

**LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS- GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**ANA PAULA FONSECA SANTOS
EDMERALDA DA SILVA REIS
ROSÂNGELA DA GRAÇA MARTINS ROCHA**

**PERCEPÇÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL ENTRE ALUNAS
GESTANTES DO CENTRO DE ENSINO MÉDIO MENINO JESUS DE PRAGA**

São Luís
2010

**ANA PAULA FONSECA SANTOS
EDMERALDA DA SILVA REIS
ROSÂNGELA DA GRAÇA MARTINS ROCHA**

**PERCEPÇÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL ENTRE ALUNAS
GESTANTES DO CENTRO DE ENSINO MÉDIO MENINO JESUS DE PRAGA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/ Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Mestre Rosemary Ribeiro Lindholm.

Santos, Ana Paula Fonseca.

Percepção sobre a importância do pré-natal entre alunas gestantes do Centro de Ensino Médio Menino Jesus de Praga. Ana Paula Fonseca Santos; Edmeralda da Silva Reis; Rosângela da Graça Martins Rocha. - São Luís, 2010.

37 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde Pública) – Curso de Especialização em Saúde Pública, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2010.

1. Adolescência. 2. Gravidez. 3. Pré-natal. I. Título.

CDU 618.2

**ANA PAULA FONSECA SANTOS
EDMERALDA DA SILVA REIS
ROSÂNGELA DA GRAÇA MARTINS ROCHA**

**PERCEPÇÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL ENTRE ALUNAS
GESTANTES DO CENTRO DE ENSINO MÉDIO MENINO JESUS DE PRAGA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde Pública do
LABORO – Excelência em Pós-Graduação/
Universidade Estácio de Sá, para obtenção do
título de Especialista em Saúde Pública.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Rosemary Ribeiro Lindholm (Orientadora)

Mestre em Enfermagem Pediátrica

Universidade de São Paulo - USP

Prof.^a Mônica Elinor Alves Gama

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo - USP

Só existem dois dias do ano em que nada pode ser feito, o dia de ontem e o dia de amanhã. Portanto hoje é o dia certo. Sonhe, acredite e principalmente FAÇA.

(Dalai Lama)

AGRADECIMENTOS

A Deus por estar sempre conosco em todos os momentos e por ter possibilitado mais essa conquista em nossas vidas.

Aos nossos familiares, pelo suporte e apoio constantes em todos os momentos.

À Prof.^a Mestre Rosemary Ribeiro Lindholm, pela atenção, orientação e contribuição que foram essenciais para execução desta pesquisa.

Às alunas gestantes do Centro de Ensino Médio Menino Jesus de Praga, pela participação e pelos relatos sinceros que enriqueceram este trabalho.

À Diretora Adjunta do Centro de Ensino Médio Menino Jesus de Praga, Maria das Neves Almeida, pela atenção e pelas informações prestadas.

E, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a elaboração deste trabalho.

RESUMO

Estudo qualitativo com objetivo de conhecer a percepção sobre a importância e benefícios do pré-natal para a mãe e o bebê de alunas gestantes do Centro Ensino Médio Menino Jesus de Praga, uma escola estadual de São Luís – MA. A população foi composta por 04 adolescentes, entre 17 e 19 anos, cursando o 2º ou 3º ano do ensino médio, de baixa renda, sendo que metade está no 3º mês de gestação e a outra metade no 7º mês. Relataram conhecer métodos contraceptivos orais e preservativos masculinos, sendo que o primeiro método nenhuma delas experimentou e o segundo apenas duas faziam uso, mas de maneira irregular. Em relação ao significado e a importância do pré-natal para a adolescente gestante especificamente; não mencionaram os riscos biológicos da gestação nessa fase da vida e nem aderiram ao pré-natal ao se perceberem grávidas, mas a maioria delas compreendeu porque esse acompanhamento médico é importante para o bebê. Concluímos que as adolescentes engravidam sem adequado planejamento e mesmo grávidas desconhecem os riscos biológicos inerentes à gravidez. A preocupação com os problemas e perdas sociais que o filho e a gravidez acarretam nessa faixa etária é o foco dessas meninas, que só aderiram ao pré-natal por sugestão de familiares. Acreditamos que se a juventude também fosse despertada para o conhecimento desses riscos, a velocidade de redução anual dos índices de gravidez na adolescência seria bem maior.

Palavras - chave: Adolescência. Gravidez. Pré-natal.

ABSTRACT

Qualitative study aiming to know the perception about the importance and benefits of prenatal care for mother and baby of pregnant of students from Centro Ensino Médio Menino Jesus de Praga, a state school in São Luís – MA. The population consisted of 04 adolescents between 17 and 19 years, attending 2nd or 3rd of high school, low income, and half is on the 3rd month of pregnancy and other half in the 7th month. Reported in the methods oral contraceptives and condoms, and none of the first method tried and the second only two were using, but unevenly. Regarding the significance and importance of prenatal care for pregnant adolescents specifically, did not mention the biological risks of pregnancy at that stage of life or acceded to prenatal care when pregnant realize, but most of them understand why this is important medical monitoring for the baby. We conclude that adolescents become pregnant without adequate planning and even pregnant women are unaware of the biological risks inherent in pregnancy. The concern with social problems and losses that the child and cause pregnancy in this age group is the focus of these girls, who only joined the antenatal suggestion of relatives. We believe that the youth was also awakened to the knowledge of these risks, the rate of annual reduction rates of teenage pregnancy would be larger.

Key - words: Adolescence. Pregnancy. Prenatal care.

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO.....	8
2 OBJETIVOS.....	11
2.1 Geral.....	11
2.2 Específicos.....	11
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
4 METODOLOGIA.....	18
5 RESULTADOS.....	21
6 DISCUSSÃO.....	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS.....	32
APÊNDICES.....	35

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) delimita, cronologicamente, a adolescência como período entre os 10 e os 20 anos incompletos, em que importantes transformações físicas, mais especificamente, a puberdade, estão inseridas em um contexto mais amplo de mudanças psicológicas e sociais. O adolescente se depara com a intensificação das sensações genitais, a ampliação da capacidade de imaginação e incertezas quanto aos seus papéis futuros como adulto, no campo profissional e afetivo. O contexto social e familiar no qual o adolescente está inserido apresenta um papel fundamental neste processo, ao fornecer valores, regras e os meios concretos para viabilizar seus projetos de vida. Dessa maneira, adolescência se manifesta de maneira diversa em diferentes culturas e sociedades, e até na mesma sociedade (RIBEIRO et al., 2003).

No Brasil, a gravidez na adolescência representa um problema social e de saúde pública devido às repercussões orgânicas, psicológicas e sociais que a gravidez acarreta nessa faixa etária. O Ministério da Saúde torna claro que são vários e complexos os fatores etiológicos envolvidos neste fenômeno, dentre eles a falta de informação das adolescentes sobre o funcionamento do corpo e a falta de acesso aos serviços de saúde, onde as mesmas sejam alvo de ações educativas e preventivas (BRASIL, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde, a gravidez precoce é uma das ocorrências mais preocupantes relacionada à sexualidade da adolescência, com sérias conseqüências para a vida dos adolescentes envolvidos, os filhos que nascerão e de suas famílias. Cerca de 1,1 milhões de adolescentes engravidam por ano no Brasil, e esses números continuam crescendo. O índice de adolescentes e jovens brasileiras grávidas é hoje 2% maior do que na última década, as meninas de 10 a 20 anos representam 25% dos partos feitos no país (BRASIL, 1999).

Contudo, dados mais recentes do Ministério da Saúde mostram que a quantidade de partos em adolescentes de 10 a 19 anos caiu em 22,4% de 2005 a 2009. Na primeira metade da década passada, a redução foi 15,6%. De 2000 a 2009, a maior taxa de queda anual ocorreu no ano passado, quando foram realizados 444056 partos em todo o país – 8,9% a menos que em 2008. Em 2005, foram registrados 572541. Ao longo da década, a redução total foi 34,6%. O Ministério da Saúde atribui essa tendência às campanhas destinadas aos adolescentes e à ampliação do acesso ao planejamento familiar, além do reforço na oferta de preservativos aos jovens brasileiros. Além disso, o Ministério da Saúde começou a produzir desde 2009 as Cadernetas de Saúde do Adolescente que contém informações sobre temas essenciais para os mais jovens, como alimentação, saúde sexual e reprodutiva e uso de drogas. No entanto, no

Brasil, o parto normal tem sido a primeira causa de internação de jovens entre 10 e 14 anos de idade nos hospitais conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os estados do país (BRASIL, 2007; BRASIL, 2010).

O Maranhão está entre os estados com maiores taxas de fecundidade total, sendo superado por alguns estados da região Norte (Amapá, Acre e Tocantins) e pela de Alagoas, representando quase o dobro das taxas encontradas nos Estados do Sul e Sudeste. Embora as taxas de fecundidade total do país tenha se reduzido, as taxas específicas de fecundidade das adolescentes são muito altas, sobremaneira nas regiões menos desenvolvidas do país (SIMÕES et al., 2003).

Outra estatística preocupante diz respeito ao número de adolescentes grávidas no Maranhão, pois atualmente o Estado lidera o ranking nacional de gravidez na adolescência, com mais de 26% dos casos registrados no país, mesmo tendo tido uma redução em 2009 de 35% no número de partos entre meninas de 10 a 19 anos (PORTAL HOJE, 2010).

Atualmente, a puberdade está acontecendo cada vez mais precocemente. As alterações hormonais despertam a sensibilidade sexual e, conseqüentemente, é neste período que muitos adolescentes começam esporadicamente a ter relações sexuais. Portanto, a puberdade é marcada por significativas mudanças biológicas e psicossociais. Nesta fase, o adolescente enfrenta muitos desafios, dentre eles a exigência social de não poder agir totalmente como um adulto e tampouco continuar a ter atitudes infantis (BALLONE, 2003).

Nascimento et al (2008) relataram que muitas adolescentes enfrentam não apenas os problemas peculiares de uma gravidez precoce, como parto e despreparo físico e emocional, mas também apreensões quanto aos aspectos econômicos relativos à alimentação, consultas médicas, remédios e vestimentas para si e para o futuro bebê, onde na maioria dos casos não há participação financeira do futuro pai, tendo a gestante e sua família que arcar com todas as despesas.

Uma parcela considerável das gestações na adolescência é desejada ou planejada, revelando que, boa parte dessas meninas não entende o impacto que um filho traz para a vida de uma jovem mãe, uma vez que a maternidade nesta fase é uma das principais causas de abandono escolar, gerando maiores dificuldades de inserção no mercado de trabalho e prejudicando o auto-sustento e de sua família (FOLHA DE SÃO PAULO, 2009).

Dentro deste contexto, a possibilidade da ocorrência de uma gravidez de risco se torna uma realidade. Além disso, a imaturidade física e emocional pode contribuir para a realização de um pré-natal inadequado, pois ao contrário do que muitas gestantes pensam a assistência pré-natal adequada não serve somente para controlar a evolução da gestação, mas

principalmente oferecer conhecimentos de saúde a gestante, tratar doenças pré-natais existentes e discriminar as gestantes de alto risco.

A percepção sobre a importância da adesão ao pré-natal entre alunas gestantes do Centro de Ensino Médio Menino Jesus de Praga - CEMMJP- escola estadual localizada no bairro Cidade Operária, em São Luís - MA, se constitui tema central deste estudo, na medida em que se constata a presença de alunas grávidas nessa escola. A maioria dessas adolescentes é de família desestruturada e acomodada à pobreza, motivo pelo qual talvez a informação preventiva seja deixada em segundo ou até último plano. Tudo isso contribui para que essas meninas sintam-se despreparadas para enfrentar este período de mudanças radicais, além de não haver a certeza de uma gravidez segura. Assim sendo, objetiva-se relacionar as possíveis causas de adesão tardia e irregular das adolescentes da referida escola às consultas durante a gravidez e identificar o grau de informação das mesmas sobre os benefícios do pré-natal, uma vez que este acompanhamento possibilita à mãe, e principalmente à mãe-adolescente, compreender as modificações que irão ocorrer com seu próprio corpo, bem como os cuidados que esta deverá ter com sua saúde e conseqüentemente com a de seu bebê. Supõe-se, portanto, que se a mãe é orientada de perto, ou seja, acompanhada e informada sobre seu estado, terá maiores condições de ter um parto seguro e um bebê sadio.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Conhecer a percepção das alunas gestantes do CEMMJP sobre a importância e benefícios do pré-natal para a mãe e o bebê.

2.2 Específicos

Identificar o número de alunas gestantes da escola;

Identificar as características sócio-demográficas das alunas investigadas;

Verificar quais os métodos contraceptivos que as adolescentes conhecem e se fazem uso de algum deles;

Verificar o conhecimento dessas alunas gestantes sobre a importância do pré-natal nessa fase da vida.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Adolescência e o risco de gravidez

De acordo com o Ministério da Saúde, a sexualidade manifesta-se em novas e surpreendentes necessidades e sensações corporais, em desconhecidos desejos e na busca de relacionamento interpessoal ocasionados pelas alterações hormonais da puberdade, sendo foco importante de preocupação e curiosidade para adolescentes de ambos os sexos (BRASIL, 2005).

A adolescência é uma época de crise, mudança, readaptação ao novo corpo e de novas atitudes frente à vida. Nesse período, o indivíduo ainda não possui capacidade para racionalizar as conseqüências futuras, decorrente do seu comportamento sexual, deparando-se frequentemente com situações de risco, como gravidez não planejada ou desejada. A experiência da maternidade nessa fase da vida pode ser um evento muito difícil não apenas em relação aos aspectos biológicos, mas também pessoal, social e familiar (GODINHO, 2000).

Silva et al (2002) descreveram a percepção que a adolescente tem do risco de engravidar através de um estudo qualitativo, por meio de entrevista semiestruturada e individual, com a participação de 09 adolescentes gestantes inscritas no programa de pré-natal no Hospital Filantrópico de Anápolis – GO, durante os meses de fevereiro a março de 2002. As autoras relataram que todas as adolescentes, inicialmente, identificam o risco de engravidar, mas o ignoram. A percepção do risco fica no imaginário, ou seja, significa que não ficariam grávidas, isto não lhes aconteceria. Porém, ao passar pela experiência, reconhecem o risco como real, levando-as ao testemunho no sentido de alertar outras adolescentes que experienciam situações semelhantes.

Segundo Guimarães et al (2004) vários fatores têm sido associados à gravidez na adolescência, sendo que a renda e a escolaridade são praticamente unânimes na literatura. Os autores relatam que a maternidade na adolescência está associada à baixa renda. No Brasil, as adolescentes com renda inferior a um salário mínimo apresentaram, em 1991, taxa de fecundidade de 128 por 1000 mulheres, enquanto a fecundidade das mulheres com renda igual ou superior a 10 salários mínimos foi de 13 por 1000 mulheres. Em relação à escolaridade, há praticamente unanimidade em associar baixa escolaridade e gravidez na adolescência, pois a maioria dos estudos desenvolvidos no país vem comprovando essa realidade.

A gravidez na adolescência é sempre inoportuna, mas não indesejada. Os métodos anticoncepcionais hoje são do conhecimento de todas. Com o advento da AIDS, o uso do preservativo deixou de ser uma opção para ser uma necessidade/obrigação. As revistas dirigidas aos adolescentes fazem ampla divulgação dos métodos de anticoncepção e a família está mais atenta para o risco da gravidez na adolescência. Apesar de todas essas facilidades e de todos os inconvenientes e limitações que a gravidez e o filho podem determinar para a sua vida, a adolescente encontra motivos para desejar a gravidez, dentre os quais, liberdade de iniciar a vida sexual sem a obrigatoriedade do casamento, instabilidade emocional caracterizada pela inconstância das convicções que levam a jovem a acreditar que o casamento pode trazer certa comodidade ou estabilidade, crença popular de que o casamento é um veículo para a felicidade, selar o amor dedicado ao parceiro, tornando-se mãe do seu filho ou então para satisfazer o desejo desse de ser pai e o pensamento mágico ou fantasioso de que para elas o indesejado não acontece (BALLONE, 2009).

Silva et al (2009) descreveram estratégias educativas em saúde abordando os métodos contraceptivos com 20 adolescentes de 12 a 15 anos de idade em uma escola pública de Fortaleza – CE, em novembro de 2007. Os métodos explorados foram: tabelinha, vasectomia, laqueadura, dispositivo intra-uterino (DIU), diafragma e camisinha masculina e feminina. Cada método foi explicado e os estudantes tinham que classificar os métodos conforme a facilidade ou a dificuldade de assimilação. A maioria dos estudantes relatou desconhecer a existência de um período fértil na mulher e nunca ouviram falar em tabelinha, DIU, diafragma e preservativo feminino. Nesse estudo, os autores revelam que os adolescentes despertaram grande interesse pela cartela de contraceptivos orais e o modo de uso, mostrando a vulnerabilidade à transmissão de DST's, pois priorizaram este método de anticoncepção em relação às camisinhas. Os jovens sentiram bastante dificuldade em assimilar os métodos cirúrgicos conhecidos como vasectomia e laqueadura, e elegeram a camisinha masculina como o método de mais fácil compreensão e utilização.

Em seu trabalho sobre as variáveis de risco para a gravidez na adolescência, Bueno (2002) aponta 6 razões que concorrem para a ocorrência desse evento: estar apaixonada pelo parceiro sem pensar na possibilidade de engravidar, não se prevenir em relação à gravidez e não planejá-la; repetição de padrões de comportamentos dos sujeitos com relação aos de suas mães, pois estas, em sua maioria, engravidaram durante a adolescência; satisfazer a necessidade do parceiro quanto à paternidade; negligência da escola quanto à educação sexual; influência dos meios de comunicação no comportamento sexual dos jovens e relações

sexuais sem a utilização de métodos contraceptivos ou uso esporádico e incorreto dos mesmos.

Kunst (2010), em seu trabalho sobre adolescentes grávidas e resiliência, aponta os seguintes fatores que aumentam a vulnerabilidade da gravidez na adolescência: precocidade do início da vida sexual, desenvolvimento puberal precoce, história de abuso sexual, pobreza, falta de atenção familiar, padrões familiares de experiência sexual precoce, falta de objetivos escolares ou de trabalho, performance escolar ruim, e abandono escolar. A autora relaciona ainda outras razões relacionadas ao aumento de gravidez na adolescência tais como menarca precoce, maior desagregação familiar, maior liberdade dos jovens, menor controle da família e escola, influência da mídia e do grupo, ignorância sobre anticoncepção.

3.2 A Gestante adolescente e a adesão ao pré-natal

A Organização Mundial de Saúde - OMS - por intermédio da sua Comissão de Peritos, definiu que a proteção à maternidade “tem por objetivo salvaguardar a saúde das mulheres durante a gravidez e o aleitamento, deve ainda ensinar-lhes os cuidados a ser dispensado às crianças, permitir o parto normal e dar a luz a um filho sadio”. A OMS define ainda saúde, inclusive a materna, como: “a sensação de bem estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença” (BRASIL, 2002).

Galli et al (2000) relatam que a adolescência consiste em um dos períodos de aceleração de crescimento (junto com o período pré-natal e os 3 primeiros anos de vida pós-natal), com marcadas modificações morfológicas e fisiológicas, pelas quais se desenvolvem os caracteres sexuais secundários que culminam em um corpo adulto com capacidade de procriar. Dessa forma, a adolescência é considerada como “um período de risco” onde múltiplos fatores relacionados com o indivíduo e com o meio ambiente podem inibir ou favorecer o crescimento. Tais fatores podem repercutir negativamente nas dimensões músculo-esqueléticas e nas dos órgãos internos, além de afetar o desenvolvimento dos sistemas cardiovascular e respiratório e também o desenvolvimento das gônadas não será o mesmo.

Para o Ministério da Saúde a insistente menção da gravidez na adolescência como problema está relacionada com a sua ocorrência em contextos normativos onde se supõe que não deveria ocorrer. Do ponto de vista biológico, a gravidez na adolescência está associada com uma maior frequência de baixo peso ao nascer, um risco maior de morrer no primeiro ano de vida, uma mortalidade materna mais elevada e uma maior incidência de pré-eclâmpsia,

infecção urinária e anemia. Porém, é o atraso para o início do pré-natal da gestante adolescente que se constitui em um dos principais responsáveis pelas possíveis conseqüências negativas sobre a saúde das mães e seus bebês (BRASIL, 2004).

Com respeito ao peso dos recém-nascidos de mães adolescentes, sobretudo nas que têm entre 10 e 15 anos de idade, o baixo peso materno anterior à gestação, ganho ponderal insuficiente, conflitos familiares e existenciais que retardam a procura pela assistência ao pré-natal, maior incidência de anemia e infecções e incompleto desenvolvimento nos órgãos reprodutivos, que podem acarretar insuficiência placentária, prejudicando as trocas materno-fetais, além do fato de que os efeitos de uma gravidez na adolescência, antes de o próprio desenvolvimento materno se completar poderiam estar associados com o risco de parto pré-termo e baixo peso ao nascer (SANTOS et al., 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde as ações de saúde pré-natais devem atingir toda a área de abrangência da unidade de saúde e principalmente permitir a continuidade no atendimento, acompanhamento, bem como nas avaliações da saúde materna e perinatal (BRASIL, 2002).

Para Amed et al (2001) o pré-natal serve para prevenir, identificar e/ou corrigir as anormalidades maternas ou fetais que afetam adversamente a gravidez; instruir a paciente em relação à gravidez, trabalho de parto, parto e assistência ao recém-nascido; promover suporte psicológico adequado de seu companheiro, familiares e daqueles que a tem sob seu cuidado.

A redução das taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal dependem, significativamente, da avaliação da assistência pré-natal, uma vez que a qualidade dessa assistência tem relação estreita com os níveis de saúde de mães e conceptos (MOURA et al., 2003).

A finalidade principal da assistência pré-natal é garantir a saúde da mãe e do bebê durante todo o parto, identificando as situações que possam aumentar o risco de desfecho desfavorável. Portanto a abordagem de cada gestante tem que ser baseada no risco gestacional, nas características da população rastreada, na prevalência das doenças mais comuns e na avaliação das evidências disponíveis (AMORIM et al., 2009).

Os riscos da gestação na adolescência ainda estão associados à baixa adesão ao atendimento pré-natal demonstrado pelas jovens gestantes. Cabe ressaltar que o acompanhamento pré-natal tem efeito protetor sobre a saúde da gestante e do recém-nascido, uma vez que contribui para uma menor incidência de mortalidade materna e perinatal (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Segundo Alves et al (2000) o pré-natal compreende um conjunto de atividades, cuja finalidade é identificar, o mais precocemente possível, riscos para o feto e para a mãe, favorecendo a implementação de uma assistência eficaz. É uma prática de impacto significativo na saúde de mães e de crianças. Logo, a ausência do pré-natal ou a inadequação deste traz como consequência maior número de complicações, como índices aumentados de pré-eclâmpsia, recém-nascidos de baixo peso e maiores possibilidades de morbimortalidade materna e perinatal. Os autores relatam ainda que o Ministério da Saúde recomenda 6 consultas de pré-natal como número mínimo adequado durante o período de gravidez. Também sugerem que o pré-natal deve iniciar-se o mais precocemente possível. Entretanto, para o biênio 2010/2011, o Ministério da Saúde ampliou o número mínimo de consultas pré-natal de 6 para 7 atendimentos visando reduzir a mortalidade infantil e materna (BRASIL, 2009).

Segundo Moreira et al (2008) o medo de enfrentar a gravidez perante a família e/ou companheiro decorre da imprevisibilidade dessas reações, pois são poucas as famílias que aceitam a situação da gravidez na adolescência e procuram lidar com compreensão e afeto com as jovens mães e pais, respeitando suas limitações. Essas adolescentes têm o conhecimento sobre histórias de abandono familiar, imposição de aborto, obrigação de casamento, violência e expulsão de casa e por essa razão temem por revelar seu atual momento. Em relação aos temores que essas meninas sentem por si mesmas, os autores relatam as seguintes questões: a percepção de que a mesma passará por um corte em seu desenvolvimento, a perda da identidade, a interrupção dos estudos, perda da confiabilidade da família, muitas vezes, a perda do namorado, perda de expectativa de futuro e, por fim, a perda da proteção da família.

Lima et al (2004), em seu trabalho sobre percepções e práticas de adolescentes grávidas e familiares em relação à gestação, também destacam o medo de enfrentar a família e de assumir a gravidez como o sentimento freqüente nessas adolescentes gestantes. As reações da família diante da adolescente grávida tendem a ser contraditórias, sendo comum a sobreposição dos sentimentos de revolta, abandono e aceitação do inevitável. No início, a rejeição à gravidez e o constrangimento podem levar a família a tomar atitudes radicais, tais como, expulsar a adolescente de casa, induzir ou forçar o aborto e impor responsabilidades, exigindo o casamento ou a união estável e a assunção da maternidade. Porém, pode ocorrer uma negociação em torno de quem vai assumir a criança/gravidez, essa pessoa pode ser o próprio pai ou mãe da criança, seus avôs maternos ou paternos, ou qualquer outro parente que se responsabilize pela mesma. As adolescentes, também, podem morar com seus

companheiros em cômodos anexos aos da família de um deles, mantendo vínculos justapostos de filhos e pais.

No estudo realizado por Trevisan (2002) através do qual avaliou a assistência pré-natal entre 702 usuárias do SUS, que tiveram seus filhos no Hospital Geral de Caxias do Sul (RS) entre março de 2000 e março de 2001, observou-se que 95,4% gestantes fizeram o pré-natal, sendo 6,2% a média de consultas nesse período. Em 51,5% dos casos o acompanhamento pré-natal iniciou no segundo trimestre da gravidez, sendo que 44,3% das pacientes submeteram-se a todos os exames complementares preconizados. O principal motivo referido para não realização do pré-natal foi a falta de informação a cerca da sua importância (65,6%), sendo que as mães que já haviam tido filhos foram as que mais tardiamente iniciaram e também as que tiveram o menor número de consultas. Cerca de 26,2% (n=184) eram adolescentes, 45,5% (n=319) estavam na primeira gestação e 88,2% (n=618) confirmou ter companheiro fixo.

Arcanjo et al (2007) em seu estudo sobre gravidez na adolescência em Unidade Municipal de Saúde em Fortaleza – CE relataram que as adolescentes, na tentativa de descobrir novos horizontes, deixam-se engravidar sem pensar nos riscos que essa gravidez pode acarretar. Cabe aos profissionais de saúde adotar ações educativas para mudar essa realidade, orientando sobre o significado da gravidez e o momento de planejá-la, pois essas jovens não percebem os riscos biológicos inerentes à gravidez e deixam de lado estudo, lazer, vaidade e mesmo as perspectivas para o futuro.

4 METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo analítico - descritivo desenvolvido a partir de entrevistas semi-estruturadas para as alunas gestantes do Centro de Ensino Médio Menino Jesus de Praga – CEMMJP. O questionário ou roteiro foi composto por uma combinação de perguntas fechadas e abertas, onde as estudantes tiveram a possibilidade de refletir e elaborar suas próprias respostas sobre o tema proposto, sem a interferência ou respostas pré-estabelecidas pelas pesquisadoras.

A metodologia que foi desenvolvida está em conformidade com o que diz Minayo (1994) sobre pesquisas qualitativas, onde relata que a abordagem qualitativa responde a questões muito particulares que não podem ser quantificadas, *“trabalhando com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização das variáveis”*.

Local do estudo

O estudo foi realizado no Centro de Ensino Médio Menino Jesus de Praga (CEMMJP), localizado na Unidade 203, Rua 203, nº 50 no bairro Cidade Operária, na cidade São Luís – MA, é uma escola estadual que atende a população local e a dos bairros adjacentes.

O bairro da Cidade Operária, complexo habitacional da Ilha de São Luís, no Estado do Maranhão, foi fundado há mais de 25 anos e tem uma população de aproximadamente 120 mil habitantes, distribuídos em cerca de 25 mil unidades residenciais. O conjunto foi estruturado em 06 grandes unidades que, com o decorrer do tempo, foram se desenvolvendo e deram origem a diversos bairros autônomos de grande densidade como, Santa Clara, Santa Efigênia, Cidade Olímpica, Jardim América, Jardim São Cristóvão, Recanto dos Signos, Recanto dos Pássaros, Vila Flamengo, etc. No momento em que ocorria esse crescimento habitacional foi se devolvendo também um comércio vigoroso e auto-suficiente. Atualmente o referido bairro dispõe de uma rede eficiente de supermercados, lojas de departamento e móveis, hospitais, farmácias, escolas municipais, estaduais e particulares,

lanchonetes, postos de combustíveis, farmácias, feiras, igrejas e uma vida noturna agitada (O MELHOR DO BAIRRO, 2010).

O bairro não tem Unidade Básica de Saúde, sendo que a mais próxima fica localizada no bairro Janaína. Há apenas o Posto de Assistência Médica, que está em reforma e será uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), sendo que até o momento, não oferece serviços de pré-natal assistido por médicos e também não dispõe de projetos voltados para o público adolescente.

A escola é composta por uma equipe de profissionais formada por 02 diretoras, sendo uma Diretora Geral (Francisca Cardoso de Lima) e uma Diretora Adjunta (Maria das Neves Almeida), 2 supervisoras, 1 secretária, 11 agentes administrativos, 53 professores, 2 apoios pedagógicos, 3 auxiliares de biblioteca, 9 agentes operacionais efetivos, 3 prestadores de serviço do MASP, além de 4 vigilantes que se revezam nos três turnos oferecidos. Com relação ao corpo discente a escola acompanha 942 alunos distribuídos da seguinte forma: 343 no turno matutino, 316 no turno vespertino e 283 no turno da noite. A faixa etária do corpo discente da manhã e da tarde varia de 12 a 20 anos, enquanto no turno da noite fica entre 21 a 50 anos de idade. O número total de adolescentes do sexo feminino é de 336. Com relação a estrutura física dispõe de 11 salas de aula, 1 biblioteca, 1 laboratório de informática, 1 sala para os professores, 1 secretaria, 2 salas para a direção geral e adjunta, 8 banheiros, 1 sala para pessoas portadoras de necessidades especiais e 1 quadra poliesportiva desativada no momento. Em relação à área vizinha, à frente e à esquerda existem residências, à direita há uma praça e uma ciclovia e ao fundo está situada a Universidade Estadual do Maranhão.

População

Alunas gestantes e devidamente matriculadas no Centro de Ensino Médio Menino Jesus de Praga, sendo 4 estudantes na faixa etária de 17 a 19 anos entrevistadas durante o mês de março de 2010.

Instrumento de coleta de dados

Os dados foram coletados através de entrevistas, estabelecendo um roteiro semi-estruturado aplicado às alunas gestantes do CEMMJP, durante visita a escola, em horário marcado e sem comprometimento das atividades escolares.

O roteiro semi-estruturado abordou questões sobre a gravidez, o exame do pré-natal, bem como a importância deste último, além das experiências e sentimentos vivenciados pela aluna durante a gravidez e as influências ou apoio recebido da família, da igreja e da escola.

Coleta de dados

A obtenção dos dados foi realizada cumprindo as seguintes etapas:

- 1) Explicação dos objetivos da pesquisa e da importância da participação das alunas;
- 2) Com a aceitação da solicitação, as entrevistas foram realizadas, com a gravação das falas das estudantes, mediante consentimento prévio;
- 3) Consolidação das informações, viabilizando caracterizar as alunas em estudo.

Análise dos dados

Escolheu-se a entrevista semi-estruturada pela possibilidade de se estabelecer com entrevistada a liberdade e a espontaneidade necessária para o enriquecimento da investigação. Inicialmente as pesquisadoras fizeram um convite individual e pessoalmente, sendo que neste momento foi entregue e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Após a aceitação livre e de espontânea vontade, a entrevista foi realizada obedecendo-se ao roteiro de perguntas selecionadas, com a gravação das falas a fim de não se perder detalhes importantes. Encerrada a entrevista, foi realizada a transcrição literal dos relatos, leitura e releitura das falas.

Considerações éticas

O projeto de pesquisa foi encaminhado à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, uma vez que envolveu seres humanos. Foi realizado em conformidade com as exigências da Resolução CNS N. 196/96, em vigor em todo território nacional, onde os sujeitos envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando assim sua participação na pesquisa (APÊNDICE B).

5 RESULTADOS

No mês de março de 2010, período em que as entrevistas foram realizadas, no Centro de Ensino Médio Menino Jesus de Praga contava-se com 6 alunas gestantes, porém só foi possível entrar em contato com 4 dessas adolescentes. Uma delas não demonstrou interesse em participar da pesquisa e a outra devido a fatores inerentes à gestação se ausentava das atividades escolares de rotina.

A seguir apresenta-se os resumos das respostas das participantes da pesquisa, conforme o roteiro de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A).

Participante I

1) Dados sócio-demográficos:

Rosa, 17 anos, solteira (mora com a mãe e irmãos), cursa o 2º ano do ensino médio, tem renda mensal inferior a um salário mínimo e atualmente está apenas estudando.

2) Dados culturais:

Católica, gosta de praia, mas atualmente não tem saído de casa, devido aos enjoos frequentes.

3) Idade em que ocorreu a menarca: 11 anos.

4) Início da atividade sexual: 13 anos.

5) Quais os métodos contraceptivos que você conhece? Já fez uso de algum deles? Preservativo masculino e anticoncepcionais orais, mas nunca utilizou nenhum deles.

6) Número de gestação: 2.

7) Número de aborto: 1 (espontâneo na 1ª gravidez aos 5 meses).

8) Tem filhos? Qual a idade dos filhos? Não.

9) Fez pré-natal em gestação anterior? Não.

10) Mês da gestação atual? Já iniciou o pré-natal? Quando?

Está grávida de 5 meses e iniciou o pré-natal aos 3 meses, quando a mãe desconfiou da manifestação de sinais e sintomas da gravidez.

11) O que significa pré-natal?

Não soube definir.

12) Por que o pré-natal além de importante é fundamental para a mãe adolescente?

“É bom pra mim, porque a gente tem uma carteira de gestante, e quem tem esta carteira consegue vaga na maternidade pra ter o bebê, e pra quem não tem é muito complicado”.

Participante II

1) Dados sócio-demográficos:

Margarida, 17 anos, solteira (mora com os pais e namora o pai de seu filho), cursa o 2º ano do ensino médio, sua renda mensal gira em torno de 02 salários mínimos e atualmente está apenas estudando.

2) Dados culturais:

Não tem religião definida e freqüenta praias e cinema durante os fins de semana.

3) Idade em que ocorreu a menarca: 12 anos.

4) Início da atividade sexual: 15 anos.

5) Quais os métodos contraceptivos que você conhece? Já fez uso de algum deles? Preservativo masculino e anticoncepcionais orais, mas nunca utilizou nenhum deles.

6) Número de gestação: 1.

7) Número de aborto: nenhum.

8) Tem filhos? Qual a idade dos filhos? Não.

9) Fez pré-natal em gestação anterior?

Está em sua primeira gestação.

10) Mês da gestação atual? Já iniciou o pré-natal? Quando?

Está grávida de 5 meses e iniciou o pré-natal aos 3 meses, após revelar a sua que estava grávida.

11) O que significa pré-natal?

Não soube responder.

12) Por que o pré-natal além de importante é fundamental para a mãe adolescente?

“O pré-natal é importante tanto para mãe, quanto para o filho, para saber como é que tá o filho na barriga da mãe, se tá tudo bem, é uma relação entre o filho e a mãe mais forte”;

Participante III

1) Dados sócio-demográficos:

Violeta, 19 anos, mora com o pai de seu filho desde que ficou grávida, cursa o 3º ano do ensino médio, sua renda mensal é de aproximadamente 02 salários mínimos e atualmente está apenas estudando.

2) Dados culturais:

Católica e gosta de freqüentar praias como atividade de lazer.

- 3) Idade em que ocorreu a menarca: 15 anos.
- 4) Início da atividade sexual: 17 anos.
- 5) Quais os métodos contraceptivos que você conhece? Já fez uso de algum deles? Preservativo masculino e anticoncepcionais orais. Fazia uso de preservativo, mas por um acidente que não soube explicar, está grávida.
- 6) Número de gestação: 1.
- 7) Número de aborto: nenhum.
- 8) Tem filhos? Qual a idade dos filhos? Não.
- 9) Fez pré-natal em gestação anterior? Está em sua primeira gestação.
- 10) Mês da gestação atual? Já iniciou o pré-natal? Quando?
Está grávida de 7 meses e iniciou o pré-natal aos 4 meses, incentivada pela mãe.
- 11) O que significa pré-natal?
Não soube responder.
- 12) Por que o pré-natal além de importante é fundamental para a mãe adolescente?
“Um acompanhamento onde a mãe descobre se o filho tem algum problema de saúde”.

Participante IV

- 1) Dados sócio-demográficos:
Hortênsia, 17 anos, solteira (mora com os pais e namora o pai de seu filho), cursa o 2º ano do ensino médio, sua renda mensal é de 02 salários mínimos (os pais do rapaz também têm colaborado com algumas despesas) e atualmente está apenas estudando.
- 2) Dados culturais:
Evangélica e gosta de frequentar praias durante os finais de semana, mas por vergonha evita sair de casa.
- 3) Idade em que ocorreu a menarca: 11 anos.
- 4) Início da atividade sexual: 15 anos.
- 5) Quais os métodos contraceptivos que você conhece? Já fez uso de algum deles?
Preservativo masculino e anticoncepcionais orais. Fazia uso de preservativo esporadicamente;
- 6) Número de gestação: 1.
- 7) Número de aborto: nenhum.
- 8) Tem filhos? Qual a idade dos filhos? Não.
- 9) Fez pré-natal em gestação anterior?
Está em sua primeira gestação.

10) Mês da gestação atual? Já iniciou o pré-natal? Quando?

Está grávida de 7 meses e iniciou o pré-natal aos 6 meses, porque escondia a gestação e ainda apertava a barriga, chegando até a passar mal, pois sentia medo da reação dos pais, porém esses ao tomarem conhecimento da gravidez incentivaram a adesão ao pré-natal com urgência.

11) O que significa pré-natal?

Não soube definir.

12) Por que o pré-natal além de importante é fundamental para a mãe adolescente?

“É importante para saber se o bebê não está com alguma doença, é analisar ele, é ficar cuidando do bebê enquanto está no ventre da mãe, serve pra saber o remédio que a gente tem que tomar pra não passar mal e que vitamina e ferro são importantes pra que o bebê nasça sem problemas”.

Notou-se, ao avaliar o modo de viver e o conteúdo das respostas das alunas gestantes, 4 situações que merecem ser discutidas neste trabalho:

I) O número absoluto de alunas gestantes matriculadas na escola representa 1,78% do total de adolescentes do sexo feminino matriculadas na escola;

II) As 4 adolescentes entrevistadas apresentam renda mensal entre 1 e 2 salários mínimos. Todas admitem que não planejaram a gravidez, mas nenhuma pensou em aborto;

III) Todas as alunas gestantes admitiram saber do possível risco de engravidar, mas reconheceram nada fazer para evitar a gestação;

IV) Nenhuma delas iniciou o pré-natal no primeiro mês de gestação e todas tiveram dificuldade em definir o significado dessa prática médica. Porém, após aderirem ao mesmo, reconheceram a sua importância para o bebê. No entanto, nenhuma das entrevistadas manifestou preocupação com as repercussões biológicas que podem ocorrer com a gestante adolescente, em virtude da coincidência de sua gravidez numa fase da vida em que seu próprio desenvolvimento não se completou.

6 DISCUSSÃO

Na SITUAÇÃO I percebe-se que o número de alunas gestantes foi baixo, mas sabe-se que alguns fatores podem ter contribuído para esse resultado, tais como: ingestão de substâncias abortivas e a prática clandestina do aborto por terceiros, diminuição real do número de alunas gestantes matriculadas na escola devido à adoção por parte dessas adolescentes de métodos contraceptivos, e também pela evasão escolar de alunas ao se descobrirem gestantes.

Infelizmente, o aborto é uma realidade, e muitas das vezes a redução do índice de gravidez pode estar associada a essa prática. Chaves et al (2010), em seu trabalho sobre abortamento provocado e o uso de contraceptivos em adolescentes em um hospital do Sistema Único de Saúde de Maceió – Al, relataram que o uso incorreto de anticoncepcionais pode resultar em um gravidez indesejada. Tal situação pode ter como desfecho a auto-indução de um aborto ou então essas meninas acabam se submetendo a abortos clandestinos. Nesse estudo, os autores entrevistaram 201 adolescentes gestantes internadas com diagnóstico de abortamento, sendo que 197 adolescentes (98,01%) tiveram aborto provocado e 4 (1,99%) tiveram aborto espontâneo.

Segundo a Diretora Adjunta da Escola, Maria das Neves Almeida, o índice de alunas gestantes vem reduzindo a cada ano, fato que ela atribui às ações sócio-educativas realizadas na escola que abordam temas sobre sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis e riscos de gravidez. Essas ações consistem em palestras bimestrais, promovidas por professores e supervisores da própria escola, os quais foram capacitados pela Secretaria de Educação do Estado do Maranhão para o exercício dessa função.

Essa informação vai ao encontro dos achados do Ministério da Saúde que revelam a redução de 34,6% na taxa de número de partos em adolescentes de 10 a 19 anos na última década. De 2000 a 2004 a redução foi de 15,6% e de 2005 a 2009, foi de 22,4%. De 2000 a 2009, a maior taxa de queda anual ocorreu no ano passado, quando foram realizados 444056 partos em todo o país – 8,9% a menos que em 2008. Em 2005, foram registrados 572541. O Ministério da Saúde atribui essa tendência às campanhas destinadas aos adolescentes e à ampliação do acesso ao planejamento familiar, além do reforço na oferta de preservativos aos jovens brasileiros (BRASIL, 2010).

Para Fujimori et al (2008) a escola constitui um centro de ensino, aprendizagem, convivência e crescimento, onde se adquirem valores vitais, que podem ser transmitidos à família e à comunidade. Os autores relatam que palestras de educação em saúde realizadas em

escolas, exercem influências benéficas sobre o conhecimento e atitudes dos estudantes em relação a situações por eles vivenciadas no cotidiano.

O abandono escolar tanto no período gestacional como no pós-gestacional também tem sido uma consequência esperada quando a gravidez ocorre na adolescência, pois a maioria dessas meninas é de baixa renda, o que torna mais difícil conciliar o estudo às necessidades crescentes de seu filho, o que gera a obrigatoriedade de se conseguir um trabalho, geralmente informal, devido à idade e a escolaridade, para reforçar a renda doméstica.

Paraguassú et al (2005), em seu estudo sobre a situação sócio-demográfica e de saúde reprodutiva pré e pós-gestacional de adolescentes em Feira de Santana – Bahia, relataram que 91,2% das entrevistadas não planejaram a gravidez, sendo que a grande maioria coabita com a família permanecendo solteiras ou então passaram a viver em comunhão livre com seus parceiros e também coabitando com a família de um dos dois. Os autores apontam para o maior risco do aumento da prole entre adolescentes que iniciaram a vida sexual mais precocemente, o que pode representar um impacto sobre a vida dessas mulheres, no que se refere à escolaridade, ocupação, inserção no mercado de trabalho, realização do projeto de vida, além do impacto econômico sobre as famílias, principalmente nos grupos de baixa renda e mais carentes.

Dessa forma a baixa renda é um dos principais fatores para a ocorrência de gravidez na adolescência, sendo observada também no CEMMJP, na qual foi definida como SITUAÇÃO II. Neste item, a renda mensal ficou entre 1 e 2 salários mínimos, sendo que em todos os casos nenhuma adolescente trabalha, dependendo do apoio financeiro tanto dos seus familiares como dos de seus parceiros. Observou-se também a falta de adequado planejamento da gravidez, pois todas são solteiras e no momento da concepção moravam com os pais e apenas namoravam com rapazes tão jovens quanto elas. Apesar de estarem vivendo um tempo cheio de contradições, todas sonham em com a chegada do bebê.

A maioria dos autores afirma que as características sócio-econômicas podem repercutir nos índices de gestação, tanto no que se refere à quantidade de filhos como na precocidade da primeira gestação e que a falta de planejamento familiar adequado é muito comum em classes sociais com renda mensal baixa.

Chalem et al (2007), ao avaliarem o perfil sócio-demográfico e comportamental de 1000 adolescentes grávidas admitidas em um hospital municipal de São Paulo, constataram que 93% dessas jovens pertenciam às classes econômicas C, D e E, sendo que 67,3% dessas jovens abandonaram a escola devido a gravidez. Por sua vez, Pontes Júnior et al (2004),

analisando as causas e riscos da gravidez na adolescência, em uma amostra de 33 jovens gestantes, no período de fevereiro a junho de 2003, constataram que 81,82% tinham renda inferior a 2 salários mínimos e que 64% dessas meninas haviam abandonado a escola.

Pode-se perceber, avaliando a literatura, que a baixa renda contribui significativamente para gravidez precoce e esta, por sua vez, contribui com o aumento dos índices de baixa escolaridade. Do ponto de vista das pesquisadoras, a baixa escolaridade deve ser encarada de forma muito especial, pois consiste em um grande desafio a ser vencido, uma vez que atua como causa e conseqüência da gravidez na adolescência.

Na SITUAÇÃO III, todas admitiram ter noções sobre métodos contraceptivos, especialmente, camisinha masculina e anticoncepcionais orais, doenças sexualmente transmissíveis e reconheciam a possibilidade do risco de gravidez. Portanto, a gestação não foi planejada adequadamente em nenhum dos casos. Nenhuma delas se consultou com um médico antes e após o início da atividade sexual. O uso de pílulas anticoncepcionais não foi feito por nenhuma das jovens e a utilização de preservativos era feita de maneira irregular. Quando questionadas sobre os motivos desse comportamento as alunas alegaram que os parceiros não gostavam do preservativo, sentiam vergonha em adquirir a pílula e medo da ocorrência de possíveis transformações em seus corpos que denunciasses o uso do anticoncepcional e não acreditavam que pudessem ficar grávidas.

Alguns autores relatam que a gravidez pelas adolescentes é desejada. Tachibana et al (2006), investigando o conflito entre o consciente e o inconsciente na gravidez não planejada, afirmaram a ocorrência de uma gravidez inconscientemente desejada, mas conscientemente não planejada. Para os autores, o motivo latente na gravidez não planejada era justamente a motivação que levava a mulher a desejar engravidar. Godinho et al (2000) relataram que as adolescentes gestantes têm uma visão idealizada acerca da gravidez e que ausência de preocupação com problemas concretos do dia-a-dia, incluindo seu sustento, estudo, trabalho e realização pessoal explica a também forma idealizada com que falam de suas expectativas futuras, não apresentando alternativas concretas (trabalhar e estudar) e não visualizando caminhos promissores na sociedade em que estão inseridas.

São inúmeros os motivos encontrados na literatura para a exposição ao risco de gravidez pelas adolescentes, dentre os quais, destacam-se:

- 1) Baixa renda e baixa escolaridade (GUIMARÃES et al., 2004; PONTES JÚNIOR et al., 2004; PARAGUASSÚ et al., 2005; CHALEM et al., 2007; KUNST, 2010);
- 2) Incapacidade de racionalizar as consequências de seu comportamento sexual, não se prevenindo em relação à gravidez (GODINHO, 2000; BUENO, 2002);

- 3) Desejo inconsciente pela maternidade (TACHIBANA et al., 2006; BALLONE, 2009);
- 4) Desejo de reforçar o vínculo com o parceiro para satisfação do desejo de paternidade deste, ou para antecipar o casamento pela crença de que o matrimônio traz felicidade e comodidade para si mesma (BUENO, 2002; BALLONE, 2009);
- 5) Pensamento fantasioso de que o indesejado não acontece com elas (SILVA et al., 2002; BALLONE, 2009);
- 6) Repetição de padrões de comportamentos dos sujeitos com relação aos de suas mães (BUENO, 2002; KUNST, 2010);
- 7) Influência da mídia e do grupo (KUNST, 2010).

Na SITUAÇÃO IV, por medo da reação dos pais, nenhuma das adolescentes aderiu ao pré-natal ao se descobrirem grávidas. A adesão ocorreu apenas pelo incentivo de suas mães, e em todos os casos foi a primeira providência tomada. Observamos também, nessa situação, que apesar de as 4 participantes já terem iniciado o pré-natal, nenhuma delas soube descrever objetivamente o que faz durante as consultas médicas de rotina. Parece também não existir medo pelas repercussões biológicas de uma gravidez na adolescência, pois as mesmas não referiram nada a respeito, dando a impressão de que desconhecem os riscos de uma gestação nessa fase da vida tanto para a mãe quanto para o bebê. Apenas a problemática social habita os pensamentos dessas jovens.

Segundo Moreira et al (2008); Lima et al (2004) o medo de enfrentar a gravidez perante a família e/ou companheiro decorre da imprevisibilidade dessas reações, que tendem a ser contraditórias, sendo comum a sobreposição dos sentimentos de revolta, abandono e aceitação do inevitável. No início, a família pode tomar atitudes radicais, tais como, expulsar a adolescente de casa, induzir ou forçar o aborto, impor responsabilidades, exigir o casamento ou a união estável, e em casos extremos, a violência física também pode ocorrer. Outras questões relativas ao seu próprio futuro aumentam o sentimento de medo como: a percepção de que a mesma passará por um corte em seu desenvolvimento, a perda da identidade, a interrupção dos estudos, perda da confiabilidade da família e, muitas vezes, a perda do namorado.

Devido a esse sentimento de medo, outro problema foi gerado, no caso a adesão tardia ao pré-natal, pois Rosa e Margarida deram início no 3º mês de gestação, enquanto Violeta e Hortênsia no 4º e 6º mês respectivamente. Esse atraso significa que os primeiros meses de gestação, onde a criança está sendo formada em um útero de uma jovem que ainda está em pleno desenvolvimento físico e ainda desconhece os cuidados que deve tomar para ter uma gravidez com o mínimo de problemas, foram abandonados à própria sorte. Tal descaso

demonstra que essas jovens não priorizaram o pré-natal, por não terem a informação de que toda gravidez nessa fase da vida pode ser considerada de risco tanto para a mãe quanto para o bebê e também por desconhecerem a finalidade desse acompanhamento médico e a sua importância.

O pré-natal tem com finalidade prevenir, identificar e/ou corrigir as anormalidades maternas ou fetais que afetam adversamente a gravidez; tratar doenças prevalentes, rastrear gestantes de maior risco gestacional, instruir a paciente em relação à gravidez, trabalho de parto, parto e assistência ao recém-nascido; promover suporte psicológico adequado de seu companheiro, familiares e daqueles que a tem sob seu cuidado. É uma prática de impacto significativo na saúde de mães e de crianças, que quando realizada adequadamente, promove a redução das taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal (ALVES et al., 2000; AMED et al., 2001; MOURA et al., 2003; AMORIM et al., 2009; DIAS; TEIXEIRA, 2010).

São dois os motivos de preocupação mais abordados pelos autores em se tratando de gravidez na adolescência:

- 1) O fato de adolescência consistir em uma fase da vida onde há marcadas modificações morfológicas e fisiológicas, tornando a gravidez uma agressão a esse corpo ainda em plena formação (GALLI et al., 2000; BRASIL et al., 2004; SANTOS et al., 2008);
- 2) Adesão tardia ao pré-natal ou inadequação deste não atingindo o número mínimo de consultas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde e/ou Ministério da Saúde (ALVES et al., 2000; BRASIL, 2004; SANTOS et al., 2008; DIAS; TEIXEIRA, 2010)

Os problemas que estão relacionados na literatura em relação à gravidez na adolescência, que podem ser potencializados com a adesão tardia ao pré-natal são:

- 1) Incompleto crescimento e desenvolvimento das dimensões músculo-esqueléticas e nas dos órgãos internos, ganho ponderal insuficiente, além de afetar o desenvolvimento dos sistemas cardiovascular, respiratório e dos caracteres sexuais secundários dessas adolescentes (GALLI et al., 2000; BRASIL, 2004; SANTOS et al., 2008);
- 2) Durante a gestação pode ocorrer uma maior incidência de pré-eclâmpsia, infecção urinária, anemia e infecções, incompleto desenvolvimento nos órgãos reprodutivos, que pode acarretar insuficiência placentária, prejudicando as trocas materno-fetais, além de uma morbimortalidade materna mais elevada (BRASIL, 2004; SANTOS et al., 2008).
- 3) Em relação à criança, a gravidez na adolescência e o pré-natal inadequado podem acarretar: maior frequência de baixo peso ao nascer devido ao baixo peso materno anterior à gestação (especialmente em meninas entre 10 e 15 anos), aumento do risco de parto pré-termo e

maiores possibilidades de morbimortalidade perinatal e também um risco maior de morrer no primeiro ano de vida (ALVES et al., 2000; BRASIL, 2004; SANTOS et al., 2008).

Todas as adolescentes entrevistadas não mencionaram os riscos biológicos para si e para o bebê quando questionadas sobre o significado e a importância do pré-natal para a mãe adolescente. Para Arcanjo et al (2007) cabe aos profissionais de saúde adotar ações educativas, “orientando sobre o significado da gravidez na adolescência e o momento de planejá-la, pois essas jovens não percebem os riscos biológicos inerentes à gravidez e deixam de lado estudo, lazer, vaidade e mesmo as perspectivas para o futuro”.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ampliação da informação sobre prevenção de gravidez na adolescência e doenças sexualmente transmissíveis pelas escolas e governo, bem como a distribuição de preservativos têm contribuído para a redução do número de partos de gestantes adolescentes no Brasil. Contudo, ainda existem meninas que por diferentes motivos se expõem ao risco de engravidar ao mesmo tempo em que se tornam mais vulneráveis em adquirir DST's.

O desejo de ser mãe é algo inerente à alma feminina e não estaria ausente nos pensamentos da jovem adolescente que reconhece em si mesma a imagem de uma mulher, especialmente nos dias atuais em que se percebe a precocidade da puberdade e da menarca.

Dentro desse contexto em que a jovem está em pleno desenvolvimento biopsicossocial e ainda não teve tempo de processar ou elaborar as transformações e informações que fazem parte desse novo momento, e impulsionada pela ação dos hormônios, passa a desenvolver sua sexualidade sem medir as conseqüências que esse despertar pode trazer para sua vida.

Os projetos voltados para essa faixa etária trabalham bem risco de gravidez e DST's, no que diz respeito aos aspectos sociais relativos às perdas e danos ocasionados ao se adquirir responsabilidades nessa fase da vida. No entanto, pode-se perceber neste trabalho a despreocupação dessas meninas com as repercussões biológicas da gravidez na adolescência. Outro fato que chamou a atenção foi a dificuldade dessas meninas em explicar o significado prático de pré-natal, dando a sensação de que as mesmas não reconhecem que podem estar vivendo uma gravidez de risco, especialmente porque há um caso de reincidência.

Felizmente, apesar da adesão tardia, uma vez iniciado o pré-natal, todas as gestantes assimilaram a importância e os benefícios desse acompanhamento médico e sentem-

se mais seguras para enfrentar os dias restantes de gravidez até o parto e não faltam às consultas agendadas.

Considera-se que se o tema gravidez de alto risco e suas consequências para mãe adolescente e bebê fosse mais amplamente divulgado pelo governo, escolas e sociedade em geral, haveria ainda maior redução no número de partos de mães adolescentes no Brasil.

Uma estratégia para diminuir seria também trabalhar as famílias, pois fala-se muito em sexo hoje em dia reduzindo-se a questão ao ato sexual, mas a sexualidade em sua essência não está sendo abordada. Se as famílias não educam como deveriam, provavelmente falta o conhecimento e as habilidades para compartilhar esses questionamentos, pois a repetição de padrões sexuais de comportamento familiar se perpetua em gerações. A perda de valores morais e a permissividade permitem que pais encontrem dificuldades em orientar seus filhos a estabelecerem metas com responsabilidade e fazerem escolhas conscientes das possíveis consequências.

A Estratégia de Saúde da Família tem alcançado muito êxito tratando os indivíduos isoladamente (mulher, homem, idoso, criança e adolescente). Respeitar as peculiaridades de gênero e as fases da vida é importante para o crescimento do ser humano, mas há que se pensar em um modo de agregar valores ao conjunto, indicando as coordenadas para a existência de um modelo de vida em família, algo que vem se tornando mais raro ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS

ALVES, M.T.S.S.B.; SILVA, A.A.M.S. **Avaliação de qualidade de maternidades: assistência à mulher e ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde**. São Luís: Studio 11, 2000.

AMED, A. M. et al. **Manual de orientação: orientação pré-natal**. [S.l.: s.n.], 2001. 135p.

AMORIM, M.M.R.; MELO, A.S.O. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal (Parte 1). **Rev. Bras. de Ginecol. e Obstet.**, v.31, n.3, mar. 2009.

ARCANJO, C. M. et al. Gravidez em adolescentes de uma Unidade Municipal de Saúde em Fortaleza - CE. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.11, n.3, p. 445-52, set. 2007.

BALLONE, G. J. Depressão na Adolescência. 2003. **PsiquWeb**. Disponível em: <<http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/adolesc2.html>>. Acesso em: 13 out. 2010.

_____. Gravidez na adolescência: uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas ao exercício da sexualidade na adolescência. **PsiquWeb**. Disponível em <<http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/adolesc3.html>>. Acesso em: 15 maio. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A adolescente grávida e os serviços de saúde no município**. Brasília, 1999.

_____._____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Pré-natal e puerpério: assistência humanizada à mulher**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____._____._____. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____._____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Monitoramento na Atenção Básica de Saúde: roteiros para reflexão e ação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____._____._____. **Área de saúde do adolescente e do jovem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____._____. **Gravidez na adolescência: problemas e possíveis soluções**. 2007. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/index.php?matid=2745&origem=4>. Acesso em 15 out. 2010.

_____._____. **Planilha de Pactuação 2010_2011 versão 23/09/2009**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pacto_vida_setembro2009.pdf. Acesso em: 15 out. 2010.

_____. _____. **Brasil acelera redução de gravidez na adolescência**. 2010. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/index.phh?matid=20517>. Acesso em 23 nov. 2010.

BUENO, G. M. Variáveis de risco para a gravidez na adolescência. 2002. **PsiquWeb**. Disponível em: <http://www.virtualpsy.org/infantil/gravidez.html>. Acesso em: 15 out. 2010.

CHAVES, J. H. B. ET AL. Abortamento provocado e o uso de contraceptivos em adolescentes. **Rev. Bras. Clin. Med.**, Brasília, v.8, n.2, p. 94-100, 2010.

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paideia**, v.20, n.45, p.123-131, jan./abr. 2010.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Gravidez na adolescência**. 2009. Disponível em: www.medplan.com.br/materias/2/12378.html. Acesso em: 20 set. 2010.

FUJIMORI, M. et al. Percepção de estudantes do ensino fundamental quanto ao aleitamento materno e a influência da realização de palestras de educação em saúde. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.84, n.3, p. 224-231, 2008.

GALLI, A. et al. **Promoção do crescimento e desenvolvimento integral de crianças e adolescentes**. 2. ed. Washington, D.C.OPS, 1999.

GODINHO, R. A. et al. Adolescentes grávidas: onde buscam apoio? **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.2, abr., 2000.

GUIMARÃES, E. M. B.; ALVES, M. F. C.; VIEIRA, M. A. S. Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes – um desafio para os profissionais de saúde no município de Goiânia – GO – **Revista da UFG**, Goiânia, v.6, n.6, jun 2004.

KUNST, G. E. **Adolescentes grávidas e resiliência**. 2010. Disponível em: <http://www.webartigos.com>. Acesso em 22 set. 2010.

LIMA, C. T. B. et al. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e familiares em relação à gestação. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v.4, n.1, jan./mar. 2004.

MOREIRA, T. M. M. et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.42, n.2, jun., 2008.

MOURA, R. F. et al. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.6, p. 1791 – 1799, nov./dez. 2003.

MINAYO, M. C. et al. (org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 9.ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

O MELHOR DO BAIRRO: o maior e mais completo site de bairros. Disponível em: <http://www.omelhordobairro.com.br/saoluiscidadeoperaria>. Acesso em 12 set. 2010.

PARAGUASSÚ, A. C. B. et al. Situação sócio-demográfica e de saúde reprodutiva pré e pós-gestacional de adolescentes, Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, abr./jun. 2005.

PONTES JÚNIOR et al. Gravidez na adolescência no município de Acaraú - Ceará - Brasil: uma análise das causas e riscos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.6, n.1, 2004. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em 20 out. 2010.

PORTAL HOJE. **Maranhão é líder de gravidez na adolescência**. 2010. Disponível em: www.portalhoje.com/maranhao-e...adolescencia/1436802. Acesso em: 20 set. 2010.

RIBEIRO, A.C.L.R. UHLIG, R.F.S. A gestação na adolescência e a importância da atenção à saúde do adolescente. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.26, p. 30-35, 2003.

SANTOS, G. H. N. dos et al. Gravidez na adolescência e fatores associados com o baixo peso ao nascer. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, v.30, n.5, p. 224-31, 2008.

SIMÕES, V. M. F. et al. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n.5, out. 2003.

SILVA, K. L. da et al. Métodos contraceptivos: estratégia educativa com adolescentes. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.10, n.1, p.1-165, jan./mar. 2009.

SILVA, M. A. et al. **A percepção do risco de gravidez na adolescência**. 2002. Disponível em: <http://www.ucg.bc/ucg/institutos/nepss/monografia/monografia-06.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2010.

TACHIBANA, M. et al. O conflito entre o consciente e o inconsciente na gravidez não planejada. **Psiche**, São Paulo, v.10, n.18, dez., 2006.

TREVISAN, M. R. et al. Perfil da Assistência pré-natal entre usuárias do Sistema único de Saúde em Caxias do Sul. **RBGO**, v.24, n.5, p. 293 – 299, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**PERCEPÇÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL ENTRE
ALUNAS GESTANTES DO CENTRO DE ENSINO MENINO JESUS DE PRAGA.**

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1) Dados sócio-demográficos:

* Demográficos:

- Nome
- Idade
- Estado civil

* Sociais:

- Escolaridade
- Renda Mensal
- Ocupação

2) Dados Culturais:

* Lazer

* Religião

3) Idade em que ocorreu a menarca:

4) Início da atividade sexual

5) Quais os métodos contraceptivos que você conhece? Já fez uso de algum deles?

6) Número de gestação

7) Número de aborto

8) Tem filhos? Qual a idade dos filhos?

9) Fez pré-natal em gestação anterior?

10) Mês da gestação atual? Já iniciou o pré-natal? Quando?

11) O que significa pré-natal?

12) Por que o pré-natal além de importante é fundamental para a mãe adolescente?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientadora: Profa.: Rosemary Ribeiro Lindholm.

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - UFMA – Prof. Doutor Sanatiel de Jesus Pereira.

End. Do Comitê: Avenida dos Portugueses, S/N, Campus do Bacanga, Prédio CEB – Velho, Bloco C, sala 7, CEP: 65080 – 040.

Pesquisadoras: Ana Paula Fonseca Santos;

Edmeralda da Silva Reis;

Rosângela da Graça Martins Rocha.

PERCEPÇÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL ENTRE ALUNAS GESTANTES DO CENTRO DE ENSINO MENINO JESUS DE PRAGA.

Prezada Sra, estamos realizando uma pesquisa sobre a percepção entre alunas gestantes sobre o pré-natal. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para a Sra., que ajudarão a desenvolver esta pesquisa. A sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete sua saúde. Não terá nenhum problema se a Sra. quiser se retirar da pesquisa. A Sra. poderá de deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Convidamos a Sra. a participar da pesquisa acima mencionada. Agradecemos sua colaboração.

Fui esclarecida e entendi as explicações que me foram dadas. Durante o desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá nenhum risco ou desconforto. Poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento. Não serão divulgados os meus dados de identificação pessoal. Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

São Luís, / /

Assinatura e carimbo do
Pesquisador responsável

Sujeito da Pesquisa

C.M. Menino Jesus de Praga
Unidade 203, Rua 203, N°50 no bairro Cidade Operária CEP 65058-030