

Vulnerabilidade da recorrência de gestação entre adolescentes*Vulnerability of pregnancy recurrence among adolescents**Vulnerabilidad de la recurrencia del embarazo entre adolescentes***Ana Carolina Bhering Alves do Amaral^{1*}**

ORCID: 0000-0001-7436-3523

Márcia Barbieri¹

ORCID: 0000-0002-4662-1983

¹Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, Brasil.*Autor correspondente: E-mail: acarolina.bhering@gmail.com**Resumo**

Objetivou-se identificar os aspectos da vulnerabilidade frente à repetição da gestação em adolescentes segundo variáveis sócio-demográficas, ginecológicas, obstétricas, anticoncepcionais e determinar a ocorrência destas gestações serem ou não programadas. Trata-se de um estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa com 323 adolescentes puérperas internadas em Unidade de Alojamento Conjunto de uma Maternidade situada na região Centro Sul do Município de São Paulo durante 12 meses. Por meio do método *Two Step* de Cluster identificou-se dois grupos por semelhança entre suas variáveis. O Cluster 2 foi constituído por adolescentes que possuíam fatores de vulnerabilidade frente à repetição de gravidez não programada por possuírem maiores índices de gravidez atual e anterior não planejada, pois adotaram práticas sexuais inseguras na utilização do método contraceptivo, justificado pela falta de informação e de cuidado na sua utilização. O grupo 1 foi constituído por adolescentes que programaram sua gestação, possuíam assim, variáveis de predição diferentes das demais, como menor número de parceiros sexuais e abortamentos espontâneos. Diante de tais resultados, há a necessidade de ampliação e de melhor compreensão dos conceitos sobre a ocorrência da gravidez nesta fase da vida.

Descritores: Gravidez na Adolescência; Saúde do Adolescente; Vulnerabilidade; Ginecologia; Obstetrícia.**Abstract**

The aim was to identify aspects of vulnerability in the face of repeat pregnancies in adolescents according to sociodemographic, gynecological, obstetric, and contraceptive variables, and to determine whether or not these pregnancies were planned. This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach with 323 postpartum adolescents hospitalized in a rooming-in unit of a maternity hospital located in the Center-South region of the city of São Paulo for 12 months. Using the Two Step Cluster method, two groups were identified by similarity between their variables. Cluster 2 was made up of adolescents who had vulnerability factors in the face of repeat unplanned pregnancies because they had higher rates of current and previous unplanned pregnancies, as they adopted unsafe sexual practices in the use of the contraceptive method, justified by the lack of information and care in its use. Group 1 consisted of adolescents who scheduled their pregnancy, thus having different prediction variables from the others, such as a lower number of sexual partners and spontaneous abortions. Faced with such results, there is a need to expand and better understand the concepts about the occurrence of pregnancy at this stage of life.

Descriptors: Teenage Pregnancy; Adolescent Health; Vulnerability; Gynecology; Obstetrics.**Como citar este artigo:**

Amaral ACBA, Barbieri M. Vulnerabilidade da recorrência de gestação entre adolescentes. Glob Clin Res. 2023;3(1):e41.
<https://doi.org/10.5935/2763-8847.20210041>

Submissão: 25-01-2023

Aprovação: 10-03-2023



Resumén

El objetivo fue identificar aspectos de vulnerabilidad ante los embarazos repetidos en adolescentes según variables sociodemográficas, ginecológicas, obstétricas y anticonceptivas, y determinar si estos embarazos fueron planificados o no. Se trata de un estudio descriptivo, transversal, con enfoque cuantitativo con 323 puérperas adolescentes hospitalizadas en alojamiento conjunto de una maternidad ubicada en la región Centro-Sur de la ciudad de São Paulo durante 12 meses. Utilizando el método Two Step Cluster, se identificaron dos grupos por similitud entre sus variables. El conglomerado 2 estuvo conformado por adolescentes que presentaban factores de vulnerabilidad ante embarazos repetidos no planificados debido a que presentaban mayores índices de embarazos no planificados actuales y anteriores, ya que adoptaron prácticas sexuales inseguras en el uso del método anticonceptivo, justificado por la falta de información y cuidado en su uso. El grupo 1 estuvo formado por adolescentes que programaron su embarazo, por lo que tuvieron variables de predicción diferentes a las demás, como menor número de parejas sexuales y abortos espontáneos. Ante tales resultados, surge la necesidad de ampliar y comprender mejor los conceptos sobre la ocurrencia del embarazo en esta etapa de la vida.

Descriptor: Embarazo en la Adolescencia; Salud del Adolescente; Vulnerabilidad; Ginecología; Obstetricia.

Introdução

A adolescência é um período marcado por vulnerabilidade em virtude de ser uma etapa da vida de conflitos de diferentes esferas. Fatores marcantes que o fazem vulnerável são a descoberta do prazer e a prematuridade da iniciação sexual.

A Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), em parceria com o Ministério da Saúde, evidenciaram, por meio de pesquisa realizada, que não só a iniciação sexual está acontecendo cada vez mais precocemente entre jovens, como também namoros breves e mais intensos têm se tornado uma tendência nesse período¹.

Outros estudos são mais categóricos ao afirmarem que a precocidade do início das atividades sexuais, aliada à desinformação quanto ao uso adequado dos métodos anticoncepcionais, a idade da menarca, que vem se antecipando ao longo dos últimos anos, e a deficiência de programas de assistência são alguns dos fatores responsáveis pelo aumento da gravidez, abortamento e doenças sexualmente transmissíveis na adolescência².

Ações desenvolvidas na área de saúde apontam a gravidez na adolescência como uma epidemia, em particular nos países pobres ou em desenvolvimento, e diferentes aspectos ganham destaque nesse tema, alguns envolvendo riscos obstétricos, pediátricos, psicossociais para mães e filhos; e outros envolvendo a falta de responsabilidade dos adolescentes, parceiros das jovens, quanto ao exercício da vida sexual e reprodutiva. De modo geral, a apreciação com relação à gravidez nessa fase é quase sempre negativa, não apenas pelas instituições públicas, mídia, profissionais de saúde e de educação, mas também pelo que se observa na própria produção acadêmico-científica³.

Dentre as consequências observadas entre as mães adolescentes, encontram-se mais frequentemente o abandono da escola, o afastamento do grupo de amigos e das atividades próprias da idade, além das limitações de oportunidades de emprego. Nessas circunstâncias, adquirem relevância o início tardio do pré-natal, o número de consultas pré-natal menor do que o esperado e o de abortamentos intencionais nesse grupo populacional⁴.

De acordo com o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), no Brasil, os adolescentes e jovens correspondem a 30% da população; numericamente, trata-se de 57.426.021 indivíduos em transformação biológica, emocional e social, havendo quase igual proporção entre os gêneros (50,4% homens e 49,6% mulheres). Os dados estatísticos do programa revelam semelhanças numéricas na população de adolescentes menores (10 a 14 anos) e maiores (15 a 19 anos) no Estado de São Paulo, representando 28.348.067 e 29.077.954, respectivamente⁵.

O total de nascimentos entre mães adolescentes no Estado de São Paulo atingiu o seu último pico, de aproximadamente 730 mil, no final dos anos noventa e, a partir de então, a tendência tem sido de redução, registrando-se, em 2009, 594 mil nascimentos. Deste volume, aproximadamente 21% correspondem a nascimentos de mães com menos de 20 anos⁶.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 2006, mostrou que 21% das mulheres na faixa etária de 15 a 19 anos tinham pelo menos um filho e que as jovens mais pobres de classe menos favorecida apresentavam fecundidade 10 vezes maior do que as de melhor estrato socioeconômico. Em geral, 80,3% destes nascimentos foram primogênitos e 19,7% correspondiam à ordem de dois ou mais filhos. Estas proporções não devem ser consideradas desprezíveis, sobretudo quando a maioria pertence a grupos desfavorecidos da população, em que a condição de vida, de acesso aos serviços de saúde ou ao mercado de trabalho são mais precários se comparados as demais jovens do país⁶.

Outros estudos fazem a relação de que mulheres cuja maternidade se iniciou na adolescência tendem a ter número maior de filhos durante toda a sua vida reprodutiva. Na maioria dos casos, a primeira gravidez não é planejada, sendo, inclusive, algumas vezes, indesejada. Assim, a probabilidade das seguintes gestações adquirirem o caráter não desejado da primeira torna-se altíssima².

Somado a isso, nas últimas décadas, a reincidência da gravidez nesse período tem aumentado mundialmente, principalmente nos países emergentes, tendo em vista a pouca escolaridade, a desagregação familiar, a instabilidade



econômica, em particular nas adolescentes de baixo nível socioeconômico⁷.

Estudiosos indicam que várias situações tornam as adolescentes vulneráveis a repetição de uma gestação. Entre elas, encontram-se a precocidade da menarca e do início da vida sexual, sua história familiar acompanhada de episódios de gravidez na adolescência, a ausência do pai, o abandono escolar, o uso inadequado de método contraceptivo ou as dificuldades de acesso às tecnologias de saúde⁸.

Alguns fatores são considerados desencadeantes e significativos para a repetição de gravidez nessa faixa etária e estão relacionados à idade da primeira concepção – quanto mais cedo a mulher começa sua vida reprodutiva, maior será sua chance de terminá-la com uma fecundidade elevada; à estabilidade familiar, ao grau de instrução dos pais e à própria fecundidade materna, cujos indícios de influência sobre a gravidez de recorrência rápida se mostram importantes; ao abandono e à conclusão do curso escolar, sendo o baixo desempenho escolar um nítido indicador de recorrência de gravidez, tal como apontam estudos que mostram ser a escolaridade inversamente proporcional à fecundidades das adolescentes; e, por fim, aos abortamentos, visto mulheres com história de abortamento espontâneo apresentarem maior probabilidade de ter uma gravidez recorrente rápida⁷.

Alguns estudos apontam ainda que mães adolescentes não fazem uso adequado de métodos contraceptivos para evitar futuras gestações, e atribuem o fracasso do uso de contraceptivos a efeitos colaterais ou à falta de motivação à prevenção da gravidez, o que as leva a se sentirem menos propensas a utilizar anticoncepcionais após o parto e, assim, a conceber de novo⁷.

Em revisão integrativa sobre elementos da vulnerabilidade de adolescentes ao HIV/AIDS, no período de 1996 a 2006, a maioria dos estudos detém-se nos aspectos da vulnerabilidade individual, evidências científicas apontando a falta de percepção dos adolescentes sobre sua vulnerabilidade ao HIV, gravidez e repetição da gravidez. A vulnerabilidade da gestação não tem pretensão de buscar estabelecer probabilidade matemática de adoecimento, mas almeja “expressar os potenciais de adoecimento e não-adoecimento, relacionado a todo e a cada indivíduo que vive em certo conjunto de condições”. Assim, a vulnerabilidade individual eleva a vulnerabilidade social dos adolescentes, e grande parte dos estudos sobre vulnerabilidade apontam aspectos da sexualidade como principais fatores que, de alguma maneira, os vulnerabilizam⁹.

A noção de vulnerabilidade entre adolescentes tem estado presente em diversos estudos. Muitas argumentações assinalam que um destino precário estaria reservado à adolescente mãe, e que uma gravidez aumentaria, assim, suas chances de ser novamente mãe sem ter planejado, o que traz como consequência a dificuldade de se inserir no mercado de trabalho. O fato de não trabalhar, por sua vez, ao diminuir sua renda, aumentaria consideravelmente sua vulnerabilidade social¹⁰.

A gravidez na adolescência e, em especial, sua recorrência têm sido foco de nossos interesses, pois, assim como é enfatizado habitualmente pela sociedade, o fato de

uma adolescente ter engravidado uma primeira vez faz com que ela aprenda com a experiência positiva ou negativa vivida, e efetivamente passe assim a escolher e decidir sobre sua saúde sexual e reprodutiva. Na assistência prestada a mulheres no ciclo gravídico-puerperal como enfermeira obstetra em Centros de Parto Normal, em Programas de Assistência Pré-Natal e em Unidades de Alojamento Conjunto, é notável a presença de jovens mães como clientes em períodos de gestação, parto, puerpério ou após episódios de abortamento. A repetição da gestação em adolescentes é um fato que não pode ser ignorado e, como profissionais de saúde, devemos conhecer os fatores que a vulnerabilizam.

Dado o exposto, objetivou-se identificar os aspectos da vulnerabilidade frente à repetição da gestação em adolescentes segundo variáveis sócio-demográficas, ginecológicas, obstétricas, anticoncepcionais e determinar a ocorrência destas gestações serem ou não programadas.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa.

A pesquisa foi realizada em Unidade de Alojamento Conjunto de uma Maternidade Filantrópica situada na região Centro Sul do Município de São Paulo. Nesta instituição, a assistência aos períodos de pré-natal e parto são oferecidos às gestantes de baixo risco obstétrico que buscam o serviço por demanda espontânea ou encaminhadas por outros serviços de referência e contrarreferência do município de São Paulo e Grande São Paulo. A instituição foi fundada em 1930, sendo responsável pelo atendimento obstétrico de aproximadamente 600 parturientes ao mês, com alta incidência de adolescentes, estes representando cerca de 45% da população atendida. Os recursos financeiros são provenientes do Serviço Único de Saúde (SUS), da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo, entre outros. A assistência ao parto é realizada no Centro de Parto Normal por uma equipe de enfermeiras obstetras. Possui como filosofia institucional o cumprimento das normas técnicas de humanização ao parto, conseguindo reduzir a taxa de parto cesárea para aproximadamente 13%. Os nascimentos são notificados em livros de registro de parto, bem como em outros registros internos.

Em seu primeiro contato com o serviço, as parturientes são avaliadas pela equipe médica e admitidas para assistência ao parto. A assistência ao trabalho de parto e parto são realizados em unidades denominadas de “PPP”, pré-parto, parto e pós-parto. Nestes períodos, as mulheres permanecem com seus acompanhantes até serem encaminhadas às Unidades de Alojamento Conjunto. A alta hospitalar costuma ocorrer, em padrões de normalidade, após as 48 horas do parto.

No presente estudo, adotou-se a definição de adolescente estabelecida pelo Ministério da Saúde, como a idade cronológica compreendida entre os 10 aos 19 anos¹⁰. A população do estudo compreendeu 452 puérperas adolescentes com repetição de gravidez, mas apenas 323 responderam aos critérios de seleção.



Foram incluídas no estudo as adolescentes puérperas com recorrência de gestação, independente da sua história obstétrica progressiva ser uma evolução para parto ou aborto, que consentiram formalmente em participar do estudo e sob autorização de seu responsável. O motivo para 129 puérperas adolescentes não se encontrarem adequadas aos critérios de inclusão refere-se ao fato de não haver assinatura do Termo de Consentimento e Livre Esclarecido por seu responsável legal, critério considerado obrigatório em estudo com indivíduos em idade cronológica menor de 19 anos.

Foram excluídas do estudo as puérperas adultas e primíparas, bem como as adolescentes com recorrência de gravidez que não aceitaram participar ou que não possuíam responsável legal no momento da coleta de dados. De 452 adolescentes puérperas com repetição de gravidez, obedeceram aos critérios de inclusão 323. Assim, o estudo constituiu-se por uma amostragem não probabilística de conveniência representada por 323 adolescentes puérperas com repetição de gravidez internadas na Unidade de Alojamento Conjunto entre os meses de novembro de 2008 e outubro de 2009.

A confirmação do número representativo da amostra foi realizada por meio de cálculo estatístico tendo por base os índices de nascimento dos 12 meses anteriores à coleta. Considerou-se a ocorrência de 15.654 nascimentos no local, e, destes, 1.168 partos de adolescentes nos quais 787 eram de adolescentes com recorrência de gestação. A metodologia utilizada foi de uma amostragem aleatória simples considerando um intervalo com 95% de confiança. Desta forma, a amostra total calculada foi de 235 indivíduos, podendo haver um erro amostral máximo de 5%. No entanto, a decisão por realizar a amostragem por conveniência se deu pela dificuldade em cumprir alguns critérios de inclusão por parte da população estudada.

A coleta de dados iniciou-se após a autorização formal da instituição hospitalar e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, sob o Parecer n.º 1149/08.

O formulário elaborado e revisado criticamente foi submetido ao pré-teste em uma pequena amostra a fim de determinar sua clareza e compreensão por parte das entrevistadas. Visto que o instrumento correspondeu às expectativas desejadas, iniciou-se a coleta dos dados com duração de 12 meses buscando-se entrevistar todas as adolescentes puérperas com recorrência de gravidez hospitalizadas no período de novembro de 2008 a outubro de 2009.

Os dados coletados foram previamente codificados e organizados em planilha *Microsoft Excel*® versão 2007 em ambiente Windows Vista®. As análises estatísticas foram realizadas utilizando-se o programa IBM-SPSS® versão 18 (*Statistical Package for Social Sciences*).

O nível de significância utilizado para o teste t de Student foi de 5%. A fim de se conhecer a homogeneidade entre a amostra, em um segundo momento, foi utilizado um método de Análise Estatística Multivariada para segmentação do grupo em subgrupos com sujeitos assemelhados buscando construir tantos grupos quantos

fossem necessários, até um limite máximo da quantidade de entrevistados, ou seja, 323. Cada grupo deveria ter características que o distinguíssem dos demais. Essa técnica é conhecida como Análise de Cluster.

Análise de Cluster é um método de classificação não supervisionada de padrões (observações, dados, ou vetores de características) em grupos (clusters). Problemas de clusterização têm sido abordados em diversos contextos e por pesquisadores em muitas disciplinas, o que reflete o seu grande apelo e utilidade como uma das etapas na análise exploratória de dados. No entanto, não deixa de ser um problema difícil combinatorialmente, com diferentes pressupostos¹¹, pois sua análise não é diretamente supervisionada.

Algumas das técnicas mais conhecidas de clusterização são a hierárquica, a *K-means* e a *Two Step*. A clusterização hierárquica constrói (aglomerativa) ou quebra (divisional) uma hierarquia de clusters. A representação tradicional desta hierarquia é uma árvore denominada dendograma, com elementos individuais em uma extremidade, e um único cluster contendo todos os elementos em outra extremidade¹².

O algoritmo *K-means* orienta cada ponto a um cluster cujo centro, também chamado de centróide, esteja mais próximo. O centro é a média de todos os pontos no cluster, ou seja, suas coordenadas são a média aritmética para cada dimensão separadamente sobre todos os pontos no cluster. Já o algoritmo *Two Step*, específico do *software SPSS*®, é uma análise de cluster escalonável desenhado para manipular grandes quantidades de dados. Ele trabalha com dados categóricos e apresenta a possibilidade de identificar a quantidade ideal de agrupamentos¹².

Neste sentido, após a limpeza dos dados, esses passaram pela Análise de Cluster usando o método *Two Step*, sem parâmetro de quantidade de agrupamentos para que o método por si fizesse essa identificação. Foram identificados dois clusters. Para confirmação, os dados categóricos foram avaliados buscando diferença estatística a partir dos dois clusters formados. Para os dados numéricos, foi aplicado o teste t de Student, após identificar se as variáveis possuíam uma distribuição normal.

Por meio do método *Two Step*, identificaram-se dois grupos por semelhança entre suas variáveis compondo-se ao Cluster 1 a quantidade de 131 adolescentes e ao Cluster 2 a quantidade de 41 adolescentes, levando-se em consideração variáveis sociodemográficas, ginecológicas, obstétricas e anticonceptivas de importante significância na análise comparativa dos Grupos ou Clusters.

Resultados

Os resultados obtidos serão apresentados em um primeiro momento considerando-se toda a amostra e, posteriormente, nos dois subgrupos segundo a classificação de Cluster por variáveis categóricas e numéricas.

A Tabela 1 nos revela que, do total de 323 adolescentes que constituíram o estudo, a média da idade cronológica expressa em anos foi de 17,9 anos, com variância entre a idade mínima de 13 e máxima de 19 anos.



Houve maior concentração de jovens com 19 anos (37,7%), seguido de 18 (30,3%) e 17 anos (18,6%), entre outros.

A região de nascimento informada por elas foi, em grande parte, a Região Sudeste do país (64,7%), seguido pela Nordeste (14,5%) e Centro-Oeste (10,5%), Norte (7,4%) e Sul (2,8%).

Quanto à escolaridade, percebe-se que a maioria teve cerca de seis a oito anos de estudo, a média expressa em anos para a escolaridade foi de 7,7 anos, variando de “nunca ter estudado” a “12 anos” para a maior escolaridade.

Quanto à cor da pele, o grupo de adolescentes foi categorizado em brancas e não brancas, com maior representação da cor de pele branca (54,0%) por elas expressado.

O estado civil, dividido em união consensual, solteira, casada e viúva entre as integrantes da amostra, apontou para a predominância de união consensual (50,8%), seguida por solteiras (43,7%), casadas (5,0%) e viúvas (0,6).

Em relação à dependência financeira, observou-se que as jovens dependem financeiramente, com predominância, dos pais (49,0%) e dos sogros (23,2%). A

renda familiar está representada por uma média de 2 a 3 salários-mínimos, definido, à época da pesquisa, por 465,00 reais, base do salário-mínimo vigente durante a coleta dos dados. A renda mínima encontrada foi de 1 salário-mínimo e a máxima, de 4.

Quanto à ocupação na gravidez anterior, observa-se predominância de adolescentes trabalhadoras do lar (66,5%), seguida de estudantes (22%) e, por fim, trabalhadoras fora do lar (11,5%).

Já em relação à gravidez atual, a situação se modifica, predominando as adolescentes estudantes (53,8%) em relação as que trabalham fora do lar (35,7%) e, por fim, as trabalhadoras do lar (10,5%).

Expressivo número de jovens não possuía parceiro no momento da entrevista (36%). Entre as adolescentes com parceiro, observa-se a predominância das faixas etária destes entre os 19 a 21 anos (29,1%), seguidos de 22 a 24 anos (18,0%) e 25 a 27 anos (9,9%). A idade média dos parceiros foi representada por 22 anos, a mediana por 21, sendo a idade mínima encontrada de 16 e a máxima de 30 anos.

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas de adolescentes puérperas com recorrência de gravidez. São Paulo, SP, Brasil, 2009

Variável		
Idade	N	%
13	1	0,3
15	4	1,24
16	38	11,8
17	60	18,6
18	98	30,3
19	122	37,7
Mínima	13	
Máxima	19	
Média	17,9	
Mediana	18	
Total	323	100,0
Região de Nascimento		
	N	%
Sudeste	209	64,7
Nordeste	47	14,5
Centro-Oeste	34	10,5
Norte	24	7,4
Sul	9	2,8
Total	323	100,0
Escolaridade		
	N	%
0 – 2 anos	3	0,9
3 – 5 anos	15	4,6
6 – 8 anos	221	68,5
9 – 11 anos	83	25,7
12 anos	1	0,3
Mínimo	0	
Máximo	12	
Média	7,7	
Mediana	8,0	
Total	323	100,0

Cor	N	%
Branca	171	54,0
Não Branca	152	46,0
Total	323	100,0
Estado Civil	N	%
União consensual	164	50,8
Solteira	141	43,7
Casada	16	5,0
Viúva	2	0,6
Total	323	100,0
Dependência Financeira	N	%
Pais	158	49,0
Sogros	75	23,2
Parceiro	54	16,7
Independente	27	8,3
Tios	6	1,9
Avos	3	0,9
Total	323	100,0
Renda Familiar	N	%
Não sabe informar	80	24,7
1 – 2 Salários-Mínimos	94	29,1
2 – 3 Salários-Mínimos	97	30,0
3 – 4 Salários-Mínimos	41	12,6
Mais de 4 Salários-Mínimos	11	3,4
Mínimo	1,0	
Máximo	4,0	
Média	2,0	
Mediana	2,0	
Total	323	100,0
Ocupação na gravidez anterior	N	%
Trabalhou no lar	215	66,5
Estudou	71	22,0
Trabalhou fora do lar	37	11,5
Total	323	100,0
Ocupação na gravidez atual	N	%
Estudou	174	53,7
Trabalhou no lar	155	35,7
Trabalhou fora do lar	34	10,5
Total	323	100,0
Idade do parceiro atual	N	%
Não possui parceiro	116	36,6
16-18 anos	11	3,4
19-21 anos	94	29,1
22-24 anos	60	18,5
25-27 anos	32	9,9
28-30 anos	10	0,3
Mínimo	16	
Máximo	30	
Média	22	
Mediana	21	
Total	323	100,0

A variável ginecológica, representada pela menarca, ocorreu para a maioria das jovens aos 11 anos (33,4%), aos 10 anos para 32,8% da amostra, com mínimo de

9 e máximo de 13 anos. A média da idade da menarca encontrada entre as adolescentes foi de 10,7 anos e a mediana aos 11 anos. A menor idade registrada pela amostra



foi de 9 anos e a maior idade, de 13 anos. Quanto ao início da atividade sexual, encontramos intervalo de sua ocorrência dos 11 aos 16 anos, notando-se índices maiores aos 13 anos (38,0%), seguido dos 14 anos (31,0%). A média de idade obtida para a sexarca foi aos 13,5 anos, a mediana, aos 13 anos.

O intervalo gestacional observado para a maioria das adolescentes variou de 13 a 24 meses (44,6%), seguido de 1 a 12 meses (40,2%). A média obtida foi de 18,4 meses e a mediana, de 16 meses. O menor intervalo encontrado entre as gestações foi de um mês e o maior, de 60 meses.

Ao se indagar sobre o passado obstétrico da mãe da jovem enquanto adolescente, predomina-se 1 filho para 52,0% e 2 filhos para 32,8%. O número de filhos tidos variou de zero a três. A média obtida foi de 1,3 e a mediana, de um.

O número de parceiros sexuais relatados pela maioria das adolescentes foi de 3 a 6 (44,2%), seguido de 1 a 3 (44,0%). A média encontrada foi de 3,9 e a mediana, de 4 parceiros. O menor número de parceiros relatado por elas foi 1 e o maior número foi 9.

Quanto ao vínculo e paternidade dos filhos das adolescentes integrantes da amostra, observa-se que, para a maior parte (73,0%), a reincidência da gravidez não ocorreu durante o mesmo relacionamento ou com o mesmo parceiro.

Quanto à paridade das adolescentes com recorrência de gravidez, observaram-se variações entre 1 e 4 partos, incluindo o último. A predominância ficou para dois partos (66,5%), seguido um parto anterior (25,0%). A média de partos tidos entre elas foi de um e a mediana, de 2 partos.

O abortamento como antecedente obstétrico progressivo foi registrado com menor predominância em

relação a parto, ou seja, houve maior número de partos (66,7%) do que abortamentos (33,3%). Quanto aos tipos do parto, por caracterizar-se a instituição do estudo um local que incentiva o parto natural, registra-se o parto normal como a maior via de nascimento entre as adolescentes estudadas (91,3%), seguido pela cesárea (8,4%) e pelo fórceps (0,3%).

Os motivos da ocorrência da gestação anterior foram estudados e categorizados entre o desejo da adolescente em engravidar, desejo do casal em engravidar, desejo do parceiro, falta de cuidado na prática sexual e falta de informação anticonceptiva. Entre as adolescentes, observou-se que a falta de cuidado na prática sexual foi responsável pela maioria das ocorrências de gravidez (74,6%), seguido pela falta de informação anticonceptiva por elas referidas (15,0%). Em relação à gravidez atual, observa-se sua ocorrência pela falta de cuidado na prática sexual (58,5%), seguido pelo desejo da gravidez por parte da adolescente (24,4%), dentre outros.

Em relação às variáveis anticonceptivas, os dados revelam que, tanto na gestação anterior quanto na atual, a maioria das adolescentes optou por uma vida sexual desprotegida de método contraceptivo. Na gestação anterior, 68,1% não utilizaram método anticonceptivo, contra 66,9% na gestação atual.

Dentre as adolescentes que fizeram opção por utilizar um método contraceptivo e acabaram engravidando na gestação atual, encontramos a utilização do *condon* masculino (16,5%), anticoncepcional hormonal oral (8,5%), coito interrompido (5,9%), *condon* feminino (1,5%) e o anticoncepcional hormonal injetável (0,6%) como métodos de maior prevalência.

Tabela 2. Distribuição das variáveis anticonceptivas de adolescentes puérperas com recorrência de gravidez. São Paulo, SP, Brasil, 2009

Utilização de Método Contraceptivo na gestação anterior	N	%
Não	220	38,9
Sim	103	68,1
Total	323	100,0
Utilização de Método Contraceptivo na gestação atual	N	%
Não	216	66,9
Sim	107	33,1
Total	323	100,0
Método utilizado na gestação atual	N	%
Não utilizado	216	66,9
<i>Condon</i> Masculino	53	16,5
ACO	28	8,5
Coito interrompido	19	5,9
<i>Condon</i> Feminino	5	1,5
Injetável	2	0,6
Total	323	100,0

Clusterização

Após ter conhecimento do conteúdo das variáveis de toda a amostra, optou-se por aplicar uma classificação não supervisionada (clusterização) dos indivíduos considerando todas as variáveis coletadas. Esta clusterização

identificou 2 (dois) grupos de adolescentes com características socioeconômicas, ginecológicas, obstétricas, anticonceptivas e vulnerabilidades semelhantes, não balanceados em termos de quantidade de indivíduos, o que é próprio do método.



A Figura 1 ilustra a distribuição os dois grupos identificados pelas semelhanças de suas características. As adolescentes que permaneceram fora das esferas são consideradas *outliers*, possuem características entre suas variáveis extremamente diferentes ou distantes de ambos os grupos e, como tal, não fazem parte de nenhum deles, sequer possibilitando a identificação de um terceiro grupo.

O acerto máximo alcançado foi de 54,1% com a identificação de 2 Clusters usando 26 variáveis. Este foi o melhor acerto, uma vez que o algoritmo de clusterização

escolhido foi o *TwoStep*, que identifica a melhor quantidade de clusters ao reunir a maior quantidade de indivíduos. A identificação dos clusters é um processo de iterações várias definidas a priori no algoritmo.

A Figura 2 apresenta as 26 variáveis utilizadas na clusterização geral das adolescentes. Cada cluster, no entanto, apresenta significância diferente para cada uma das variáveis e o processo de clusterização aponta a importância da participação de todas as variáveis.

Figura 1. Distribuição comparativa dos clusters 1 e 2 de adolescentes puérperas com recorrência de gravidez. São Paulo, SP, Brasil, 2009

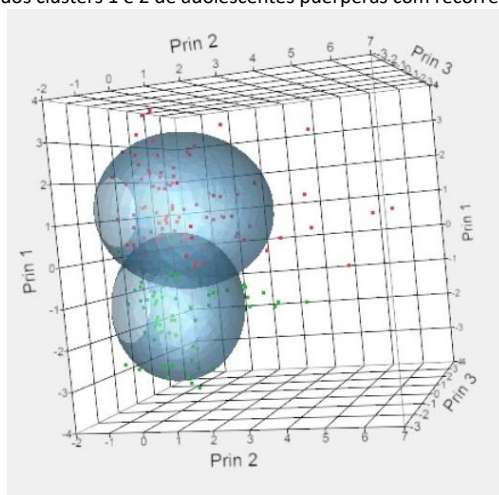
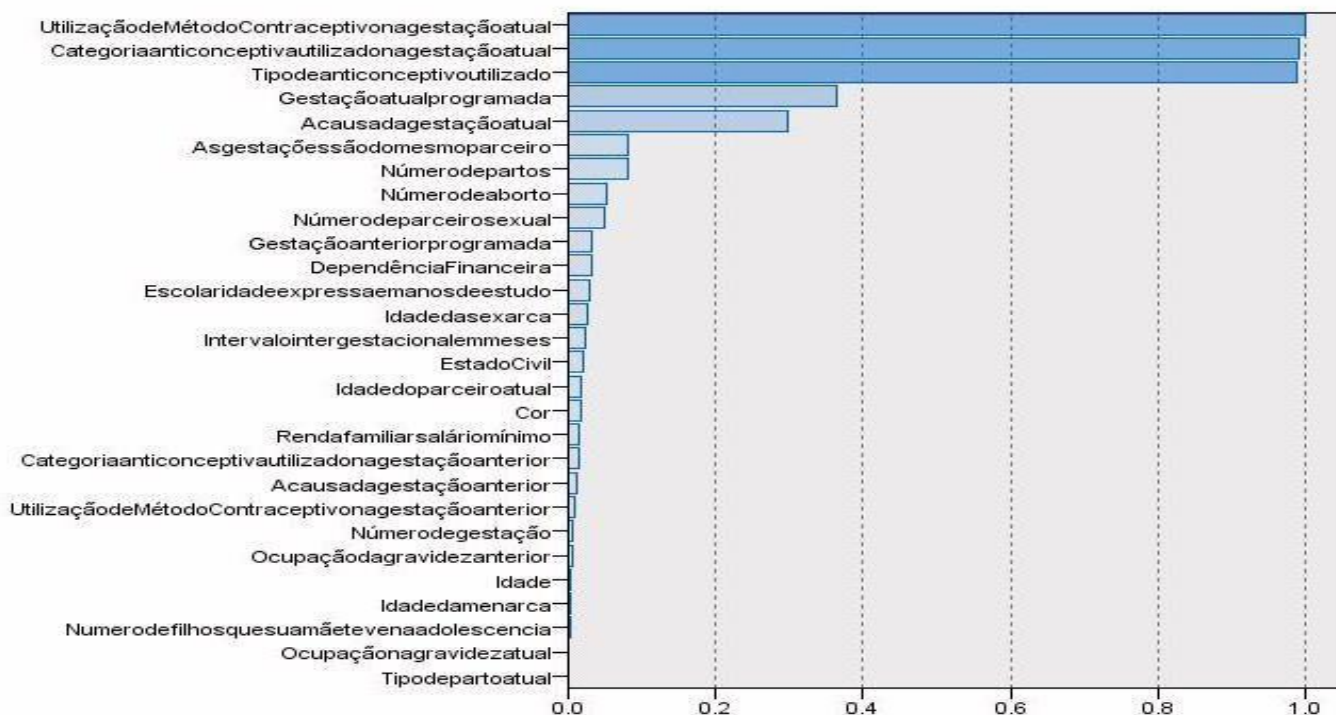


Figura 2. Distribuição do grau de importância das variáveis na participação da formação geral dos clusters das adolescentes. São Paulo, SP, Brasil, 2009

Variable Importance



Vale ressaltar que, apesar de terem sido usadas 26 variáveis no processo deste trabalho, optamos por apresentar nas próximas tabelas e gráficos apenas as 09 variáveis mais importantes. Isso se deve ao fato de estas

apontarem elementos preditivos de vulnerabilidade para uma repetição de gravidez na adolescência, procedimento esse que o método permite. Conforme o método as adolescentes do Cluster 2 são vulneráveis à repetição não



planejada de gravidez devido a elementos preditivos, tais como a não utilização de método contraceptivo, a utilização inadequada do método de barreira nas relações sexuais e a falta de cuidado na prevenção da gestação, principais motivos de sua ocorrência; some-se a isso o fato de as gestações não serem do mesmo parceiro, de haver um maior número de partos e menor índices de aborto.

A partir das 09 variáveis utilizadas no Cluster 1 das adolescentes, consta-se significância diferente para cada uma das variáveis e o fato de o processo de clusterização apontar para a participação de cada variável, limitado à importância de 0,05 na predição. O cluster 1 representou adolescentes que planejaram sua gestação atual. Por essa razão, não utilizaram métodos contraceptivos, justificado pelo desejo em vivenciar outra gestação. Estas adolescentes possuíam o mesmo parceiro nas gestações anteriores e atual, e o número de partos e abortos foram maiores em relação ao Cluster 2.

Já no Cluster 2 das adolescentes, apresenta-se significância diferente para cada uma das variáveis e o processo de clusterização, no qual se aponta a participação de cada variável, limitou-se à importância de 0,05 na predição. O Cluster 2 representou adolescentes que não planejaram sua gestação atual e que se utilizaram de métodos contraceptivos. No entanto, pela falta de informação, falta de cuidado e uso inadequado do método contraceptivo, não houve como preveni-la.

Os fatores que identificam o Cluster 2 como vulnerável a repetição de gravidez foi o fato de que 100% das adolescentes não programaram a gestação atual, fazendo uso de método de barreira do tipo *condon* masculino. Nesse caso, as gestações ocorreram pela falta de informação e falta de cuidado na utilização do método. As adolescentes do Cluster 2 tiveram gestações de parceiros diferentes, maior número de partos e de parceiros sexuais. A idade da menarca foi significativamente menor e o número de abortamento também, quando comparadas às integrantes do Cluster 1. No Cluster 1, estão as adolescentes que programaram sua gravidez e a justificaram pelo seu próprio desejo pela maternidade, não fazendo uso de método contraceptivo. Em comparação as adolescentes do Cluster 2, observa-se maior estabilidade conjugal, visto que, proporcionalmente, registram-se maior permanência com o mesmo parceiro nas gestações vivenciadas, a idade da menarca foi maior, houve menor pluralidade de parceiros sexuais, menor parturição e maior índices de abortamentos.

Discussão

Os adolescentes são vistos como indivíduos nos quais se depositam as possibilidades de mudança e dos quais se espera um melhor prognóstico para o mundo. No entanto, em geral, são percebidos pelos adultos como sujeitos que não têm autonomia frente aos seus direitos e desejos na esfera da sexualidade e da reprodução. Pais, professores, líderes religiosos e profissionais de saúde acabam por estabelecer valores dicotômicos e ambíguos em relação a eles, pois, ao mesmo tempo em que esperam que os adolescentes sejam sujeitos responsáveis por suas vidas, na esfera civil, na formação escolar, quanto ao respeito às

regras em geral, parecem não reconhecer a legitimidade dos seus direitos e as possibilidades decorrentes do exercício desses direitos, principalmente quando se trata de assuntos como exercício da sexualidade, contracepção, gravidez, aborto, maternidade/paternidade, entre outros¹³.

Esta visão é compartilhada por estudiosos ao defenderem que, se os adolescentes não têm acesso ao mundo do trabalho regular, à saúde, à escola, suas possibilidades de realização acabam ficando, elas próprias, restritas pelo fato de o clima psicológico de seu cotidiano ficar comprometido pelas tensões e conflitos daí derivados. Assim, a ausência de um projeto de vida constitui um elemento da vulnerabilidade¹⁴.

O presente estudo, utilizando o método de Cluster identificou dois grupos de adolescentes com características socioeconômicas, ginecológicas, obstétricas e anticoncepcionais distintas, não balanceados em termos de quantidade de indivíduos – critério próprio do método – e encontrou, dentro dos dois grupos, fatores de vulnerabilidade e aspectos quanto ao desejo para a gravidez que os diferenciam.

As adolescentes integrantes do Cluster 1 possuem idade média de 18,1 anos, 58% são brancas, naturais da região sudeste do país (67,2%), em estado de união consensual (71,8%) e dependem financeiramente dos parceiros (36%), os quais possuem a idade média de 22,6 anos e renda mensal de 2,2 salários-mínimos. A escolaridade foi expressa em 8,1 anos de estudo. A menarca ocorreu aos 10,9 anos de idade e a iniciação sexual ocorreu cerca de três anos após a menarca, ou seja, aos 13,7 anos. Na gestação anterior, 49 % eram trabalhadoras do lar e, na última gestação, 58 % voltaram a estudar. Quanto ao nascimento do filho atual, 90,8 % tiveram partos normais, os filhos sendo do mesmo parceiro para 50,4% das adolescentes e o intervalo intergestacional encontrado nesse Cluster foi de 18 meses. A gestação atual foi planejada para 63,4 % do grupo e, entre as principais razões que a sustentam, estavam o desejo da adolescente pela maternidade (45,8%). Ressalte-se ainda que 98,5 % não fizeram uso de contraceptivos e, as que os utilizaram, optaram pelo método hormonal (1,5%). De um modo geral, observa-se que as jovens integrantes do Cluster 1 programaram sua gestação.

A vulnerabilidade da recorrência de gravidez apresentada por essas adolescentes foi estudada segundo o referencial teórico de Ayres¹⁵, no qual o período da adolescência é caracterizado pela vulnerabilidade social no que diz respeito à ação individual de prevenção frente a uma situação de risco, ou seja, aos aspectos relacionados às características pessoais, tais como idade, sexo, raça, desenvolvimento emocional, percepção de medidas de autoproteção, atitudes pessoais frente à sexualidade e vivência, conhecimentos adquiridos sobre doenças sexualmente transmissíveis e habilidade de negociar práticas sexuais seguras.

Vários são os estudos que apontam como métodos contraceptivos mais conhecidos e utilizados pelos adolescentes, em primeiro lugar, o preservativo masculino, seguido pelos anticoncepcionais hormonais orais e injetáveis². As razões apontadas para o fato de os



adolescentes conhecerem estes métodos podem estar relacionadas à falta de conhecimento sobre os outros métodos, bem como à forte campanha do Ministério da Saúde enfocando o uso do preservativo, como dupla proteção¹⁶. Entretanto, ressalta-se que citar métodos de anticoncepção não significa necessariamente conhecê-los, pois as jovens pesquisadas os utilizaram e engravidaram. Os resultados observados nos levam a acreditar na necessidade de orientações contínuas, uma vez que o conhecimento é um elemento necessário para o uso correto dos métodos contraceptivos, sendo esta falta de orientação a razão principal pela qual as jovens integrantes deste grupo apresentam vulnerabilidade à repetição de gravidez não programada.

Ressalta-se que a ocorrência da gravidez atual bem como da(s) anterior(es) deu-se em decorrência da falta de cuidado na prática sexual e da falta de informação ou informação inadequada. Nos dias atuais, constatam-se, na prática, profissionais desacreditados no fato de adolescentes moradoras de grandes centros possuírem falta de informação sobre prática sexual segura devido à intensa divulgação da mídia, aos ensinamentos em escolas e à divulgação de programas criados pelo Ministério da Saúde.

Por estes fatores se verificarem, um programa de Planejamento Familiar reforça a importância do estabelecimento de políticas públicas e programas voltados para a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens que englobem a educação, os conceitos e o uso correto dos métodos contraceptivos, e que ofereçam, além do método, o acompanhamento médico e de enfermagem direcionados à prevenção da gravidez (e de doenças sexualmente transmissíveis). Isto é devido à necessidade de informações que não evidenciem apenas o uso pontual de métodos, pois os resultados mostram que a reincidência de gravidez ocorreu pelo abandono do método, além de ter ocorrido pelo uso inadequado do método, fato este retificado pela atual pesquisa².

A literatura revela ainda outras razões alegadas para a ocorrência da nova gravidez, observando-se, entre elas, as seguintes falas: “não pensaram na hora”, “não esperavam ter relação sexual naquele momento”, “não conheciam nenhum método anticoncepcional”, “afirmaram que os parceiros não quiseram usar”, “não se importavam em ficar grávida”, “confiavam no parceiro”, “não tiveram cuidado” e, por fim, “achavam o uso de contraceptivo desnecessário no momento”¹⁷.

Se considerarmos que essas adolescentes já vivenciaram uma gestação e compreendem o processo de gestar, parir e nascer, percebe-se que nem sempre uma experiência de gestação vivida não programada evita com que elas aprendam e passem a adotar práticas sexuais seguras, visto que as razões apresentadas para a ocorrência de recorrência da gestação se perpetuam. Esses fatores as fazem vulneráveis devido à dimensão social da vulnerabilidade, a qual relaciona-se ao acesso da informação recebida e absorvida, seu conteúdo e qualidade do que se realmente sabe, às reais possibilidades em colocar seus conhecimentos em prática, fato que remete aos aspectos morais que dizem respeito à vida em sociedade, como

relações de gênero, crenças, práticas e comportamentos sexuais inseguros e sem informação, o que expõe os indivíduos à riscos de infecção e gravidez¹⁵. Isso nos faz refletir novamente sobre a necessidade real do estímulo aos jovens participarem de programas de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e planejamento familiar, uma vez que se identificam fatores de vulnerabilidade para a recorrência de gravidez.

Outro fator de vulnerabilidade para a ocorrência de gravidez relaciona-se à inconstância de parceiros, o que pode ser observado pela identificação de certa pluralidade de parceiros entre as jovens do grupo 2 (a maioria engravidou de parceiro diferente ao da gestação anterior), assim como pelo número de parceiros sexuais, que foi maior entre elas. Coincidentemente, outros estudiosos apontam como fator de vulnerabilidade para gestação e contaminação por doenças sexualmente transmissíveis a prática de múltiplos parceiros – prática devida ao tipo de relacionamento vivido atualmente pelos jovens no modo de “ficar” –, a dificuldade de negociar o uso de preservativos, o afastamento dessa população dos serviços de saúde e o próprio desejo pela maternidade^{18,19}.

O número de parto e aborto também foi apontado como fator de vulnerabilidade nesse grupo, pois as adolescentes vivenciaram maior número de partos e menor número de abortamentos, o que nos faz pensar nas ações individuais de prevenção frente a uma situação de risco, já que não desejavam engravidar. Uma gestação não programada eleva o risco de abandono do bebê, mau trato, negligência materna, depressão pós-parto, desmame precoce, fazendo com que muitas vivenciem o parto de maneira negativa e acabem optando por não amamentar.

Os dados obtidos e até aqui apresentados nos reportam aos aspectos de vulnerabilidade para a ocorrência da repetição de gravidez dentro do período da adolescência e o conhecimento de tais fatores se faz importante pelos fatos acima expostos. No entanto, é preciso distinguir os adolescentes de cada serviço de saúde, sua região, cultura, história familiar, entre outros aspectos. O presente estudo revela fatores preditivos que nos levam a discutir a programação da gestação atual, justificados no desejo da própria adolescente e parceiro pela maternidade, características presentes nas adolescentes que integraram o Cluster 1.

Nesse grupo, a gravidez fez parte do projeto de vida das jovens, sendo tido como um elemento reorganizador e não destruturador. Como observamos, esse grupo é constituído em sua maioria por jovens que desejavam e programaram sua gestação, não faziam uso de método para contracepção, permaneceram com o mesmo parceiro da gravidez anterior e desejavam constituir uma família.

Estudos semelhantes apresentam justificativas para a ocorrência da gravidez, algumas coincidentes com as aqui evidenciadas e outras com justificativas que divergem dos dados aqui obtidos, como à relacionada ao desejo pela maternidade, em que surgem como justificativas, para além do fato de gostarem de crianças, o temor em perder o parceiro, a vontade de ficar grávida, o desejo de ter uma



companhia, o fato de que o outro filho já estava crescendo e a possibilidade de reatamento do casal¹⁸⁻²⁰.

Outros autores esclarecem que, pelas falas dos sujeitos, perceberam que a gravidez foi desejada, ao relatarem vontade de ter sua própria casa e de residir com o marido ou namorado e filho, motivos explicados pela função social feminina. Por outro lado, outras engravidaram pela curiosidade de testar o seu aparelho reprodutor, a presença da gravidez certificando que seu corpo já está preparado para a concepção. Outro aspecto importante foi a valorização da maternidade na adolescência, visto que muitas relataram que a gravidez trouxe algo que elas nunca tiveram – o filho –, que assim se torna depositário de muitas expectativas¹⁹⁻²¹.

Nas adolescentes do Cluster 1, o número de parceiros sexuais, parto e aborto foi significativamente menor ao se comparar com o grupo 2, fato que não as vulnerabilizam pela ocorrência da gestação, uma vez que esta foi desejada. O método de Cluster utilizado nos permitiu distinguir, dentro de uma população, fatores de vulnerabilidade para a gravidez programada e não programada.

Isso nos permite nortear as campanhas de assistência e elaborar intervenções de enfermagem dirigidas para cada grupo de adolescentes, para aqueles que desejam e buscam engravidar e para aquelas que não desejam engravidar e acabam engravidando. É preciso aceitar o fato de que algumas adolescentes desejam gestar, parir, amamentar, e o enfermeiro, na sua função de educador, deve oferecer auxílio à família, para que, juntos, estabeleçam uma comunicação fundamentada no manejo do ciclo gravídico-puerperal sem a pretensão de modificar a individualidade da adolescente e evitando constrangimentos e a formação de barreiras entre o profissional e cliente. Só assim, os profissionais conseguirão, por meio de outros tipos de atitudes frente a esse grupo, atendê-los de modo diferenciado²².

As adolescentes gestantes tendem a iniciar o pré-natal de forma tardia, podendo ser este um fator complicador, uma vez que todos os cuidados que se deve ter com o feto e a gestante no primeiro trimestre são abandonados.

Em um pré-natal bem assistido, destacam-se alguns temas em educação em saúde que são essenciais para a saúde do binômio mãe-filho, como a orientação sobre o aleitamento materno e consequente prevenção do desmame precoce. Vale ressaltar que o sucesso do aleitamento materno entre as adolescentes depende da forma como o profissional aborda a gestante, visto que

muitos, ao partirem de julgamentos incertos em que se coloca a existência de uma comum falta de interesse das jovens em relação ao manejo da amamentação, deixam de instruí-las tal como deveriam, ocasionando o despreparo em relação a esse momento essencial do cuidar de um bebê e as possíveis intercorrências que lhe são relacionadas, como o desmame precoce. Outra pesquisa confirma que mães adolescentes apresentaram maior proporção de desmame até o sexto mês de vida da criança, se comparados com resultados de estudos realizados em mães adultas. A possível explicação para esse fato é o maior número de depressão pós-parto nessa clientela e seu retorno à escola, o que as leva a permanecer por muito tempo fora do lar. A falta de estrutura para amamentar nos locais de ensino também contribui para que esse desmame ocorra^{20,21}.

Conclusão

O estudo sobre vulnerabilidade da recorrência de gestação entre adolescentes permite concluir que as jovens encontram-se divididas entre o desejo ou não de uma nova gravidez.

Os fatores que levam as jovens a serem vulneráveis a uma recorrência de gravidez estão presentes de forma marcante entre aquelas que não a programaram e relacionam-se a variáveis obstétricas, ginecológicas e anticonceptivas. A adoção de práticas sexuais e anticonceptivas inseguras justificadas por diversos fatores, tais como a falta de informação e a não continuidade no uso do *condon* masculino, a iniciação sexual precoce e a pluralidade de parceiros, continua se perpetuando.

Por outro lado, o estudo revela que há jovens que programaram sua gravidez atual, o que nos reforça a pensar que houve o desejo pela maternidade, afastando-as dos fatores de vulnerabilidade da recorrência de gravidez, já que permaneceram com o mesmo parceiro e tiveram um menor número de gestações.

Diante de tais resultados, há a necessidade de ampliação e de melhor compreensão dos conceitos sobre a ocorrência da gravidez nesta fase da vida. É importante assegurar aos jovens o direito de escolha, promover sua saúde e prevenir riscos. Para tanto, a existência de serviços públicos de boa qualidade que ofereçam programas de atenção à saúde sexual e reprodutiva, incluindo nestes a anticoncepção e a prevenção das DST e Aids consistem hoje em uma prioridade. Além disso, faz-se também necessário a existência de profissionais capacitados para assistir as jovens no pré-natal, parto e puerpério a fim de que todo o processo do ciclo gravídico puerperal possa ser vivenciado de modo seguro e saudável.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
2. Berlofi MB, Alkmin ELC, Barbieri M, Guazzelli CAF, Araújo FF. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um programa de planejamento familiar. *Acta Paul Enferm* 2006;19(2):196-200. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000200011>
3. Barreto ACM, Santos RS. A vulnerabilidade da adolescente às doenças sexualmente transmissíveis: contribuições para a prática de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009 out-dez;13(4):809-16. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000400017>



4. Waissman AL. Análise dos fatores associados à recorrência de gravidez na adolescência [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006.
5. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. *Cad Saúde Pública* 2007;23(3):701-14. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300028>
6. Ministério da Saúde (BR). PNDS 2006 – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: relatório final [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008 [acesso em 10 de abr 2023]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf
7. Gomes SEC. Gravidez na adolescência e sua recorrência [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.
8. Silva L, Tonete VLP. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. *Rev Latino-Am Enferm* 2006;14(2):199-206. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000200008>
9. Alves CA, Brandão ER. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. *Cien Saúde Colet*. 2009;14(2):661-70. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000200035>
10. Carvalho GM. Recorrência da parentalidade na adolescência na perspectiva dos sujeitos envolvidos [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.
11. SPSS I. 1122644952_The SPSS TwoStep Cluster Component.pdf (objeto application/pdf) [Internet]. SPSS Inc.; 2001 [acesso em 09 out 2009]. Disponível em: http://www.spss.ch/upload/1122644952_The%20SPSS%20TwoStep%20Cluster%20Component.pdf
12. Bacher J, Brand R, Bender S. SPSS TwoStep Cluster – A First Evaluation [Internet]. 2004 [acesso em 17 dez 2010]. Disponível em: http://www.sozilogie.wiso.unierlangen.de/publikationen/a-u-d-papiere/a_04-02.pdf
13. Aquino EML, Heilborn ML, Knauth D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J, et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad Saúde Pública* 2003;19(sup 2):377-88. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800019>
14. Meyer DE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRCM. “Você aprende. A gente ensina”?: Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad Saúde Pública* 2006;22(6):1335-42. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600022>
15. Ayres JRCM. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, orgs. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Hucitec; 2006.
16. Santos A, Carvalho CV. Gravidez na adolescência: um estudo exploratório. *Boletim de Psicologia* [Internet]. 2006 [acesso em 10 abr 2023];6(125):135-51. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432006000200002
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
18. Matsuhashi Y, Felice ME, Shragg P, Hollingsworth DR. Is repeat pregnancy in adolescents a “planned” affair?. *J adolesc Health Care*. 1989;10(5):409-12. [https://doi.org/10.1016/0197-0070\(89\)90220-9](https://doi.org/10.1016/0197-0070(89)90220-9)
19. Trindade, RFC. Entre o sonho e a realidade: a maternidade na adolescência sob a ótica de um grupo de mulheres da periferia da cidade de Maceió –Alagoas [Dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2005.
20. Cunha ALSF, Anjos TIS, Miranda ASC, Oliveira LL, Souza RR. Humanização durante o trabalho de parto normal e cesárea. *Glob Acad Nurs*. 2021;2(Spe.1):e98. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200098>
21. Felipe TDA, Silva FB, RibeiroWA, Souza FS, Silva MRB, Ramado ADA, Mendes RSA, Gomes EACS. Protagonização do enfermeiro na educação em saúde da gestante adolescente. *Glob Clin Res*. 2022;2(1):e17. <https://doi.org/10.5935/2763-8847.20220017>
22. Rozenberg K, Silveira SR, Bonan C, Chuva VCC, Costa SF, Gomes MASM. Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro (RJ, Brasil): uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(5):2485-93. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000500018>

