

Aléxia Lavinia  
Holanda Gama<sup>1</sup>  
Gilka Paiva Oliveira  
Costa<sup>2</sup>  
Thuany Bento  
Herculano<sup>3</sup>  
Rayanne Pereira  
Cabral<sup>4</sup>  
Felipe Alencar Mayer  
Feitosa Ventura<sup>5</sup>

# Recorrência de gravidez em mulheres jovens que tiveram acesso a contracepção de alta eficácia

*Pregnancy recurrence in young women who had access to highly effective contraception*

## > RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a adesão à contracepção no reinício da atividade sexual e recorrência da gravidez no primeiro ano de pós-parto. **Métodos:** Realizamos um estudo de corte descritivo, exploratório e retrospectivo com abordagem quantitativa nas enfermarias obstétricas de um Hospital Universitário de João Pessoa, Paraíba, Brasil. A amostra consistiu em adolescentes e adultos jovens (14 a 21 anos de idade) que receberam assistência ao parto normal ou cesariana e receberam orientação sobre uso de dispositivo intrauterino (DIU) de agosto de 2015 a janeiro de 2016. A coleta de dados foi feita por telefone após a conclusão de um ano de episódio obstétrico que levou à hospitalização. **Resultados:** 26,8% (30) da amostra relataram ter recebido alta hospitalar sem orientação contraceptiva e 22,3% (25) afirmaram reiniciar a vida sexual após a gestação, sem qualquer tipo de proteção. Em um ano, a recorrência da gravidez ocorreu em 10,7% (12) dos participantes e 100% não foi planejada. Embora 71,4% (80) dos participantes tenham sido motivados a utilizar um DIU, apenas 16,1% (18) fizeram a inserção do dispositivo. O principal motivo para o não uso foi a dificuldade social de retornar ao hospital para inserção (56,7%). Demonstrou-se associação significativa entre renda mensal mais baixa e ocorrência de nova gestação ( $p = 0,02$ ). **Conclusão:** Apesar do acesso gratuito e do interesse em usar um DIU, poucas retornaram para inserção após quatro semanas do pós parto ou pós aborto. Essas descobertas reforçam a importância do aconselhamento contraceptivo no pré-natal e à inserção do DIU imediatamente ao pós-parto, considerando este recurso como fundamental na mudança dessa realidade social.

## > PALAVRAS-CHAVE

Gravidez na adolescência, gravidez não planejada, dispositivos intrauterinos, anticoncepção, recidiva.

## > ABSTRACT

**Objective:** Evaluate the adherence to contraception in resumption of sexual activity and recurrence of pregnancy. **Methods:** We carried out a descriptive, exploratory, retrospective study with a quantitative approach in the obstetric wards of a University Hospital in João Pessoa, Paraíba, Brazil. The sample consisted of adolescents and young adults (14 to 21 years old) who had delivery assistance to natural or cesarean birth and received guidance on intrauterine device (IUD) use from August 2015 to January 2016. Data collection was made by telephone after the completion of one year of obstetric occurrence that led to hospitalization. **Results:** 26.8% (30) of the sample reported being discharged without contraceptive

<sup>1</sup>Graduanda de Medicina pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, PB, Brasil.

<sup>2</sup>Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil. Professora adjunta de Psicologia Médica, Formação Médica e Relação Médico Paciente - Centro de Ciências Médicas - Departamento de Medicina Interna - UFPB e professora de ginecologia da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE). Médica no ambulatório de Planejamento Familiar do Hospital Universitário Lauro Wanderley. João Pessoa, PB, Brasil.

<sup>3</sup>Graduanda de Medicina pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, PB, Brasil.

<sup>4</sup>Graduanda de Medicina pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, PB, Brasil.

<sup>5</sup>Graduando de Medicina pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, PB, Brasil.

Aléxia Lavinia Holanda Gama (alexialavinia6@gmail.com) - St. José Firmino Ferreira, nº 767 - apto. 203 -Jardim São Paulo. João Pessoa, PB, Brasil. CEP 58053-022.

Submetido em 20/02/2018 - Aprovado em 02/07/2018

guidance and 22.3% (25) affirmed restarting sexual life after gestation, without any type of protection. In one year, the recurrence of pregnancy occurred in 10.7% (12) of the participants and 100% was unplanned. Although 71.4% (80) of the participants were motivated to use an IUD, only 16.1% (18) did insert the device. The main reason for non-use was the social difficulties of returning to the hospital for insertion (56.7%). It was demonstrated a significant association between lower monthly income and occurrence of new gestation ( $p = 0.02$ ). **Conclusion:** Despite free access and interest in using an IUD, few returned for insertion after four weeks of delivery. These findings reinforce the importance of contraceptive counseling in prenatal care and IUD insertion immediately after postpartum, considering as a fundamental resource for changing this social reality.

## ➤ KEY WORDS

Pregnancy in adolescence, Pregnancy, Unplanned, intrauterine devices, contraception, recurrence.

## ➤ INTRODUÇÃO

As taxas de gravidez na adolescência ainda continuam altas, principalmente em países como o Brasil. Mulheres que engravidam nesta fase apresentam maiores chances de ter um maior número de filhos durante toda a vida<sup>1</sup>. No Brasil, cerca de 30% dos recém-nascidos são filhos de mães adolescentes e 25% de todas as gestantes entre 15 e 19 anos já tem um filho, onde a maioria refere que a nova gravidez não foi planejada<sup>2</sup>. Além de ser uma situação de vulnerabilidade, a gravidez na juventude é um dos principais fatores para perpetuação de ciclos intergeracionais de pobreza e exclusão<sup>1</sup>. Verifica-se também que quanto mais jovem, maior é a chance de uma nova gestação em um curto espaço de tempo<sup>3</sup>.

Cerca de 30% das adolescentes engravidam ainda no primeiro ano pós-parto e entre 25-50% durante o segundo ano<sup>4</sup>. Essas gestações de repetição estão associadas a um aumento da morbidade materna e neonatal<sup>5,6</sup>, assim como a um ciclo de privação econômica para as adolescentes e suas famílias<sup>7</sup>.

Um fato que explica a crescente incidência de adolescentes grávidas, em detrimento da queda da taxa de natalidade no Brasil, é a baixa adesão aos métodos contraceptivos na adolescência<sup>2,8</sup>. Cerca de 90% das adolescentes que não fazem uso consistente de um método contraceptivo poderão engravidar novamente no primeiro ano pós-parto<sup>2</sup>. A contracepção no

pós-parto é uma das estratégias mais eficientes para prevenir uma nova gestação indesejada<sup>6,7</sup>.

Estas evidências exigem medidas que incentivem o uso de métodos contraceptivos (MCs) de alta eficácia, trazendo-os como um importante aliado na prevenção de uma nova gravidez. Os contraceptivos reversíveis de longa duração (LARCs - *Long Acting Reversible Contraceptives*), como o dispositivo intrauterino (DIU), têm se mostrado bastante eficazes e com boa aceitação entre mulheres jovens<sup>3,5-7,9</sup>.

A crescente incidência de adolescentes grávidas levanta questionamentos sobre quais são os reais impedimentos para o uso de métodos contraceptivos de alta eficácia por jovens que experimentaram uma gravidez não planejada, quais fatores estão relacionados a uma nova gestação ainda na adolescência e qual a relação do aconselhamento pós-parto adequado com a adesão ao uso de LARCs.

Diante disto, o presente artigo se propõe a avaliar o uso de MCs, sobretudo do DIU, por adolescentes que após uma gestação receberam orientações e acesso a esses métodos, avaliando a adesão à contracepção na retomada da atividade sexual e a recorrência de gravidez.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo, exploratório e retrospectivo com abordagem quantitativa, desenvolvido nas enfermarias obstétricas de um Hospital Universitário em João Pessoa

(Paraíba - Brasil). A amostra foi composta por adolescentes e adultas jovens (14 a 21 anos) que tiveram assistência ao parto natural, cesariana ou aborto no referido serviço, receberam orientações sobre os LARCs no período de agosto de 2015 a janeiro de 2016, e que aceitaram participar da pesquisa mediante a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido juntamente com o seu representante legal. Foram excluídas da amostra as ocorrências cujo contato não foi possível após um ano do registro no serviço, adolescentes que tiveram intercorrência pós parto e pós aborto que impediram o uso de LARCs ou situações que tenham evoluído com complicações que culminaram em infertilidade.

A coleta de dados foi realizada por contato telefônico ao se completar um ano da ocorrência obstétrica que motivou a internação. O instrumento de coleta foi um questionário construído especificamente para o estudo, no qual seus itens contemplaram as variáveis da pesquisa.

Para as variáveis de caracterização socio-demográfica foram considerados: idade, escolaridade, renda familiar e *status* marital. A vida reprodutiva foi caracterizada pelas variáveis: paridade, desejo de gravidez atual e das gestações anteriores e planejamento de gestações anteriores e futuras.

Os dados relativos à saúde sexual foram acessados através das variáveis: idade da menarca e da sexarca; reinício da atividade sexual após alta da maternidade; uso de método contraceptivo (MC) na retomada das relações sexuais; contracepção aconselhada na alta hospitalar; métodos contraceptivos em uso; motivações para uso e/ou não de DIU, tempo de uso, efeitos colaterais percebidos, satisfação com o método e recorrência de gravidez.

Os dados quantitativos foram representados por média e desvio padrão, quando possuíam distribuição normal. As variáveis qualitativas foram demonstradas por frequência e números absolutos. Na estatística inferencial foi utilizado o teste do Qui-quadrado de independência para comparar variáveis categóricas e a

correção de Yates, quando necessário. A análise estatística foi realizada com o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 21.0 e o nível de significância adotado foi de 5%.

O estudo seguiu todas as recomendações éticas estabelecidas para pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o que determina a Declaração de Helsinki (2008)<sup>10</sup>. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley vinculado à Universidade Federal da Paraíba, com parecer sob o número 1795675.

## RESULTADOS

Foram registradas 225 ocorrências obstétricas com adolescentes e adultas jovens no período de agosto de 2015 a janeiro de 2016. Após um ano, foi possível o contato telefônico com 112 (49,7%) mulheres, que constituíram a amostra final. Dois casos foram excluídos da amostra em função da ocorrência de óbito das adolescentes no intervalo de um ano após o evento obstétrico.

A média de idade das participantes no momento em que receberam assistência obstétrica foi  $18,9 \pm 1,9$  anos. Dessas, 58% (65) eram adolescentes com idade entre 14 e 19 anos e 42% (47) eram adultas jovens entre 20 e 21 anos. Com relação ao estado civil, 58% (65) viviam em união estável, 18,8 % (21) eram casadas e 23,2 % (26) eram solteiras. No que se refere à renda mensal, 63,4% (71) afirmaram receber renda menor ou igual a um salário mínimo[\*], 34,8 % (39) receber entre um e três salários mínimos e apenas 1,8 % (2) informaram renda superior a três salários mínimos. No momento da entrevista, apenas 35,7% (40) tinham concluído o ensino médio.

Com relação aos antecedentes reprodutivos e sexuais, a menarca aconteceu em média aos  $12,5 \pm 1,5$  anos e a sexarca aos  $15,5 \pm 1,6$

\* Salário mínimo no Brasil custa em torno de US\$ 284,00.

anos. Aos 16 anos, 70,3% (78) já tinha vida sexual ativa. A média de idade da primeira gestação foi de  $17,8 \pm 2,0$  anos. Destas, 78,6% (88) engravidaram entre 14 e 19 anos e 21,4% (24) entre 20 e 21 anos. Para 68,8% (77), a gravidez não foi planejada, porém foi desejada para 93,8% (105) das jovens.

Na alta hospitalar, 26,8% (30) afirmaram não ter recebido nenhum tipo de orientação contraceptiva, enquanto que 51,8% (58) afirmaram ter recebido alta com prescrição de contraceptivo hormonal. Para 4,5% (5), o DIU foi inserido no pós-parto imediato, enquanto que 11,6% (13) inseriram ambulatorialmente pelo menos quatro semanas após o parto.

O reinício sexual aconteceu sem nenhum tipo de proteção para 22,3% (25) das participantes, enquanto que 45,5% (51) afirmaram ter usado algum tipo de contraceptivo hormonal, 20,5% (23) usaram camisinha, 8% (9) já estavam com o DIU e uma mulher usou a pílula de emergência.

Após orientação contraceptiva durante o atendimento obstétrico, 71,4% (80) das participantes se mostraram motivadas para usar o DIU, embora apenas 16,1% (18) fizeram a inserção do dispositivo. Destas, 22,2% (4) suspenderam o uso após um tempo médio de  $5,5 \pm 3,4$  meses em decorrência de: efeitos colaterais (1), expulsão do dispositivo (1), falta de acesso ao exame ecográfico (1), preferência pelo injetável trimestral (1). No que se refere à ocorrência de efeitos colaterais relacionados ao DIU, 71,4% (10) referem ter experimentado algum tipo de efeito colateral, destacando-se o aumento do fluxo menstrual 70% (7) e a cólica menstrual 30% (3).

Dentre as que manifestaram interesse, porém não retornaram para inserção (77,5%), os motivos alegados foram: 1- Medo da dor durante a inserção, dos efeitos colaterais ou de possíveis complicações (21,7%); 2- Opção por outro método contraceptivo (15%); 3- Desconhecimen-

to em relação ao método, sua eficácia e mitos (6,6%); 4- Dificuldades sociais que impediram o retorno para inserção do dispositivo (56,7%).

Para 28,6% (32) das participantes o DIU não foi aceito como uma opção contraceptiva e os motivos declarados foram: 1-Medo do procedimento de inserção e de possíveis complicações (18,7%); 2- Desconhecimento em relação ao método e mitos (40,6%); 3- Insegurança em relação à eficácia do DIU (21,9%); 4- Desejo de engravidar novamente em um curto período de tempo (9,4%); 5- Preferência por outro método contraceptivo anteriormente usado (9,4%).

Após um ano da gravidez, 28,6% (32) das participantes não usavam qualquer método e entre as usuárias o MC mais usado foi o contraceptivo hormonal oral (25,9%) e o preservativo (21,4%). A insatisfação com o MC foi referida predominantemente por usuárias do preservativo (75%), enquanto que o DIU teve menor percentual de mulheres insatisfeitas (7,1%) (Tabela 1).

A recorrência da gravidez aconteceu para 10,7% (12) das participantes no período de acompanhamento da pesquisa e em todos os casos a gravidez não foi planejada. Ao correlacionar a recorrência de gravidez no primeiro ano pós-gestacional com algumas variáveis sociodemográficas e reprodutivas (Tabela 2) foi demonstrado associação significativa entre renda mensal igual ou menor que um salário mínimo e a ocorrência de nova gestação ( $\chi^2 = 9,6$ ;  $p = 0,02$ ).

Ao correlacionar a motivação em usar o DIU após orientação no período do pós-parto com algumas variáveis sociodemográficas e reprodutivas (Tabela 3), foi demonstrado que as mulheres com gestação não planejada estavam mais motivadas para usar o DIU ( $\chi^2 = 5,0$ ;  $p = 0,04$ ). Entretanto, o uso do DIU esteve associado significativamente à faixa etária, de modo que as adolescentes foram as que mais inseriram o dispositivo, em detrimento das mulheres jovens ( $\chi^2 = 5,3$ ;  $p = 0,021$ ) (Tabela 4).

**Tabela 1.** Métodos contraceptivos utilizados por mulheres jovens e adolescentes 1 ano após a gravidez e relato de insatisfação com o método em uso.

Métodos Contraceptivos	% (n)	Insatisfação com MC % (n)
Nenhum método	28.6 (32)	-
Contraceptivo Hormonal Oral	25.9 (29)	51,7 (15)
Camisinha	21.4 (24)	75,0 (18)
Injeção Mensal	11.6 (13)	38,5 (5)
DIU	12.5 (14)	7.1 (1)

MC = métodos contraceptivos.

Fonte: dados de pesquisa.

**Tabela 2.** Recorrência da gravidez em mulheres jovens e adolescente no primeiro ano pós-parto em e variáveis sociodemográficas e reprodutivas.

RECORRÊNCIA DE GRAVIDEZ				
Variável	Sim (%)	Não (%)	N	p*
<b>Grupo de Idade</b>				0.8**
Adolescente	9.2	90.8	65	
Adultas jovens	12.8	87.2	47	
<b>Mora com parceiro</b>				0.7
Sim	11.6	88.4	86	
Não	7.7	92.3	26	
<b>Renda familiar (salários mínimos)</b>				0.02
≤ 1	15.5	84.5	71	
1-3	-	100	39	
> 3	50	50	2	
<b>Primeira relação sexual (anos)</b>				0.08
≤ 15	20	80	30	
> 15	7.3	92.7	82	
<b>Proteção na retomada sexual</b>				0.06
Yes	7.2	92.8	83	
No	22.2	77.8	27	
<b>Gravidez planejada</b>				0.2
Yes	17.1	89.9	35	
No	7.8	92.2	77	

\* Teste Qui-quadrado de Pearson; \*\* Qui-quadrado de Yates.

Fonte: dados de pesquisa.

**Tabela 3.** Motivação para uso de DIU por mulheres jovens e adolescentes após cuidados obstétricos e variáveis sociodemográficas e reprodutivas.

<b>MOTIVAÇÃO PARA USO DO DIU</b>				
<b>Variável</b>	<b>Sim (%)</b>	<b>Não (%)</b>	<b>N</b>	<b>p*</b>
<b>Grupo de Idade</b>				0.6**
Adolescente	73.8	26.2	65	
Adultas jovens	68.1	31.9	47	
<b>Mora com parceiro</b>				0.9**
Sim	70.9	29.1	86	
Não	73.1	26.9	26	
<b>Renda familiar (salários mínimos)</b>				0.7
≤ 1	70.4	29.6	71	
1-3	74.4	25.6	39	
> 3	50	50	2	
<b>Primeira relação sexual (anos)</b>				0.9**
≤ 15	73.3	26.7	30	
> 15	70.7	29.3	82	
<b>Gravidez planejada</b>				0.04**
Yes	57.1	42.9	35	
No	77.9	22.1	77	

\* Teste Qui-quadrado de Pearson; \*\* Qui-quadrado de Yates.

Fonte: dados de pesquisa.

**Tabela 4.** Uso de DIU por mulheres jovens e adolescentes após cuidados obstétricos e variáveis sociodemográficas e reprodutivas.

<b>USO DO DIU</b>				
<b>Variável</b>	<b>Sim (%)</b>	<b>Não (%)</b>	<b>N</b>	<b>p*</b>
<b>Grupo de Idade</b>				0.02
Adolescente	20	80	65	
Adultas jovens	10.6	89.4	47	
<b>Mora com parceiro</b>				0.8**
Sim	15.1	89.4	86	
Não	19.2	80.8	26	
<b>Renda familiar (salários mínimos)</b>				0.8
≤ 1	16.9	83.1	71	
1-3	15.4	84.6	39	
> 3	-	100	2	

continua

Continuação da Tabela 4

Variável	Sim (%)	Não (%)	N	p*
<b>Primeira relação sexual (anos)</b>				0.2**
≤ 15	23.3	76.7	30	
> 15	13.4	86.6	82	
<b>Gravidez planejada</b>				0.2
Sim	8.6	91.4	35	
Não	19.5	80.5	77	

\* Teste Qui-quadrado de Pearson; \*\* Qui-quadrado de Yates.

Fonte: dados de pesquisa.

## DISCUSSÃO

A amostra deste estudo foi composta por mulheres que engravidaram prioritariamente na adolescência, que tinham baixa renda mensal e que tiveram recorrência da gravidez no 1º ano após a gestação. Outro estudo que também foi realizado no nordeste do Brasil encontrou a recorrência da gravidez em 25,9% dos casos<sup>11</sup>, verificando, em ambos estudos, uma relação positiva entre a recorrência da gravidez e baixa renda familiar. Tal relação tem vários fatores determinantes que envolvem um menor acesso à informação, aos métodos contraceptivos e aos serviços de saúde, o que só reforça a exclusão social dessas meninas<sup>12</sup>. Tais condições se apresentam especialmente nos países em desenvolvimento e merecem atenção especial, uma vez que representam um fator importante na manutenção da condição de pobreza. Apresenta-se por tanto, como um desafio às políticas sociais e de saúde nesses países<sup>13</sup>.

No entanto, não é um problema apenas de países pobres. Nos Estados Unidos, 17% das gestações entre meninas de 15 a 19 anos foram reincidentes em 2015<sup>14</sup>, o que se assemelha aos 10,7% encontrado em nosso estudo. São dados que corroboram às evidências de que uma gestação entre meninas jovens é fator de risco para uma nova gestação ainda nessa fase<sup>15</sup>.

A recorrência gestacional precoce também ocorre em virtude do não uso ou uso inadequado de métodos contraceptivos. O Colégio Ame-

ricano de Obstetras e Ginecologistas e a Academia Americana de Pediatria recomendam que o aconselhamento acerca de métodos seguros e eficazes aconteça desde o pré-natal<sup>16</sup>. Neste caso, contraceptivos de longa duração representam a melhor opção em função da sua alta eficácia que independe da usuária, além de poderem ser inseridos no pós-parto imediato, como é o caso do DIU<sup>14</sup>.

O incentivo ao uso de MC a partir do pós-parto evita a falta de continuidade da assistência que acontece no período entre a alta hospitalar e o retorno à consulta puerperal<sup>14</sup>, fato frequentemente observado no nosso e em outros estudos. Além disso, verifica-se que apesar de 51,8% das puérperas afirmarem ter recebido alta com prescrição de contraceptivo hormonal, 22,3% (25) delas reiniciaram as relações sexuais sem proteção, devendo-se considerar que essa frequência é ainda mais alta em outros estudos em que foi observado índices de 52%<sup>7</sup>.

Durante o primeiro ano de pós-parto, observa-se que o uso esporádico de métodos de baixa eficácia ocorreu para 45,5% (51) da amostra. A porcentagem de puérperas que quiseram inserir o DIU pós-parto foi baixa (4,5%), valor semelhante ao encontrado nos Estados Unidos em 2004 (5,3%), cujo uso do dispositivo obteve aumento significativo para 25,3% em 2013<sup>14</sup>.

Avaliando a consistência no uso da contracepção, percebe-se que as participantes do estudo permaneceram utilizando métodos de

menor consistência e baixa eficácia ou mesmo não usando qualquer MC. Além disso, considerando a insatisfação com o MC como um fator determinante na interrupção da contracepção, as usuárias de camisinha do presente estudo apresentaram-se como as mais insatisfeitas com o método (75%), enquanto que o DIU teve menor percentual de insatisfação (7,1%) o que corrobora com os resultados encontrados em outras pesquisas<sup>17,18</sup>.

Apesar da orientação sobre métodos contraceptivos de alta eficácia como o DIU, das 71,4% (80) das pacientes que afirmaram interesse para usar o DIU, apenas 16,1 % (18) realizaram sua inserção. Evento que também é verificado em outros estudos nos quais se destaca que o tempo entre a escolha do método e o dia da inserção é o principal impedimento para o uso de contraceptivos de longa duração. Neste sentido, o pós-parto imediato apresenta-se como uma excelente oportunidade para inserção do dispositivo<sup>19</sup>.

De acordo com os critérios de elegibilidade da WHO, se a inserção do DIU não acontecer nas primeiras 48 horas após o parto, só deverá ser feita após quatro semanas. É neste período em que o medo da dor, dos efeitos colaterais e de possíveis complicações surgem e as puérperas passam a utilizar os métodos anteriores à gravidez por comodidade<sup>19</sup>. Foi o que se apresentou neste estudo, onde apenas 16,1% das participantes que apresentaram interesse para inserção do DIU, o fizeram. O medo quanto à eficácia e segurança do dispositivo e as dificuldades sociais para o retorno ambulatorial, apresentadas como falta de transporte e de apoio para o retorno ao ambulatório foram os motivos referidos para o não uso.

Outra evidência que reforça o DIU como um método de alta eficácia e de uso consistente é a taxa de continuidade ao final de 12 e de 24 meses quando comparada ao uso de um método contraceptivo de baixa eficácia. As mulheres que usaram DIU tiveram uma taxa de continuidade de 87% ao final do primeiro ano e de 57%

ao final do segundo, enquanto que para outros métodos a continuidade no uso foi de 77% e de 41%, ao final do primeiro e do segundo ano respectivamente<sup>20</sup>.

Apesar de tratar-se de um estudo do tipo coorte onde a dificuldade de contato com as pacientes após um ano da sua experiência obstétrica excluiu pouco mais da metade da população prevista, o que limitou o tamanho da amostra, algumas relações merecem ser observadas, tais como: a correlação positiva entre uma gravidez não planejada e a motivação para uso do DIU, mulheres mais jovens retornaram ao ambulatório e inseriram o DIU, a possibilidade de utilização da gravidez não planejada como incentivo ao uso do DIU. Além disso, também foram as adolescentes que prioritariamente retornaram ao ambulatório e inseriram o DIU. Neste caso, é possível que as adolescentes tenham encontrado mais apoio para retornarem ao ambulatório no pós-parto, do que as adultas jovens, pois sabe-se que um dos recursos para a prevenção da recorrência de gravidez na adolescência é o apoio familiar<sup>19</sup>.

## CONCLUSÃO

A recorrência da gravidez na adolescência é uma realidade a que essas meninas estão expostas. O aconselhamento, assim como o acesso a métodos contraceptivos de alta eficácia é o principal recurso no combate desse evento.

Dentre os métodos contraceptivos reversíveis, de alta eficácia e longa duração, deve ser considerado em especial o DIU, uma vez que este método é disponibilizado gratuitamente na rede pública de saúde brasileira.

No entanto, apesar de manifestarem interesse e terem o acesso gratuito ao DIU, poucas adolescentes e adultas jovens retornaram ao ambulatório no pós-parto para a inserção do DIU. Entre vários motivos destacam-se o medo, os mitos e as dificuldades sociais que surgem no intervalo entre o parto e o tempo de retorno para a inserção do DIU.



Deste modo, fica evidente que apenas o acesso gratuito ao DIU não é capaz de transformar a realidade da recorrência da gravidez na adolescência. Há que se considerar as questões que aqui emergiram como impedimentos para uso do DIU por essas meninas, sobretudo no que se refere ao tempo entre a motivação e a inserção que é suficiente para valorizar as demais dificuldades. Neste sentido, o aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal e a inserção do dispositivo no pós-parto imediato representam os recursos de efeitos mais imediatos que podem ser usados em resposta a essas dificuldades.

A longo prazo é esperado que haja um aumento das usuárias de DIU, assim como campanhas educativas para desconstrução dos mitos e o apoio ao retorno ao ambulatório de planejamento familiar, que deverão favorecer a contra-

cepção eficaz e refletir na redução da gravidez não planejada na adolescência.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos nossos companheiros do Grupo de Estudo sobre Saúde Reprodutiva e Humanidades da Universidade Federal da Paraíba que contribuíram para a coleta de dados e revisão crítica da pesquisa. Agradecemos também ao serviço social do Hospital Universitário Lauro Wanderley pelo apoio dado às adolescentes que manifestaram interesse em inserir o DIU, bem como todo suporte dado pela direção do Hospital e pelo serviço de obstetria e ginecologia para o desenvolvimento da pesquisa.

## REFERÊNCIAS

1. Sedgh G, Finer LB, Bankole A, Eilers MA, Singh S. Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: Levels and recent trends. *J Adolesc Health* 2015;56:223-30.
2. Rodrigues ARS, de Moraes Barros W, Soares PDFL. Reincidência da gravidez na adolescência: percepções das adolescentes. *Enfermagem em Foco* 2017;7:66-70.
3. Teal SB, Romer SE. Awareness of long-acting reversible contraception among teens and young adults. *J Adolesc Health* 2013;52:S35-S39.
4. Fortier E, Foster AM. Exploring young mothers' experiences with postpartum contraception in Ottawa: Results from a multi-methods qualitative study. *Contraception*. 2018.
5. Greenberg KB, Makino KK, Coles MS. Factors associated with provision of long-acting reversible contraception among adolescent health care providers. *J Adolesc Health* 2013;52:372-374.
6. Darney BG, Sosa-Rubi SG, Servan-Mori E, Rodriguez MI, Walker D, Lozano R. The relationship of age and place of delivery with postpartum contraception prior to discharge in Mexico: A retrospective cohort study. *Contraception* 2016;93:478-484.
7. Baldwin MK, Edelman AB. The effect of long-acting reversible contraception on rapid repeat pregnancy in adolescents: a review. *Journal of Adolescent Health* 2013;52, 47-53.
8. Azuik EC, Ikeako LC, Ezeobi I, Ezebialu IU, Umeobika JC, Obi KN, Anene JO, Azuik ED. Predictors of discontinuation of contraceptive use among Nigerian women: Results of 2013 Nigeria Demographic and Health Surveys. *Journal of Scientific Research and Studies* 2017;4:171-176.
9. Kavanaugh ML, Jerman J, Ethier K, Moskosky S. Meeting the contraceptive needs of teens and young adults: Youth-friendly and long-acting reversible contraceptive services in U.S. family planning facilities. *J Adolesc Health* 2013;52:284-292.
10. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA* 2013;310:2191-2194.

11. Nery IS, Gomes KRO, Barros IC, Gomes IS, Fernandes ACN, Viana LMM. Fatores associados à reincidência de gravidez após gestação na adolescência no Piauí, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2015;24:671- 680.
  12. Rosenstock JR, Peipert JF, Madden T, Zhao Q, Secura GM. Continuation of reversible contraception in teenagers and young women. *Obstetrics & Gynecology* 2012; 120, 1298-1305.
  13. United Nations Children's Fund- UNICEF. O direito de ser adolescente - Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades, 2011. [Acesso Dez 20 2017]. Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_sabrep11.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sabrep11.pdf) >
  14. Dee DL, Pazol K, Cox S, Smith RA, Bower K, Kapaya M, Fasula A, Harrison A, CD Kroelinger, D'Angelo D, Harrison L, Koumans EH, Mayes N, Barfield WD, Warner L. Trends in Repeat Births and Use of Postpartum Contraception Among Teens—United States, 2004–2015. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report* 2017;66,422-426.
  15. United Nations Children's Fund- UNICEF (2011). The state of the world's children 2011: Adolescence an age of opportunity. [Acesso Dez 20 2017]. Disponível em: [http://www.unicef.org/adolescence/files/SOWC\\_2011\\_Main\\_Report\\_EN\\_02242011.pdf](http://www.unicef.org/adolescence/files/SOWC_2011_Main_Report_EN_02242011.pdf);
  16. Romero LM, Olaiya O, Hallum-Montes R, Varanasi B, Mueller T, House LD, Middleton D. Efforts to increase implementation of evidence-based clinical practices to improve adolescent-friendly reproductive health services. *Journal of Adolescent Health*. 2017;60:530-537.
  17. Kaunitz AM. Contraceptive counseling and selection [UpToDate]. 2017. [Acesso Dez 20 2017]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/contraceptive-counseling-and-selection>.
  18. Secura GM, Madden T, McNicholas C, Mullersman J, Buckel CM, Zhao Q, Peipert JF. Provision of No-Cost, Long- Acting Contraception and Teenage Pregnancy. *The New England Journal of Medicine* 2014;371,1316-1323.
  19. Borovac-Pinheiro A, Surita FG, D'Annibale A, Pacagnella RC, Pinto E Silva JL. Adolescent contraception before and after pregnancy-choices and challenges for the future. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2016;38:545-551.
  20. Machado RB, Monteiro IMU, Magalhães J, Guazzelli CAF, Brito MB, Finotti MF, JN Lubianca, Sakamoto LC, Franceschini AS. Long-Acting Reversible Contraception. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2017;39:294–308.
-