde [...] representa uma estratégia promissora para enfrentar os problemas de saúde que afetam as populações humanas. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, essa estratégia propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados a favor da qualidade de vida.

Em paralelo às estratégias promotoras da saúde, as ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de agravos e controle de riscos à saúde, estão embasadas em dados epidemiológicos, inclinadas ao aspecto biológico do indivíduo. Atividades preventivas e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informações, orientações e recomendações científicas. “Para prevenção, evitar a enfermidade é o objetivo final e, portanto, a ausência de doenças seria um objetivo suficiente” (CZERESNIA, 2003; 2007 p. 37).

De acordo com Borges, Jesus e Schneider (2018), é possível compreender semelhanças e divergências entre promoção da saúde e prevenção de riscos/agravos. A prevenção atua sobre os riscos de agravos identificados e implementa estratégias para minimização destes, desconsiderando a origem desses eventos, assim a ênfase não está no contexto histórico e social do processo saúde doença. Já a promoção da saúde privilegia políticas públicas, intersetoriais cujo foco são as dimensões sociais, políticas, educacionais, culturais que influenciam a saúde e promovendo ações voltadas para esses determinantes.

Assis, Avanci e Serpeloni (2020) apontam que o Brasil estabeleceu políticas de atenção à saúde do adolescente, essas políticas pressupõe o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais. No entanto, é importante a reflexão sobre a necessidade da adoção de políticas públicas capazes de combater e superar as desigualdades geográficas, sociais e étnicas do país e celebrar a riqueza da diversidade da fase da adolescência. Os serviços devem se organizar para a execução dessas práticas de saúde, destacando a importância da promoção da saúde e a necessidade de estabelecer processos de trabalho intersetoriais e interdisciplinares.

Em contraponto Buss *et al.* (2020) afirmam que a principal resposta social a tais questões têm sido investimentos crescentes em assistência médica curativa e individual, ainda que se identifique que medidas preventivas, promoção da saúde e melhoria das condições de vida sejam, de fato, as razões fundamentais para que haja avanços.

Para Freitas e Santos (2020), gravidez na adolescência se caracteriza como problema de saúde pública, pois além dos riscos biológicos a que a mulher está exposta devido à imaturidade do organismo feminino nessa idade, ainda ocorre o ônus econômico, uma vez que a mulher também faz parte da capacidade laboral produtiva que sustenta a economia e gestações repetidas comprometem essa situação. Esse evento sendo assim caracterizado, precisa de políticas públicas e ações em saúde para atenderem essa demanda.

Para os mesmos autores, têm sido implementadas medidas importantes de atenção à adolescentes como Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência em 2019, evento que dentre outras ações, promoveu divulgação de métodos contraceptivos. Ainda houve a criação de informativos destinados ao público infantil e adolescente que apresentem o tema da sexualidade, e outras iniciativas dos municípios e estados como medidas de atuação em prevenção de gravidez precoce (FREITAS; SANTOS, 2020, p. 230).

Para Assis; Avanci e Serpeloni (2020), essas ações em saúde devem envolver serviços de saúde e escolas na perspectiva de que os adolescentes tenham voz e espaço para expor suas demandas, com escuta e acolhimento, possibilitando vínculos requeridos pela integralidade da atenção. Portanto, a oferta de atenção pelos serviços de saúde deve extrapolar as questões relacionadas às doenças, sejam de ordem física ou mental.

Vieira *et al.* (2017) relatam que em decorrência do número de gestantes adolescentes é possível observar a necessidade de ações de promoção de saúde, direcionadas a esse público, com uma linguagem apropriada que reforce o planejamento familiar, sexualidade e reprodução, para que através do conhecimento seja possível tomada de decisões visando comportamento sexual saudável.

Práticas educativas individuais ou em grupos realizadas pelo enfermeiro, permitem que informações e orientações cheguem aos adolescentes, possibilitando a integração entre o profissional e o adolescente e entre eles mesmos. Quando auxiliadas pela utilização de formas inovadoras, a educação em saúde pode facilitar a comunicação com esse público, permitindo alcance de resultados satisfatórios, considerando que a gravidez na adolescência é um problema de saúde pública no Brasil e em vários países do mundo (RIBEIRO *et al.*, 2017; VICENTIM *et al.*, 2019).

No entanto, Vicentim *et al.* (2019) pontuam que ações educativas devem ser sistematizadas e constantes, promovidas pela atenção primária em conjunto com a



equipe de educação, familiares e comunidade, pois a falta de adesão dos adolescentes, o despreparo profissional na abordagem ao grupo, precariedade na infraestrutura, no planejamento, no relacionamento entre profissionais de educação e saúde, sobrecarga de trabalho para profissionais de ambas as áreas e a falta de comunicação entre equipe podem comprometer as atividades educativas e, conseqüentemente, a proposta de promoção da saúde.

Assim, o instrumento educativo, objeto deste estudo, tem caráter preventivo uma vez que expõe e orienta o uso de métodos contraceptivos e meios de prevenção de gestação precoce, como também promotor da saúde, quando apresenta aos jovens a unidade de saúde, especificamente a atenção primária, como porta de entrada para atendimento, destaca ainda, a figura do enfermeiro no acolhimento, que direcionará os jovens em relação a obtenção dos métodos preventivos de gestações, orientando seu uso e atendendo aos demais anseios dos adolescentes em relação a sexualidade, vulnerabilidades ou conflitos decorrentes da própria fase, pretende ainda, ser extensivo aos pais, fortalecendo vínculos familiares.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Pesquisa metodológica, exploratória com abordagem qualitativa. Pesquisas metodológicas se debruçam sobre a investigação de métodos, seja na dimensão da produção, validação e avaliação dos mesmos, tendo como intuito o desenvolvimento de novos instrumentos ou produtos (POLIT; BECK, 2019). Se referem ao estudo de instrumentos, tecnologias, ferramentas, estratégias para captar e trabalhar com a realidade, ou seja, abordam os modos de realizar ciência (DEMO, 2000).

No que tange a abordagem exploratória, Gil (2008) define que as pesquisas exploratórias têm como objetivo desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, além de proporcionar uma visão geral acerca de algum evento. Prodanov e Freitas (2013), apontam que estudos exploratórios são realizados na fase preliminar das pesquisas visando que os pesquisadores alcancem maior familiaridade com o tema de investigação, orientando a formulação das hipóteses ou de um novo enfoque para o assunto.

Estudos exploratórios possibilitam o aumento da experiência do investigador com a temática em estudo. “Então o pesquisador planeja um estudo exploratório para encontrar os elementos necessários que lhe permitam, em contato com determinada população, obter os resultados que deseja” (TRIVIÑOS, 2013, p. 109).

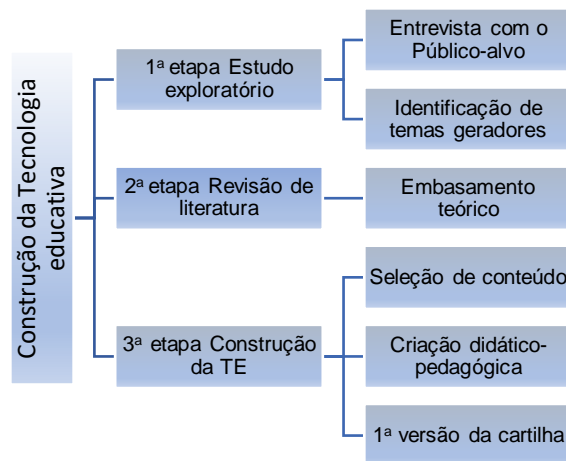
Para Prodanov e Freitas (2013, p. 70), na pesquisa qualitativa “há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números [...]. A pesquisa qualitativa tem o ambiente como fonte direta dos dados”.

Ainda, a pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2009, p. 21) “[...] responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado”, aborda distintos significados, sentidos, atitudes e crenças.

## 4.2 ETAPAS DA PESQUISA

O foco central da pesquisa foi a construção da tecnologia educativa em formato de cartilha intitulada “Vamos conversar sobre gravidez na adolescência?”. O estudo foi desenvolvido em três etapas e subetapas conforme ilustradas na figura 1.

**Figura 1** - Etapas da construção da Tecnologia educativa.



Fonte: Elaborada pela autora (2021).

O estudo exploratório, visando a aproximação do universo das adolescentes que vivenciaram a gestação precoce, foi realizado por meio de entrevistas estruturadas com adolescentes que vivenciavam a gravidez precoce. “Entrevista é acima de tudo uma conversa a dois ou entre vários interlocutores, tem o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa [...]” (MINAYO, 2009, p. 64).

Segundo Teixeira e Nascimento (2020) buscar informações, considerações, vivências ou participação do público-alvo pode ser denominado como “escuta sensível”, antes da construção da tecnologia educativa. O intuito de fazer o estudo exploratório foi “ouvir” o público-alvo para o qual a tecnologia educativa foi construída e levantar a percepção das adolescentes grávidas sobre informações necessárias relativas à temática dando sustentabilidade à construção da tecnologia. Desse momento, foi levantado temas geradores que guiaram o processo de produção da tecnologia educacional.

A segunda etapa foi constituída do desenvolvimento da revisão de literatura acerca da temática, a qual ocorreu por meio de investigação das produções

bibliográficas relacionadas ao assunto estudado, momento articulado ao estudo exploratório. Para Teixeira e Nascimento (2020), a utilização de revisão de literatura serve como suporte para a construção de tecnologias educativas, pois pode fortalecer a qualidade teórico-científica dos conteúdos/temas da tecnologia a ser produzida.

A terceira etapa foi a confecção, propriamente dita, da tecnologia educativa para abordagem da gravidez na adolescência, no formato de uma cartilha, a fim de oferecer informações objetivas, esclarecer dúvidas e problematizar a temática gravidez precoce.

Considerando estudo de Teixeira e Nascimento (2020), definiu-se que para a construção da TE seriam tomados os dados sistematizados do estudo exploratório realizado com o público-alvo, considerando as informações, dúvidas, problemas e reflexões das adolescentes que experienciaram a gravidez precoce, subetapa que permitirá a seleção de conteúdo para a construção da cartilha; em seguida procedeu-se a criação didático-pedagógica da cartilha, subetapa que foi amparada pelo embasamento científico na área da saúde do adolescente e da mulher para fortalecer a produção da tecnologia educativa.

Como momento final da etapa de construção foi apresentada a primeira versão do material. Para a confecção da cartilha utilizou-se textos e ilustrações, os quais foram definidos no processo de produção. Vale destacar que a tecnologia educativa (cartilha) será disponibilizada na versão impressa e após será realizada validação em uma plataforma digital.

#### 4.3 LOCAL DA PESQUISA

O estudo ocorreu com gestantes vinculadas às Unidades de Saúde dos bairros Riviera, Canadá, Neva, São Cristóvão, Los Angeles, Brasmadeira, Morumbi, Floresta, Interlagos, Pioneiros Catarinense e Tarumã, pertencentes ao município de Cascavel. A opção por esses bairros ocorreu para que houvesse certa heterogeneidade da amostra, principalmente em relação aos padrões socioeconômicos e vulnerabilidade social. Segundo Diagnóstico Sócio Territorial da Política de Assistência Social do município de Cascavel (2017) e Boletim da Vigilância Socioassistencial (2020), considerando renda familiar até três salários-mínimos, adesão das famílias a programas assistenciais e acompanhamento das mesmas pelo Centros de Referência em Assistência Social, os bairros Interlagos, Tarumã (desmembramento do bairro

Interlagos) e Riviera, destacam-se por maior vulnerabilidade, em contrapartida os bairros Canadá, Pioneiros Catarinense tem menor vulnerabilidade e os demais se destacam como intermediários (CASCAVEL, 2017; 2020).

#### 4.4 DELINEAMENTO DO ESTUDO EXPLORATÓRIO

##### 4.4.1 Amostra do estudo

A definição das participantes do estudo foi realizada a partir dos princípios da amostragem por conveniência, classificada dentre as amostragens não probabilísticas. Segundo Polit e Beck (2019, p. 196), o objetivo da amostragem por conveniência “[...] é extrair a maior quantidade possível de informações de um número pequeno de pessoas”.

Para Prodanov e Freitas (2013, p. 98), a amostragem por conveniência tem sido utilizada em estudos exploratórios e qualitativos, pois o pesquisador seleciona os participantes que tem acesso, “[...] admitindo que esses possam, de alguma forma, representar o universo”.

A amostra do estudo exploratório foi composta por adolescentes que viveram a experiência da gravidez precoce, público-alvo da tecnologia educativa. Foi considerado como critério de inclusão as adolescentes gestantes, na faixa etária entre 10 e 19 anos de idade, que faziam, no momento da coleta de dados, o pré-natal em diferentes unidades de saúde do Município de Cascavel. Os critérios de exclusão foram estar fora desta faixa etária e não realizarem acompanhamento de pré-natal no município.

Foram realizadas entrevistas com 30 gestantes vinculadas às Unidades Básicas de saúde (UBS) e Unidades Saúde da Família (USF), conforme segue: 01 USF Riviera, 01 USF Canadá, 01 USF Neva, 01 UBS São Cristóvão, 01 UBS Los Angeles, 02 USF Brasmadeira, 01 USF Morumbi, 02 USF Pioneiros Catarinense, 01 UBS Floresta, 02 USF Interlagos e 17 da USF Tarumã. Foi realizada uma entrevista com cada gestante. A composição da amostra se deu devido ao número de adolescentes que faziam pré-natal no período de coleta de dados, a disponibilidade em participarem da pesquisa e em função da pesquisadora atuar na unidade Saúde da família do bairro Tarumã; devido a vulnerabilidade do bairro, houve grande número consultas de enfermagem para abertura de pré-natal de adolescentes.

Vale ressaltar, que pelo sistema IPM Saúde, nos bairros de menor vulnerabilidade, considerando período de 30/06/2020 a 06/04/2021, houve baixo número de gestantes adolescentes cadastradas que fizessem o acompanhamento de pré-natal nas unidades de saúde dos bairros a que pertenciam; das gestantes apontadas pelo sistema, foi realizado contato telefônico pelo pesquisador, com recusa de duas gestantes em participar da pesquisa. Como o maior número de gestantes adolescentes em acompanhamento de pré-natal nas unidades de saúde (no período de 30/06/2020 a 06/04/2021) estão concentradas em bairros de maior vulnerabilidade em especial nas unidades Saúde da Família dos bairros Interlagos, Tarumã, Cascavel Velho e Riviera (conforme indicado na tabela 2), a maior parte da amostra é proveniente desses bairros.

A saturação dos dados foi a estratégia para a interrupção da coleta de dados do estudo exploratório. Conforme Fontanella *et al.* (2011), a saturação ocorre quando o pesquisador, com base na análise dos dados obtidos por meio das entrevistas realizadas, observa a inexistência de elementos novos a partir do campo de observação ou ainda, que novos dados provenientes de outras entrevistas acrescentariam poucos elementos à discussão em relação a teorização já obtida, o que leva a interrupção da captação de novos participantes.

#### **4.4.2 Procedimentos e técnicas de coleta de dados**

As entrevistas ocorreram presencialmente (pesquisadora/adolescente), realizadas com 30 gestantes adolescentes, no período de 04 de março de 2021 a 23 de abril de 2021, em consultas de pré-natal agendadas pelas gestantes diretamente com a unidade de saúde a que pertenciam (conforme área de abrangência), em visitas domiciliares de acompanhamento de pré-natal (gestantes que pertenciam a unidade de saúde em que a pesquisadora atuava) e em visitas que ocorreram para realização da pesquisa (outras unidades de saúde). Todas as entrevistas realizadas no domicílio foram precedidas de contato telefônico para agendamento.

O instrumento norteador da entrevista continha questões abertas e fechadas, com o objetivo de levantar informações subjetivas, relacionadas a percepção, atitudes e conhecimento, bem como, informações objetivas, centralmente, os dados de identificação e eventos biofisiológicos na puberdade (Apêndice A). Os dados foram registrados pela pesquisadora, mantendo a fidedignidade ao sentido conferido pelo

entrevistado. Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora para padronização em sua condução.

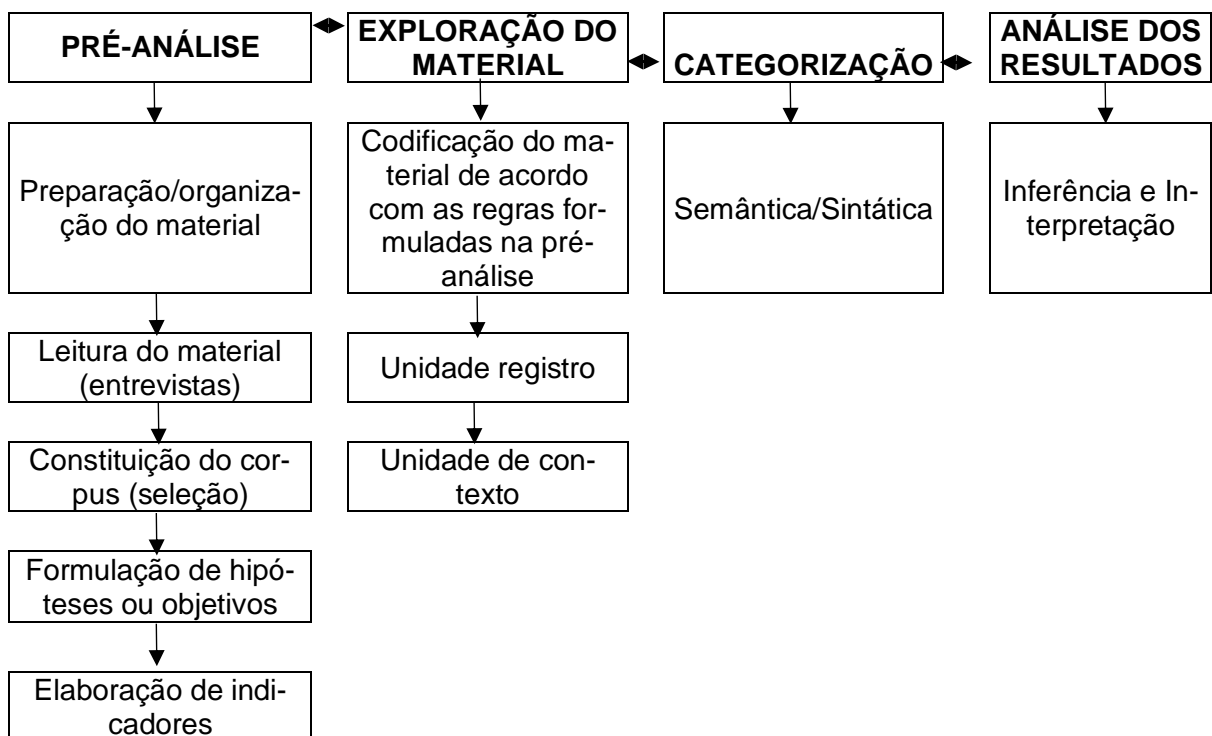
#### 4.4.3 Análise dos dados

Os dados objetivos foram sistematizados e descritos; os dados subjetivos foram submetidos à análise de conteúdo, a qual configura-se como uma técnica de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Os objetivos desse método são superar a incerteza do que pode estar contido em uma mensagem e aumentar, por meio da identificação de conteúdo e estruturas ou ainda pelo esclarecimento de elementos de significações a produtividade e a pertinência da mensagem (BARDIN, 2016).

A análise de conteúdo dos dados, ocorreu em três etapas: a pré-análise; exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2016), processo esquematizado na figura 2.

**Figura 2** – Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2016).



Adaptação de Bardin, 2016.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, em atendimento as normas éticas do Conselho Nacional de Saúde, expressas na Resolução CNS-466/2012. Foi aprovado pelo parecer 4.547.873 (Anexo A).

Cabe destacar que para as adolescentes menores de 18 anos, os pais ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) concordando com a participação delas na pesquisa e antes da entrevista estas adolescentes assinaram o Termo de Assentimento (TA) (Apêndice C), que explicita a anuência em participar do estudo. As demais assinaram o TCLE, conforme convencionado para todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

#### 4.6 O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA CARTILHA

O trabalho educativo em saúde é potencializado quando se utiliza de formas e recursos adequados de comunicação, no sentido de aproximar profissionais e público-alvo, de agregar novos conhecimentos, de favorecer o diálogo e a problematização dos determinantes do processo saúde-doença, podendo fortalecer a mobilização pela promoção da saúde (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003).

Materiais educativos tem a função de promover a mediação entre profissionais da saúde e participantes de atividades de educação em saúde, no sentido de favorecer o entendimento de conhecimentos importantes para o desenvolvimento do autocuidado, pela prevenção à problemas futuros de saúde e mobilizadoras de práticas promotoras em saúde (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003; MENDES *et al.*, 2016; RAMOS *et al.*, 2016).

Nesse sentido, é necessário que os materiais educativos, independente da forma que são apresentados, possuam qualidade no formato e conteúdo, considerem o contexto sociocultural do público ao qual se destina, facilitem o entendimento das temáticas abordadas, minimizem dúvidas, fomentem a reflexão e o envolvimento dos sujeitos no processo de promoção de saúde (MENDES *et al.*, 2016; RAMOS *et al.*, 2016).

Assim sendo, os pressupostos expostos foram considerados como guias para a produção da cartilha: “Vamos conversar sobre gravidez na adolescência?”, que



seguiu as seguintes etapas: 1ª Pesquisa exploratória com público-alvo e identificação de temas geradores; 2ª Definição de temáticas e fundamentos teóricos; 3ª Criação artística da cartilha: conteúdo e forma; layout e design e composição da cartilha; 4ª primeira versão.

Dentre as etapas para o preparo de materiais educativos impressos, destacam-se a definição dos princípios linguísticos, dos princípios gráficos e motivacionais (MIALHE; SILVA, 2008), expressos aqui na definição da forma de apresentação dos conteúdos; ilustrações; layout e design e esboço da composição da cartilha.

#### **4.6.1 Definição da forma de apresentação dos conteúdos**

Como já apresentado, os conteúdos que compuseram o material foram selecionados a partir das vivências de adolescentes gestantes por meio das entrevistas, etapa fundamental para a construção do material, contudo, não menos importante é a realização do exercício de transposição didática, expressa pela definição da forma que os conteúdos/ideias serão apresentados, desde elaboração de frases, exemplos a serem utilizados, bem como, a definição de ilustrações e seus padrões, layout e design gráfico.

No campo da produção e validação de tecnologias educativas em saúde, em suas mais variadas expressões, constituiu-se nesse trabalho os fundamentos essenciais para a construção da cartilha “Vamos conversar sobre gravidez na adolescência?”, amparando-se nas publicações de: Cunha e Esteves (2020); Mendes *et al.*, (2016); Nascimento e Almeida (2020); Ramos *et al.*, 2016; Moreira; Nóbrega e Silva, (2003); Nietzsche; Teixeira e Medeiros (2014).

#### **4.6.2 Forma de apresentação dos conteúdos**

Considerando que a cartilha deve ter uma mensagem objetiva, direta e explícita ao público-alvo, a qual ela se destina, buscou-se definir previamente alguns princípios para apresentar o conteúdo (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003). Assim a cartilha deve:

- a) Apresentar ideias concisas e diretas em cada seção/tópico;
- b) Apresentar conceitos, preservando a base científica e garantindo a compreensão pelo público-alvo;

- c) Indicar ações a serem tomadas pelo público-alvo;
- d) Construir frases com palavras conhecidas;
- e) Redigir o texto no estilo dialogal, com perguntas e respostas, para chamar/prender a atenção do público-alvo;
- f) Utilizar termos técnicos quando indispensável e com as devidas explicações;
- g) Abreviaturas/siglas com devidas explicações;
- h) Informar que será direcionada aos adolescentes, independente do sexo, gênero, classe social;

#### **4.6.3 Ilustrações**

Segundo Moreira; Nóbrega e Silva (2003), as ilustrações em materiais educativos em saúde cumpre uma função importante, sendo formas para qualificar a comunicação, pois colaboram com a fixação do conteúdo além de “[...] atrair o leitor, despertar e manter seu interesse pela leitura, complementar e reforçar a informação” (p. 186). Portanto, seguiu-se os seguintes princípios:

- a) escolha das ilustrações em base gratuita: Canva.com;
- b) uso racional de imagens/ilustrações, para evitar a sobrecarga de estímulos; desatenção à mensagem escrita;
- c) busca pela qualidade visual das ilustrações;
- d) Ilustrações escolhidas considerando o universo do adolescente (imagens que remetem ao adolescente no dia a dia, em grupo de amigos, em momentos afetivos com seus pares, relacionadas ainda, a gestação adolescente, ao profissional de saúde como suporte para acolhimento em saúde, aos métodos contraceptivos e aos eventos biológicos presentes nessa fase, como fecundação).

#### **4.6.4 Layout e design**

As cores e padrão de fontes escolhidos para elaboração do material seguem descritas.

- a) Utilizou-se padrão de folha A4, com margens superior e esquerda (3 centímetros) inferior e direita (2 centímetros);

b) As fontes utilizadas nos títulos de maior destaque foram Bebas Neue (tamanho 58 pixels), de destaque intermediário Poppins (tamanho 36 pixels), nos títulos de menor destaque Poppins (tamanho 16 pixels); nos subtítulos a fonte utilizada foi Poppins (tamanho 32 pixels); no texto Work Sans (tamanho 14 pixels) e nos comentários Poppins Italic (tamanho 12 pixels).

c) As cores utilizadas nos títulos e subtítulos foram verde, azul, preto e branco, o texto seguiu o mesmo padrão de cores. Foram utilizadas caixas de texto ao longo da cartilha preenchidas com as cores azul claro, bege e branca. Também foi utilizado em algumas páginas formas geométricas (círculos e retângulos) e bordas de coloração verde, azul; com uso de no máximo quatro cores por página para não sobrecarregar a apresentação visual o material.

d) O espaçamento entre linhas do texto foi de 1,5 centímetros.

Considerando as etapas e subetapas do estudo, serão apresentados na próxima seção os resultados da pesquisa exploratória e em seguida o esboço da cartilha educativa.

## 5 RESULTADOS

Os resultados do estudo relacionam-se a sistematização e discussão dos dados da pesquisa exploratória realizada com adolescentes gestantes, que deu suporte ao processo de produção da cartilha, no qual foram identificados os temas geradores, apresentado o embasamento teórico dos conteúdos selecionados; forma de apresentação dos conteúdos e a versão preliminar da cartilha “Vamos conversar sobre gravidez na adolescência?”.

Destaca-se que por meio das entrevistas obtidas surgiram as seguintes temáticas, tendo como eixo a gestação precoce sob a perspectiva de adolescentes gestantes: gestação não planejada, diálogo familiar sobre sexualidade, métodos contraceptivos: conhecimento e uso, relacionamento afetivo e decisões quanto a prevenção da gravidez, transformações físicas: percepção das adolescentes grávidas, percepção das mudanças na vida provocadas pela gravidez e planos futuros sobre nova gestação, as quais serão discutidas na sequência.

### 5.1 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: PERCEPÇÕES E VIVÊNCIAS

Participaram do estudo 30 adolescentes gestantes, a maioria, 26 (87%), com idade entre 15 e 19 anos e 4 (13%) delas entre 10 e 14 anos, sendo que 15 (50%) declaram ter cor parda, 14 (47%) cor branca e 1 (3%) cor negra. Com relação a história reprodutiva, 25 (83%) eram primigestas, 2 (7%) já tinham um filho e 3 (10%) engravidado anteriormente, porém a gravidez não foi concluída. Do total, 20 (67%) eram filhas de mães adolescentes, enquanto 10 (33%) eram filhas de mulheres adultas.

Com relação a escolaridade, 5 (17%), no momento da coleta frequentavam o ensino fundamental; 11 (37%) cursavam o ensino médio, 1 (3%) frequentava o ensino superior e 13 (43%) não frequentavam a escola. As jovens que não frequentavam a escola tinham entre 15 e 19 anos, seis delas com idade para frequentar as séries finais do ensino fundamental e ensino médio (15 a 18 anos) e sete tinham 19 anos, idade que teoricamente as jovens já deveriam ter terminado a educação básica, no entanto, duas adolescentes de 19 anos relataram ter interrompido os estudos ainda no ensino fundamental e uma no 2º ano do ensino médio.

Ao serem questionadas quanto ao motivo do abandono escolar, justificaram que a gestação e as dificuldades decorrentes da pandemia Covid-19 foram as principais razões.

Quanto a moradia, 18 (60%) residiam em casa própria; 10 (33%) residiam em casa alugada e 2 (7%) em casa cedida. A maioria, 25 (83%) declararam não estar exercendo atividade laboral e 5 (17%) indicaram que estavam inseridas no mercado de trabalho, no entanto, afastadas temporariamente devido a Pandemia Covid-19, por estarem grávidas. A renda familiar das adolescentes variava entre um e quatro salários-mínimos, sendo que 19 (63%) entre um e dois; 11 (37%) de três a quatro salários-mínimos.

Quanto ao recebimento de auxílios oferecidos pelo governo federal, 4 (14%) eram cadastradas para recebimento de bolsa família; 1 (3%) recebeu auxílio emergencial durante a pandemia Covid 19; 1 (3%) indicou ser subsidiada pelo benefício de prestação continuada (BPC) devido a deficiência permanente do pai e 24 (80%) relataram não receber nenhum benefício governamental.

Os dados relativos à caracterização das participantes, apontam para relação entre a gestação adolescente e os determinantes sociais, destacando-se a renda familiar e a baixa escolaridade, resultado, também, do abandono da escola em razão da gravidez precoce. A organização econômica e social do país reflete nos determinantes sociais da saúde, possibilitam ou obstaculizam o acesso a meios e recursos necessários que viabilizem a saúde, além de influenciar em comportamentos individuais, os quais podem ser determinantes na saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes (MEDINA; ORTIZ, 2015, tradução nossa; MOURA *et al.*; 2021).

A Organização Pan americana de Saúde (OPAS) realizou, em agosto de 2016, consulta técnica para analisar os desafios relacionados a redução da gravidez em adolescentes na América Latina e Caribe, desse evento emergiram algumas conclusões e orientações. Para as entidades envolvidas no evento, a gravidez na adolescência gera marcas profundas na trajetória de vida das adolescentes, além de dificultar o seu desenvolvimento psicossocial e incide negativamente nas oportunidades de escolarização e trabalho (OPAS, 2016).

Em consonância ao exposto, Araujo e Nery (2018) e Moura *et al.*(2021) acrescentam que a ocorrência da gravidez na adolescência impõe barreiras para a construção de mudanças nos aspectos socioculturais e econômicos, reforça um padrão existente, expresso, quase sempre, por um contexto social e econômico fragilizado e

limita o desenvolvimento das capacidades da jovem adolescente, restringindo as aspirações e projetos de vida.

Os dados obtidos corroboram com outros estudos (FERNANDES *et al.*, 2017; SOUZA *et al.*, 2018, PYLES *et al.*, 2020, GADELHA *et al.*, 2020, CABRAL *et al.*, 2015, ROSANELI; COSTA; SUTILE, 2020), identificando a relação entre a gestação adolescente e evasão ou baixo rendimento escolar, destacando que esses eventos consequentes, são fatores de risco para novas gestações na adolescência, pois a maioria das adolescentes grávidas não consideram a continuidade escolar como projeto futuro, podendo ser justificado pela responsabilidade familiar que assumem após a gravidez e a falta de estímulo para continuidade do processo educativo, uma vez que a condição social da adolescente é tão fortalecedora do abandono escolar quanto a própria gestação. Ainda Araujo e Nery (2018) destacam a pobreza, o abandono escolar e a exclusão social como causas e consequência das gestações na adolescência.

Em contraponto Gaia, Menezes e Silva (2020), identificaram que a gravidez não é causa para desestímulo escolar, que a falta de interesse em permanecer na escola antecede a gestação, identificaram que a maternidade na adolescência pode, inclusive, impulsionar a jovem à continuidade dos estudos pois, a responsabilidade adquirida com a chegada da criança faz com que surjam aspirações de melhores condições laborais e econômicas que podem ser construídas a partir do processo de escolarização, desde que haja uma rede de apoio possibilitando essa iniciativa.

Com relação a atividades laborais, parte significativa das adolescentes entrevistadas neste estudo, não exerce atividade remunerada, dependendo financeiramente de outros. Salieta-se que atividades laborais são permitidas no Brasil a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, desde que vinculados a instituição de ensino e pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) a partir de 16 anos (BRASIL, 2000, BRASIL, 1943). Estar fora do mercado de trabalho associado ao baixo nível escolar colabora para que o ciclo da pobreza se mantenha, dificultando a inserção no mercado de trabalho ou limitando os indivíduos a ocupações que exijam baixa qualificação reforçando as diferenças e desvantagens sociais (CRUZ; CARVALHO; IRFFI, 2016; SOUSA *et al.* 2018).

De acordo com a OPAS (2016), a gravidez precoce revela a fragilidade da saúde sexual e reprodutivas de adolescentes na América Latina e Caribe, além de expressar outros fatores como pobreza, exclusão social, violência sexual e de gênero.

A gravidez na adolescência afeta desproporcionalmente meninas e adolescentes que já são marginalizadas, e é agravada pela falta de acesso à educação sexual abrangente e serviços de saúde sexual e reprodutiva, como anticoncepcionais modernos. Muitas das adolescentes que engravidam já pararam a escola ou são forçadas a sair por causa de sua gravidez, o que tem um impacto significativo a longo prazo (OPAS, 2016, p. 17).

Assim sendo, a gravidez na adolescência reforça a manutenção de ciclos geracionais de pobreza, insegurança social, exclusão e marginalização, pois as crianças que nascem das adolescentes também estão expostas aos mesmos riscos sociais e econômicos que suas mães (OPAS, 2016).

### **5.1.1 A gestação precoce sob a perspectiva de adolescentes gestantes**

Os dados obtidos por meio das entrevistas, foram submetidos à análise de conteúdo para categorização dos eixos temáticos que expressam o conteúdo das falas. Diante desse panorama, foi possível identificar alguns temas que podem ser destacados para possibilitar reflexões acerca dos fatores que permeiam o contexto socioeconômico e cultural vivido por algumas adolescentes e a relação desse contexto com a gravidez precoce.

#### **5.1.1.1 Gestação não planejada**

A problemática da gravidez na adolescência é permeada por diversas questões, com destaque a indagação se a gestação, em algum momento, foi considerada como uma possibilidade pelas adolescentes, se foi planejada e quais os motivos que a levaram a gravidez precoce. Das 30 participantes do estudo, 23 (77%) afirmaram que não desejavam engravidar e 7 (23%) expressaram que desejaram a gravidez.

Das falas que expressaram que a gestação não foi planejada/desejada, destacou-se três temáticas, sendo: não uso de método anticoncepcional por opção pessoal; falta de conhecimento sobre e uso incorreto de métodos anticoncepcionais e, não utilização de métodos devido a barreiras decorrentes da dinâmica familiar que não estimulam, permitem ou orientam o uso.

Quanto a indicação das participantes pelo “não uso de método anticoncepcional por opção pessoal”, há uma certa consciência de que negligenciaram a

prevenção da gravidez, pois apesar de conhecerem algum método contraceptivo optou-se em não usar, conforme falas exemplificadas a seguir:

A gente queria, mas não agora, mas não me cuidei, minha mãe mandou eu tomar comprimido, mas eu não tomei [...] vou tomar depois que o bebê nascer. (A2)

Não. Fui “safada” não me cuidei. (A3)

Não. Engravidei porque não queria usar nenhum método. Tentei tomar comprimido, mas não me adaptei pois tomo remédio controlado e corta o efeito. (A4)

Eu conhecia os métodos, não usei porque não quis. (A7)

Não. Não tava usando nenhum método. Quando eu ia começar a tomar engravidei. (A10)

Não. Engravidei porque não cuidei. Eu sabia de tudo engravidei porque deixei rolar. (A13)

Não. Porque eu não quis usar camisinha e nunca tomei comprimido, mas eu sabia que existia. (A19)

Não. Ah! Não me cuidei. (A29)

A “falta de conhecimento sobre e uso incorreto de métodos anticoncepcionais” foi evidenciada como condição que promoveu a gestação indesejada, pois as participantes quando indicaram o uso de algum método, se equivocaram ou não fizeram o uso regular e contínuo, principalmente por esquecimento, como expresso nas falas abaixo:

[...] Ah! Tinha dias que tomava comprimido, tinha dias que não, acho que foi por isso. (A1)

[...] Tomava o comprimido errado. (A5)

[...] Tomava [nome do medicamento], esquecia alguns dias e não tomava no horário certo. (A9)

Não. Tomava comprimido, mas comecei a tomar [nome do medicamento] e acho que ele fez cortar o efeito. (A16)

Eu usava [nome do medicamento], mas tomava de vez em quando, então engravidei. (A18)

Não tomava comprimido direito, não ligava, tomava de vez em quando. (A21)



Não. Eu esquecia de tomar o anticoncepcional. (A27)

As “barreiras decorrentes da dinâmica familiar” emergiram como um dos motivos que potencializaram o não uso de métodos para evitar a gravidez precoce, pois as participantes apontaram que as famílias, mesmo sabendo que elas tinham vida sexualmente ativa não estimularam ou orientaram o uso, tanto por questões religiosas ou por não aceitarem a prevenção da gravidez.

Não. Minha mãe me levou ao médico porque meu ciclo era desregulado, ele passou anticoncepcional para regular, mas meu pai era contra. Ele é evangélico, achava que eu tomava para poder ter relação sexual, mas eu não tinha vida sexual. Então meu pai fez eu parar de tomar. Quando comecei a “transar” eu engravidei [...]. (A15)

Não. Porque eu morava com minha mãe, ela não me deixava sair de casa, não tomava nada e nem tinha relação, daí fui passar uns dias na casa do meu pai, conheci um menino [...] não tomava nada e engravidei [...]. (A22)

Eu tomava comprimido de outras pessoas, das minhas amigas, mas a minha sogra pegou tudo e jogou fora. (A28)

As razões apresentadas pelas adolescentes que justificam a gestação precoce compreendem o desconhecimento acerca dos métodos contraceptivos, a opção por não fazer uso, ou ainda, por relações familiares que bloqueiam a discussão consequentemente a promoção da saúde sexual e reprodutiva.

Estudos evidenciaram que adolescentes praticam atividade sexual desprotegida, baseadas em impulsos e desejos, sem pesar/avaliar suas consequências; o uso de álcool ou entorpecentes que levam a comportamentos de risco, podendo culminar em gestações indesejadas ou infecções sexualmente transmissíveis (IST), ainda, o sentimento de intimidação das jovens em discutirem os assuntos relativos à sexualidade por medo de repreensão e julgamentos da sociedade ou mesmo dentro do núcleo familiar levando a um conhecimento limitado sobre contracepção (COSTA, *et al.*, 2018; ARAUJO; NERY, 2018, SOUZA, *et al.*, 2020).

Algumas causas podem ser identificadas como reforçadoras da ocorrência de gestação precoce, como as apontadas por Silva *et al.* (2014), Pyles *et al.* (2020); Rasmussen *et al.* (2011); Cabral *et al.* (2015) ao afirmarem que o desejo de engravidar está relacionado ao entendimento de que a gestação fortalecerá o papel da jovem no núcleo familiar e na sociedade, ao anseio de fugir da realidade vivida devido as condições socioeconômicas, conflitos familiares, falta de perspectiva de futuro,

acreditando que a gestação promoverá mudanças positivas da realidade; desinformação ou fatores subjetivos característicos da idade como a falta de compreensão da responsabilidade advinda da maternidade, ou ainda, a ideia de que requerer algum método contraceptivo, principalmente preservativo, não é necessário, pois à medida que a relação e a confiança entre ambos avança, a relação fica mais estável e os cuidados não se tornam mais necessários.

Outros fatores também foram identificados por Ribeiro *et al.* (2019), os quais destacaram que a desinformação acerca dos meios de prevenção de gestação precoce se deve à falta de orientação dos responsáveis e falta de atividades educativas pela equipe de saúde, devendo ser trabalhada a prevenção da gestação precoce por meio de ações contínuas.

Retomando a relação da gestação precoce com escolaridade, Hubert *et al.* (2019) identificaram que a escolaridade, principalmente quando alcançam nível superior, é fator de proteção para gravidez adolescente ou uniões precoces, uma vez que a vulnerabilidade social e econômica conduz as jovens para relacionamentos prematuros e conseqüentemente, gestações precoces, isso quando a gestação não é mais um motivador para união. Apontam ainda que manter o/a adolescente na escola é uma das políticas públicas necessárias para prevenção de gravidez na adolescência.

Nesse sentido, a atenção à saúde dos adolescentes deve ser composta por orientações, informações e problematizações que resultem em influências positivas em suas escolhas e ações. O conhecimento empodera o indivíduo, no sentido de fortalecer o entendimento da problemática por meio de informações, permitindo assim, maior responsabilidade na tomada de decisões. A parceria entre educação e saúde por meio de conhecimento científico estimula a autonomia e com isso possibilita escolhas conscientes (OKUDA *et al.*, 2017; MOURA *et al.*, 2021;).

#### 5.1.1.2 Diálogo familiar sobre sexualidade

No tocante ao diálogo entre as adolescentes e seus pais acerca da sexualidade, início da vida sexual e orientações sobre esse momento, foram identificadas três unidades temáticas: Inexistência de diálogo familiar; Diálogo familiar com orientações e Tentativas de diálogo.

A inexistência de diálogo familiar sobre sexualidade e início da vida sexual foi destacada pelas participantes, pois a família, na maioria das vezes, não sabia que a

adolescente tinha vida sexualmente ativa e, em alguns casos, foi descoberto somente quando do anúncio da gravidez. Dentre os elementos que dificultam o diálogo, as adolescentes indicaram a relação conflituosa com seus pais, vergonha em falar sobre o tema e a falta de diálogo com a mãe.

Minha primeira relação foi com 13 anos, não contei para minha mãe [...] ela ficou sabendo que eu tinha relação quando eu engravidei. (A1)

Sofri abuso sexual dos 8 aos 10 anos pelo filho do meu padrasto de 19 anos [...] minha mãe não sabia [...] minha mãe ficou sabendo quando se separou dele. (A2)

[...] Não contei para ninguém, minha mãe era brava, minha mãe não dava liberdade para esse tipo de conversa só mandava a gente se cuidar. (A3)

Perdi minha virgindade com 14 anos, não contei para minha mãe, fiquei com vergonha, mas depois eu arrumei um namorado (não é o mesmo menino da primeira relação) aí ela desconfiou que eu não era mais virgem e falamos um pouco sobre isso. (A5)

Eu perdi a virgindade com 14 anos, nunca conversei com minha mãe nem meu pai sobre sexo, eu aprendi alguma coisa na escola. (A12)

Nunca conversei com os meus pais sobre isso [...] por falta de liberdade, eles não davam liberdade para falar sobre isso. (A17)

[...] só conversei com a minha mãe quando desconfiei da gravidez, eu parei de menstruar e comecei a ter enjoos então tive que falar com a minha mãe sobre isso. (A22)

[...] eu não contei para o meu pai nem pra minha mãe, a minha mãe era muito brava, a gente não podia falar essas coisas para ela. (A30)

Aquelas participantes que revelaram que tinham diálogo com seus pais sobre sexualidade, mencionaram que informaram sobre o início da prática sexual e afirmaram terem recebido orientações sobre sexualidade e métodos contraceptivos, principalmente porque a família não queria uma gestação na adolescência, destacou-se a figura da mãe como elemento facilitador do diálogo familiar e, a escola como ambiente de oferta de conhecimentos sobre a vivência de relações sexuais.

A minha primeira relação foi com 15 anos, um tempo depois eu contei para minha mãe [...] ela me orientou, disse que ia me levar no médico [...]. (A7)

Sim, perdi minha virgindade com 18 anos e a minha mãe dialogava comigo sobre isso. (A8)

Minha primeira relação foi com 13 anos, eu contei para minha mãe ela marcou uma consulta no posto. Eu aprendi um pouco na escola, mas depois a minha mãe me explicou. (A9)

Minha primeira relação foi com 13 anos, eu contei tudo para minha mãe e a minha mãe me orientou sobre tudo. (A16)

Minha primeira relação foi com 13 anos [...] quando eu tive a minha primeira relação eu contei para minha mãe, ela falava abertamente só não queria que eu engravidasse. (A18)

[...] eu tive minha primeira relação com 14 anos, mas foi com o consentimento da minha madrinha, ela que era responsável por mim e ela me orientou tudo, ela mesmo me explicou sobre todos os métodos que ela conhecia. (A20)

Minha mãe abandonou a gente, meu pai nunca aparece, eu fico com a minha vó que é idosa e com as minhas tias todo mundo sabia que eu tinha relação, conversava com as minhas tias. [...]. (A21)

Minha primeira relação foi com 14 anos, falei para minha mãe ela perguntou se eu tinha me prevenido [...] falou que ia me levar no médico para eu começar a tomar comprimido [...] eu sempre falava tudo para ela, tinha uma relação aberta com a minha mãe, eu aprendi alguma coisa na escola, mas já tinha tido relação. (A25)

Quando eu perdi a virgindade eu já contei para minha mãe, ela já me levou no posto para falar com a enfermeira. (A26)

Sim meus pais sabiam que eu tinha relação sexual eu conversava com eles sobre isso. (A27)

Perdi minha virgindade com 14 anos, eu contei para minha mãe, ela me orientou sobre tudo, mas eu também aprendi um pouco na escola [...] a minha mãe conversava com a gente sobre tudo, ela é bem aberta. (A29)

Quanto a “Tentativas de diálogo”, as adolescentes grávidas indicaram que relataram aos seus pais sobre o início da atividade sexual, tendo a mãe como o membro familiar de destaque, aquele que foi “procurado” na busca do diálogo, contudo, as participantes indicaram que a insegurança, certo receio da mãe e, até aversão ao diálogo, limitou a busca de orientação; em outra situação, a mãe até tentou orientar, mas acabou por repassar informação equivocada/limitada, principalmente sobre o uso de métodos anticoncepcionais.

Ainda na tentativa do diálogo, um relato indica que a mãe se mostrou reativa ao ameaçar caso a adolescente engravidasse. Além disso, a religião foi destacada por uma das participantes como elemento limitante para a realização de diálogo.

Minha primeira relação foi com 14 anos, eu contei para minha mãe, a mãe não orientou, mas eu aprendi um pouco no colégio, eu não conversava com os meus pais eu tinha vergonha e minha mãe tinha vergonha de falar sobre isso comigo. (A10)

[...] Quando eu tive a minha primeira relação eu contei para minha mãe ela mandou eu me cuidar, procurar um médico. Ela dizia que o comprimido era ruim para o útero, dizia que faz mal para o útero por isso eu não tomava. (A11)

Eu perdi a virgindade com 15 anos, minha mãe sabia; falou que eu perdi tarde ainda, nunca tive esse tipo de conversa com ninguém, nem na escola, nem em casa. (A14)

Quando eu transei pela primeira vez eu contei para a minha mãe, mas aí ela contou para o meu pai [...] eu conversava com a minha mãe mais ou menos, é uma família antiga sabe? e eles são evangélicos, só falaram que se eu transasse eu podia engravidar, então eu não falava quase nada. (A15)

Minha primeira relação foi com 14 anos, eu contei para a minha mãe, ela brigou e falou que se eu engravidasse ela ia me colocar para fora de casa. (A19)

Eu tive a minha primeira relação com 15 anos. Contei para minha mãe, ela mandou eu me cuidar, só não falou como que se cuida. Eu aprendi um pouco na escola, um pouco na televisão, conversava com a minha irmã sobre isso, algumas coisas eu não falava. (A24)

O início da vida sexual precoce também pode ser reconhecido como uma vulnerabilidade. Por meio dos relatos, a iniciação sexual da maioria das participantes ocorreu entre 13 e 15 anos de idade. Estudos (LARA; ABDO, 2015; CAVALER; SALVARO, 2021) identificaram que fatores como o tempo sem supervisão dos pais, estrutura familiar, acesso a comunicação que ofereçam incentivo sexual, círculo de amizades em que o assunto “sexualidade” seja evidenciado, somado às mudanças hormonais e ao desejo de tornar-se homem e mulher atendendo aos estereótipos de gênero determinados pela sociedade, podem influenciar para que a atividade sexual aconteça precocemente. Independente das razões que levam ao início da vida sexual precoce, a ausência de educação sexual e reprodutiva são fatores de risco para relações desprotegidas, uso inadequado de métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis e gestação precoce.

Dentre os fatores relacionados a iniciação sexual precoce, Moraes *et al.* (2019) apontaram que a menarca quanto mais precoce, maior a chance de atividade sexual, por necessidade de reconhecimento da identidade sexual e o anseio de passar

por essa experiência. Além desse fator, outras situações foram indicadas como facilitadoras para o início da atividade sexual, dentre elas, o fato de alguns adolescentes não morarem com os pais, em função do menor monitoramento dos responsáveis; relações interpessoais prejudicadas e influência de seus pares, por outro lado, destacam como fatores protetores, a religião devido às crenças e valores estabelecidos na criação do jovem e a escolaridade, quanto maior escolaridade, maior tempo para início de práticas sexuais, devido ao grau de conhecimento e autonomia adquiridos.

Maranhão *et al.* (2017) destacaram que a iniciação sexual pode acarretar desfechos futuros desfavoráveis aos jovens, os autores pontuaram que adolescentes que receberam educação sexual por parte da escola, pais ou unidade de saúde tendem a evitar a gestação por meio do uso de métodos contraceptivos, assim como, a ausência de diálogo familiar faz com que informações incertas de fontes diversas sejam adquiridas, favorecendo comportamentos de risco.

Por meio de estudo realizado com mães de adolescentes evidenciou-se que muitas delas destacam a existência do diálogo familiar em seus lares, no entanto, com caráter restrito à prevenção de gestações e de infecções sexualmente transmissíveis, enfatizando orientações relacionadas a métodos de anticoncepção (SAVEGNAGO; ARPINI, 2016). A sexualidade num sentido mais amplo, tem sido secundarizada no diálogo familiar, o que tem fragilizado a efetividade da interação entre pais e filhos, inibindo o jovem a abordar assuntos que não estejam relacionados a gestação e doenças, gerando ansiedade e mantendo dúvidas existentes (SAVEGNAGO; ARPINI, 2016; CAMPOS *et al.*, 2018)

Pineda *et al.* (2018) observaram que as orientações podem ser comprometidas quando os pais tomam por base em suas próprias experiências, fornecendo assim, um referencial frágil ao adolescente. Verificaram ainda, que dentre os obstáculos ao diálogo entre pais e filhos estão a crença dos pais que debater sobre o tema pode comprometer o respeito entre ambos; dificuldade em encontrar o equilíbrio entre a imposição rigorosa e a permissão excessiva, o fato dos adolescentes sentirem vergonha em se expor por medo de repressão ou por falta de liberdade, ou ainda, ausência da mãe, destacada como elemento moderador do diálogo.

Além dos fatores previamente citados em relação a iniciação sexual precoce Costa *et al.* (2020) e Rosaneli, Costa e Sutile (2020) resgatam a questão da prática sexual com jovens menores de 14 anos como violência. Percebe-se uma divergência de opiniões entre os próprios adolescentes, pois os que pertencem a essa faixa etária

sentem-se capazes de decidir, no entanto, quando em idade mais avançada percebem que em algum momento foram levadas a tomar atitudes para as quais não estavam preparadas. Nesse sentido, os autores ressaltam a importância de medidas educativas, para que, por meio de conhecimento tenham autonomia e segurança para exercício da sexualidade e reforçam a importância do diálogo familiar, de modo que situações evitáveis sejam identificadas precocemente.

#### 5.1.1.3 Métodos contraceptivos: conhecimento e uso

Quanto ao conhecimento sobre os métodos contraceptivos disponíveis, onde e como adquiri-los, e ainda, a maneira correta de utilizá-los, 29 (96,7%) adolescentes responderam ter conhecimento e uma (3,3%) respondeu explicitamente que, por não ter com quem conversar, não sabia sobre o assunto.

Dentre as 29 adolescentes que indicaram conhecer alguns métodos anticoncepcionais foi possível identificar que o “comprimido” e a “camisinha” foram os mais lembrados, seguidos da “injeção”, com menor frequência indicaram também o “DIU”, a “laqueadura” e a “pílula do dia seguinte”, conforme apresentado no quadro 1.

**Quadro 1** - Métodos anticoncepcionais citados como conhecidos pelas adolescentes.

<b>Métodos anticoncepcionais</b>	<b>Número de citações</b>
Comprimido	24
Camisinha	24
Injeção	19
Dispositivo Intrauterino (DIU)	4
Laqueadura	1
Pílula do dia seguinte	1

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Apesar da maioria, quase absoluta, das adolescentes, indicar conhecer pelo menos um dos métodos contraceptivos disponíveis, quando expuseram o modo de aquisição/acesso a eles e forma de utilizar, apresentaram informações restritas ou incorretas, possuíam informações dispersas, sabiam nominá-los, mas não sabiam precisamente como utilizar. Cabe destacar, que apesar das incertezas apresentadas, as adolescentes têm a Unidade de Saúde como uma referência para o acesso aos métodos anticoncepcionais, mas ainda assim apresentam dúvidas sobre quais métodos são disponibilizados.

Conheço comprimido, camisinha e injeção, já ouvi falar, mas não sei como usa. Sei que tem no posto e comprado. O comprimido toma 1 por dia, a camisinha sei usar e a injeção já ouvi falar, não sei como usa, nunca tomei. (A1)

Anticoncepcional, DIU e injeção. Sei que a camisinha, é fornecida pelo posto, o DIU não sei como consegue e o anticoncepcional é comprado na farmácia. A camisinha sei como usa o comprimido toma um todos os dias, eu tentei tomar, mas não me adaptei. (A4)

Sei que tem comprimido e injeção. Consigo no posto e na farmácia [...] eu tomava [nome do medicamento] mas eu esquecia de tomar, eu não sou boa com remédio (risos), comecei a tomar errado, sei usar camisinha e sei que tem injeção para tomar de 3 em 3 meses e tem injeção de 6 em 6 meses. (A5)

Sei que tem comprimido e camisinha, depois que consulta com o médico a gente consegue pegar no posto, tem que consultar primeiro, eu não sei como toma. Camisinha eu sei como usa, sei que dá para pegar no posto e na farmácia também tem. (A7)

Comprimido, camisinha e injeção, consigo no posto e comprado. O comprimido toma um por dia e parava sete dias. Camisinha sei... injeção eu conheço, eu sei que existe, mas eu não sei como usar. (A8)

Não, eu não conheço o que toma para não ter filho, aliás eu conheço sim, a camisinha e o comprimido. A camisinha gente consegue no postinho, o comprimido no mercado? Ahhh sei lá. Comprimido não sei como usa, nunca tomei, camisinha conheço, sei como usa. (A12)

Conheço camisinha e comprimido, sei que consegue na farmácia e no ginecologista. O comprimido toma depois da menstruação, mas eu não sei quantos dias, a camisinha, a minha mãe me ensinou como usa. (A13)

O comprimido eu ouvi falar, mas não sabia como conseguir, não sabia que precisava de receita do médico, sabia que tinha na farmácia para comprar, mas tinha vergonha de ir na farmácia e também não sabia o nome do remédio que podia usar, a camisinha eu conheço, a injeção eu também ouvi falar... ahhh e eu ouvi falar na pílula do dia seguinte. Sei que toma um comprimido todo o dia, a camisinha tem que colocar na hora da relação e injeção não sei como usa. (A17)

Eu conheci a camisinha, injeção e comprimido. Eles são comprados na farmácia, mas também tem no posto. O comprimido tem que tomar todo dia, a camisinha eu sei como usa, a injeção eu não sei de quanto em quanto tempo tem que tomar, mas eu vou querer injeção, porque eu sei que tem intervalo maior. (A20)

Conheço comprimido, camisinha e injeção. Sei que o posto dá e também dá para comprar na farmácia. O comprimido a gente tem que tomar um todo o dia e depois para sete dias e toma de novo. A camisinha eu não gosto de usar, mas eu sei como que usa e a injeção já ouvi falar mas não sei como usa. (A25)



Sim, camisinha e anticoncepcional, consegue no posto. Não sei como toma comprimido, eu nunca tomei, a camisinha eu sei como usa. (A27)

Camisinha e comprimido, eu sei que tem no posto a enfermeira mandou eu agendar consulta, mas a consulta tava para longe e daí aconteceu [...] a camisinha eu conheço, mas eu nunca usei. (A28)

O uso do preservativo masculino foi apontado como um cuidado do parceiro, sendo indicado que “ele” teria a responsabilidade de usar no momento do ato sexual. Ainda indicaram que, apesar de terem conhecimento do uso do “comprimido”, tomaram errado ou esqueceram de usá-lo.

Sim, eu sei que tem comprimido, camisinha e injeção. Sei que tem no posto, mas também vende na farmácia e no mercado. O comprimido a gente toma todo dia no mesmo horário sem da pausa, a camisinha “ele” coloca e a injeção eu sei que existe, mas não sei como toma. (A9)

Sei que tem remédio, injeção, camisinha e laqueadura. O remédio a gente consegue na farmácia, camisinha a gente consegue no posto e comprada, injeção a gente consegue no posto e laqueadura a gente consegue no posto também. Comprimido a gente toma 21 dias e para 7 dias, camisinha coloca no pênis na hora dar relação e a injeção toma de 2 em 2 meses, não tenho certeza! (A16)

Eu conheço injeção e camisinha, a gente consegue no posto, mas precisa de receita. O comprimido não sei como usa a camisinha é só colocar no pênis quando ele tiver duro, eu sei que tem injeção, a outra enfermeira falou que posso tomar 40 dias depois que eu ganhar bebê, mas eu não sei de quanto em quanto tempo que tem que tomar. (A19)

Eu só conheço comprimido. Não... não sei onde consegue, acho que é comprado. Eu tomava comprimido quando lembrava, mas tem que tomar todo dia? Conheço a camisinha do homem, sei que existe uma para mulher, mas eu nunca vi. (A21)

Sim, eu conhecia comprimido e camisinha, a injeção sei que existe, mas não sei como usa. Sim, sei que tem no posto e dá para comprar. O comprimido toma todo dia, a camisinha coloca no homem na hora da relação e a injeção eu não sei de quanto em quanto tempo. (A22)

Eu conheço comprimido e camisinha. Consegue no posto. O comprimido tem que tomar todo dia, a camisinha “ele” tem que colocar na hora da relação. (A23)

Eu conheço camisinha, comprimido e injeção. Eu achei que era só comprado não sabia que tinha no posto. Eu conheço [nome do medicamento], mas eu não sei se tem que tomar todo dia e também não sei se tem que parar alguns dias, a camisinha eu sei como usar, “ele” coloca na hora da relação, a injeção eu não sei como funciona, mas a minha irmã toma e diz que não funciona porque ela engravidou tomando. (A24)

As adolescentes afirmam que conhecem os métodos contraceptivos, no entanto, em sua maioria, indicam os métodos hormonais orais e injetáveis e o preservativo masculino. Poucas indicam método de longa duração e nenhuma menciona conhecer métodos comportamentais, apesar destes últimos não serem indicados para adolescentes, é importante a ciência sobre eles, principalmente a sua fragilidade na prevenção da gestação. Porém, quando solicitado que explicitassem sobre seu uso surgem informações superficiais, inconsistentes ou incorretas, algumas não sabem precisar onde e como adquirir tais métodos.

Quanto ao uso dos dispositivos contraceptivos, 18 (60%) das participantes indicaram que fizeram o uso em algum momento e 12 (40%) não usaram nenhum método anticoncepcional. Das respostas afirmativas quanto ao uso, foi possível sistematizar duas unidades temáticas: utilização de algum método por indicação de pessoas da rede de relacionamento e uso por indicação de profissionais da saúde.

As adolescentes que utilizaram métodos contraceptivos em algum momento, o fizeram por indicação de pessoas de sua convivência, principalmente a mãe, mas também amigas e tias, revelaram mais uma vez, que a mãe se destaca como o elemento familiar que exerceu influência quanto ao uso, contudo, sem a necessária orientação. Evidenciou-se nas falas a ideia da “medicação da família”, ou seja, as mulheres mais velhas usavam e indicavam para as mais novas, o que gerou uso incorreto e descontinuado do método.

Minha mãe me indicou, tinha dias que tomava, tinha dias que não. (A1)

Minha mãe me indicou [nome do medicamento], tomei um tempo. A injeção o médico passou depois que eu ganhei minha primeira filha. (A3)

Eu tomava comprimido o [nome do medicamento], foi indicado pela minha mãe é o mesmo que a minha família toda toma. (A5)

Já usei [nome do medicamento], minhas amigas tomam, minha irmã toma. (A6)

Sim, eu usava comprimido, a minha irmã tomava, então ela sabia como conseguir me ensinou. (A8)

Eu usei [nome do medicamento], foi a minha mãe que me indicou, depois consultei no posto para poder pegar a receita. (A16)

Tomei comprimido um tempo, foi minha mãe que indicou. (A18)

Eu tomei [nome do medicamento] alguns meses, minha madrinha indicou, mas eu não me adaptei, me dava ânsia de vômito, daí usei uma marca que eu comprei, por 1 mês, essa deu certo. (A20)

Sim, eu tomei comprimido de vez em quando, minhas tias me falaram. (A21)

Uma vez eu usei [nome do medicamento], minha irmã que falou para eu tomar” (A24)

“Eu tomei [nome do medicamento] uma vez, a minha mãe que mandou tomar. (A25)

Sim eu já usei camisinha e anticoncepcional foi indicado pela minha mãe. (A26)

Tomei o remédio, que as minhas amigas deram para mim, mas a minha sogra jogou fora. (A28)

Quanto ao uso de métodos contraceptivos em algum momento da vida sexual, dentre as respostas identificou-se o papel de um adulto da família em encaminhar, orientar e acompanhar as adolescentes até a Unidade de Saúde, na qual um profissional da saúde fez a indicação do anticoncepcional.

Sim, tomei anticoncepcional. Minha vó me levou no médico e ele passou. (A4)

Sim, eu tomava [nome do medicamento], a minha mãe me levou no médico e ele passou. (A9)

Sim, eu tomei um tempo para controlar o ciclo, foi a médica do posto que indicou. (A15)

O médico me passou anticoncepcional uma vez. (A27)

Sim, eu já usei injeção. A enfermeira me passou quando eu ganhei o primeiro filho. (A30)

Das 30 participantes do estudo, 12 (40%) referiram nunca terem feito uso de quaisquer métodos contraceptivos, dentre estas, cinco não justificaram o não uso e sete adolescentes justificaram que não usaram por não ser importante, ou por terem tentado usar e não se adaptaram ou, ainda, porque não gostaram.

Minha mãe mandou tomar, mas não tomei. (A2)

Nunca usei. (A7)

Nunca usei depois que eu ganhar o bebê daí eu vou usar injeção, falaram que é melhor... minha mãe falou. (A11)

Nunca usei, porque não me liguei disso na hora. (A13)

Nunca usei comprimido, usei camisinha uma vez, mas a gente tirou no meio da relação é ruim. (A14)

Não, nunca tomei nada antes da gestação. (A17)

Eu usei camisinha com o menino que tirou minha virgindade, mas como o segundo, que é o pai da criança, ele não quis usar... porque não quis. (A19)

Nunca usei nada, engravidei muito rápido, mas eu vou usar. (A22)

A utilização inadequada dos métodos contraceptivos e o desconhecimento de como adquiri-los, são fatores que expõem os adolescentes a eventos indesejados, podendo ser reflexo da falta de diálogo nas relações familiares sobre a sexualidade; de informações inconsistentes provenientes de meios de comunicação ou amigos; de constrangimento por portarem preservativo ou, ainda, da crença, por parte das meninas, de que o preservativo seria de responsabilidade do menino e de que a prevenção, seja da gravidez ou ISTs seria dever da mulher (MOURA, 2021).

Estudos descrevendo razões pelas quais os métodos anticoncepcionais não são utilizados pelos adolescentes, identificaram que as informações acerca de tais métodos não são suficientes para que os adolescentes compreendam a importância do uso, além da existência de barreiras como, a resistência do parceiro ao uso e a submissão feminina diante da recusa masculina, a crença de que um relacionamento “estável” dispensa a necessidade de prevenção, principalmente em relação a preservativos, carências de informações corretas sobre os métodos disponíveis e seu uso, a mistificação existente acerca de alguns deles, e ainda, o desejo velado de engravidar se destacam (SILVA *et al.* 2015; MOLINA *et al.* 2015; RASMUSSEN *et al.* 2011; GADELHA *et al.* 2020).

Vieira *et al.* (2021) observaram diferentes percepções acerca dos métodos contraceptivos em adolescentes do sexo masculino e feminino, sendo os métodos de barreiras e hormonais os mais citados por ambos; evidenciou-se que as meninas demonstraram algum conhecimento por métodos comportamentais; maior apropriação sobre a importância do uso do preservativo para prevenção de IST e maiores informações sobre métodos hormonais em relação aos meninos, que, por sua vez, indicaram

incorretamente não ser necessário o uso de preservativo em todas as relações sexuais e que contraceptivos hormonais atuam na prevenção de IST. Tanto meninos, quanto meninas, não mencionam métodos reversíveis de longa duração como opção.

Com base em estudo realizado por Rasmussen *et al.* (2011), as ações de educação voltadas a essa população têm se apresentado pouco convidativas e pouco atraentes, sem contextualização com o meio em que a jovem está inserida, além de ocasional e direcionada a proposta curativa não promovendo a sensibilização necessária a ponto de que a maternidade nessa época da vida seja uma possibilidade descartada.

Tais evidências reforçam a necessidade de orientação sexual aos jovens de forma preventiva e promotora da saúde, por meio de práticas educativas e não somente da disponibilização dos métodos pela rede pública. A escolha da forma de contracepção é influenciada por vários fatores, inclusive sua disponibilidade pelo sistema de saúde e o conhecimento sobre eles é fundamental para participação na escolha e sucesso no uso (VIEIRA, *et al.*, 2021).

Uma importante reflexão apontada por Maganha; Melo *et al.*, (2020) está relacionada com a intencionalidade da gestação por parte da adolescente e o uso correto de métodos contraceptivos, destaca que essa intencionalidade reflete aspectos emocionais, sociais e psicológicos e esse desejo, mesmo que velado, influencia o uso correto dos dispositivos caracterizando um fator de vulnerabilidade contraceptiva.

Nessa perspectiva, Vinagre e Barros (2019) descrevem a importância de ações que possibilitem a “escuta” aos adolescentes, de modo a identificar suas perspectivas, sentimentos e conhecimentos e estimular a aproximação desse grupo com os profissionais da saúde, possibilitando a implementação de práticas resolutivas em saúde.

#### 5.1.1.4 Relacionamento afetivo e decisões quanto a prevenção da gravidez

A maioria das participantes, 27 (90%), afirmaram que possuem parceiros fixos, em relacionamento afetivo caracterizado como namoro ou casamento, sendo que a idade dos parceiros variou entre 14 e 27 anos, com maior frequência, 11 (36,7%) na faixa de 20 a 22 anos e 3 (10%) adolescentes afirmaram não terem parceiros fixos.

Ao serem questionadas se o parceiro aceita fazer uso de método contraceptivo, seja o preservativo masculino ou feminino ou uso de anticoncepcionais orais ou

injetáveis (pela companheira), a maioria, 28 (93,3%) adolescentes indicaram que sim e apenas 2 (6,7%) afirmaram que os parceiros não aceitam o uso de nenhum método contraceptivo.

Dentre os companheiros que aceitavam fazer o uso de algum método anticoncepcional, uma parte o faziam sem colocar restrição; outros aceitavam, desde que a mulher fizesse uso do método, excluindo o preservativo masculino. As falas a seguir exemplificam a concordância por parte dos parceiros em utilizar métodos contraceptivos desde que sejam utilizados pela parceira.

Ele fala que não gosta de camisinha, comprimido tudo bem. (A17)

Sim, ele aceita que eu use comprimido. (A21)

Sim até era ele que comprava meu anticoncepcional. (A26)

No entanto, algumas relataram a não aceitação por parte dos parceiros em utilizar dispositivos contraceptivos:

[...] Aceitava usar camisinha de vez em quando. (A1)

Ele nunca quis usar camisinha porque dizia que apertava e eu era apaixonada concordava com tudo. (A15)

Eu acho que ele usaria, mas eu não sei, porque a gente nunca usou e agora a gente não está mais junto. (A22)

Não, ele não queria, a gente nunca usou. (A28)

Mesmo com as reelaborações existentes nos relacionamentos atuais, Cavaler e Salvaro (2021) destacam que as relações de gênero presentes na sociedade refletem no uso de métodos contraceptivos, apontam que a vulnerabilidade feminina leva a um comportamento passivo deixando a decisão do uso do método anticoncepcional a critério do homem, principalmente em se tratando do preservativo.

Os mesmos autores, identificaram que a sexualidade é vivida por homens e mulheres de modo diferente, relacionando “sexualidade” à figura masculina e para feminina cabe a reprodução, quando a gestação ocorre, cabe à mulher os cuidados maternos e ao homem, o apoio financeiro. Em contraponto, algumas mulheres esperam/exigem esse comportamento do homem, depreciando os que agem de modo diferente, isso fortalece a dominação masculina e a submissão feminina. Assim ações promotoras da saúde, saúde reprodutiva e direito sexual devem abordar também a

desmistificação da feminilidade passiva, igualdade de gênero e direitos individuais (CAVALER; SALVARO, 2021).

A desigualdade de gênero está presente na sociedade atual, Souza *et al.* (2020) descrevem que a falta do uso de métodos preventivos, especialmente preservativo está relacionada a fatores como a subordinação feminina frente ao relacionamento, em que a mulher se sente insegura em requerer o uso por medo de violência, do abandono ou de rejeição o que impacta em riscos principalmente de IST, reforçando o modelo de dominação de gênero presente nas relações sexuais.

Em trabalho realizado em cinco estados brasileiros, Freitas *et al.* (2021) descrevem sob a ótica feminina as desproporções entre os gêneros, presentes nos comportamentos, sendo possível inferir que cabe ao menino/homem o papel patriarcal e de autoridade no núcleo familiar em relação a submissão feminina; há concessão de liberdade aos homens para comportarem-se livremente, enquanto para mulheres, cabe a adequação a padrões socialmente impostos. Com relação a sexualidade, há certa interdição de discussões sobre o tema pela família, seja por questões morais ou religiosas ou pela privação feminina de falar livremente sobre sexualidade. Esses padrões influenciam o comportamento da adolescente frente ao companheiro no relacionamento, na sexualidade e na ocorrência de gestações.

Conclui-se que a negociação do uso do preservativo está relacionada à construção social da normatividade para ser homem e mulher, bem como aos códigos de valores que favorecem a exposição das mulheres a situações de vulnerabilidade. Nesse sentido, o aprimoramento de ações que atinjam os indivíduos, tanto homens quanto mulheres, que reforcem o papel social feminino e o reconhecimento do direito de responder pelo próprio corpo e ações, são fundamentais como medidas preventivas de IST e gestações precoces ou indesejadas (SOUZA *et al.*, 2020).

#### 5.1.1.5 Transformações físicas: percepção das adolescentes grávidas

Quanto ao conhecimento acerca das transformações físicas que ocorrem durante a gravidez, todas as adolescentes gestantes relataram que sabiam o que ocorre no corpo de uma gestante, no entanto, duas percepções distintas emergiram e foram registradas como dois eixos temáticos, sendo: percepção ampliada sobre modificações físicas provocadas pela gestação e percepção limitada acerca de tais transformações.

Em relação a “percepção ampliada sobre as modificações físicas”, evidenciou-se que a experiência empírica com a gestação, seja pela vivência das adolescentes, por já terem um filho ou de gestações de mulheres do seu convívio, pode ser destacada como um elemento que produziu, em partes, o entendimento sobre as transformações corporais na gestação. Além disso, houve a indicação de pesquisa sobre o tema na internet e aplicativo específico.

Sim, eu já tenho um filho, eu já sei o que acontece com o corpo. (A3)

Sim, eu sabia que a minha barriga ia crescer que o meu peito ia crescer também, o que é novidade para mim é que eu sinto muita dor nas costas, saiu estria, ganhei muito peso, faço xixi o tempo todo. (A5)

Sim eu conheço. Quando eu engravidei eu pesquisei na internet tudo sobre gravidez e eu uso um aplicativo pra gestante que fala tudo que é normal na gravidez. (A6)

Eu sei que o corpo cresce; dá azia, dá enjoo, eu sei o que acontece minha mãe tem uma bebê de 1 ano e 3 meses de um novo relacionamento eu vi o que aconteceu com ela. (A10)

Sim, eu já tenho um filho lembra? o umbigo salta para fora e a dor é insuportável. (A14)

Sim, agora sei, mas antes não sabia que doía tanto peito, que dá vontade de fazer xixi toda hora esses dias meus pés estavam bem inchados, dá dor na barriga, embaixo da barriga eu tenho muito enjoo e eu vomito também bastante. (A18)

Ocorre muitas mudanças com a aparência que acabam até levando a gente a ficar com baixa autoestima. (A26)

Sim, eu já conheço todas porque é meu segundo filho. (A30)

Quanto a “percepção limitada acerca das transformações físicas na gestação”, as adolescentes indicaram que não tinham certeza do que estava acontecendo no próprio corpo, sentiam um certo estranhamento com o que estava acontecendo, seja pelo ganho de peso, crescimento da barriga ou seios.

Acho que vai crescer a minha barriga, sei lá! (A1)

Eu estranho todas as mudanças que estão acontecendo, é bem diferente do que eu imaginava, eu estou toda inchada. Sei que a barriga vai crescer e que o peito vai crescer também. (A4)

Não tenho nem ideia, nem noção, só sei que a barriga vai crescer. (A7)

Sim, eu sei que vai mudar muita coisa, vou engordar (risos). (A8)



Eu sei que eu vou dobrar de tamanho (risos). (A9)

Eu achava que fosse crescer, mas eu não sabia que ia crescer tanto assim minha barriga. (A11)

Eu sei que vai crescer minha barriga eu vou ter leite. (A12)

Eu só sei que cresce o peito e a barriga. (A15)

Sei que a barriga cresce, o peito também cresce, só não sabia que dava tanta dor no corpo e a gente ficava inchada. (A17)

Sim, a barriga vai crescer, o seio vai crescer e vai dar dor nas costas. (A22)

Sim, sei que vai crescer minha barriga e vai crescer meu peito, mas eu não sabia que dava dor embaixo da barriga. (A23)

Eu sei que eu vou engordar. (A24)

Na gestação uma série de eventos ocorrem no corpo feminino, alterações relacionadas ao peso corporal, mamas e produção de leite, alterações musculoesqueléticas, metabólicas, circulatórias, respiratórias, gastrointestinais, dermatológicas, imunológicas e hormonais (GARCIA; SILVA NETO, 2020).

Gandolfi *et al.* (2019) ressaltam que a falta de diálogo familiar e orientações em serviços de atenção à saúde, faz com que a adolescente obtenha informações sobre seu corpo e mudanças físicas decorrentes da gestação de outras fontes (amigos, televisão, internet), fazendo com que elas acreditem conhecer as modificações que irão ocorrer com a gravidez, no entanto, essas informações podem ser apresentadas de forma incorreta ou distorcida e ao longo do período gestacional acabam por afetar sua autoestima.

Quando a gestação é planejada as mudanças físicas são aceitas em benefício do filho, contudo, mesmo com aceitação da gestação as adolescentes demonstram ansiedade em retornar ao corpo que tinham antes da gravidez. Nos casos de gestações não desejadas, são estabelecidas barreiras na internalização dessas transformações, podendo levar ao sofrimento da mãe (SANTOS, *et al.* 2020; ALVES, *et al.* 2016). As mudanças na imagem corporal características do período adolescente, acrescidas de transformações decorrentes da gestação e depois do pós-parto, especialmente em gestações indesejadas, podem afetar a autoestima da jovem e sua autoaceitação, trazendo inclusive, prejuízos a construção da maternidade (MAIA; VERDI; GRAZIANO, 2019).

Segundo Gadelha *et al.* (2020) o corpo feminino sofre mudanças na gestação que influenciam em seu comportamento, dentre as reconhecidas, estão a diminuição da libido, com conseqüente desconforto e insatisfação em relação ao ato sexual e baixa autoestima. Assim, alterações físicas estão associadas às mudanças emocionais que definem como a gestação será experienciada pela jovem, podendo inclusive, refletir na situação de saúde da mulher.

Em pesquisa realizada com adolescentes, Cabral *et al.* (2015) observaram o sentimento de frustração diante das transformações corporais no pós-parto e pela decepção relatada em perceber que muitas vezes o corpo feminino não retorna às formas anteriores à gestação. Reconhecendo a gestação adolescente como uma situação complexa ressalta-se a importância da educação em saúde de forma coletiva e singular conduzindo às gestantes às percepções positivas em relação ao seu estado gestacional.

#### 5.1.1.6 Percepção das mudanças na vida provocadas pela gravidez

Há um consenso de que a gravidez provoca, transformações na vida cotidiana das adolescentes, em relação as amizades, estudos e trabalho. Das falas das participantes emergiram três temáticas, que diziam respeito às mudanças radicais na vida em decorrência da gravidez; pequenas mudanças com a gravidez e nada mudará com a gestação.

Quanto as “mudanças radicais na rotina diária”, as participantes revelaram certa consciência das alterações, por terem que assumir o cuidado do bebê e identificarem novas prioridades. A interrupção de planos, principalmente dos estudos escolares e busca de trabalho, além da restrição da liberdade para experienciar de forma plena a vida adolescente foram destacadas como elementos de mudanças significativas promovidas pela gestação precoce.

Sim vai mudar, mas quero continuar estudando, quero fazer faculdade de veterinária, preciso terminar de estudar. Fiquei sabendo que aqui em Cascavel tem CEEJA (Centros Estaduais de Educação de Jovens e Adultos), mas preciso trabalhar também. (A2)

Sim, acho que vai mudar, com certeza! eu não saio muito, mas não vou poder sair nem chegar mais a hora que eu quero. Eu acho que a minha rotina vai mudar. Eu e meu namorado tínhamos plano de fazer agronomia, mas agora grávida? preciso pagar o nosso carro, comprar

uma casa, então. mudaram as prioridades vamos ter que adiar tudo o que a gente planejou. (A5)

Sim, muito! porque antes não tinha bebê para se preocupar, vai me impedir de fazer bastante coisa como estudar, vai ser mais difícil trabalhar, vai ter que esperar uma vaga na creche, alguns lugares não posso levar o bebê. Vai mudar bastante. (A6)

Sim, eu acho que vai mudar, mas não para melhor, mas não é tão ruim assim, eu queria poder estudar, terminar, arrumar um trabalho legal [...] não queria agora, mas já que veio! acho que depois que a gente aceita não é tão ruim, pensa no bebezinho. (A9)

Sim, vai mudar tudo eu não vou mais ter liberdade para sair, no financeiro também vai apertar; tenho que pensar no nenê primeiro. Quero fazer faculdade, mas agora a minha mãe está terminando de estudar também, ela está terminando o segundo grau, então com quem que eu vou deixar a nenê? Não vai dar para eu continuar estudando. E as roupas e sapato também, às vezes eu estou precisando de uma roupa, mas ela vem em primeiro lugar. (A15)

Vai mudar, já mudou bastante. Antes eu não pensava, agora estou mais madura, pretendo voltar a estudar quando a criança tiver grande fazer CEEJA que é mais rápido, se eu conseguir né? (A25)

Em relação à formulação “Pequenas mudanças com a gravidez”, falas indicaram que a rotina não será alterada de forma significativa, que as mudanças serão para melhor, ideia apoiada no desejo de cuidar de uma nova vida. Emergem também a avaliação de que algumas privações serão vivenciadas, mas que apesar delas, haverá continuidade nos estudos escolares e preservação das amizades.

Vai mudar, vou ter que ficar em casa. Não sei se vou continuar estudando, não sei, acho que sim. (A1)

Acho que vai mudar para melhor, eu não vou conseguir trabalhar nem estudar tão cedo, mas vou ficar com o bebê. (A4)

Acho que vai mudar um pouco, quero continuar estudando. Quando o nenê tiver maiorzinho vou deixar com a minha mãe e daí vou começar a trabalhar. (A7)

Vai mudar um pouco. (A8)

Vai mudar sim, eu vou ter que ter mais responsabilidade. O nenê vai ficar comigo, um dia eu vou ter que trabalhar, mas só quando ele tiver na creche. (A12)

Mudou. Vou ter que cuidar da criança, não posso mais trabalhar ou estudar, estudar só se for à distância. (A17)

Sim, agora vou ter que cuidar da criança, mas quando ela tiver com mais de 1 ano aí eu vou voltar a estudar e trabalhar. (A20)

Não sei, acho que sim. Vou continuar estudando, minha mãe vai cuidar do nenê, não vou trabalhar por enquanto. (A22)

Acho que sim, não sei, mas eu vou ter que voltar a estudar depois. (A23)

Já mudou bastante [...] em questão de sair, de se privar de várias coisas, mas minhas amizades continuam. (A26)

Sobre a temática “Nada mudará com a gestação” as falas mais incisivas indicam que farão uma pausa na rotina diária, por apenas um período e na sequência irão continuar a estudar ou trabalhar.

Não vai mudar. Vou continuar estudando até terminar o segundo grau, depois chega né? Já trabalho aqui no Lavacar é alugado, mas todo mundo ajuda aqui. (A3)

Não vai mudar. Eu vou continuar estudando. Eu pretendo trabalhar quando o bebê fizer uns 6 meses, vou deixar na creche, não sei. (A10)

Não, eu não acho que vai mudar nada, só vou ter que dar uma pausa e depois volto a fazer tudo o que eu já faço. (A11)

Não sei, acho que não vai mudar nada. (A28)

Acho que não, não sei. (A29)

Filho não me prende! parei de estudar porque eu quis, porque eu não queria ir na escola mesmo e eu não trabalho porque eu vou ficar cuidando dos dois em casa, meu marido que trabalha. (A30)

Algumas mães acreditam que a maternidade não promove mudanças significativas em seus planos e ações, no entanto, adolescentes quando concebem um filho passam por uma transição, substituindo o papel de filha pelo de mãe e com isso assumem as responsabilidades trazidas por essa situação e a necessidade de aceleração do processo de amadurecimento, com isso, o momento reservado a adolescência é suprimido pelo compromisso da maternidade podendo gerar conflitos emocionais (COSTA, 2018).

Há adolescentes que tendem a relatar sua percepção sobre a maternidade de modo positivo, enfatizam a figura materna como aquela que cuida e protege, tendo como plano central de vida o cuidado aos filhos. Há a crença de que a gestação

fortalece seu papel no núcleo familiar como mulher/mãe, não conseguindo dimensionar planos de vida a longo prazo (ROCHA *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2016),

Cabral *et al.* (2015) indicam que pode ser observado um comportamento pouco reflexivo em gestantes adolescentes, pois para algumas jovens a gravidez se apresenta como solução para determinados impasses presentes em suas vidas, como fuga de núcleos familiares conflituosos, sensação de estabilidade em relacionamento afetivo com seu par, relação de afeto estabelecida com o filho não experimentada antes da maternidade, elementos que justificariam a repetição de gestações ainda na adolescência. No entanto, é possível inferir que a gestação promove um processo de reestruturação do papel social e pessoal da mulher que deve ocorrer de modo articulado aos seus planos e projetos de vida.

Em pesquisa realizada por Miura *et al.* (2020) identificou-se que algumas mães demonstram desejo de interromper atividades como estudo e trabalho a fim de dedicar-se a cuidar do filho, outras expressam desejo contrário, anseiam pela inserção laboral logo após o nascimento para prover recursos para criação da criança. Ainda, há mães que demonstram frustração em ter que deixar os filhos com cuidadores ou não terem com quem deixá-los, para retomada de seus projetos de vida, concluindo-se que esta retomada e o tempo em que isso ocorrerá estão relacionados a existência de uma rede de apoio à essa adolescente.

#### 5.1.1.7 Planos futuros sobre nova gestação

Ao serem questionadas se pretendiam ter novas gestações no futuro, 15 (50%) adolescentes indicaram, afirmativamente, que pretendem ter mais filhos, 11 (37%) indicaram que não queriam novas gestações e 4 (13%) não apontaram de forma precisa se queriam ter outros filhos. O quadro 2 apresenta as falas quanto a uma possível previsão de tempo para uma nova gestação

**Quadro 2** - Pretensão e previsão de tempo para nova gestação.

Pretensão de outra gestação	Previsão de tempo para a nova gestação
Sim, período superior a 10 anos	Sim... Daqui uns 10 anos (A1). Sim, quando esse aqui tiver uns 10 anos (A7). Pretendo ter mais um filho daqui uns 10 anos, quando eu tiver terminado meus estudos e ter feito faculdade (A26). Sim, quando eu tiver uns 29 e 30 anos (A27)

Sim, período inferior a 10 anos	Pretendo sim, daqui uns 5 anos (A5). Sim, daqui 5 ou 6 anos (A6). Sim, vou dar uma pausa de 2 a 3 anos engravidar de novo (A8). Quando eu tiver mais estabilizada, depois dos 20, 25 anos (A10). Sim, quero ter um outro com 26 anos (A11). Sim, daqui 5 anos mais ou menos (A15). Sim, futuramente quando o bebê tiver grandinho (A17). Sim, não agora, só quando o bebê tiver uns 5 ou 6 anos (A18). Só quando a criança tiver com uns 4 anos, lá pelos meus 18 - 19 anos eu tenho outro (A19). Sim, quando esse nenê tiver uns 5 anos (A21). Sim, quando este estiver mais grandinho (A23)
Não querem outras gestações	Não quero mais filhos, nunca mais... chega!! (A2). Não, chega! (A3). Não... não sei... vou esperar para ver (A4). Nunca mais (A9). Não (A13). Não, nunca mais (A14). Agora não, não sei quando (A22). Eu não, Deus me livre (A24). Não... não sei... não quero nunca mais na vida (A28). Não (A29). Não (A30).
Talvez e em tempo não previsto	Não sei, acho que sim... bem para frente (A12). Talvez mais tarde (A16). Agora não, mais tarde talvez (A20). Acho que não, não!! se mudar de ideia vai ser daqui a uns 10 anos (A25).

Fonte: Dados da pesquisa

Em se tratando da maternidade relacionada a planos futuros, Santos, *et al.* (2020) sugerem que para algumas adolescentes as mudanças advindas da maternidade, tanto psicológicas quanto físicas, fazem com que esse período se torne pouco satisfatório, especialmente em se tratando de gestação não planejada. Outras, manifestam intenção de exercitar a maternidade dedicando-se exclusivamente a esse papel, no entanto, essa decisão pode agravar a realidade socioeconômica do núcleo familiar, principalmente quando a figura paterna não está presente, gerando frustração em não conseguir cuidar unicamente dos filhos como planejado previamente.

Algumas jovens, conforme apontam Galvão *et al.* (2018); Cabral *et al.* (2015) e Ferreira *et al.* (2012) relatam o desejo de novas gestações na fase adulta, no entanto, não rara é a repetição de gestações ainda na adolescência, decorrentes de fatores como: estrutura socioeconômica e familiar, o abandono escolar que muitas vezes ocorre na primeira gravidez, sendo fortalecido em gestações subsequentes, tendo como consequência a ausência de possibilidade de qualificação para inserção no mercado laboral, fortalecendo com isso a dependência financeira da jovem. À vista disso, Patias *et al.* (2013) destacam que em muitos casos o apoio familiar fornecido à

jovem quando esta descobre a gravidez, também pode ser um fator facilitador de gestações repetidas, pois o suporte emocional e financeiro pode comprometer as percepções concretas acerca das implicações da maternidade, fazendo com que a jovem não se preocupe em evitá-la.

Em estudo realizado em Caruaru em 2013, foi apontado como fator facilitador de repetidas gestações adolescentes, o não uso ou uso incorreto de métodos contraceptivos, uma vez que para muitas jovens a primeira gestação não traz percepções significativas que as levem a não desejar novas gestações em curto período, ou seja, a adolescente, mesmo com todas as implicações que a gravidez precoce oferece, não adere a meios para prevenção de gestações futuras. O estudo ainda aponta que uma possibilidade positiva é o incentivo pelo profissional de saúde de métodos reversíveis de longa duração, acreditando que após a primeira gestação a adolescente sintasse-se mais segura em falar sobre sexo e planejamento familiar com a equipe de saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017).

#### 5.1.1.8 Informações importantes sobre planejar e evitar gravidez

Considerando a necessidade de organizar ações mais precisas no campo da prevenção da gestação precoce questionou-se sobre quais informações as participantes acreditavam ser importantes para uma adolescente planejar ou evitar a gravidez, dentre elas 13 (43,3%) responderam a esse questionamento e, 17 (56,7%) relataram não saber ao certo como responder. Das respostas foi possível identificar três eixos temáticos: conhecimento dos aspectos biológicos; conhecimento acerca dos direitos sexuais e atitudes necessárias.

Com relação ao conhecimento dos aspectos biológicos, evidenciou-se a necessidade de abordagem educativa quanto a gestação precoce, relação sexual, características físicas do corpo masculino e feminino, o ciclo menstrual, ovulação e métodos contraceptivos. As falas a seguir exemplificam a temática.

Eu acho que tem que orientar tudo, tudo mesmo, começando pela relação sexual até os métodos para não engravidar e preparando a gente psicologicamente para o que vai acontecer. (A4)

Acho que tem que falar sobre sexo, sobre como não engravidar, como evitar a gravidez [...]. (A6)

Eu acho importante as meninas saberem sobre os métodos porque às vezes a gente não sabe e tem vergonha de perguntar, às vezes a gente não pede pra usar porque o namorado não vai gostar, porque ele não aceita. (A10)

Eu acho que tem coisas que as meninas não sabem (eu sei porque minha mãe falou tudo para mim), mas a irmã do meu namorado não sabe um monte de coisas, tenho amigas que não tem mãe e tem vergonha de falar com o pai, também não sabem um monte de coisas. (A11)

Eu acho que as meninas têm que achar alguém em quem confiar, alguém que você possa contar as coisas, saber sobre os métodos, onde conseguir, que é de graça, que precisa de receita do médico. Quando eu engravidei a minha família, minhas tias e avós fizeram uma reunião para contar para o meu pai, para minha mãe que eu estava grávida foi muito difícil isso. (A15)

Acho que como a minha mãe me explicou, as meninas têm que saber diferenciar o corpo do menino e da menina, o nome dos órgãos, falar sobre a menstruação, como é, por que que ela acontece, depois disso explicar como não engravida [...]. (A16)

Acho que as meninas têm que saber como é a relação sexual, eu não sabia que o pênis entrava dentro da vagina, não sabia que podia passar doença, não sabia que precisava consultar para conseguir o remédio, eu não sabia que depois que sangra já pode engravidar, essas coisas. (A19)

[...] avisar as meninas sobre como usar camisinha nas relações sexuais e tomar anticoncepcional, mas no meu caso eu sabia de tudo isso, tomava anticoncepcional, mas acabava esquecendo alguns dias então acabei ficando grávida. (A26)

Nas falas das participantes destacou-se que questões relacionadas ao direito sexual, aspectos relacionados ao envolvimento afetivo entre homem e mulher e as responsabilidades presentes na criação de um novo ser, são informações importantes e necessárias para que as adolescentes possam planejar ou evitar a gestação.

[...] falar que “o corpo é meu, você toca se eu quiser” eu acho que tem que falar essas coisas. (A6)

Acho que as meninas têm que saber tudo, que engravidar não deve ser romantizado, que não é fácil, mas se acontecer a gente tem que aceitar, vai fazer o quê? (A9)

Acho que as meninas têm que saber como não engravidar e como é difícil ter uma criança e cuidar dela, fui bem orientada pela minha madrinha, engravidei e vou cuidar da minha filha, mas tão cedo não quero ter outros filhos. (A20)



Quanto às “atitudes necessárias” foi possível registrar que as participantes consideram que informações para planejar ou evitar uma gestação são necessárias, mas falta atitude pessoal frente a sexualidade.

Eu acho que essas meninas conhecem como faz pra não engravidar, elas engravidam porque saem com todo mundo, elas engravidam porque elas não ligam para nada, acho que elas não estão nem aí mesmo, por isso que elas engravidam, não é porque elas não sabem das coisas. (A14)

Eu sabia tudo, minha mãe falou que depois que a gente sangra já pode engravidar. A única coisa que eu não sabia era como era a relação direito, já conhecia os métodos, engravidei porque, ahhh, sei lá! agora eu vou me cuidar vou tomar injeção depois que o nenê nascer. (A18)

Destaca-se que necessidade de conhecimento sobre aspectos biológicos e sexualidade, além do fornecimento de dispositivos para evitar a concepção, práticas educativas são fundamentais para promoção de saúde sexual e reprodutiva, com vistas a equidade de gênero, realizadas pela unidade de saúde e extensivas ao espaço escolar para atingir o maior número de indivíduos, no sentido de promover atitudes reflexivas para prática sexual segura e saudável e o conhecimento necessário sobre o próprio corpo (VIEIRA *et al.*, 2021).

Relacionado ao direito sexual, além das práticas educativas que enfatizem prevenção de gestação precoce, deve-se levar em consideração que o indivíduo constrói suas percepções de forma singular e essa construção é fortemente influenciada por questões culturais. Nesse sentido, a educação deve contemplar a formação de uma consciência crítica por meio da problematização de temas como sobreposição de gênero imposta socialmente, moralismo, direito de decisão sobre seu corpo e sexualidade, direito a reprodução de forma responsável, promovendo a autossuficiência e uma postura reflexiva para tais decisões (CAVALER; SALVARO, 2021).

Em estudos realizados com adolescentes, Carvalho e Melo (2019) e Campos *et al.* (2018), identificaram que eles possuíam conhecimento limitado acerca de questões relacionadas a gênero e direito sexual, apesar disso, conseguem reconhecer situações em que ocorre sexismo. Observaram, também, que os jovens tendem a justificar como aceitáveis comportamentos sexistas vivenciados no núcleo familiar, afirmando que os pais são de “outros tempos”. Esses apontamentos reforçam a postura de aceitação feminina frente a situações que envolvem desigualdade entre homens e mulheres.

Carvalho e Melo (2019) inferem que a educação feminina ainda tem sido voltada para atender as necessidades masculinas em detrimento das suas, que questões relacionadas a sexualidade feminina são reprimidas enquanto ao homem cabe a liberalidade, questão essa, evidenciada no presente estudo em que as adolescentes informam precisar do consentimento do menino para uso de métodos contraceptivos.

Os aspectos culturais relacionados a diferenciação de gênero, levam as mulheres a um comportamento submisso, internalizado desde a infância e assimilado como natural, somado a dependência emocional, financeira, medo do abandono, medo de “enfrentar” a vida sozinha e a idealização do amor, filhos e família são, em muitos casos, os fatores que levam as mulheres ao comportamento de aceitação, refletindo inclusive, nos direitos sexuais e reprodutivos (ARAUJO, 2008).

Nesse sentido, Figueredo (2018) pontua que para atuar com adolescentes abordando os temas sexualidade e direitos reprodutivos é necessária a compreensão de que a cidadania envolve individualidade humana com respeito a integridade e dignidade, excluindo desse contexto opiniões alheias; se antes o foco da educação sexual era pautado em prevenção de gestações evitando a desonra da família perante a sociedade no caso de uma gravidez fora do casamento, hoje há uma reorientação do enfoque sexista, ou seja, substituindo a abordagem da mulher de família, pela mulher de direitos civis plenos, preservando sua autonomia em relação a sua sexualidade, punindo toda opressão, coação ou violência que a sociedade ou a família historicamente tenta lhes impor.

Compreende-se as práticas educativas como elementos potentes de transformação, nas quais o acesso ao conhecimento poderá ampliar perspectivas, levando os indivíduos envolvidos a perceberem-se enquanto sujeitos compostos de uma história, com interesses e condições de atuarem de forma consciente sobre os rumos de suas vidas. A educação em saúde, especificamente, deve permitir a apropriação de questões relacionadas ao próprio corpo e autonomia sobre ele, também é necessário que a equipe de saúde atenda os adolescentes de forma ética, isenta de conceitos previamente elaborados, com a finalidade única de oferecer a esse público a promoção da saúde e a prevenção de riscos.

Diante dos dados expostos, é possível concluir que o início da vida sexual das adolescentes, participantes do estudo, foi precoce, por vezes desacompanhada de informações quanto a medidas de prevenção de gravidez ou ISTs; de acesso a métodos anticoncepcionais e poucas tiveram diálogo familiar quanto a experiência

vivenciada. Apesar de saberem o que são métodos anticoncepcionais e citarem os mais usuais, algumas negligenciaram, com uma certa consciência, a prevenção da gestação e outras revelaram desconhecimento sobre do uso correto.

Quanto aos conhecimentos que julgam necessários para abordar a temática gravidez na adolescência, sugerem que os conhecimentos do campo biológico são necessários, como as informações sobre o corpo do adolescente, além disso, registram que trabalhar com os direitos sexuais e reprodutivos seria importante, bem como, problematizar atitudes necessárias para a prevenção da gestação.

Mediante o exposto, esse trabalho só se tornou possível devido as riquíssimas contribuições de várias adolescentes, que por meio de seus relatos acerca do tema “gravidez na adolescência” repassaram suas experiências e seus conhecimentos tornando possível sistematizar e estruturar esta pesquisa.

Vale salientar que parte dos dados obtidos no estudo exploratório, especificamente sobre a percepção das adolescentes grávidas sobre a gestação precoce, deu origem a artigo científico submetido em 04 de junho de 2022 a um periódico.

## 6 IDENTIFICAÇÃO DE TEMAS EMERGENTES DAS ENTREVISTAS E SEUS FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Os temas que fazem parte da cartilha emergiram das entrevistas realizadas com as 30 adolescentes gestantes, sendo a produção do material baseada no contexto, estratégia que visa a qualidade sociocultural dos conteúdos definidos para compor a cartilha (TEIXEIRA; NASCIMENTO, 2020).

Das falas das participantes foi possível captar, de forma justificável, nove temas, como apresentado no quadro 3.

**Quadro 3** - Temas selecionados considerando dados da pesquisa exploratória com adolescentes e revisão de literatura, Cascavel, 2021.

TEMAS	JUSTIFICATIVA
Puberdade	Destacar as principais alterações características e promover o entendimento da puberdade como evento biológico importante para o desenvolvimento humano.
Transformações no corpo masculino	Reconhecimento das mudanças corporais presentes na adolescência, permitindo que identifiquem transformações esperadas e possíveis alterações.
Transformações no corpo feminino	Reconhecimento das mudanças corporais presentes na adolescência, permitindo que identifiquem transformações esperadas e possíveis alterações.
Menstruação	Informações sobre as mudanças físicas e hormonais envolvidas no sangramento menstrual e como esse fenômeno está relacionado com a gestação.
Fecundação	Compreensão do processo de fecundação, com vistas a superar dúvidas sobre o tema.
Métodos contraceptivos e mitos sobre uso de contraceptivos hormonais	Em se tratando de medidas preventivas de gestação na adolescência, é necessário que os jovens conheçam quais são os métodos contraceptivos disponíveis, onde e como adquiri-los, uma vez que a gestação muitas vezes tem ocorrido, principalmente, pelo não uso ou uso inadequado dos métodos disponíveis. Aborda também alguns mitos sobre o uso de contraceptivos hormonais que podem se apresentar como empecilhos para o uso.
Direitos Sexuais e reprodutivos	Aborda a problematização do direito da adolescente de decidir o momento que deseja engravidar e o direito ao acesso aos métodos contraceptivos.
Gravidez	Destaque para as mudanças físicas, implicações emocionais, sociais e financeiras, relacionadas ao evento gravidez.
O profissional de enfermagem como referência	Destaque do papel do profissional de enfermagem no acolhimento, orientação e educação que garanta ao adolescente o acesso a informações e o

	desenvolvimento de percepções acerca de seus direitos sexuais e reprodutivos.
--	---

Fontes: Dados sistematizados das entrevistas com adolescentes grávidas.

## 6.1 A PUBERDADE

A puberdade, início da adolescência, período em que ocorrem transformações físicas e biológicas que direcionam o corpo humano para o amadurecimento, começa normalmente aos oito anos nas meninas e aos nove anos nos meninos e sua duração é de três a quatro anos em ambos os sexos (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

A produção hormonal da glândula hipófise, situada no cérebro, disponibiliza os hormônios luteinizantes (LH) e folículo-estimulantes (FSH), estes por sua vez, são responsáveis pela estimulação dos testículos e ovários. Nos testículos, a testosterona é responsável pela formação dos espermatozoides e os ovários produzem estradiol e progesterona, que atuam na maturação dos óvulos e no ciclo menstrual (BRASIL, 2017; SANTOS; COSTA, 2019).

Na puberdade ocorre o desenvolvimento dos caracteres sexuais primários e secundários. Os caracteres primários, nas meninas, incluem os ovários, as tubas uterinas, o útero, o clitóris e vagina. Nos homens, incluem os testículos, o pênis, o saco escrotal, as vesículas seminais e a próstata. Já os caracteres sexuais secundários, conferem às meninas o aumento dos seios e largura do quadril e nos meninos características como alterações na voz, na textura da pele, o desenvolvimento muscular e o crescimento de pelos púbicos, faciais, axilares e corporais (PAPALIA; FELDMAN, 2013; LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

Portanto, é importante entender a puberdade como um período de transformações físicas, fisiológicas e emocionais da vida de meninas e meninos considerando que o corpo do adolescente ganha algumas novas funcionalidades, principalmente no campo da sexualidade.

## 6.2 TRANSFORMAÇÕES NO CORPO DO MENINO

As transformações no corpo do menino incluem o crescimento (em média de 8-9 cm/ano) diminuindo até a parada do crescimento (18 anos). O estirão do crescimento ocorre aos 11 anos em meninos, com seu pico por volta dos 14 anos. O pico do ganho

de peso ocorre por volta dos 14 anos coincidindo com o de velocidade de crescimento, aproximadamente 9,8 quilogramas/ano (LEAL; SILVA, 2001; BACIL *et al.*, 2020).

Além dos pelos pubianos, ocorre o desenvolvimento da genitália nos meninos, esse período de formação se inicia por volta de 9 anos com término aos 15-16 anos (MENESES; OCAMPOS, 2008). O surgimento dos pelos pubianos ocorre em torno dos 11 anos de idade, os pelos axilares, faciais e do restante do corpo aparecem por volta dos 12 e 14 anos. O desenvolvimento das glândulas sudoríparas acompanha o crescimento dos pelos (LEAL; SILVA, 2001).

A ereção é uma manifestação do desejo do homem, manifestada pelo enrijecimento do pênis e a ejaculação é a eliminação de sêmen pelo pênis. O sêmen é uma secreção de cor branca amarelada produzida pelos homens destinada a transportar os espermatozoides. A primeira ejaculação do menino, também chamada de espermarca, ocorre em média aos 13 anos, geralmente resultado de uma ejaculação involuntária de sêmen, caracterizando a maturação sexual masculina (PAPALIA; FELDMAN, 2013; BRITO; BENETTI, 2010; BRASIL, 2014).

A puberdade passa por algumas fases que estimam o grau de maturação sexual do adolescente, Tanner (médico inglês) em 1960 desenvolveu uma escala, utilizada até hoje, que mede esse desenvolvimento. Essa escala é importante já que os indivíduos são diferentes e somente a idade traz poucas informações sobre tal desenvolvimento (MENESES; OCAMPOS, 2008; CHIPKEVITCH, 2001; LEAL; SILVA, 2001).

A escala proposta por Tanner tem a seguinte designação: nos meninos é observado o desenvolvimento da genitália (G), classificado então de (G1 a G5), sendo G1 para desenvolvimento infantil e G5 para estágio adulto; os estágios G2, G3 e G4 correspondem a puberdade; com relação aos pelos púbicos (P), os estágios são denominados (P1 a P5), estão distribuídos da seguinte maneira: P1 fase pré-adolescente (não há pilosidade) e P5 pelugem tipo adulto (MARSHALL; TANNER, 1970; MENESES; OCAMPOS, 2008; CHIPKEVITCH, 2001). O estadiamento de maturação sexual para o menino, proposto por Tanner está ilustrado na figura 3.

**Figura 3** – Estágios de maturação sexual, do sexo masculino, segundo produção de Tanner (1970).



Fonte: Brasil (2012a. p. 32-33)

### 6.3 TRANSFORMAÇÕES DO CORPO DA MENINA

A primeira manifestação de puberdade na menina é o surgimento do broto mamário que se inicia por volta dos 8 anos com término aos 15-16 anos, seguido pelo crescimento dos pelos pubianos e pelo estirão puberal e ganho de peso. (MENESES; OCAMPOS, 2008).

O estirão puberal é caracterizado pelo crescimento acelerado que nas meninas começa aos 9 anos com pico por volta dos 12 anos. Em relação ao ganho de peso o pico ocorre entre 12 e 13 anos chegando a aproximadamente 8,8 quilogramas/ano (BRASIL, 2017; LEAL; SILVA, 2001; BACIL *et al.* 2020; LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

A escala de Tanner estipula para avaliação do desenvolvimento puberal no corpo feminino, o desenvolvimento das mamas (M) e, assim como nos meninos, os pelos púbicos (P). Dessa maneira, as mamas são classificadas em (M1 a M5), sendo M1 para estágios de desenvolvimento inicial (mama infantil) e M5 para mama adulta; quanto a pilosidade (P), o aparecimento de pelos é classificado como (P1 a P5), sendo P1 fase pré-adolescente (não há pelos) e P5 pelos do tipo adulto (MARSHALL; TANNER, 1970; MENESES; OCAMPOS, 2008).

Segue representado o estadiamento de maturação sexual do corpo feminino na figura 4.

**Figura 4** – Estágios de maturação sexual, do sexo feminino, segundo produção de Tanner (1970)



Fonte: Brasil (2012b. p. 32-33)

## 6.4 MENSTRUAÇÃO

O amadurecimento dos órgãos reprodutores promove o início da menstruação nas meninas, etapa importante chamada de menarca, evento que marca a maturação sexual, podendo ocorrer por volta dos 12 anos, variando de nove a 15 anos (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

Na menstruação ocorre a descamação da porção interna do útero (endométrio). A cada ciclo menstrual (período entre uma menstruação e outra), os hormônios progesterona e estrogênio atuam na liberação do óvulo presente no ovário e preparam o útero para uma possível gravidez. Caso a fecundação não ocorra (por não ter praticado relação sexual ou por ter relação sexual protegida, com uso de algum método contraceptivo), os níveis hormonais baixam provocando a descamação do endométrio ou sangramento menstrual que normalmente ocorre a cada 28 dias e dura de 3 a 5 dias, mas os ciclos podem variar de 21 a 35 dias (BRASIL, 2008; BRASIL, 2017; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

Vale ressaltar que a precocidade ou atraso na ocorrência da menarca são influenciados por hereditariedade, fatores nutricionais, físicos, emocionais, exercício, gordura corporal e contexto social (GEMELLI; FARIAS; SPITZER, 2020).

Na adolescência, pode ocorrer a gestação antes mesmo da primeira menstruação, pois antes da menstruação ocorre a ovulação e caso aconteça relação sexual desprotegida, pode ocorrer a fecundação. Assim como, os primeiros ciclos



menstruais podem ser anovulatórios, ou seja, não ocorre liberação de óvulo devido a imaturidade fisiológica da menina em que o organismo não produz o pico hormonal necessário para ovulação, pode ainda, acontecer sangramentos anormais e ciclos irregulares, situações originadas por disfunção endócrina (MACHADO, 2001 p. 379; BRASIL, 2012b).

É importante que a adolescente registre em um calendário as datas dos ciclos, ou seja: “[...] a cada mês, o dia que inicia e o dia que termina o sangramento. Por exemplo: se começou no dia 13 de janeiro e terminou no dia 17 [...]” para que saiba a duração do seu ciclo menstrual e reconheça o período em que está ovulando (BRASIL, 2012b, p. 36).

## 6.5 FECUNDAÇÃO

Para que ocorra a fecundação (junção do óvulo com o espermatozoide), uma sequência de eventos acontece. O óvulo é impulsionado para a tuba uterina e pode se encontrar com o espermatozoide liberado na ejaculação masculina depositada na vagina, por meio da relação sexual desprotegida (sem uso de um método anticoncepcional). Os espermatozoides, impulsionados por movimentos das próprias caudas ascendem pelo aparelho genital feminino contando com a contração da musculatura das tubas uterinas e útero. A fecundação ocorre no corpo feminino por meio da fusão entre o espermatozoide (gameta masculino) com o óvulo (gameta feminino) representando o surgimento da gestação/gravidez de um novo ser (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

Caso o óvulo não seja fertilizado, os efeitos progesteronais declinam e surgem alterações vasculares acentuadas que ocasionam descamação do endométrio que é expelido pelo sangramento. Após a menstruação, segue-se novo ciclo uterino. Caso ocorra gravidez, o ciclo menstrual não se completa e se segue o ciclo gravídico (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

## 6.6 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS E MÉTODOS CONTRACEPTIVOS INDICADOS PARA ADOLESCENTES

Os dispositivos ou técnicas utilizadas para evitar que uma gestação indesejada aconteça são chamados de métodos contraceptivos. Existem diversas maneiras de anticoncepção disponíveis, mas não há um método ideal para ser utilizado e alguns

métodos podem ser contraindicados em determinadas situações, por isso é recomendado que seja utilizado o que melhor se adapte as necessidades do indivíduo e que independentemente do método escolhido, sua utilização seja correta, assegurando menor chance de falha (BRASIL, 2009; MOREIRA, 2011; FINOTTI, 2015).

Com a evolução dos estudos científicos, na atualidade há uma variedade de métodos contraceptivos, entretanto, nem todos estão disponíveis no sistema público de saúde e nem todos são recomendados aos adolescentes. Quanto a classificação, os métodos anticoncepcionais podem ser: comportamentais, de barreira, intrauterinos hormonais, e definitivos.

Os métodos comportamentais incluem tabela (método de Ogino-Knaus), temperatura basal, muco cervical (método de Billings), sintotérmico, coito interrompido e lactação. Cabe destacar, segundo Mendes *et al.* (2016) que tais métodos são pouco eficazes durante a adolescência, considerando que nessa fase de desenvolvimento, muitas vezes não há uma regularidade no ciclo menstrual, devido a mudanças hormonais.

Preservativos masculino e feminino (camisinha), diafragma, capuz cervical, esponja contraceptiva e Dispositivo intrauterino (DIU), são métodos denominados de barreira, pois impedem que o espermatozoide entre no útero. Os mais utilizados são os preservativos masculino e feminino (FINOTTI, 2015).

O preservativo masculino, conhecido popularmente como camisinha, disponível nas unidades básicas de saúde, sem necessidade de prescrição de profissional da saúde. É um revestimento para o pênis, fino e elástico. É recomendado como método contraceptivo e preventivo de infecções sexualmente transmissíveis (FINOTTI, 2015).

Ele deve ser colocado com o pênis ereto e seco antes da penetração vaginal; de modo que fique ajustado, ser desenrolado da glândula até a base do pênis, o reservatório (extremidade distal) deve ser comprimido com a ponta dos dedos para que não penetre ar nesse espaço e o preservativo se rompa. Quando o pênis for retirado completamente da vagina, após a ejaculação, o preservativo deve ser retirado pela parte que está ajustada à base do pênis, cuidando para que não haja dispersão do fluido. Após a retirada, deve ser dado um nó na base do preservativo e desprezado (FINOTTI, 2015).

O preservativo ou camisinha feminina, também disponível em unidades básicas de saúde e sem necessidade de prescrição, constitui-se em uma bolsa, com forma de tubo, fina e resistente, com um anel em cada extremidade, um dos anéis é introduzido dentro da vagina a parte que fica exteriorizada recobre a região da vulva, funciona evitando que o pênis e o esperma tenham contato com a mucosa vaginal e o conteúdo seja depositado no corpo da mulher. Após a relação sexual deve ser cuidadosamente retirada para que o conteúdo não seja extravasado e o preservativo desprezado (MOREIRA, 2011).

O dispositivo intrauterino (DIU) está disponível em duas apresentações, cobre e hormonal. O DIU de cobre (constituído por polietileno coberto com cobre na haste vertical e horizontal) é fornecido pela rede básica, inserido na cavidade uterina. É método altamente eficaz, de longo prazo (em média doze anos). O DIU não impede a ovulação, mas afetar a ascensão dos espermatozoides. Vale ressaltar que não tem efeito protetor contra infecções sexualmente transmissíveis (GIORDANO; GIORDANO; PANISSET, 2015).

Além do DIU com cobre, há o sistema intrauterino liberador de hormônio (levonorgestrel) atuando sobre o endométrio e impedindo a migração do espermatozoide na cavidade uterina, tem duração aproximada de cinco anos, no entanto, não é fornecido pela rede pública de saúde (MONTEIRO, 2015).

De acordo com a Febrasgo (2017) quando se orienta adolescentes quanto a métodos contraceptivos, deve-se apresentar todos os disponíveis, inclusive o DIU, pois os benefícios dos métodos intrauterinos, extrapolam os riscos, podendo ser utilizado em adolescentes.

Dos métodos hormonais, os métodos anticoncepcionais mais utilizados são os orais (comprimidos) e injetável, que agem bloqueando a ovulação, mudam o muco cervical, diminuem o movimento das tubas e atuam transformando o endométrio, são fornecidos pela rede básica de saúde mediante prescrição médica (FENOTTI, 2015; FERREIRA; D'ÁVILA; SAFATLE, 2019).

Para o uso do anticoncepcional oral, as mulheres devem ser orientadas a iniciar a cartela no primeiro dia do ciclo menstrual. Quando ocorrer troca do contraceptivo de fórmulas combinadas de estrogênio e progesterona, o novo anticoncepcional deve ser iniciado no primeiro dia da menstruação após a interrupção do contraceptivo anterior. No caso de anticoncepcionais contendo apenas progestagênios, a troca é imediata,

não havendo necessidade de aguardar a menstruação (FENOTTI, 2015; FERREIRA; D´AVILA; SAFATLE, 2019).

Caso a mulher use anticoncepcionais injetáveis trimestrais, implante hormonal ou DIU hormonal e desejam fazer a troca por pílulas anticoncepcionais, iniciar a cartela imediatamente após o término da validade do método usado anteriormente. Com relação ao intervalo entre as cartelas alguns contraceptivos preveem pausas de quatro a sete dias e algumas formulações não preveem pausas. Os comprimidos devem ser ingeridos diariamente e, preferencialmente no mesmo horário, o esquecimento do uso implica em falha contraceptiva, nesse caso recomenda-se a continuidade da cartela, porém com uso de método contraceptivo adicional como preservativos (FENOTTI, 2015; FERREIRA; D´AVILA; SAFATLE, 2019).

Os anticoncepcionais injetáveis, assim como os orais, consistem de formulações hormonais, porém, líquidas para administração por via intramuscular a cada 30 ou 90 dias, seu modo de ação e recomendações de uso são as mesmas, ou seja que os prazos para aplicação devem ser respeitados evitando falha contraceptiva (FENOTTI, 2015; FERREIRA; D´AVILA; SAFATLE, 2019).

Se o início da vida sexual ocorrer antes da primeira menstruação, não existem evidências sobre o uso de contraceptivos hormonais, ou seja, não se recomendam os métodos hormonais antes da menarca, preconizando-se nessa situação a utilização do preservativo após adequada orientação (FEBRASGO, 2017).

Quanto aos métodos irreversíveis ou definitivos, os quais incluem as esterilizações cirúrgicas feminina e masculina (laqueadura e vasectomia) (FENOTTI, 2015), que pelas características não são indicados aos adolescentes, exceto nos casos em que haja condições clínicas ou genéticas que façam com que seja imperativo evitar a gravidez de forma definitiva (BRASIL, 2013).

O adolescente tem direito à educação sexual, ao acesso à informação sobre contracepção, à confidencialidade e ao sigilo sobre sua atividade sexual e sobre a prescrição de métodos anticoncepcionais (FEBRASGO, 2017, p. 13). Nenhum método contraceptivo (com exceção dos métodos definitivos) deve ser contraindicado tendo como única base a idade. Por outro lado, a falta de conhecimento, aconselhamento inadequado, mitos, moralidade em relação a sexualidade são comuns e interferem na escolha e no uso do método (FEBRASGO, 2017, p. 15).

### **6.6.1 Outros dispositivos hormonais**

Existem outros dispositivos hormonais, tais como o anel vaginal, constituído por um material flexível e transparente, colocado pela mulher entre o primeiro e o quinto dia do ciclo menstrual. O implante subcutâneo é um dispositivo hormonal, inserido pelo profissional médico sob a pele. O adesivo transdérmico é um sistema desenhado para aplicação cutânea, seu funcionamento ocorre por meio da liberação hormonal. Vale ressaltar que esses métodos não se encontram disponíveis pela rede pública de saúde (FERREIRA; D´AVILA; SAFATLE, 2019).

A contracepção de emergência, conhecida como pílula do dia seguinte é indicada para relações sexuais desprotegidas ou em caso de falha no uso de outros métodos. Constitui-se de anticoncepcional oral com maior dose hormonal que interrompem o ciclo reprodutivo da mulher, impedindo a ovulação ou inibindo a fecundação (dependendo da etapa do ciclo menstrual), seu uso é recomendado o mais breve possível após o coito, preferencialmente até 72 horas após a relação sexual (MOREIRA, 2011; FENOTTI, 2015).

### **6.6.2 Mitos relacionados a contraceptivos hormonais**

Não existem evidências que suportam a relação causal entre ganho de peso e contraceptivos hormonais – orais ou não orais – em qualquer faixa etária (FEBRASGO, 2017).

Anticoncepcionais orais são métodos hormonais combinados. Os benefícios não relacionados à contracepção incluem melhora da densidade óssea e proteção contra cânceres de ovário e endométrio, salpingite, gravidez ectópica, doenças benignas da mama, acne e deficiência de ferro (FEBRASGO, 2017).

## **6.7 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS**

As pessoas têm o direito de decidir se desejam ou não uma gestação, em que momento ela deve acontecer e quantos filhos querem ter. Para que esse direito seja exercido de forma consciente e responsável é necessário o conhecimento sobre formas e dispositivos existentes com o objetivo de evitar esse evento.

Como resultado de reivindicações coletivas emergiu à noção de direitos à saúde sexual e reprodutiva, sendo definido como direitos sexuais a “[...] possibilidade de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições [...] O direito do sexo seguro para prevenção da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Aids” (BRASIL, 2010, p. 16).

Direitos reprodutivos referem-se à possibilidade “[...] de acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não filhos. O direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação [...]” (BRASIL, 2010, p. 15). Fortalecendo a conquista da saúde sexual, no sentido de vivenciar a sexualidade de forma plena, “[...] sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis, gestação não desejada, coerção, violência e discriminação” (BRASIL, 2010, p. 15).

Nesse sentido, deve ser garantido a todos os sujeitos sociais (adultos, jovens e adolescentes), de forma equitativa os direitos sexuais e reprodutivos, como expressão do acesso integral à saúde. No caso específico da gravidez, além de informações, é necessário garantir o acesso à meios e métodos para evitá-la.

## 6.8 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E MUDANÇAS

A gravidez na adolescência é um fenômeno a ser enfrentado pela sociedade; tema complexo, multifatorial que requer o reconhecimento da necessidade de que o debate passe pela compreensão dos direitos sexuais e reprodutivos. Em pesquisa realizada pela Rede Feminista em Saúde (2021), sobre a caracterização de meninas mães no país na última década, identificou-se em âmbito nacional que 252.786 meninas de 10 a 14 anos, engravidaram e tiveram filhos nos últimos dez anos (2010-2019) e 4.948.724 adolescentes de 15 a 19 anos, os tiveram nos últimos dez anos, o que corresponde a 17% dos nascidos vivo.

Ainda, dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE- 2019) indicam que 35,4% dos adolescentes, entre 13 a 17 anos, tiveram alguma vez relação sexual (IBGE, 2019).

Do ponto de vista biológico uma vez que é realizada a fecundação, uma série de mudanças fisiológicas ocorrem no corpo feminino durante o período gestacional, o aumento do ganho de peso relacionado a necessidade de maior ingesta nutricional para o desenvolvimento fetal, o aumento das mamas em decorrência da produção de leite materno, aumento do volume abdominal e da largura dos quadris relacionada ao

crescimento do feto. Cada mulher percebe de modo diferente tais alterações, podendo tornar-se motivo de fragilidade durante o período, promovendo dificuldade no convívio com seus pares ou familiares (ALVES; BEZERRA, 2020).

São características desse período mudanças metabólicas, proteica e lipídicas, alterações hemodinâmicas relacionadas ao débito cardíaco, volemia e pressão arterial, alterações do padrão respiratório acentuadas quando o volume gravídico está aumentado; alterações no funcionamento gastrointestinal como náuseas, refluxo gastresofágico, perda ou aumento do apetite e constipação, alterações no sistema imunológico além de eventos estéticos como estrias, edemas, varizes, acne e melasma, sendo as alterações hormonais e mecânicas os principais responsáveis pelas transformações corporais (GARCIA; SILVA NETO, 2020).

Devido a imaturidade do sistema reprodutor feminino a gravidez na adolescência pode provocar agravos ou intercorrências potencialmente comprometedoras da saúde da mãe e/ou do neonato, podendo ainda levar a morte de ambos. São frequentes nas gestantes adolescentes hemorragias, anemia, infecções geniturinárias, padrão nutricional inadequado, baixo crescimento fetal, hipertensão, ruptura das membranas ovulares, trabalho de parto prolongado, parto prematuro, alterações na posição fetal devido ao desenvolvimento incompleto da pelve levando à necessidade de cesárea, agravando-se quando a jovem tem várias gestações ainda na adolescência culminando em repetidas cesáreas, com aumento de riscos quando associado ao consumo de drogas lícitas ou não (FAVIER TORRES *et al.*, 2018, tradução nossa; VALONI *et al.*, 2020; FARIAS *et al.*, 2020).

## 6.9 O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM COMO REFERÊNCIA PARA O ADOLESCENTE

Em documento orientador, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) reforça que os serviços de saúde devem se sentir desafiados a implementar ações que visem os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes e superar burocracias que impeçam a qualidade no atendimento, ou seja, é necessário que os adolescentes tenham acesso aos métodos contraceptivos.

Abordar a contracepção com os adolescentes é uma tarefa importante para a enfermagem, considerando vários elementos envolvidos, podendo ser utilizadas diferentes estratégias educativas, sejam elas na modalidade em grupos ou individuais,

buscando mobilizar informações “[...] quanto aos tipos existentes de métodos contraceptivos, quando e como utilizá-los. Os adolescentes devem ser orientados a procurarem profissionais de saúde, quando decidirem iniciar as relações sexuais” (MENDES *et al.*, 2016, p. 276).

É de fundamental importância manter o diálogo familiar sobre as transformações, sentimentos, medos e insegurança que podem surgir nessa fase. Além disso, as unidades de saúde são reconhecidamente a porta de entrada da rede de atenção à saúde com destaque para o papel do enfermeiro em promover o acolhimento dos indivíduos, fornecendo a todos, especialmente ao adolescente, informações e orientações relacionadas às diversas circunstâncias presentes nesse momento.



## 7 ESBOÇO E RESULTADO PRELIMINAR DA CARTILHA

Para a criação e desenvolvimento da produção do material realizou-se um esboço, uma representação sumária, a qual organizou de forma didática a apresentação dos conteúdos a serem abordados, considerando o estudo exploratório e o referencial teórico. Além disso, também foi realizada a escolha das ilustrações da tecnologia educativa: cartilha sobre gravidez na adolescência “Vamos conversar sobre gravidez na adolescência?”.

**Quadro 4** – Esboço da cartilha.

<b>Tópicos</b>	<b>Descrição</b>
Capa	Título: “Vamos conversar sobre gravidez na adolescência?” Ilustrações que remetam a adolescência, namoro e gravidez na adolescência. Ilustração: Casal adolescente inter-racial.
Contracapa	Ficha catalográfica; Créditos da produção: redação; revisão; design gráfico; Logotipo: Programa de Pós-graduação em Biociências e Saúde.
Sumário	Indicação dos tópicos e páginas correspondentes do corpo do texto.
Apresentação	Texto direto que busque instigar a leitura e o uso do material.
Assunto 1	<b>Título: A ADOLESCÊNCIA CHEGOU.... E AGORA?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O que é puberdade?</li> <li>• O que acontece no corpo humano nesse período?</li> <li>• Que transformações ocorrem no corpo do menino?</li> <li>• O que é ereção e ejaculação e quando acontece a primeira ejaculação?</li> <li>• Que transformações ocorrem no corpo da menina?</li> <li>• E a menstruação, o que é e como acontece?</li> <li>• Sobre a fecundação... o que é a fecundação e como ela acontece?</li> </ul> Ilustrações: Fotos de adolescentes de ambos os sexos e de diferentes etnias, além de Figuras que representam os estágios de

	maturação sexual, do sexo masculino e feminino, segundo produção de Tanner e figuras que demonstram o processo de fecundação.
Assunto 2	<p><b>Título: MÉTODOS CONTRACEPTIVOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Como são classificados os métodos contraceptivos? Todos eles são indicados para adolescentes?</li> <li>• Métodos comportamentais</li> <li>• Métodos de barreira</li> <li>• Métodos hormonais</li> <li>• Mitos relacionados ao anticoncepcional hormonal</li> </ul> <p>Ilustrações: Fotos e gravuras que vinculem o texto ao método trabalhado.</p>
Assunto 3	<b>Título: VAMOS FALAR SOBRE DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS?</b>
Assunto 4	<p><b>Título: GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E MUDANÇAS</b></p> <p><b>Ilustrações: Fotos de adolescentes; adolescente gestante; interação entre adolescentes e adultos.</b></p>
Assunto 5	<p><b>Título: SE EU PRECISAR DE ORIENTAÇÃO, QUEM PODERÁ ME AJUDAR?</b></p> <p>Ilustração: interação entre adolescentes e profissional da saúde.</p>
Assunto 6	Referências bibliográficas utilizadas

Fonte: Elaboração da autora (2021).

## 7.1 VERSÃO PRELIMINAR

A versão da cartilha, resultado do presente trabalho, é preliminar, ao considerar que toda tecnologia educativa em saúde para se constituir em instrumento que viabilize a comunicação, a interação entre o público-alvo e o conhecimento, entre o público-alvo e os profissionais, colaborando, assim, no processo educativo, deve passar por um procedimento de validação, ou seja, deve ser avaliada quanto a confiabilidade de seu conteúdo e a adequabilidade de sua forma.

As figuras abaixo, em tamanho reduzido, apresentam a cartilha em seu todo.



SUMÁRIO
• APRESENTAÇÃO 4
• A ADOLESCÊNCIA CHEGOU... É AGORA? 6
• O QUE É PUBERTADE? 8
• E TEM MAIS... 10
• PORTANTO... 12
• VOCÊ SABIA... 14
• O QUE É EREÇÃO E EJACULAÇÃO E QUANDO ACONTECE A PRIMEIRA EJACULAÇÃO? 16
• É A MENSTRUAÇÃO... O QUE É E COMO ACONTECE? 18
• É IMPORTANTE QUE VOCÊ SAIBA... 20

APRESENTAÇÃO
Na imagem da vida o ser humano passa por etapas, marcadas por transformações que constituem sua jornada de vida...

A ADOLESCÊNCIA CHEGOU... É AGORA?
O que é Puberdade?
A puberdade, fase de desenvolvimento, caracteriza-se por mudanças físicas e biológicas...

E tem mais...
No puberdade ocorre o desenvolvimento dos caracteres sexuais primários e secundários. Os caracteres primários, nos homens, incluem os testículos, os túbulos deferentes, o útero, e o pênis...

Que transformações ocorrem no corpo do MENINO?
As transformações no corpo do menino incluem o crescimento nos ossos, a formação da voz, o crescimento dos pêlos pubescentes...

O que é ereção e ejaculação e quando acontece a primeira ejaculação?
A ereção é uma manifestação de desejo do homem, caracterizada pelo aumento de fluxo de sangue para o pênis...

Você sabia...
A puberdade ocorre em alguns países aos 10 anos e em outros aos 12 anos. No Brasil, ocorre em média aos 11 anos...

Um corpo preparado para...
A ereção prepara o corpo para a penetração vaginal. O pênis se torna mais rígido e se alonga...

Que transformações ocorrem no corpo da MENINA?
A primeira manifestação de puberdade na menina é o surgimento de pelos pubescentes no púbis...

Quando é o melhor momento para conversar sobre gravidez na adolescência?
A melhor hora para conversar sobre gravidez na adolescência é quando a criança estiver em idade escolar...

É a MENSTRUAÇÃO... o que é e como acontece?
A menstruação é o processo de renovação do tecido uterino. Ela ocorre em ciclos regulares...



É importante que você saiba...
A gravidez não ocorre na cavidade do útero, mas sim no tubo uterino. Ela ocorre quando um óvulo é fertilizado...

### Sobre a fecundação... o que é a fecundação e como ela acontece?

Para que ocorra a fecundação é preciso de dois gametas reprodutivos, uma espermatozóide e uma ovócito.

1. A espermatozóide penetra no ovócito e libera seu núcleo genético, unindo-se ao núcleo do ovócito.

2. O núcleo do ovócito libera seu núcleo genético e se une ao núcleo da espermatozóide.

3. O núcleo do ovócito libera seu núcleo genético e se une ao núcleo da espermatozóide.

4. O núcleo do ovócito libera seu núcleo genético e se une ao núcleo da espermatozóide.

Fonte: <https://www.infopedia.pt/glossary/fecundacao>

### Métodos CONTRACEPTIVOS

Existem diversas maneiras de contraceção disponíveis, mas não há um método ideal para ser utilizado e alguns métodos podem ser contraindicados em determinadas situações, por isso é importante que seja utilizado o que melhor se adapte às necessidades de indivíduos e que independentemente do método escolhido, seja utilizado de forma correta, consistente, regular e sem falhas (Braga, 2016; Mendes, 2016; Pimenta, 2016).

### Como são classificados os métodos contraceptivos? Todos eles são indicados para adolescentes?

Com a seleção dos métodos contraceptivos, os indivíduos há vários métodos contraceptivos, entretanto, nem todos estão disponíveis no sistema público de saúde e nem todos são recomendados para adolescentes. Quanto à classificação, os métodos contraceptivos podem ser classificados de barreiras, hormonais, hormonais e de longa duração.

**Métodos comportamentais...**

Ativem todos os métodos de longo prazo, tempo total, muito comum (tabelas de fertilidade), anticonceção por interrupção de ovulação (Cápsula de levonorgestrel) e de 2010 que são métodos são pouco eficazes durante o uso incorreto, considerando que esses tipos de contraceção, muitas vezes não são utilizados de forma consistente, sendo a maioria falha.

### Metódos de BARRIEIRA

**Preservativo MASCULINO**

O preservativo masculino está disponível em vários tamanhos de acordo com as necessidades de cada indivíduo e a profundidade do pênis. É um método muito eficaz e recomendado para adolescentes. Deve ser utilizado de forma consistente e correta.

Este dispositivo deve ser colocado com o pênis ereto e antes da penetração vaginal. Deve ser colocado no ânus antes da penetração vaginal. Após a ejaculação, o preservativo deve ser retirado para evitar que seja utilizado novamente. Deve ser descartado imediatamente após o uso.

### Preservativo FEMININO

O preservativo feminino é utilizado para prevenir a gravidez e a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis. É um método muito eficaz e recomendado para adolescentes. Deve ser utilizado de forma consistente e correta.

### Dispositivo Intrauterino (DIU)

O DIU é um método contraceptivo muito eficaz e recomendado para adolescentes. É um método de longa duração e não requer manutenção diária.

**Importante...**

Quando se utiliza o DIU, é importante que seja utilizado de forma correta e consistente. É importante que seja utilizado de forma consistente e regular.

### Métodos hormonais...

**Anticoncepcionais orais e injetáveis**

Os métodos contraceptivos orais e injetáveis são muito eficazes e recomendados para adolescentes. É importante que seja utilizado de forma consistente e correta.

**Como usar...**

Para usar o método contraceptivo oral, é importante que seja utilizado de forma consistente e correta. É importante que seja utilizado de forma consistente e regular.

### Métodos hormonais...

**Anticoncepcionais orais e injetáveis**

Os métodos contraceptivos orais e injetáveis são muito eficazes e recomendados para adolescentes. É importante que seja utilizado de forma consistente e correta.

**Importante...**

Quando se utiliza o método contraceptivo oral, é importante que seja utilizado de forma consistente e correta. É importante que seja utilizado de forma consistente e regular.

### Também...

Existem outros métodos contraceptivos disponíveis, como o método da lactação, o método da amenorreia e o método da amenorreia. É importante que seja utilizado de forma consistente e correta.

**Como usar...**

Para usar o método contraceptivo oral, é importante que seja utilizado de forma consistente e correta. É importante que seja utilizado de forma consistente e regular.

### Também...

Existem outros métodos contraceptivos disponíveis, como o método da lactação, o método da amenorreia e o método da amenorreia. É importante que seja utilizado de forma consistente e correta.

**Como usar...**

Para usar o método contraceptivo oral, é importante que seja utilizado de forma consistente e correta. É importante que seja utilizado de forma consistente e regular.

### Olha só...

Os métodos contraceptivos orais e injetáveis são muito eficazes e recomendados para adolescentes. É importante que seja utilizado de forma consistente e correta.

**Como usar...**

Para usar o método contraceptivo oral, é importante que seja utilizado de forma consistente e correta. É importante que seja utilizado de forma consistente e regular.

### Mitos relacionados ao anticoncepcional hormonal

**É preciso que o anticoncepcional hormonal seja usado corretamente?**

Sim, é preciso que o anticoncepcional hormonal seja usado corretamente. É importante que seja utilizado de forma consistente e correta.

**Anticoncepcionais orais são muito eficazes?**

Sim, os anticoncepcionais orais são muito eficazes e recomendados para adolescentes. É importante que seja utilizado de forma consistente e correta.

### Vamos falar sobre direitos sexuais reprodutivos

Os direitos sexuais reprodutivos são direitos fundamentais de todos os indivíduos. É importante que seja utilizado de forma consistente e correta.

**Como usar...**

Para usar o método contraceptivo oral, é importante que seja utilizado de forma consistente e correta. É importante que seja utilizado de forma consistente e regular.

### Gravidez na adolescência e mudanças

A gravidez na adolescência é uma situação que pode trazer muitas mudanças na vida de uma jovem. É importante que seja utilizado de forma consistente e correta.

**Como usar...**

Para usar o método contraceptivo oral, é importante que seja utilizado de forma consistente e correta. É importante que seja utilizado de forma consistente e regular.

### Gravidez na adolescência e mudanças

A gravidez na adolescência é uma situação que pode trazer muitas mudanças na vida de uma jovem. É importante que seja utilizado de forma consistente e correta.

**Como usar...**

Para usar o método contraceptivo oral, é importante que seja utilizado de forma consistente e correta. É importante que seja utilizado de forma consistente e regular.

### É fundamental... SE EU PRECISAR DE ORIENTAÇÃO, QUEM PODERÁ ME AJUDAR??

É fundamental que os adolescentes tenham acesso a orientação sexual e reprodutiva. É importante que seja utilizado de forma consistente e correta.

**Como usar...**

Para usar o método contraceptivo oral, é importante que seja utilizado de forma consistente e correta. É importante que seja utilizado de forma consistente e regular.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Gestação precoce é uma questão de saúde pública, por ser um fator complexo e multifatorial, que pode acarretar prejuízos, biológicos e sociais para mãe adolescente e para criança. Ao longo desta pesquisa procurou-se expor a preocupação com o número de gestações entre adolescentes e propor medida de prevenção para essa situação, resgatar e reforçar a educação em saúde como estratégia importante para essa problemática, uma vez que a educação se apresenta como um elemento potencializador da crítica, do entendimento das condições concretas, das influências culturais e ideológicas, as quais condicionam/determinam o processo saúde-doença, de modo que seja concebida como recurso valioso na prática do profissional de saúde e do educador, também destacou-se a importância das tecnologias educativas, no caso específico do estudo, em formato de cartilha, a qual foi organizada para ser estratégia e recurso de auxílio para essa prática educativa.

Para problematizar a questão central que mobilizou o estudo, gravidez precoce, é necessário entender a sexualidade como elemento presente e marcante na adolescência; traz consigo o anseio por descobertas que podem levar a comprometimentos significativos, nesse sentido, as estratégias propostas pelo uso de tecnologias como forma de educação não é tolher os impulsos adolescentes, que fazem parte da natureza humana, mas intervir para que quando ocorram e levem a interações humanas e sexuais estas aconteçam de forma consciente e responsável.

Entende-se como necessário que o adolescente, assim como sua família, compreendam a unidade de saúde como porta de entrada à rede de atenção à saúde com a presença do enfermeiro como profissional competente para realizar a orientação sobre métodos preventivos de agravos à saúde, sexualidade, práticas sexuais seguras, e de forma intersetorial a instituição de ensino, como ambiente para práticas educativas em saúde e o professor também como profissional promotor dessas ações, uma vez que a escola é um ambiente em que o adolescente acessa e se mantém periodicamente.

Ao produzirmos esta pesquisa, enfatizando a produção de tecnologia educativa como apoio em ações de educação, além da preocupação com a produção do material para que fosse didaticamente adequada considerando linguagem, aparência e conteúdo de modo que fosse acessível ao público alvo – adolescentes, também houve preocupação para que fosse cientificamente adequada para que os profissionais

pudessem amparar-se em um material com conteúdo confiável, atualizado e acessível que pudesse fundamentar a prática pedagógica voltada às atividades educativas em saúde.

Para a construção de tecnologia voltada para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde é fundamental que o material seja elaborado com vistas à realidade do público-alvo, desse modo, a proposta desse trabalho foi promover esse contato com esse público, buscando conhecer suas experiências, dúvidas e anseios. Tomando por base essas vivências foram selecionados os temas que compuseram o corpo desta tecnologia educativa, evidenciando as percepções dos adolescentes acerca de seu corpo, da sexualidade, direitos sexuais e reprodutivos, sobre a gestação propriamente dita, métodos preventivos de contracepção, a qualidade do diálogo familiar e sua relação com as gestações na adolescência, temas que surgiram das falas das adolescentes e que foram imensamente ricos para produção do material.

O objetivo de construção da tecnologia educativa, ainda como uma primeira versão, que apresentasse informações acerca da adolescência e da gestação nesse período foi alcançado. Este material foi produzido com base na identificação das percepções das gestantes adolescentes sobre informações necessárias sobre os múltiplos eventos que envolvem essa fase, a problematização da gravidez nesse momento e as formas de prevenção de gestação nesse período, o conteúdo desse instrumento, representa as vivências e experiências relatadas por cada uma delas e busca orientar, sensibilizar e estimular reflexões relacionados a temas que surgiram dessas falas.

A experiência profissional no campo da atenção primária, relacionada ao acompanhamento de gestantes em idade adolescente, reforça que a educação em saúde é ferramenta fundamental para problematizar e estimular reflexões acerca dessa temática, com o objetivo de promover autonomia individual na tomada de decisões, estimulando que sejam de forma consciente e responsável. No entanto sabe-se que esta deve ser uma atividade contínua cujos resultados podem ser observados a longo prazo talvez por outros profissionais em momentos futuros.

Acredita-se que algumas circunstâncias podem ser transformadas por meio da educação, desse modo, estimular e produzir instrumentos que fomentem atividades educativas são meios de sistematizar as práticas em saúde. E quando tais tecnologias alcançam profissionais ávidos por ampliarem suas estratégias de promoção da saúde, prevenção de agravos e transformações sociais, o êxito dessas práticas tende a ser visível e os resultados reconhecidos.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A. P. S. *et al.* Prevalência de gravidez rápida repetida e fatores associados em adolescentes de Caruaru, **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** [online]. Pernambuco, v. 17, n. 2, p. 347-354, abr./jun. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/nY6n6kMgZfmgksMrkNkTfFD/?lang=en#>. ISSN 1806-9304. Acesso em: 12 set. 2021.
- ALVES, R. D. *et al.* Dificuldades enfrentadas por adolescentes no período gestacional. **Temas em Saúde**. João Pessoa, v. 16, n. 2, p. 535-566, 2016. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/08/16230.pdf>. Acesso em: 27 out. 2021.
- ALVES, T. V.; BEZERRA, M. M. M. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o Período Gestacional. **Rev. Mult. Psic.** Jaboatão dos Guararapes, v.14, n. 49, p. 114-126, fev. 2020. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2324/3608#>. Acesso em: 06 set. 2020.
- AMARILES VILLEGAS, A. Adolescência prejudicada: subjetivação da adolescência em pessoas com deficiência. **Poiésis**, Medellín, n. 29, p. 1-8, maio/2015. Disponível em: <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/1586/1360>. Acesso em: 26 jul. 2020.
- ARAUJO, A. K. L.; NERY, I. S. Conhecimento sobre contracepção e fatores associados ao planejamento de gravidez na adolescência. **Cogitare Enferm.** [S.l.] v. 23, n. 2, e55841, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/55841/pdf>. Acesso em 16 out. 2021.
- ARAUJO, M. F. Gênero e violência contra a mulher: o perigoso jogo de poder e dominação. **Psicol. Am. Lat.**, México, n. 14, out. 2008. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2008000300012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000300012&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 01 nov. 2021.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2015.
- ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; SERPELONI, F. O tema da adolescência na saúde coletiva - revisitando 25 anos de publicações. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 4831-4842, dez. 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020001204831&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020001204831&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 12 dez. 2020.
- BACIL, E. D. A.; SILVA, M. P.; MAZZARDO, O. **Crescimento e desenvolvimento motor** [livro eletrônico]. 1. ed. Curitiba: Intersaberes, 2020.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BOCK, A. M. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Psicol. Esc. Educ.** Campinas, v. 11, n. 1, p. 63-73, jan./jun.

2007. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-85572007000100007](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572007000100007). Acesso em: 29 jul. 2020.

BORGES, C. D.; JESUS, L. O.; SCHNEIDER, D. R. Prevenção e promoção da saúde: revisão integrativa de pesquisas sobre drogas. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 5-13, jul. 2018. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1982-12472018000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472018000200002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 22 fev. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Informações de Saúde, **Nascidos Vivos no Brasil**: banco de dados. Brasília, 2020c. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 05 ago. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_atencao\\_saude\\_adolescentes\\_jovens\\_promocao\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf). Acesso em: 29 jul. 2020.

BRASIL. **Decreto-lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943**. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Diário Oficial [dos] Estados Unidos do Brasil: seção 1, Rio de Janeiro, DF, ano 82, n. 184, p. 11937-11984, 9 ago. 1943. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del5452.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm). Acesso em: 20 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta de saúde do adolescente: menino**. Brasília, 2014a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta\\_saude\\_adolescente\\_masculino.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_masculino.pdf). Acesso em: 04 nov. 2021.

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. 13 ed. Brasília: Senado Federal, 2017. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/534718/eca\\_1ed.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/534718/eca_1ed.pdf). Acesso em: 29 jul. 2020.

BRASIL. **Lei n. 10.097, de 19 de dezembro de 2000**. Altera dispositivos da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Brasília: Senado Federal, 2000. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l10097.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10097.htm). Acesso em: 20 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção de gravidez na adolescência é tema de campanha nacional**. Brasília: 2020a. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/prevencaoagravidez/#/>. Acesso em: 06 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Quatro de sete indicadores do Previne têm foco na saúde das mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/7557>. Acesso em: 06 set. 2020.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, 2010. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcd26.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd26.pdf). Acesso em 20 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva: Cadernos de Atenção Básica**. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_sexual\\_saude\\_reprodutiva.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf). Acesso em 20 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger\\_cuidar\\_adolescentes\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf). Acesso em 18 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Sa%C3%BAde%20do%20Adolescente%20Competencias%20e%20habilidades.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos\\_sexuais\\_reprodutivos\\_metodos\\_anticoncepcionais.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf). Acesso em: 11 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta de saúde do adolescente: menino**. Brasília, 2012a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta\\_saude\\_adolescente\\_menina.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_menina.pdf). Acesso em: 06. out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta de saúde do adolescente: menina**. Brasília, 2012b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta\\_saude\\_adolescente\\_menina.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_menina.pdf). Acesso em: 06. out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cuidando de Adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://bit.ly/1mTMIS3>. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRETAS, J. R.S. *et al.* Aspectos da sexualidade na adolescência. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3221-3228, jul. 2011. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000800021&script=sci\\_abstract&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000800021&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em: 03 set. 2020.

BRITTO, R.; BENETTI, S. P. C. Ansiedade, depressão e característica de personalidade em homens com disfunção sexual. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 243-258, dez. 2010. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582010000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000200007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 04 nov. 2021.

BUSS, P. M. *et al.* Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 4723-4735, dez. 2020. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020001204723&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020001204723&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 16 dez. 2020.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 229 p.

CABRAL, A. C. F. *et al.* Percepções da gravidez em adolescentes gestantes. **J. Res.: Fundam. Care. (online)**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 2526-2536, abr./jun. 2015. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3709/pdf\\_1591](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3709/pdf_1591). Acesso em: 27 out. 2021.

CAMPOS, H. M. *et al.* Diálogos com adolescentes sobre direitos sexuais na escola pública: intervenções educativas emancipatórias! **Pesqui. Prát. Psicossociais**, São João del-Rei, v. 13, n. 3, p. 1-16, set. 2018. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082018000300010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082018000300010&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 01 nov. 2021.

CARVALHO, D. S. *et al.* Construção de tecnologia educacional para estomizados: enfoque no cuidado da pele periestoma. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 2, p. 427-434, abr. 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000200427&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000200427&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 06 ago. 2020.

CARVALHO, J. B.; MELO, M. C. A família e os papéis de gênero na adolescência. **Psicologia & Sociedade** [online]. [S.l.], v. 31, e168505, dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/gNFmX6vGgKQ6gCyjQzv4CMS/?lang=pt#>. Acesso em: 1 nov. 2021.

CASCAVEL. **Boletim da Vigilância Socioambiental**. Ano 5. n. 1, Cascavel, nov. 2020. 16 p. Disponível em: [asca-vel.atende.net/atende.php?rot=1&aca=571&ajax=t&processo=viewFile&ajaxPrevent=1619698451040&file=795959201A142CE76B07390110DC1A4445D4AD64&sis tema=WPO&classe=UploadMidia](https://asca-vel.atende.net/atende.php?rot=1&aca=571&ajax=t&processo=viewFile&ajaxPrevent=1619698451040&file=795959201A142CE76B07390110DC1A4445D4AD64&sis tema=WPO&classe=UploadMidia). Acesso em: 29 abr. 2021.

CASCAVEL. **Diagnóstico Socioterritorial da Política de Assistência Social**. Cascavel, 2017. 117 p. Disponível em:

<https://cascavel.atende.net/atende.php?rot=1&aca=119&ajax=t&processo=viewFile&ajaxPrevent=1522095423170&file=rkjptt1nykj1cugxq10umgg-tgju1kldgzv5u9xbc&sistema=WPO&classe=UploadMidia>. Acesso em: 29 abr. 2021.

CASCAVEL. **Sistema IPM Saúde**. Cascavel, 2021. Disponível em: <https://saude-cascavel.atende.net/saude/>. Acesso em: 02 mar. 2021.

CAVALER, C. M.; SALVARO, G. J. Produção de sentidos e sexualidade na juventude: um relato de experiência. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v.12, n1, p. 156-163, jan./ jun.2021. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/43364>. Acesso em: 05 set. 2021.

CECCON, R. F.; SCHNEIDER, I. J. C. Tecnologias leves em tempos de pandemia: a educação em saúde como dispositivo de combate ao Coronavírus. **Ciências da Saúde**. Maranhão, Pré impressão., abr. 2020. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:osE7Gwv4sf4J:https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/136/160/146+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 10 jun. 2021.

CHIPKEVITCH, E. Avaliação clínica da maturação sexual na adolescência. **Jornal de Pediatria**, São Paulo, v. 77, supl. 2, p. 135-142, c2001. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/01-77-s135/port.pdf>. Acesso em 04 nov. 2021.

COSTA, G. F. *et al.* Fatores psicossociais enfrentados por grávidas na fase final da adolescência. **Rev Bras Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 2, p. 1-8, abr./jun., 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6661/pdf>. Acesso em: 29 ago. 2021.

COSTA, S. F. *et al.* Contradições acerca da violência sexual na percepção de adolescentes e sua desconexão da lei que tipifica o “estupro de vulnerável”. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. Rio de Janeiro, v. 36, n. 11, e00218019, dez. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n11/e00218019/#>. Acesso em: 20 out. 2021.

CRESTANI, V.; ROCHA, K. B. Risco, vulnerabilidade e o confinamento da infância pobre. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 30, p. e177502, nov. 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-71822018000100227&lng=pt&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-71822018000100227&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 15 set. 2020.

CRUZ, M. S.; CARVALHO, F. J. V.; IRFFI, G. Perfil socioeconômico, demográfico, cultural, regional e comportamental da gravidez na adolescência no Brasil. **Planej. Polít. públicas**, [S.l.], n. 46, jan./jun. 2016. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6577/1/ppp\\_n46\\_perfil\\_socioeconomico.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6577/1/ppp_n46_perfil_socioeconomico.pdf). Acesso em: 21 ago. 2021.

CUNHA, A. G. A.; ESTEVES, A. V. F. Cartilha “Educar é um dom e cuidar é uma arte”: ações preventivas de doenças respiratórias com crianças de creche. *In*: TEIXEIRA, E (org). **Desenvolvimento de tecnologia cuidado-educacionais**. v. 2 , Porta Alegre: Moriá, 2020. p. 115- 132.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/AOconceito.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2021.

DEMO, P. Metodologia do conhecimento científico. São Paulo: Atlas, 2000.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Rev. Adolescência & Saúde**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, abr./jun. 2005. Disponível em: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=167](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167). Acesso em: 06 ago. 2020.

FARIAS, R. V. *et al.* Gravidez na adolescência e o desfecho da prematuridade: uma revisão integrativa de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. Feira de Santana, n. 56, p. e3977, ago. 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3977>. Acesso em 28 ago. 2020.

FAVIER TORRES, M. A. *et al.* Factores de riesgos y consecuencias del embarazo em la adolescencia. **Rev. inf. cient.**, Guantánamo, v. 97, n. 5, p. 1043-1053, set./out. 2018. Disponível em: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-99332018000501043&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000501043&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 05 set. 2020.

FEBRASGO. Anticoncepção para adolescentes. São Paulo: Connexomm, 2017. Série Orientações e recomendações FEBRASGO. n. 9, 2017. Disponível em: [https://www.febRASGO.org.br/media/k2/attachments/15-ANTICONCEPCAO\\_PARA\\_ADOLESCENTES.pdf](https://www.febRASGO.org.br/media/k2/attachments/15-ANTICONCEPCAO_PARA_ADOLESCENTES.pdf). Acesso em: 04 nov. 2021.

FERNANDES M. M. S. M. *et al.* Fatores de riscos associados à gravidez na adolescência. **Rev Enferm UFPI**, [S.l.], v. 3, n. 3, p.53-58, jul./set. 2017. Disponível em: <https://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5884/pdf>. Acesso em: 21 ago. 2020.

FERREIRA, L. F.; D'ÁVILA, A. M. F. C.; SAFATLE, G. C. B. O uso da pílula anticoncepcional e as alterações das principais vias metabólicas. **Rev. Femina**. Rio de Janeiro, v. 47, n. 7. p. 426-32, maio, 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046533/femina-2019-477-426-432.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2020.

FERREIRA, R. A. *et al.* Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 313-323, fev. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/JMzgvkHLG7yPfQSS96MmBjx/?lang=pt#>. Acesso em: 1 nov. 2021.

FIGUEREDO, R. Atenção em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes desacompanhados. *In*: JESUS, N. F.; SOARES JUNIOR, J. M.; MORAES, S. D. T. A. (org.). **Adolescência e Saúde 4 - Construindo saberes, unindo forças, consolidando direitos**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta//resource/pt/biblio-1086489>. Acesso em: 01 nov. 2021.

FINOTTI, M. C. C. F. **Manual de anticoncepção**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015. Disponível em:

<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/manual-de-anticoncepcao>. Acesso em: 11 ago. 2021.

FONTANELLA, B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, fev. 2011, p. 388-394. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>>. Acesso em: 02 jan. 2022.

FRANCISCO, J. C.; GROppo L. A. Adolescência(s) e juventude(s): considerações a partir de uma coexistência legal. **Crítica Educativa**. [S.l.] v.2, n.2, p 275-294, jul./dez. 2016. Disponível em: <https://www.criticaeducativa.ufscar.br/index.php/critica-educativa/article/view/81>. Acesso em: 30 ago. 2020.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1983.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1987.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 19. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1989.

FREITAS, M. V. P.; SANTOS, F. R. Gravidez na adolescência: um problema de saúde pública no Brasil. **Revista da Jornada de Pós-graduação e Pesquisa**. Campinas, v. 16, n.16, set. 2020. Disponível em: <http://revista.urcamp.tche.br/index.php/rcjgpp/article/view/3934/2692>. Acesso em: 23 fev. 2021.

FREITAS, L. G. *et al.* Quando ser menina é ruim: percepções de gênero em crianças e adolescentes. **Psicologia & Sociedade** [online]. [S.l.], v. 33, e225927, maio 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2021v33225927>. Acesso em: 20 out. 2021.

GADELHA, I. P. *et al.* Determinantes sociais da saúde de gestantes acompanhadas no pré-natal de alto risco. **Rev Rene** (Online), [S.l.] v. 21: 42198, set./out. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1053134>. Acesso em: 27 out. 2021.

GAIA, S. B. R.; MENEZES, J. A.; SILVA, R. A. Maternidade e Escolarização: Reflexões sobre os direitos sexuais e reprodutivos em uma instituição escolar pública. **Rev. Ens. Educ. Cienc. Human.**, Pernambuco, v. 21, n. 1, p. 82-90, jun. 2020. Disponível em: <https://revista.pgsskroton.com/index.php/ensino/article/view/7175>. Acesso em: 16 out. 2021.

GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J. C.; GOODWAY, J. D. Compreendendo do desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos [recurso eletrônico]. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

GALVAO, R. B. F. *et al.* Riscos da repetição da gravidez durante a adolescência: um estudo de caso-controle. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 8, p.

437-443, ago. 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032018000800437&script=sci\\_abstract](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032018000800437&script=sci_abstract). Acesso em 02 set. 2020.

GANDOLFI, F. R. R. *et al.* Mudanças na vida e no corpo da mulher durante a gravidez. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, [S.l.], v. 27, n.1, p.126-131, jun./ago. 2019. [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190607\\_200629.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190607_200629.pdf). Acesso em 06 ago. 2021.

GARCIA BELLOCQ, M. *et al.* Consideraciones sobre lapsicoprofilaxis obstétrica em la adolescencia. **Rev.Med.Electrón.**, Matanzas, v. 41, n. 6, p. 1550-1563, dez. 2019. Disponível em: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242019000601550&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000601550&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 26 jul. 2020.

GARCIA, A. M. A.; SILVA NETO, F. S.; VIDAL, G. P. Análise das principais alterações estéticas decorrentes da gravidez: uma revisão integrativa. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 9, n. 9, p. e14996332, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6332>. Acesso em: 6 set. 2020.

GEMELLI, I. F. B.; FARIAS, E. S.; SPRITZER, P. M. Associação da composição corporal e idade da menarca em meninas e adolescentes na Amazônia Brasileira. **Jornal de Pediatria (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 96, n. 2, p. 240-246, mar./abr. 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572020000200240&script=sci\\_arttext&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572020000200240&script=sci_arttext&lng=pt). Acesso em: 12 set. 2020.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIORDANO, M. V.; GIORDANO; L. A.; PANISSET, K. S. Dispositivo intrauterino de cobre. **Rev. Femina**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 16-20, c2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43nsuppl1/a4850.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2021.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 7-18. jan. 2011. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-311X2011000100002&lng=en&nrm=iso&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2011000100002&lng=en&nrm=iso&lng=pt). Acesso em 25 jul. 2020.

GOVENDER, D.; NAIDOO, S.; TAYLOR, M. “Meu parceiro não gostava de usar preservativos e eu não fazia contracepção”: compreendendo as perspectivas de mães adolescentes sobre comportamento sexual de risco em KwaZulu-Natal, África do Sul. **BMC Public Health**, [S.l.], n. 366, mar. 2020. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-08474-2#citeas>. Acesso em: 05 set. 2020.

GROSSMAN, E. A construção do conceito de adolescência no ocidente. **Adolesc. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 47-51, jul./set. 2010. Disponível em: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=235#](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=235#). Acesso em: 10 ago. 2020.

HUBERT, C. *et al.* Factors associated with pregnancy and motherhood among Mexican women aged 15-24. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. São Paulo, v. 35, n. 6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00142318>. Acesso em: 25 out. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE. **Saúde Sexual e reprodutiva**. Brasília: 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html?=&t=downloads>. Acesso em: 20 out. 2021.

LARA, L. A. S. Sexualidade na adolescente. **Rev. Femina**. São Paulo, n. 47, v. 4, p. 194-212, abr. 2019. Ilus. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1103056>. Acesso em: 10 ago. 2020.

LARA, L. A. S.; ABDO, C. H. N.; Aspectos da atividade sexual precoce. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** [online]. São Paulo, v. 37, n. 5 p. 199-202, maio, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/vmgqzWKSWMJpDJgh-bWYjNxf/?lang=pt#>. Acesso em: 22 ago. 2021.

LEAL, M. M.; SILVA, L. E. V. Crescimento e desenvolvimento puberal. *In*: SAITO, M. I.; SILVA, L. F. V. (org.). **Adolescência: prevenção e risco**. São Paulo: Atheneu, 2001. p.41-58.

LOURENÇO, B.; QUEIROZ, L. B. Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência. **Revista De Medicina**. São Paulo, n. 89, v. 2, p. 70-75, jun. 2010. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/46276>. Acesso em: 22 jan. 2021

LUCKESI, C. Ludicidade e formação do educador. **Revista Entreideias**. Salvador, v. 3, n. 2, p. 13-23, jul./dez. 2014. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/entreideias/article/view/9168/8976>. Acesso em: 06 set. 2020.

LUZ R. T. *et al.* Sexualidade e saúde sexual de adolescentes: interseção de demandas para o cuidado. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 27 p. e38440, fev. 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/38440/29592>. Acesso em: 22 out. 2020.

MACEDO, R.M. A família do ponto de vista psicológico: lugar seguro para crescer. **Cad. Pesq.** São Paulo, n. 91, p. 62-68, nov. 1994. Disponível em: <http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/877>. Acesso em: 06 set. 2020.

MACHADO, L. V. Sangramento uterino disfuncional. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** Belo Horizonte, v. 45 n. 4, p. 375-382, ago. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abem/v45n4/a10v45n4.pdf>. Acesso em 04 set. 2020.

MAGALHAES, I. M. O. *et al.* Validação de tecnologia em libras para educação em saúde de surdos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 32, n. 6, p. 659-666, dez. 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_art-text&pid=S0103-21002019000600659](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0103-21002019000600659). Acesso em: 02 nov. 2020.

MAIA, J. S.; VERDI, R. A.; GRAZIANO, V. A gravidez precoce e seus desdobramentos. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 4, n. 2, p. 82-97, fev. 2019. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/gravidez-precoce#RESUMO>. Acesso em: 06 ago. 2021.

MANIVA, J. C. F. *et al.* Tecnologias educacionais para a educação em saúde sobre o AVC: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 4, p. 1724-1731, 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/pt\\_0034-7167-reben-71-s4-1724.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/pt_0034-7167-reben-71-s4-1724.pdf). Acesso em: 22 ago. 2020.

MARANHÃO, T. A. *et al.* Repercussão da iniciação sexual na vida sexual e reprodutiva de jovens de capital do Nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], 2017, v. 22, n. 12, p. 4083-4094. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n3djX3zP9MQFVD8CrpZ9py/?lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2021.

MARSHALL, W. A.; TANNER, J. M. Variations in the Pattern of Pubertal Changes in Boys. **Archives of Disease in Childhood**, [S. l.], v. 45, n. 239, p. 13-23, fev. 1970. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2020414/>. Acesso em: 22 ago. 2020.

MEDINA GÓMEZ O. S.; ORTIZ GONZÁLEZ, K. Fecundidad en adolescentes y desigualdades sociales en México, 2015. **Rev Panam Salud Publica**. México, n. 42, e99, ago./2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49168/v42e992018.pdf;sequence=1>. Acesso em: 21 ago. 2021.

MAGANHA E MELO, C. R. *et al.* Uso de métodos contraceptivos e intencionalidade de engravidar entre mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online]. São Paulo, v. 28, e3328, ago. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/PhK87dTCtYXLHzvShcKSL5n/?lang=en>. Acesso em: 24 out. 2021.

MENDES, D. S. *et al.* Gravidez na adolescência. In: MENDES, D. S. *et al.* **Recurso didático pedagógico para o ensino do cuidado à criança e adolescente para técnicos em enfermagem** [recurso eletrônico] – Porto Alegre: Evangraf: Unioeste, 2016. p. 267- 287. Disponível em: [https://www5.unioeste.br/portalunioeste/arquivos/pibid/Livros\\_PIBID/recurso\\_didatico\\_pedagogico\\_enfermagem.pdf](https://www5.unioeste.br/portalunioeste/arquivos/pibid/Livros_PIBID/recurso_didatico_pedagogico_enfermagem.pdf). Acesso em: 10 out. 2021.

MENESES, C.; OCAMPOS, D. L.; TOLEDO, T. B. Estagiamento de Tanner: um estudo de confiabilidade entre o referido e o observado. **Rev. Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 54-56, jul./set. 2008. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v5n3a10.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2020.

MERHY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 109-116, fev. 2000. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832000000100009](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000100009). Acesso em: 22 set. 2020.



MIALHE, F. L.; SILVA, C. M. C. Estratégias para a elaboração de impressos educativos em saúde bucal. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 44, n. 2, abr./jun. 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquivoosemodontologia/article/view/3468/2243>. Acesso em: 20 out. 20201.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. *In*: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009. p. 9-29. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2021.

MINAYO, M. C. S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. *In*: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009. p. 61-77. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2021.

MIURA, P. O. *et al.* Adolescência, gravidez e violência doméstica: condições sociais e projetos de vida. **Rev. Bras. Enferm.**, [S.l.], v. 73, supl. 1, jun. 2020. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672020000800163&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000800163&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 30 out. 2021.

MOLINA, M. C. C. *et al.* Conhecimento de adolescentes do ensino médio quanto aos métodos contraceptivos. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 22-31, jul. 2015. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo\\_saude\\_artigos/Conhecimento\\_adolescentes\\_ensino.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/Conhecimento_adolescentes_ensino.pdf). Acesso em: 24 out. 2021.

MONTEIRO, D. S. *et al.* Validação de uma tecnologia educativa em biossegurança na atenção primária. **Rev. Cuidarte**. Bucaramanga, v.10, n. 2, p. e654, maio/ago. 2019. Disponível em: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/654>. Acesso em: 21 out. 2020.

MONTEIRO, I. M. U. Contracepção de longo prazo: dispositivo intrauterino (Mirena®). **Rev. Femina**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 22-26, c2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43nsuppl1/a4851.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2021.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende Obstetrícia Fundamental** [recurso eletrônico]. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

MORAES, L. *et al.* Iniciação sexual precoce e fatores associados: uma revisão da literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças**, [S.l.] v. 20, n. 1, p. 59-73, c2019. [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:qJ4GbBHD-kegJ:https://www.sp-ps.pt/downloads/download\\_jornal/617+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:qJ4GbBHD-kegJ:https://www.sp-ps.pt/downloads/download_jornal/617+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br). Acesso em: 2 ago. 2021.

MOREIRA, L. M. A. **Algumas abordagens da educação sexual na deficiência intelectual [online]**. 3. ed. Salvador: EDUFBA, 2011, p. 125-137. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/7z56d/pdf/moreira-9788523211578-12.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2021.

MOREIRA, M. F.; NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. Brasília, v. 56, n. 2, p. 184-188, mar./ abr. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000200015>. Acesso em: 03 nov. 2021.

MOURA B. R. **A atenção à crise nos centros de atenção psicossocial infanto-juvenis**. 2018. 163 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional – PPGTO, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/10081/MOURA%2C%20Beatriz%20Rocha%20.pdf?sequence=4&isAllowed=y>. Acesso em: 30 ago. 2020.

MOURA, F. S. *et al.* Determinantes sociais da saúde relacionados à gravidez na adolescência. **R. Saúde Publ.**, Paraná, v. 4, n. 1, p. 133, mar. 2021. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/452/201>. Acesso em: 21 ago. 2021.

NASCIMENTO, C. D.; ALMEIDA, M. C. Cartilha para orientação de pais e acompanhantes sobre o uso de brinquedos com crianças no pós-operatório. *In*: TEIXEIRA, E (org.). **Desenvolvimento de tecnologia cuidado-educacionais**. v. 2, Porto Alegre: Moriá, 2020. p. 227- 236.

NIETSHE, E. A.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H. P. **Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro(a)?** Porto Alegre: Moriá, 2014.

NUNES, G. P. *et al.* Gestante adolescente e seu sentimento acerca do apoio familiar. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 8, n. 4, p. 731-743, out./dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/27161/pdf>. Acesso em: 13 set. 2021.

OKUDA G. T. *et al.*, Perfil social e obstétrico de gestantes adolescentes. **Cienc. Cuid. Saude**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 2-8, abr./jun. 2017. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/28455/pdf>. Acesso em: 29 ago. 2021.

OPAS. Organização Panamericana de la salud. **Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo em la adolescência em América Latina y el Caribe**. Informe de consult técnica, 26-30 agosto 2016. Washington, D.C., EE. UU.). Disponível em: [https://www.unicef.org/lac/media/1336/file/PDF\\_Acelerar\\_el\\_progreso\\_hacia\\_la\\_reducci%C3%B3n\\_del\\_embarazo\\_en\\_la\\_adolescenc.pdf](https://www.unicef.org/lac/media/1336/file/PDF_Acelerar_el_progreso_hacia_la_reducci%C3%B3n_del_embarazo_en_la_adolescenc.pdf). Acesso em: 26 set. 2021.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano** [recurso eletrônico] / com Gabriela Martorell. Tradução de Carla Filomena Marques Pinto Vercesi *et al.* Revisão técnica de Maria Cecília de Vilhena Moraes Silva *et al.* 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde (SESA/PR). **Linha guia rede mãe paranaense**. Curitiba: SESA, 2017. 63 p. Disponível em: [https://www.saude.pr.gov/sites/default/arquivos\\_restritos/files/documento/2020-04/linhaguiaamaeparanaense\\_final\\_2017.pdf](https://www.saude.pr.gov/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/linhaguiaamaeparanaense_final_2017.pdf). Acesso em: 05 set 2020.

PATIAS, N. D.; GABRIEL, M. R.; DIAS, A. C. G. A família como um dos fatores de risco e de proteção nas situações de gestação e maternidade na adolescência. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 586-610, ago. 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812013000200011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812013000200011&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 31 out. 2021.

PINEDA, L. T. O. *et al.*, Diálogos y saberes sobre sexualidad de padres con hijos e hijas adolescentes escolarizados. **Revista Colombiana de Psicología**, Colombia, v. 27, n. 1, p. 41-53, jan./jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v27n1/0121-5469-rcps-27-01-00041.pdf>. Acesso em: 04 de set. 2021.

PINHEIRO, Y. T.; PEREIRA, N. H.; FREITAS, G. D. M. Fatores associados à gravidez em adolescentes de um município do nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 363-367, dez. 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2019000400363](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2019000400363). Acesso em: 18 de out. 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico [recurso eletrônico]**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

PYLES, M. S. V. *et al.* Conhecimento e uso prévio de contraceptivos entre adolescentes grávidas da Amazônia. In: COSTA, E. F., SAMPAIO, E. C. (org.). **Desenvolvimento da criança e do adolescente: evidências científicas e considerações teóricas-práticas**. São Paulo: Científica, 2020, p. 449-41. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.org/articles/200901300.pdf>. Acesso em 16 out. 2021.

RAMALHO, H.; ROCHA, J.; LOPES, A. Interações aluno-professor: percepções sobre o feedback pedagógico. **Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, v. 14, n. 1, p. 76-95, jan./abr. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologia-empesquisa/article/view/29010>. Acesso em: 10 nov. 2020.

RAMOS, A. S. *et al.* Construção de uma cartilha educativa como ferramenta de apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória e à experiência cirúrgica: relato de experiência. **Interfaces: Revista de Extensão da UFMG**, v. 4, n. 1, p.173-181, jan./jun. 2016. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/CONSTRU%C3%87%C3%83O-DE-UMA-CARTILHA-EDUCATIVA-COMO-DE-APOIO-Pereira-Ramos/8abb3699124add6e4fa8557a2887ab083efdecb1>. Acesso em: 20 out. 2021.

RASMUSSEN, V. S. *et al.* Conhecimento e uso prévio de métodos anticoncepcionais em gestantes adolescentes. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Criciúma, v. 40, n. 4, c2011. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/896.pdf>. Acesso em 17 out. 2021.

REDE FEMINISTA EM SAÚDE. **Caracterização de meninas mães no país, em um período de dez anos (2010 -2019), com detalhamento pelas cinco regiões geográficas e estados brasileiros**. Curitiba: junho a agosto de 2021. Disponível em: [redesaude.org.br](http://redesaude.org.br). Acesso em: 20 out. 2021.

RIBEIRO, W. A. *et al.* A gravidez na adolescência e os métodos contraceptivos: a gestação e o impacto do conhecimento. **Rev. Nursing**, São Paulo, v. 22, n. 253, p. 2990-2994, jun. 2019. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/253/pg98.pdf>. Acesso em: 17 out. 2021.

RIBEIRO, W. A.; *et al.* Práticas educativas do enfermeiro na prevenção da gravidez na adolescência: estratégias e perspectivas. **Rev. Pró-univerSUS**, Rios de Janeiro, v. 8, n. 2, dez. 2017. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1116>. Acesso em: 23 fev. 2021.

ROCHA, R. M. N. *et al.*; Relatos sobre a percepção da gravidez para um grupo de adolescentes e jovens mulheres. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte, v. 10, n. 1, p. 59-68, jun. 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-82202017000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202017000100007&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 09 set. 2021.

ROSA, A. *et al.* Literacia em saúde mental sobre abuso de álcool: um estudo com adolescentes portugueses. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. Porto, n. 6, p. 31-38, nov. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602018000200005](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602018000200005). Acesso em: 17 de out. 2020.

ROSANELI, C. F.; COSTA, N. B.; SUTILE, V. M. Proteção à vida e à saúde da gravidez na adolescência sob o olhar da Bioética. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 30, n. 01, e300114, c2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/h74Np8MT3gnF4Vq9F4DTVmh/?lang=pt>. Acesso em: 31 out. 2021.

SANTOS, B. R. *et al.* **Gravidez na Adolescência no Brasil: Vozes de Meninas e de Brasília**: Indica, 2017. Disponível em: [http://unfpa.org.br/Arquivos/br\\_gravidez\\_adolescencia\\_2017.pdf](http://unfpa.org.br/Arquivos/br_gravidez_adolescencia_2017.pdf). Acesso em: 20 set. 2021.

SANTOS, E. P.; COSTA, A. A. Z. **Cuidado Integral à saúde do adolescente** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: SAGAH, 2019.

SANTOS, N. L. B. *et al.*; A percepção de mães adolescentes sobre seu processo de gravidez. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 8, n. 2, p. 83-96, dez. 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2016000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2016000200007&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: em 08 set. 2021.

SANTOS, S. S. *et al.* A teoria da consecução do papel materno na adolescência: uma reflexão para a prática. **Rem: Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 24, e1316, fev. 2020. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-27622020000100603&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622020000100603&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 07 set. 2021.

SAVEGNAGO, S. D. O.; ARPINI, D. M. A abordagem do tema sexualidade no contexto familiar: o ponto de vista de mães de adolescentes. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 1, p.130-144, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/XrMdf8pCgCkVyRT3KJFCZcG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 set. 2021.

SERRA, M. E. Educación sexual integral. El rol del pediatra. **Arch. Argent. Pediatr.** Argentina, v. 118, n. 2, p.84-86, abr. 2020. Disponível em: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2020/v118n2a02.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2020.

SILVA, E. L. C. *et al.* Gravidez e dinâmica familiar na perspectiva de adolescentes. **Bol - Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo, v. 34, n. 86, p.118-138, abr. 2014. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-711X2014000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2014000100009&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 03 ago. 2020.

SILVA, M. R. B. *et al.* Porque elas não usam?: um estudo sobre a não adesão das adolescentes ao preservativo e suas repercussões. **Saúde em Redes**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, p. 75-83, c2015. Disponível em: [http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/633/pdf\\_17](http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/633/pdf_17). Acesso em: 23 out. 2021.

SOUSA, C. R. O. *et al.* Fatores preditores da evasão escolar entre adolescentes com experiência de gravidez. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 160-169, jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/kn8yrCMhL3XhfGk3HvCxLgg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 ago. 2021.

SOUZA, C.; SILVA, D. N. H. Adolescência em debate: contribuições teóricas à luz da perspectiva histórico-cultural. **Psicol. Estud.**, Maringá, v.23, e2303, abr. 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722018000100228](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722018000100228). Acesso em: 25 out. 2020

SOUZA, F. M. A. *et al.* Contexto de vulnerabilidade de gênero no uso do preservativo masculino. **Humanidades & Tecnologia em revista (finom)**, [S.l.], v. 20, n. 1, jan./jul. 2020. [http://revistas.icesp.br/index.php/FINOM\\_Humanidade\\_Tecnologia/article/view/1004/723](http://revistas.icesp.br/index.php/FINOM_Humanidade_Tecnologia/article/view/1004/723). Acesso em: 25 out. 2021.

TEIXEIRA, E.; MOTA, V. M. S. S. Organizadoras. **Tecnologias educacionais em foco**. São Paulo: Difusão, 2011.

TEIXEIRA, E.; NASCIMENTO, M. H. M. Pesquisa metodológica: perspectivas operacionais e densidades participativas. In: TEIXEIRA E. (org.). **Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais**, v. 2, Porto Alegre: Moriá, 2020.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2013.

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. **Gravidez na adolescência**. Brasília, 2021. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/gravidez-na-adolesc%C3%Aancia>. Acesso em: 20 set. 2021.

VALONI, G. R. *et al.* Associação dos fatores sociodemográficos e patológicos com os resultados perinatais de gestantes adolescentes no sul do Brasil. **Scientia Plena**. Sergipe, v.16, n.6, jun. 2020. Disponível em: <https://www.scientiaplena.org.br/sp/article/view/5134>. Acesso em: 02 out. 2020.

VICENTIM, A. L.; *et al.* Prevenção da gravidez na adolescência no Brasil. **Rev. Enferm. Bras.** São Paulo, v. 18, n. 4, p. 582-590, abr. 2019. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2497/pdf>. Acesso em: 23 fev. 2021.

VIEIRA, B. D. G *et al.* A prevenção da gravidez na adolescência: uma revisão integrativa. Revista de Enfermagem UFPE on line, [S.l.], v. 11, n. 3, p. 1504-1512, fev. 2017. ISSN 1981-8963. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13994>. Acesso em: 22 fev. 2021.

VIEIRA, E. M. *et al.* Gravidez na adolescência e transição para a vida adulta em jovens usuárias do SUS. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 51, mar. 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006528](https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006528). Acesso em: 02 set. 2020.

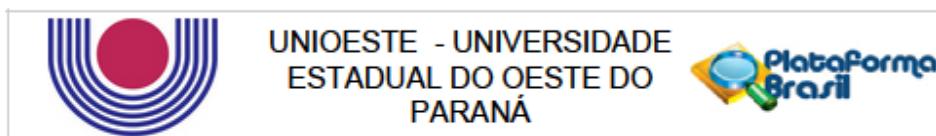
VIEIRA, K. J.; *et al.* Conhecimentos de adolescentes sobre métodos contraceptivos e infecções sexualmente transmissíveis. **Rev. baiana enferm.**[online]. Salvador, v. 35, e39015, fev. 2021. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178-86502021000100314&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502021000100314&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 22 ago. 2021.

VYGOTSKY, L. S. **A Formação Social da Mente**. São Paulo: Martins Fontes, 2002. Disponível em: <http://www.pr.gov.br/bpp>. Acesso em: 07 ago. 2020.

VINAGRE, M. G.; BARROS, L. Preferências dos adolescentes sobre os cuidados de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1627-1636. maio 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04362019>. Acesso em: 28 out. 2021.

VIOLA, D. T. D.; VORCARO, A. M. R. A adolescência em perspectiva: um exame da variabilidade da passagem à idade adulta entre diferentes sociedades. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 34, e3448, set. 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722018000100507](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722018000100507). Acesso em: 12 de set. 2020.

## ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PRODUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA ADOLESCENTES: CARTILHA SOBRE GRAVÍDEZ PRECOCE

**Pesquisador:** CARIANE RENATA SALDANHA FANT GONZATTO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 43142620.2.0000.0107

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.547.873

#### Apresentação do Projeto:

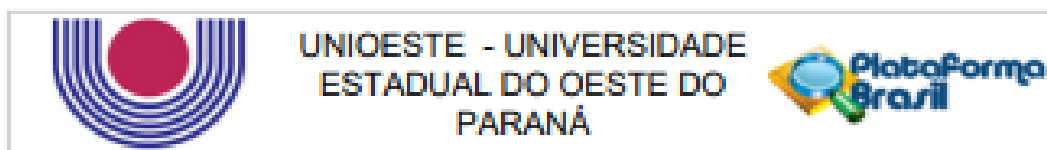
A pesquisa acontecerá em duas etapas. A primeira etapa consiste em três momentos, no primeiro momento será realizada revisão de literatura

acerca da temática. No segundo momento será realizado estudo exploratório visando aproximação do universo das adolescentes que vivenciaram

ou vivenciam a gestação adolescente e no terceiro momento será a produção, da tecnologia educativa para abordagem da gravidez na adolescência, no formato de uma cartilha. Para sua confecção será tomado os dados sistematizados do estudo exploratório realizado com o público alvo, e buscar-se-á embasamento científico na área da saúde do adolescente e da mulher para fortalecer a produção da tecnologia produzida. Na segunda etapa desse estudo metodológico, será realizada a validação da tecnologia educativa produzida. O processo de validação ocorrerá mediante avaliação da cartilha por juízes especialistas identificados entre profissionais da área das ciências humanas e sociais para avaliação de linguagem e adaptação cultural ao público, para a análise da dimensão técnico-científica/de conteúdo serão selecionados juízes especialistas da área da saúde do adolescente e da mulher, a validação será realizada também pelo público alvo, sendo caracterizado por adolescentes que

vivenciaram ou vivenciam a gravidez precoce. Após todas as etapas de validação, caso necessário, será reelaborada a tecnologia.

**Endereço:** RUA UNIVERSITARIA 2069  
**Bairro:** UNIVERSITARIO **CEP:** 85.819-110  
**UF:** PR **Município:** CASCAVEL  
**Telefone:** (45)3220-3092 **E-mail:** cep.prppg@unioeste.br



Continuação do Parecer: 4.547.873

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Produzir e validar tecnologia educativa sobre gravidez na adolescência na forma de cartilha

**Objetivo Secundário:** Levantar a percepção das adolescentes grávidas ou que engravidaram precocemente sobre informações necessárias para problematizar a temática e dar sustentabilidade à construção da tecnologia; Produzir a tecnologia educativa; Produzir instrumentos de validação da tecnologia educativa; Realizar todas as etapas de validação de tecnologia educativa

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Os riscos a que estão expostos os sujeitos da pesquisa podem ser relacionados aos dois tipos de sujeitos. Os especialistas podem se sentir constrangidos em participar da pesquisa ou pressionados para serem juizes. As adolescentes poderão se sentir expostas por discutir sobre sua sexualidade e gravidez precoce. Em todos os casos, os sujeitos poderão retirar seu consentimento e interromper sua participação a qualquer momento.

**Benefícios:**

Os benefícios aos juizes estão relacionados ao contato com o processo de produção e validação de tecnologias ampliando a abordagem da temática; as adolescentes podem se beneficiar, ao discutir e problematizar o tema sexualidade e gravidez na adolescência construindo saberes que os auxiliem a viver integralmente sua sexualidade.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Atende aos critérios éticos par ser desenvolvida.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos apresentados.

**Recomendações:**

Não há recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há inadequações e ou pendências.

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2668

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: [cip.pppq@unioeste.br](mailto:cip.pppq@unioeste.br)



## APÊNDICE A

### INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

#### IDENTIFICAÇÃO:

1) Iniciais do nome:

Idade:

2) Etnia:

( ) Branca

( ) Negra/preta

( ) Parda

( ) Amarela

( ) Indígena

3) Estuda?

Sim ( ) Qual série:

Não ( ) Motivos:

4) Mora com quem?

5) A casa é:

( ) Própria

( ) Alugada

( ) Cedida

( ) Outra: \_\_\_\_\_

6) Trabalha?

Sim ( )

Não ( )

7) Qual o salário (renda familiar)?

( )  $\leq$  1 salário

( ) 1 salário

( ) 2 salários

( ) 3 salários

( ) 4 salários

( )  $\geq$  4 salários

8) Você recebe algum auxílio do governo?

( ) Bolsa Família

( ) Tarifa Social de Energia Elétrica

( ) CadÚnico (Acesso aos benefícios pelo cadastro único)

( ) Auxílio emergencial

( ) Outro: \_\_\_\_\_

9) A gravidez foi planejada? Se não foi planejada, você sabe por que ou como engravidou?

10) Seus pais sabiam que você tinha vida sexual ativa?

11) Já conversou com seus pais sobre sexualidade, alguém orientou você sobre?

12) Você conhece os métodos contraceptivos disponíveis? Quais?

13) Sabe que esses métodos são fornecidos gratuitamente? Sabe onde conseguir?

14) Sabe como deve ser utilizado cada método contraceptivo disponível?

Pílula:

Preservativo/camisinha:

Injeção:

Outros: \_\_\_\_\_

---

- 15) Você utiliza/utilizou algum método contraceptivo? Qual? Quem indicou?
- 16) Tem parceiro fixo? Namorado?? Qual idade do seu parceiro?
- 17) O seu parceiro aceita que você use métodos contraceptivos (anticoncepcional, preservativo feminino ou masculino), Ele aceita usar camisinha?
- 18) Você conhece as transformações físicas que ocorrem durante a gravidez? Acredita que é importante a gestante saber?
- 19) Você acha que a gravidez irá mudar sua vida de alguma forma? Nos estudos? Nas relações de amizade?
- 20) O que pretende fazer após o nascimento do bebê?
- 21) Você acredita que vai ter apoio de alguém após o nascimento da criança. De quem?
- 22) Você pretende ter mais filhos. Se sim, daqui quantos anos?
- 23) Que informações você acredita que seriam importantes para uma adolescente saber para planejar ou evitar a gravidez

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Aprovado na ~~Pró-Reitoria~~ de Pesquisa e Pós-Graduação CONEP em  
04/08/2000 Comitê de Ética em Pesquisa – CEP



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título do Projeto: **PRODUÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA ADOLESCENTES: CARTILHA SOBRE GRAVIDEZ PRECOCE**

Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – “CAAE” N° 43142620.2.0000.0107

Pesquisadora para contato: Cariane Renata Saldanha Fant ~~Gonzatto~~ – (45) 999284538 – [cariane.gonzatto@unioeste.br](mailto:cariane.gonzatto@unioeste.br).

Convidamos sua filha a participar da pesquisa sobre **PRODUÇÃO E DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA ADOLESCENTES: CARTILHA SOBRE GRAVIDEZ PRECOCE**. Os objetivos estabelecidos são criar e validar uma tecnologia educativa (cartilha) sobre adolescência, sexualidade e gravidez na adolescência e têm o propósito de realizar ações educativas com prevenção de gestações precoces. Com este estudo, as adolescentes podem se beneficiar, ao discutir e problematizar o tema sexualidade e gravidez na adolescência construindo saberes que os auxiliem a viver integralmente sua sexualidade.

Para que isso ocorra sua filha deverá responder um questionário sobre assuntos relacionados a adolescência, sexualidade e gravidez na adolescência. No entanto, a sua filha poderá se sentir exposta por discutir sobre sua sexualidade e gravidez precoce. Em todos os casos, a adolescente poderá retirar seu consentimento e interromper sua participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Para que isso ocorra, basta informar, por qualquer modo que lhe seja possível, que deseja deixar de participar da pesquisa e qualquer informação que tenha prestado será retirada do conjunto dos dados que serão utilizados na avaliação dos resultados.

Você não receberá e não pagará nenhum valor para participar deste estudo.

Nós pesquisadoras garantimos a privacidade e o sigilo de sua participação em todas as etapas da pesquisa e de futura publicação dos resultados. O nome de sua filha, endereço, voz e imagem nunca serão associados aos resultados desta pesquisa.

As informações que sua filha fornecer serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa. Caso as informações fornecidas e obtidas com este consentimento sejam consideradas úteis para outros estudos, você será procurado para autorizar novamente o uso.

Este documento que você vai assinar contém (02) páginas. Você deve ~~visar~~ (rubricar) todas as páginas, exceto a última, onde você assinará com a mesma assinatura registrada no cartório (caso tenha). Este documento está sendo apresentado a você em duas vias, sendo que uma via é sua. Sugerimos que guarde a sua via de modo seguro.

Caso você precise informar algum fato ou decorrente da sua participação na pesquisa e se sentir desconfortável em procurar o pesquisador, você poderá procurar pessoalmente o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIOESTE (CEP), de segunda a sexta-feira, no horário de 08h00 as 15h30min, na Reitoria da UNIOESTE, sala do Comitê de Ética, PRPPG, situado na rua Universitária, 1619 – Bairro Universitário, Cascavel – PR. Caso prefira,

, você pode entrar em contato via Internet pelo e-mail: [cep.prppg@unioeste.br](mailto:cep.prppg@unioeste.br) ou pelo telefone do CEP que é (45) 3220-3092.

Declaro estar ciente e suficientemente esclarecido sobre os fatos informados neste documento.

Nome do responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Eu, ~~Cariene Renata Saldanha Fant~~ ~~Gonzatto~~, declaro que forneci todas as informações sobre este projeto de pesquisa ao responsável.

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Cascavel, de \_\_\_\_\_ de 2021.

## APÊNDICE C – Termo de Assentimento



Universidade Estadual do Oeste do Paraná

~~Pró-Reitoria~~ de Pesquisa e Pós-Graduação  
Pesquisa – CEP CONEP em 04/08/2000



Aprovado na Comitê de Ética em

### TERMO DE ASSENTIMENTO – TA (Crianças ≥ 07 anos de idade)

Título do Projeto: **PRODUÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA ADOLESCENTES: CARTILHA SOBRE GRAVIDEZ PRECOCE**

Pesquisadora responsável e colaboradores com telefones de contato:

Cariane Renata Saldanha Fant ~~Gonzatto~~ – (45) 999284538 – [carianefant@gmail.com](mailto:carianefant@gmail.com)

Professora Solange Fatima Reis ~~Contorno~~ – (45) 991071098 – [solangecontorno@gmail.com](mailto:solangecontorno@gmail.com)

Convidamos você a participar de nossa pesquisa que tem o objetivo de **criar uma cartilha educativa sobre gravidez na adolescência**, para isso você terá que responder um questionário sobre assuntos relacionados a adolescência, sobre sexualidade e prevenção de gravidez.

Para participar deste estudo, o seu responsável legal deverá autorizar a sua participação assinando o Termo de Consentimento. Caso o seu responsável legal não assine o Termo de Consentimento, sua assinatura neste termo será invalidada e sua participação neste estudo não será possível.

Durante a execução desta pesquisa, você poderá se sentir exposta por discutir sobre sua sexualidade e gravidez precoce. Em todos os casos, poderá retirar seu consentimento e interromper sua participação a qualquer momento.

Você poderá se beneficiar, ao discutir e problematizar o tema sexualidade e gravidez na adolescência construindo saberes que os auxiliem a viver integralmente sua sexualidade.

Para questionamentos, dúvidas ou relatos de acontecimentos os pesquisadores poderão ser contatados a qualquer momento pelo telefone (45)999284538 – email: [carianef@gmail.com.br](mailto:carianef@gmail.com.br) (Cariane Renata Saldanha Fant ~~Gonzatto~~).

Declaro estar ciente do exposto e **desejo participar do projeto PRODUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA ADOLESCENTES: CARTILHA SOBRE GRAVIDEZ PRECOCE**

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Eu, Cariane Renata Saldanha Fant ~~Gonzatto~~, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante e/ou responsável.

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Cascavel, de de 2021

APÊNDICE D – Escala de desenvolvimento de Tanner

Estágio de Desenvolvimento das mamas

Estágio de Desenvolvimento dos pelos pubianos

Estágio de Tanner - mamas

**M1 – Estágio 1**  
Pré-púbere  
(somente elevação da papila).

**M2 – Estágio 2**  
Broto Mamário.

**M3 – Estágio 3**  
Maior aumento da mama e da aréola sem separação dos seus contornos.

**M4 – Estágio 4**  
Projeção da aréola e da papila. Com aréola saliente em relação ao contorno da mama (somente elevação da papila).

**M5 – Estágio 5**  
Aréola volta ao contorno da mama. Saliência somente da papila. Mama adulta.

**P1 – Estágio 1**  
Pré-púbere  
(ausência de pelos).

**P2 – Estágio 2**  
Pelos longos, finos e lisos ao longo dos grandes lábios.

**P3 – Estágio 3**  
Pelos mais escuros, mais espessos e encaracolados, parcialmente sobre o púbis.

**P4 – Estágio 4**  
Pelos mais escuros, mais espessos e encaracolados, cobrindo totalmente o púbis, sem atingir as raízes das coxas.

**P5 – Estágio 5**  
Pelos estendendo-se até as raízes das coxas.

Estágio de Tanner – pelos pubianos

Estágio de desenvolvimento dos pelos pubianos

Estágio de desenvolvimento da genitália

Estágio de Tanner – pelos pubianos

**P1 – Estágio 1**  
Pré-púbere  
(Infantil).

**P2 – Estágio 2**  
Pelos longos, finos e lisos na base do pênis.

**P3 – Estágio 3**  
Pelos mais escuros, mais espessos e encaracolados, sobre o púbis.

**P4 – Estágio 4**  
Pelos escuros, espessos e encaracolados, cobrindo totalmente o púbis, sem atingir as raízes das coxas.

**P5 – Estágio 5**  
Pelos estendendo-se até as raízes das coxas.

**G1 – Estágio 1**  
Pré-púbere  
(Infantil).

**M2 – Estágio 2**  
Aumento do escroto e dos testículos, sem aumento do pênis. Pele da bolsa escrotal fina e rosada.

**M3 – Estágio 3**  
Aumento do pênis em comprimento. Continua o aumento dos testículos e escroto.

**M4 – Estágio 4**  
Aumento do diâmetro do pênis e desenvolvimento da glândula. Continua o aumento dos testículos e escroto cuja pele escurece e engrossa.

**M5 – Estágio 5**  
Genital adulta em tamanho e forma.

Estágio de Tanner – genitália