

LABORO - EXCELÊNCIA EM CONSULTORIA E PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

RAFAELA FERNANDA PINTO DE AGUIAR
ROSANY LEANDRA SOUZA CARVALHO

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: determinantes para adesão tardia e irregular das adolescentes gestantes à consulta pré-natal



**RAFAELA FERNANDA PINTO DE AGUIAR
ROSANY LEANDRA SOUZA CARVALHO**

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: determinantes para adesão tardia e irregular das adolescentes gestantes à consulta pré-natal.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Laboro Excelência em Pós-Graduação- Universidade Estácio de Sá para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador (a): Prof.^a Mestre Janete Valois Ferreira Serra

São Luís

2008

**RAFAELA FERNANDA PINTO DE AGUIAR
ROSANY LEANDRA SOUZA CARVALHO**

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: determinantes para adesão tardia e irregular das adolescentes gestantes à consulta pré-natal.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Familiar da Laboro Excelência em Pós-Graduação- Universidade Estácio de Sá para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Janete Valois Ferreira Serra (Orientadora)
Mestre em Psicologia Social
Universidade Estadual do Rio de Janeiro-UERJ

Prof.^a Rosemary Ribeiro Lindholm (Examinadora)
Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade de São Paulo-USP

A Deus, pelo dom da vida.
Aos nossos pais, pelo amor e incentivo
constante.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força e inspiração.

Aos nossos pais pelo amor e incentivo constante.

Às adolescentes gestantes do município de Miranda do Norte pela participação e contribuição com esse estudo.

À nossa orientadora Prof.^a Janete Valois Ferreira Serra, pelo constante incentivo e orientação competente.

E a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

“Faça parte da solução, ao invés de ser parte do problema”.

Lair Ribeiro

RESUMO

Gravidez na adolescência e determinantes para adesão tardia e irregular das adolescentes gestantes às consultas de pré-natal. O presente estudo tem como objetivo estudar as possíveis causas da adesão tardia e irregular as consultas pré-natal. Faz-se um estudo quantitativo, com uma amostra de 20 adolescentes gestantes na faixa etária de 10 a 19 anos, residentes no município de Miranda do Norte/MA em acompanhamento pré-natal pelas equipes do Programa Saúde da Família em 4 Unidades Básicas de Saúde. Foram realizadas entrevistas nos turnos matutino e vespertino nas salas de consultas das unidades básicas ou em visita domiciliar com todas as adolescentes acima referidas e, após a coleta e análise dos dados, verificou-se dentre outros resultados que houve predomínio da gravidez na faixa etária de 18 a 19 anos (55%), 80% das gestantes iniciaram o pré-natal a partir do 2º trimestre de gravidez, onde destacam como causa do comparecimento tardio e irregular às consultas pré-natal a falta de conhecimento da gravidez (62%), e o esquecimento das consultas aprazadas (37%). Pode-se inferir que a adesão tardia e irregular das adolescentes às consultas é atribuída, principalmente, ao não conhecimento das transformações anatômicas e fisiológicas do próprio corpo e pela ausência da maturidade psicossocial necessária para adaptação dessa nova fase da vida, o de ser mãe.

Palavras-chave: Gravidez. Adolescência. Pré-Natal. Adesão.

ABSTRACT

Pregnancy in adolescence and determinants for membership of late and irregular pregnant teenagers to pre-natal consultations. This study aims to examine the possible causes of accession late and irregular pre-natal consultations. It is a quantitative study, with a sample of 20 pregnant teenagers in the age bracket of 10 to 19 years, residents in the municipality of Miranda North / Ma in prenatal monitoring by teams of the Family Health Program on 4 Basic Health Units . Interviews were conducted in the morning and afternoon shifts in the halls of consultations of basic units or in home visits with all adolescents above and, after collection and analysis of data, it was found among other results that there was a predominance of pregnancy in the age group 18 to 19 years (55%), 80% of pregnant women began prenatal care from the 2 trimester of pregnancy, which highlighted as a cause of late and irregular attendance at pre-natal consultations lack of knowledge of pregnancy (62%), And forgetfulness of consultations in the period (37%). One can infer that the accession of late and irregular adolescents is attributed to the consultations, mainly by not aware of the anatomical and physiological changes of the body and the absence of psychosocial maturity necessary to adapt this new stage of life, to be the mother

Key word: Pregnancy. Adolescence. Pré Natal. Adhesion.

LISTA DE SIGLAS

CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PROSAD	Programa de Saúde ao Adolescente
SNC	Sistema Nervoso Central
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Características sociais de 20 adolescentes gestantes residentes no Município de Miranda do Norte-Ma; Fev/2007 a Nov/2007	27
QUADRO 2 – Característica econômica de 20 adolescentes gestantes residentes no Município de Miranda do Norte – Ma; Fev/2007 a Nov/2007_	27

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo início da atividade sexual; Município de Miranda do Norte-Ma; Fev/2007 a Nov/2007	29
Figura 2 - Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo conhecimento de gravidez após relação sexual; Município de Miranda do Norte- Ma; Fev/2007 a Nov/2007	30
Figura 3 - Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo conhecimento de algum método contraceptivo; Município de Miranda do Norte- Ma; Fev/2007 a Nov/2007	30
Figura 4 - Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo tipo de método contraceptivo conhecido; Município de Miranda do Norte- Ma; Fev/2007 a Nov/2007	31
Figura 5 - Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo método contraceptivo utilizado; Município de Miranda do Norte; Fev/2007 a Nov/2007	31
Figura 6 - Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo a prática abortiva; Município de Miranda do Norte- Ma;; Fev/2007 a Nov/2007	32
Figura 7 - Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo tipo de aborto; Município de Miranda do Norte- Ma;; Fev/2007 a Nov/2007	32
Figura 8 - Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo número de gestações; Município de Miranda do Norte- Ma;; Fev/2007 a Nov/2007	33
Figura 9 - Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo idade do seu parceiro; Município de Miranda do Norte- Ma;; Fev/2007 a Nov/2007	34
Figura 10 - Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo conhecimento do parceiro sobre a gravidez; Município de Miranda do Norte- Ma; Fev/2007 a Nov/2007	34
Figura 11 - Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo reação do parceiro; Município de Miranda do Norte- Ma; Fev/2007 a Nov/2007	35
Figura 12 - Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo reação familiar; Município de Miranda do Norte- Ma; Fev/2007 a Nov/2007.....	35
Figura 13 - Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo reação da família atualmente; Município de Miranda do Norte- Ma;; Fev/2007 a Nov/2007	36

Figura 14 - Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo possui conhecimento dos benefícios do pré-natal; Município de Miranda do Norte- Ma; Fev/2007 a Nov/2007	37
Figura 15 - Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo tipo de benefícios do pré-natal- Ma; Município de Miranda do Norte; Fev/2007 a Nov/2007.....	37
Figura 16 - Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo prática do pré-natal na família- Ma; Município de Miranda do Norte; Fev/2007 a Nov/2007	38
Figura 17 - Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo o grau de parentesco familiar que possui pratica de comparecimento ao pré-natal; Município de Miranda do Norte- Ma;; Fev/2007 a Nov/2007	38
Figura 18 – Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo inicio do pré-natal; Município de Miranda do Norte- Ma;; Fev/2007 a Nov/2007	39
Figura 19 - Distribuição percentual de 16 adolescentes gestantes, segundo motivo do início do pré-natal a partir do 2º trimestre; Município de Miranda do Norte- Ma; Fev/2007 a Nov/2007	40
Figura 20 - Distribuição percentual de 11 adolescentes gestantes, segundo comparecimento irregular as consultas pré-natal- Ma; Município de Miranda do Norte; Fev/2007 a Nov/2007	41
Figura 21 - Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo estímulo ao comparecimento as consultas pré-natal; Município de Miranda do Norte- Ma; Fev/2007 a Nov/2007	42
Figura 22 - Distribuição percentual de 12 adolescentes gestantes, segundo quem as estimulam ao comparecimento as consultas pré-natal; Município de Miranda do Norte- Ma;; Fev/2007 a Nov/2007	42

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	08
LISTA DE QUADROS	09
LISTA DE FIGURAS	10
1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1 ADOLESCÊNCIA	15
2.2 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	18
2.2.1 Fatores que favorecem a gravidez na adolescência	19
2.2.2 Riscos da gravidez na adolescência	21
2.3 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....	22
3 METODOLOGIA	26
4 RESULTADO E DISCUSSÕES DOS DADOS.....	27
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	45
ANEXOS	49
APÊNDICES.....	56

1 INTRODUÇÃO

A adolescência pode ser definida como um período de transição entre a infância e a idade adulta, implicando em constantes transformações físicas, sociais e emocionais. Em termos cronológicos, a Organização Mundial de Saúde classifica a adolescência em uma população entre 10 e 19 anos de idade (OMS, 1975 apud WATARAI; ROMANELLI, 2005).

É nesta fase do desenvolvimento, que geralmente inicia-se a atividade sexual, e quando essa prática tem como resultado a gravidez, pode gerar conseqüências a longo prazo à adolescente, filho e familiares, estendendo-se desde complicações obstétricas até a exclusão da adolescente do convívio familiar.

Segundo dado do Ministério da Saúde, entre 1993 e 1996, ocorreu um aumento do número de partos realizados entre adolescentes. Entre as jovens com 10 a 14 anos, o número de partos cresceu de 26.505 para 31.911, enquanto na faixa etária dos 15 aos 19 anos, aumentou de 611.608 para 675.839 partos. (MS apud AMED et al, 2001, p.68).

Em pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o Maranhão acompanha alta incidência de partos entre adolescentes, onde aparece com 27,6% de nascidos vivos de mães adolescentes, com idade entre 15 e 19 anos. (IBGE, 2006 apud MENEZES, 2007)

Uma vez constatada a gravidez, a mãe adolescente deverá ser incentivada a procurar a assistência pré-natal e conscientizar-se que sua gestação terá maior probabilidade de ser levada a termo e sem transtorno obstétrico, se houver compromisso e regularidade às consultas. Vários são os relatos que as complicações obstétricas ocorrem em uma proporção maior nas adolescentes, principalmente naquelas com menor faixa etária. Segundo Davis (1990 apud CHIPKEVITH, 1995, p.603), as complicações da gravidez têm uma incidência de 60% maior em mães com menos de 15 anos, do que naquelas que tem 16 anos ou mais.

A assistência pré-natal pode ser definida como toda assistência prestada à futura mãe durante todo período gestacional.

O profissional que tem o primeiro contato com a adolescente gestante possui o papel fundamental na adesão da mesma ao pré-natal, pois é a partir desse

momento que se procura transpor possíveis barreiras existentes entre o profissional e a adolescente. É de fundamental importância que nesse primeiro contato o profissional inspire confiança e demonstre aceitação pelo estado físico e emocional em que a mesma se encontra.

Apesar da gravidez ser um acontecimento biologicamente normal na vida dos seres humanos, nessa fase de transformação de menina a mulher, pode ser considerado como algo impactante e assustador, havendo necessidade de uma assistência e atenção mais especializada, com intuito de conter todas as ansiedades, fazendo orientações e esclarecimento de todas as etapas do desenvolvimento fetal e trabalho de parto. Para isso, faz-se necessário o comparecimento assíduo das adolescentes gestantes às consultas pré-natais.

O pré-natal adequado seria aquele iniciado no primeiro trimestre e com, no mínimo, seis consultas regulares. Mas alcançar estes objetivos com as adolescentes gestantes tem-se considerado um grande desafio para os profissionais que atuam nessa área, já que a assistência pré-natal não é precocemente iniciada e nem regularmente mantida pelas mesmas.

A iniciativa para a realização desta pesquisa foi obtida após observação de um acentuado índice de grávidas adolescentes existentes no Município de Miranda do Norte, assim como nas Unidades Básicas de Saúde nos serviços de assistência pré-natal deste município. Apesar de haver procura das mães-adolescentes ao serviço de assistência pré-natal, observou-se que há uma adesão tardia das mesmas à essa assistência, assim como o não comparecimento regular às consultas aprazadas.

Diante dessa problemática, o presente estudo tem como propósito estudar as possíveis causas da adesão tardia e irregular dessas adolescentes às consultas de pré-natal. Assim como identificar as características sociais e econômicas das adolescentes gestantes; conhecer o nível de informação das mesmas sobre os benefícios das consultas de pré-natal, a saúde materno fetal e averiguar se a família exerce alguma influência sobre as adolescentes, com referência ao comparecimento destas às consultas de pré-natal.

A partir desse estudo, espera-se poder contribuir com a temática Gravidez na Adolescência e facilitar a compreensão dos profissionais atuantes na área de assistência pré-natal à adolescente, no entendimento do porquê de tal situação ser tão rotineira nos ambulatórios de atendimento ao pré-natal.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ADOLESCÊNCIA

Adolescência é um período de vida que merece atenção especial, pois se caracteriza por uma fase de transição biopsicossocial e que, segundo a Organização Mundial de Saúde (1989), está compreendida entre a faixa etária de 10 a 19 anos de idade.

A adolescência é o período de vida em que ocorre um importante desenvolvimento físico e psíquico, tornando o indivíduo apto à reprodução e perpetuação da espécie. É uma etapa de rápidas mudanças, tendo uma seqüência bem conhecida do desenvolvimento físico que sempre precede o psicológico. E, por isso dizer, o elo de ligação entre a infância e a idade adulta (NAZARO et al, 2001a, p. 42).

Alguns autores identificam o início da adolescência com o advento da puberdade (CHIARETTO; PRATTA, 2007; PEREIRA, 2005). O termo puberdade “consiste em mudanças biofisiológicas que produzem a maturação sexual, e a adolescência, além destas, incluem uma ampla variedade de exigências psicossociais”. (LÓPES; FUERTES, 1992 apud NEDEFF, 2003, p. 4).

A adolescência é uma fase marcada por constantes conflitos, necessidade de auto-afirmação e busca de sua própria identidade.

A puberdade tem um aspecto biológico e universal, caracterizada por modificações visíveis, como por exemplo, o crescimento de pêlos pubianos, axiliares ou torácicos, o aumento da massa corporal, desenvolvimento das mamas, evolução do pênis, menstruação, etc. Estas mudanças físicas costumam caracterizar a puberdade, que neste caso seria um ato biológico ou da natureza. (BALLONE, 2003a, p.1).

De acordo com Nazaro et al (2001a), o início da puberdade geralmente ocorre entre 8 e 13 anos de idade e em 80% dos casos se caracteriza pelo desenvolvimento inicial das mamas, crescimento dos pêlos pudendos, axilares e o aparecimento da menarca. Algumas vezes, essas transformações fisiológicas podem ocorrer de forma precoce ou tardia. A puberdade pode ser classificada em dois tipos:

a) Puberdade Precoce:

Aquela em que o desenvolvimento das características sexuais secundárias ocorrem antes dos 8 anos de idade para as meninas e antes dos 9 anos para os meninos.

Nas meninas, a puberdade precoce proporciona o desenvolvimento precoce das mamas, pêlos pubianos e axilares e menarca. Nos meninos, ocorre maior desenvolvimento do pênis e testículos, podendo surgir também pelos axilares e pubianos. Segundo Ballone (2003a), isso acontece na proporção de 1 a cada 5.000 a 10.000 crianças.

Puberdade Precoce Central (PPC), ativação precoce do eixo hipotalâmico-hipofisário das gonadotropinas. Pode ser causada por: tumores do hipotálamo/hipófise; trauma, infecção-meningite, hidrocefalia. Puberdade Precoce Periférica (PPP), produção de hormônio sexual no nível glandular independente da estimulação central. (NETTINA, 2003, p.1477).

Ambas as condições podem estar relacionadas à doenças graves, sendo necessários cuidados a anamnese, exame clínico e métodos de diagnóstico por imagem para descartar doenças do SNC, como tumores, traumatismo craniano ou encefalite, ou mesmo massa pélvica ou abdominal.

b) Puberdade Tardia:

Caracteriza-se pela ausência dos caracteres sexuais secundários após os 14 anos de idade, podendo alguns fatores ambientais, psicológicos e fisiológicos exercer influência marcante e decisiva no aparecimento tardio destes caracteres sexuais secundários. Segundo Ballone (2003b), as causas mais freqüentes de puberdade tardia, são:

Desnutrição: a carência de proteínas é um fator de atraso no crescimento. Além das necessidades nutricionais normais do organismo, o hormônio de crescimento elaborado a partir da quebra das proteínas. **Distúrbio do Sono:** Grande parte do hormônio do crescimento é produzida durante o sono. A criança que não tem hábitos saudáveis de sono produz pequenas quantidades do hormônio, crescendo menos. **Enzimas:** Trata-se de uma falha no mecanismo enzimático que converte o colesterol em seus produtos, entre eles a pregnenolona, testosterona no homem, até o estrogênio, na mulher. **Síndrome de Kallman:** é um quadro de atraso no desenvolvimento com hipodesenvolvimento genital, amenorréia e anosmia (falta de esperma). **Emoção:**

os estímulos emocionais se transmitem ao sistema glandular através do hipotálamo, podendo determinar insuficiência do fator de liberação das gonadotrofinas hipofisárias. **Causas Hipotalâmicas:** Lesões do hipotálamo (área cerebral que controla a hipófise), disritmias cerebrais ou outras doenças neurológicas capazes de impedir o funcionamento do hipotálamo. **Causas Hipofisárias:** A parte da hipófise chamada de adeno-hipófise secreta os hormônios e, entre eles, as gonadotrofinas. Causas funcionais ou orgânicas podem determinar a insuficiência dessa parte órgão. A insuficiência será global quando, além dos ovários, outras glândulas (tireóide e adrenais) sofrerem as conseqüências da hipófise, podendo aparecer até o nanismo hipofisários. A insuficiência é seletiva quando afeta apenas a secreção de gonadotrofinas. [...]. (BALLONE, 2003b, p.1).

Mas a puberdade, tanto no menino quanto na menina, não proporciona apenas mudanças físicas, mas, sobretudo, psicológicas. As alterações hormonais despertam a sensibilidade sexual e, conseqüentemente, é neste período que muitos adolescentes iniciam, esporadicamente, sua vida sexual.

Essas alterações hormonais e as eventuais incapacidades ou relutâncias em adaptar-se às alterações físicas contribuem também para alguns estados de depressão, intensa energia física, períodos de entusiasmos, inquietação, em alguns casos reação de rebeldia, oposição e o desejo de exprimir sua própria personalidade; nesta fase também, costumam desejar sensações novas, chegando a fumar, tomar bebidas alcoólicas ou usar drogas, tudo isso como forma de auto-afirmar certa independência a si mesmo, ao mundo e a sociedade (BALLONE, 2003a).

À medida que os vínculos sociais vão se estabelecendo, um conjunto de características vai sendo valorizado, desde características necessárias para ser aceito pelo grupo, até características necessárias para expressar um estilo que agrada a si próprio e ao outro. Este conjunto de características fundamentais para o desempenho do papel social é conhecido como “Persona” (significa máscara). Assim como a auto-estima representa aquilo que a pessoa é para si mesma, Persona representa aquilo que ela será para o outro. (BALLONE, 2003a).

Nesta fase, a pessoa se deixar influenciar pelo ambiente de maneira muito mais abrangente que antes, deixando transparecer algo que nem sempre condiz com sua personalidade real.

Atualmente, têm-se visto, cada vez mais precocemente, crianças assumindo o papel social de adolescentes e estes, por sua vez, assumindo o papel social de adultos. (BALLONE, 2003a). No meio deste acontecimento, encontra-se um índice elevado de adolescentes grávidas, assumindo responsabilidades e papel de adulta antes da hora, já que há alguns meses terão que dedicar-se aos cuidados maternos.

2.2 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A gravidez é um fenômeno reprodutivo que acontece em decorrência de uma relação sexual durante o período fértil da mulher, ocasionado pelo encontro do espermatozóide com o óvulo. “A gestação normal tem duração aproximada de 280 dias, podendo variar de 38 a 42 semanas, período este onde ocorre o desenvolvimento embrionário e fetal. O diagnóstico de gravidez deve ser feito o mais cedo possível, para um maior controle de condições de morbidade ou de risco e melhor desenvolvimento fetal.” (CARVALHO, 1990, p.3). Este pode ser feito através de exames clínicos (sinais e sintomas) e exame laboratorial.

A gravidez é um período de vida da mulher no qual ocorrem profundas transformações endócrinas, somáticas e psicológicas que repercutem em sua vida. Da mesma forma, essas mudanças ocorrem na adolescência, e quando uma adolescente engravida e tem que enfrentar paralelamente, tanto o processo de transformação da adolescência como o da gestação.

A gravidez na adolescência é uma crise que se agrega a problemas próprios desta época da vida. Logo, tanto a gravidez quanto a adolescência são crises, sendo a primeira necessária e imprescindível, enquanto que a segunda pode ser desestruturante, fazendo com que não sejam vivenciados importantes estágios da maturação psicossocial (FILHO; MORAES 2000, p.238).

A atividade sexual do adolescente é geralmente eventual e, muitas das vezes, sem a proteção ideal para o risco de gravidez e das DST's, ou seja, percebe-se a ausência de uso rotineiro dos métodos contraceptivos. A grande maioria das adolescentes não assume diante da família a sua sexualidade e nem o uso de anticoncepcional, que acaba por denunciar uma vida sexual ativa.

No Brasil, é na camada social mais pobre que se encontra o maior índice de fecundidade na população adolescente. Assim, no estrato de renda familiar menor de um salário mínimo, cerca de 26% das adolescentes entre 15 e 19 anos tiveram filhos, e no estrato mais elevado, somente 2,3% eram mães. (BRASIL, 2000a).

Atualmente, estima-se que mulheres com idade entre 10 e 19 anos respondam por cerca de 23 a 30% do total das gestações. (BRASIL, 1999).

Para a jovem grávida viver a adolescência, cuidar da gestação e posteriormente do bebê é uma tarefa difícil e conturbada, logo precisa de apoio e preparo psicológico (ZAGONEL et al, 2003).

2.2.1 Fatores que favorecem a gravidez na adolescência

São muitas as causas relacionadas à frequência da gravidez na adolescência, podendo ser agrupado em biológico, psicológico e social.

a) Biológico:

Com a aceleração do processo de transição da infância para a adolescência cada vez mais cedo, e sendo a menarca “a resposta orgânica que reflete a interação dos vários segmentos do eixo neuroendócrino feminina, quanto mais precocemente ocorrer, mais exposta estará a adolescente à gestação” (VITALLE; AMANCIO, 2001, p.1)

Alguns estudos revelam que o número de adolescentes grávidas aumenta progressivamente e em idades cada vez mais precoces, pois a idade da menarca vem apresentando uma tendência de queda, diminuindo 4 meses a cada década, ocorrendo, atualmente na faixa etária de 12 a 13 anos de idade (RAMOS; MONTICELLI; NITSCHITE, 2000); quanto mais precoce for a menarca, mais exposta estará a adolescente a gestação.

É nesta fase que ocorre o despertar para a sexualidade, a descoberta do namoro, paixão e, conseqüentemente, o início da atividade sexual, tornando a adolescente cada vez mais próxima da gravidez.

b) Psicológico:

A adolescência é um período de constantes transformações físicas e psicológicas. Nesta fase, o adolescente encontra-se à procura de sua própria identidade, autonomia, reivindica seu espaço na sociedade, evolui sexualmente e está sujeito às constantes mudanças de comportamento.

A falta de maturidade nesta fase da vida torna o adolescente pouco hábil em planejar ações e tomar medidas preventivas ao uso de contraceptivos, a fim de evitar futura gestação e contaminações provenientes do ato sexual.

Segundo Chipkevith (1995, p.600), “o adolescente é basicamente centrado no presente, e tem dificuldades em planejar ações que vise prevenir algum evento futuro” e nesse período de vida, possuem o pensamento mágico, que ao ter relação sexual desprotegida estará livre de uma gravidez posterior (COSTEIRA 2003). O adolescente nega a possibilidade de engravidar e essa negação é tanto maior quanto menor a faixa etária.

c) Social:

Na adolescência, inicia-se o processo de imersão do jovem no mundo adulto. Nessa fase, os fatores sociais exercem grande influência sobre o comportamento do adolescente, sendo que as atitudes individuais e a construção de sua identidade são condicionadas pela família e pela sociedade. Durante esse período, o jovem se deixa influenciar pelo ambiente de maneira muito mais abrangente que antes, no qual seu universo era somente a família.

A sociedade ao longo dos anos tem passado por profundas mudanças em sua estrutura, inclusive aceitando melhor a sexualidade na adolescência, sexo antes do casamento e também a gravidez na adolescência. Com a modernização da sociedade, os pais por um motivo ou outro, estão deixando de participarem ativamente do desenvolvimento psicofisiológico dos seus filhos, esquecendo o diálogo, principalmente sobre educação sexual (VITALLE; AMANCIO, 2001).

Atualmente, observa-se que esse processo de aprendizado está frequentemente atribuído a amigos, televisão e outros meios de comunicação.

Nesta fase, os adolescentes incorporam, mais rapidamente, as novas tecnologias, os novos valores sociais e culturais, sendo às vezes diferente dos valores dos pais, o que favorece o distanciamento e até a separação precoce da família (REIS; RIBEIRO, 2003).

O contexto familiar e a imposição da sociedade têm relação direta com início da atividade sexual entre os adolescentes. Portanto, tabus, inibições e estigmas estão diminuindo e a atividade sexual e a gravidez precoce aumentando.

2.2.2 Riscos da gravidez na adolescência

A ocorrência da gravidez na adolescência é considerada um importante problema de saúde pública. “No Brasil, a gravidez entre os 15 e 19 anos cresceu, contrariando a tendência geral de diminuição das taxas de fecundidade” (BRASIL, 2003, p.1). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2006 os maiores percentuais de nascimento de mães adolescentes foram observados no Maranhão (27,6%), Pará (26,8%) e Tocantins (26,6%).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) realizada em 1996 demonstrou que 14% das mulheres nesta faixa etária tinham pelo menos um filho e que as jovens mais pobres apresentavam fecundidade dez vezes maior (LORES, 2003).

A gravidez na adolescência traz sérias implicações biológica, psicológica e social à futura mãe.

Existem relatos de que complicações obstétricas ocorrem em maior proporção nas adolescentes, principalmente nas de faixa etária mais baixa. Segundo Davis (1990 apud CHIPKEVITH, 1995, p.603), as complicações da gravidez têm uma incidência de 60% maior em mães com menos de 15 anos, do que naquelas de 16 anos ou mais. Há constatações que vão desde anemia, ganho de peso insuficiente, hipertensão (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), infecção urinária, DST e desproporção céfalo-pélvica.

No conceito da mãe adolescente, podem ocorrer alguns riscos físicos imediatos, psicossociais a médio e a longo prazo. Os filhos de mães adolescentes estão mais propícios à prematuridade, a nascer com baixo peso, apgar mais baixo, doenças respiratórias, trauma obstétrico, além de maior frequência de doenças perinatais e mortalidade infantil. É importante ressaltar que estes riscos não se associam somente a idade materna, mas a outros fatores, como a baixa escolaridade, pré-natal inadequado ou não realizado, baixa condição socioeconômica, intervalos interpartais por períodos menores que 2 anos (curtos) e estado nutricional materno comprometido (BALLONE, 2003c).

Outro ponto doloroso dessa questão é a morte materna decorrente de complicações da gravidez, parto e puerpério.

A mortalidade materna mostra-se mais alta entre mães com menos de 20 anos, particularmente em comparação aquelas na faixa entre 20 a 30 anos, períodos de melhores resultados gestacionais e perinatais de toda a idade reprodutiva feminina (NAZARO et al, 2001a, p. 62).

A adolescência é uma fase em que os jovens não se sentem mais crianças e ainda não são adultos. O corpo está passando por muitas transformações. Fisicamente já são capazes de engravidar, mas emocionalmente não estão maduros para serem pais e mães.

A adolescente por não possuir maturidade psicológica suficiente para assumir sua nova condição, o de ser mãe, pode apresentar importantes alterações psicológicas, tais como: insegurança, ansiedade, quadro grave de depressão e até tentativas de suicídios. Segundo Moraes (2006 apud BARBOSA et al, 2006), as precárias condições socioeconômicas e a não aceitação da gravidez são os fatores que mais influenciam no aparecimento da depressão no puerpério.

E dessa gravidez precoce, com implicações emocionais e muita das vezes não planejada e não desejada, vem o distanciamento do convívio familiar, quer por medo ou repressão e o abandono da escola. “A interrupção da educação, seja ela, temporária ou definitiva, dentro do processo de educação formal, acarreta prejuízo na qualidade de vida e nas oportunidades futuras da adolescente” (LORES, 2003, p.2).

Portanto, a gestante adolescente pode ser vista como uma paciente de alto risco, pelo fato de ter maior vulnerabilidade as implicações biopsicossociais, logo à assistência pré-natal precoce torna-se de fundamental importância como tentativa de sancionar ou minimizar algumas implicações que se fazem presente durante o período gestacional.

2.3 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

A assistência pré-natal pode ser definida como a assistência prestada à futura mãe durante todo o período gestacional, objetivando prepará-la desde o início da gravidez para modificações físicas e emocionais, vivenciadas de forma distinta por cada gestante.

Segundo Amed, a assistência pré-natal em resumo, consiste em uma tríade:

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 por parte de seu companheiro, familiares e daqueles que a tem sob seu cuidado (AMED, 2001,p.6).

A assistência pré-natal deverá ser iniciada o mais precocemente possível, tão logo for feito seu diagnóstico. Deverá ser organizada de modo que atenda as necessidades da população gestante, através de conhecimentos técnicos-científicos existentes, dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso. (BRASIL, 2000b).

A assistência pré-natal adequada é aquela iniciada no primeiro trimestre de gestação e com no mínimo de 06 consultas durante todo o período gestacional, permitindo que ações preventivas e terapêuticas sejam devidamente introduzidas. As consultas poderão ser feitas na Unidade de Saúde ou durante visitas domiciliares. (NAZARO et al, 2001b).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), na primeira consulta de pré-natal, deve ser realizada anamnese, onde se segue um roteiro padronizado (ANEXO A); exame físico e complementar, ações educativas quanto à importância da vacina antitetânica e comparecimento às consultas subseqüentes.

Deverão ser fornecidos a gestante: o cartão da gestante, com a identificação preenchida, o número do SISPRENATAL, o hospital de referencia para o parto e as orientações sobre este; o calendário de vacina e suas orientações; solicitação dos exames de rotina; as orientações sobre a participação nas atividades educativas-reuniões e visitas domiciliares. (BRASIL, 2006a, p.21).

O intervalo entre as consultas de pré-natal deverá ser de 4 semanas. Após a 36ª semana, a gestante deverá ser acompanhada a cada 15 dias, visando a avaliação da pressão arterial, presença de edemas, medida da altura uterina, dos movimentos cardiofetais. (BRASIL, 2000b).

A assistência pré-natal, precocemente iniciada e regularmente acompanhada, é um fator essencial e indispensável para bom desenvolvimento materno-fetal. No entanto, nem sempre se tem a procura precoce e a freqüência

desejada às consultas pré-natais, principalmente quando se trata das adolescentes gestantes.

A grávida adolescente inicia mais tardiamente o acompanhamento pré-natal e termina por fazer um menor número de consultas, quando comparadas às mulheres de 20 anos e mais. Este fato é coerente com o momento de vida peculiar da adolescente, que geralmente não reconhece a importância de planejar o futuro. (GAMA et al, 2004, p.2).

Sendo a adolescência uma fase em que o ser humano está em fase de transformação, a superposição da gestação nesse período, acarreta à adolescente uma reação de espanto e medo, pois passa do estágio de menina a mulher sem que houvesse um planejamento anterior.

De acordo com Nazaro et al (2001a, p.71), quando a jovem se “vê” grávida ela enfrenta quatro alternativas:

- Continua a gravidez, une-se com o pai da criança e cria o filho;
- Continua a gravidez e cria a criança, permanecendo solteira;
- Continua a gravidez e dá a criança para adoção;
- Busca alguma forma para abortar.

Nessa fase é muito importante a aceitação da gravidez e o apoio dos familiares, companheiro, amigos e principalmente dos pais, uma vez que contribui para que a gestação chegue a termo e auxilia no comparecimento regular das adolescentes às consultas de pré-natal.

Atender as adolescentes grávidas representa um grande desafio às habilidades dos profissionais de saúde. Entre as várias razões que possa justificar tal afirmação, pode-se citar: a diferença do comportamento entre um e outro adolescente e a variabilidade de conduta do mesmo jovem nas diferentes etapas da adolescência (NAZARO et al, 2001a).

O profissional que atende uma adolescente grávida precisa ter bem claro que a maternidade, para a maioria dessas jovens, é algo desagradável, não planejada, podendo ser indesejável e que nem sempre contam com apoio familiar, logo necessitam de apoio e ajuda por parte do profissional que a atende na unidade de saúde.

Acredita-se que, o profissional que tem o primeiro contato com a adolescente gestante, tem o papel fundamental na adesão da mesma ao pré-natal, pois é a partir desse momento, que se procura transpor possíveis barreiras

existentes, seja entre o profissional e a adolescente ou entre a adolescente e fatores externos. “É fundamental reduzir as barreiras existentes entre o médico e a adolescente, inspirando confiança a esta e permitindo adequado tratamento e aconselhamento” (NAZARO et.al,2001a, p.72).

3 METODOLOGIA

A elaboração dessa pesquisa teve como metodologia utilizada a do tipo quantitativa, uma vez que esse método, segundo Minayo (2002, p.198 apud BERNARD, 1994), “busca formular hipóteses prévias e métodos específicos de verificação, subtendendo o fenômeno à experimentação ou observação sistemática”.

O município de Miranda do Norte está localizado a 126 quilômetros de São Luís, com uma população atual de 17.486 habitantes.

De acordo com o CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde), o município é constituído por um hospital e sete postos, o que se caracteriza como porta de entrada para ações básicas de saúde; dos sete postos, cinco pertencem ao perímetro urbano e dois ao rural.

A pesquisa foi realizada com todas adolescentes gestantes na faixa etária de 10 a 19 anos de idade que realizaram as consultas do pré-natal no período de 01 de Fevereiro de 2007 a 30 de Novembro de 2007, assim como as adolescentes gestantes que compareceram de forma irregular às consultas de pré-natal.

Para obtenção dos dados necessários para o desenvolvimento e análise da pesquisa, foi utilizado como instrumento norteador um formulário com perguntas abertas e fechadas, mediante roteiro padronizado (apêndice A), após o esclarecimento e apresentação do termo de consentimento pré-informado e assinado pelas gestantes (apêndice B), de acordo com a resolução nº. 196/96 do CNS que trata de pesquisas com seres humanos.

O estudo foi realizado pelos autores da pesquisa, nos turnos matutino e vespertino nas salas de consulta pré-natal das Unidades Básicas de Saúde - UBS do Bairro Novo I, do Triângulo, do Santa Cruz e do Pindoal, pertencentes à área territorial do município de Miranda do Norte ou em Visita Domiciliar às adolescentes gestantes.

Os dados obtidos após entrevista com a amostra em estudo, foram codificados, analisados e descritos em forma de gráficos pelos autores da pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES DOS DADOS

VARIÁVEIS		Frequência	%
Idade	16 a 17 anos	09	45
	18 a 19 anos	11	55
Estado Civil	Solteira	07	35
	Casada	02	10
	Outros	11	55
Solteira reside com quem	Mãe	06	86
	Avós	01	14
Escolaridade	1º grau completo	02	10
	1º grau incompleto	06	30
	2º grau completo	02	10
	2º grau incompleto	10	50

QUADRO 1 – Características sociais de 20 adolescentes gestantes residentes no Município de Miranda do Norte- Ma, no período de Fev./2007 a Nov./2007.

VARIÁVEIS		Frequência	%
Você Trabalha	Sim	05	25
	Não	15	75
Caso negativo, modo de sustentação.	Família	05	34
	Mãe	05	33
	Companheiro	03	20
	Marido	02	13
Renda Familiar	< de 1 salário mínimo	06	30
	1 salário mínimo	12	60
	> de 1 salário mínimo	01	5
	Não respondeu	01	5

QUADRO 2 – Característica econômica de 20 adolescentes gestantes residentes no Município de Miranda do Norte- Ma, no período de Fev./2007 a Nov./2007

Os dados analisados correspondem a uma população de 20 adolescentes gestantes na faixa etária de 10 a 19 anos, cadastradas e acompanhadas por profissionais do Programa Saúde da Família nas UBS do Bairro Novo I, Triângulo, Santa Cruz e do Pindoval, ambas localizadas no município de Miranda do Norte.

Das 20 adolescentes gestantes em estudo, 16 iniciaram o pré-natal no 2º trimestre e 11 estavam com comparecimento irregular às consultas aprezadas.

A análise dos dados obtidos mostra que a gravidez na adolescência ocorre predominantemente na faixa etária maior de 15 anos, mais precisamente entre 18 a 19 anos (55 %), como mostra o Quadro 1 acima relacionado.

Segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000), desde 1980 o número de adolescentes grávidas entre 15 a 19 anos aumentou 15%, significando que cerca 700 mil meninas se tornam mães a cada ano.

Observa-se que um percentual significativo destas adolescentes são solteiras (35%), sendo que 86% residem com a mãe e 55% vivem com o parceiro, porém não possuem união legalizada. Segundo Vitiello (1994 apud RAMOS, 2000, p.105), “um grande contingente das adolescentes não têm união estável com o parceiro e que a maioria delas vieram a casar-se em virtude da gestação”.

Quanto ao grau de instrução das adolescentes, verificou-se que 30% estavam com 1º grau incompleto e 50% com 2º grau incompleto, o que leva-se a inferir que quando a gravidez acontece, a adolescente geralmente interrompe os estudos, sendo que muitas delas não retornam à escola devido aos cuidados com o filho. Segundo Censo 2000, verificou-se que apenas 20% das adolescentes na faixa etária de 10 aos 19 anos que têm filhos estavam na escola e entre as adolescentes sem filhos, na mesma faixa etária, o percentual é cerca de 80%. (BRASIL, 2006b). A permanência de mães adolescentes na escola é muito menor do que as adolescentes que não tem filhos.

Com relação ao mercado de trabalho, quadro 2 os dados indicam que 75% das adolescentes encontravam-se fora do mercado quando engravidaram e têm como meio de sustentação a renda da família (34%) ou renda da mãe (33%); a renda familiar das entrevistadas corresponde em 60% a um salário mínimo e 30% abaixo de um salário mínimo.

Quanto menor é o grau de escolaridade, menor será a renda familiar mensal e menor será o acesso dessas adolescentes ao conhecimento pleno da sexualidade, gravidez planejada e acesso aos programas de planejamento familiar,

isso decorre em grande parte do advento da evasão escolar de meninas e jovens mães.

Na análise dos dados referente à figura 1, observou-se que 40% das adolescentes entrevistadas tiveram sua primeira relação sexual entre 14 a 15 anos. A idade mais precoce da menarca, a banalização e vulgarização do sexo pelos meios de comunicação trazem como consequência um início mais adiantado da atividade sexual.

Segundo estudos da Unicef (2002 apud BRASIL, 2006b, p.17), das adolescentes brasileiras com faixa etária entre 12 e 17 anos, 32,8% já haviam tido relação sexual. Destes, 61% eram homens e 39% mulheres.

Com referencia à figura 2, 65% das adolescentes tinham conhecimento que poderiam engravidar após relação sexual, no entanto conclui-se que não há preocupação por parte das adolescentes em evitar a gravidez, ou seja, fazer uso de método contraceptivo. Segundo Pandolfi (2003), os adolescentes que buscam a contracepção comumente a fazem um ano após terem iniciado atividade sexual, quando muitas gestações indesejadas já ocorreram.

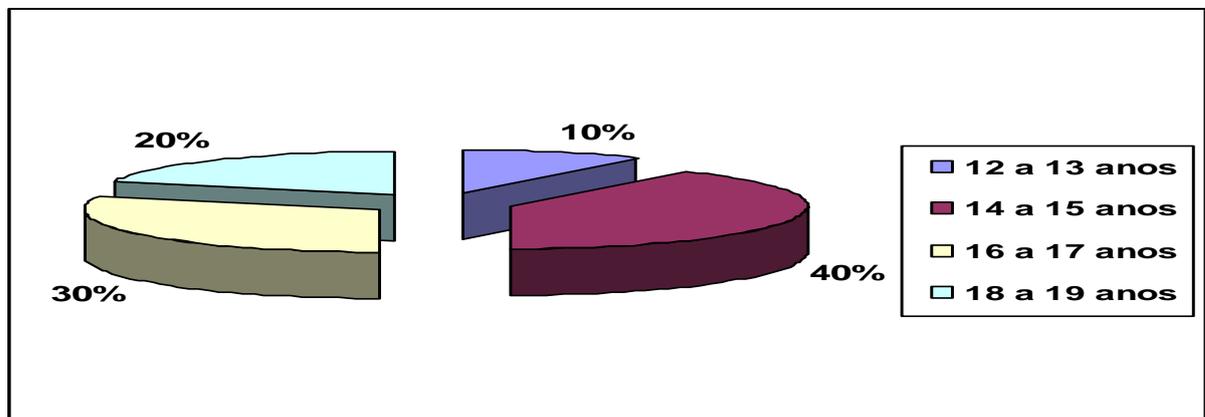


FIGURA 1: Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo início da atividade sexual; Município de Miranda do Norte- Ma; Fev/2007 a Nov/2007.

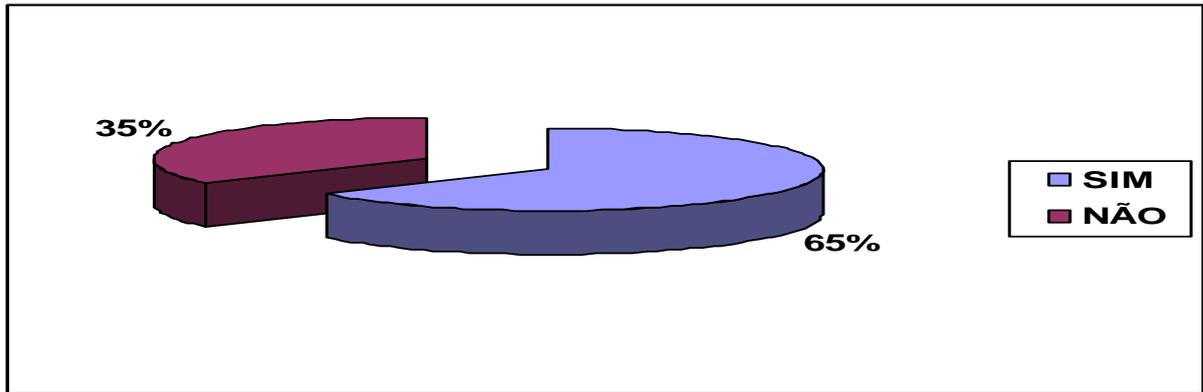


FIGURA 2: Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo conhecimento de gravidez após relação sexual; Município de Miranda do Norte- Ma; Fev/2007 a Nov/2007.

A pesquisa mostra que a totalidade das entrevistadas, 100% têm conhecimento de pelo menos um tipo de método contraceptivo, sendo que 49% destas, de acordo com a figura 4, conhecem o preservativo masculino.

Verificou-se que as adolescentes têm conhecimento de pelo menos um tipo de método contraceptivo, porém 55% nunca fizeram uso de nenhum (figura 5). "Os adolescentes no geral são bem informados sobre prevenção contra a gravidez indesejada, mas a insegurança em relação ao parceiro, a baixa auto-estima e a falta de projeto pessoal por vezes trazem vulnerabilidade à jovem". "Percebemos que o adolescente conhece bem os métodos anticoncepcionais, mas precisa ter uma mudança de atitude". (TAKIUTI, 2004, p.1)

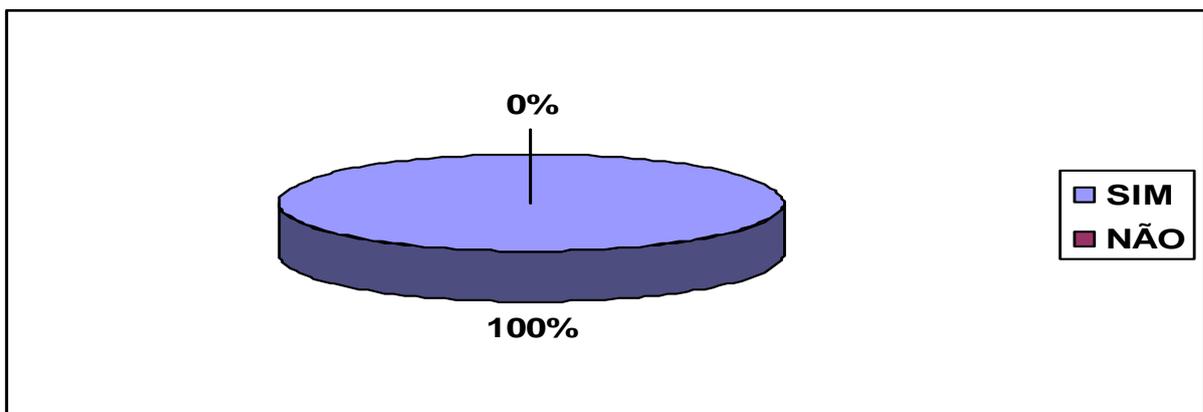


FIGURA 3: Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo conhecimento de algum método contraceptivo; Município de Miranda do Norte- Ma; Fev/2007 a Nov/2007.

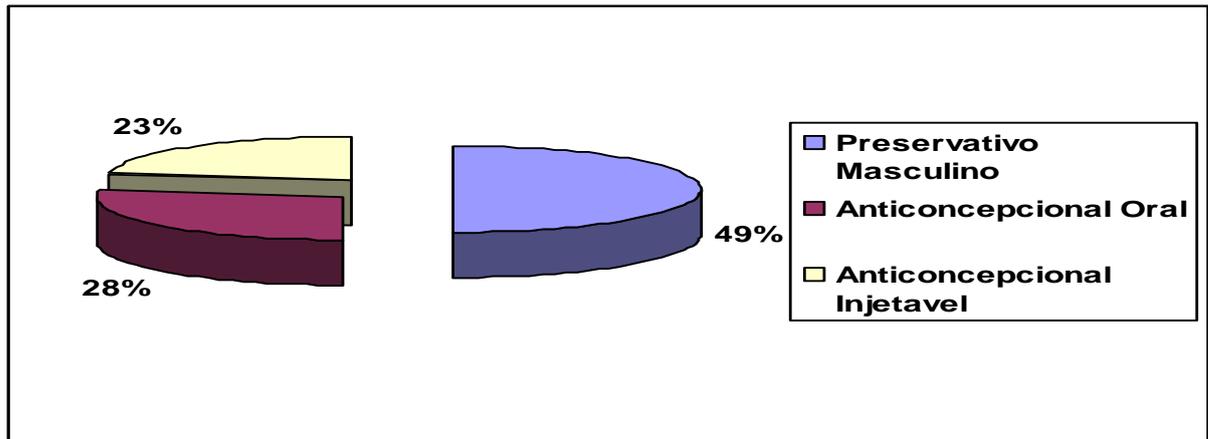


FIGURA 4: Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo tipo de método contraceptivo conhecido; Município de Miranda do Norte- Ma; Fev/2007 a Nov/2007.

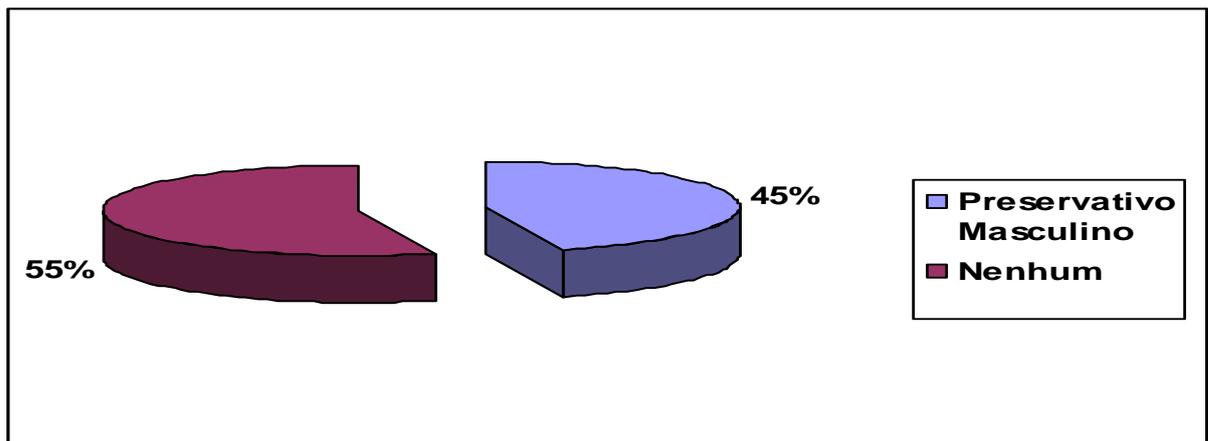


FIGURA 5: Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo método contraceptivo utilizado; Município de Miranda do Norte- Ma; Fev/2007 a Nov/2007.

Vale ressaltar que a prática abortiva está intimamente ligada à gravidez na adolescência, no qual se observou através desse estudo, figura 6, que uma parcela significativa (40%) das adolescentes já praticaram aborto.

Entre as gestantes que relataram a prática abortiva, figura 7, 38% ocorreram de forma espontânea, enquanto que 62% provocaram a interrupção da gravidez.

Quando à gravidez ocorre contrária à vontade da adolescente, ou sem apoio social e familiar, a gravidez frequentemente leva estas adolescentes à prática do aborto ilegal e em condições impróprias, constituindo-se este em uma das

principais causas de óbitos por problemas relacionados à gravidez. Só no ano de 1998, mais de 50 mil adolescentes foram atendidas em hospitais públicos para curetagem pós-aborto, sendo cerca de 3 mil realizadas entre jovens com idade entre 10 e 14 anos (BRASIL, 1999 apud PONTE et.al.,2004).

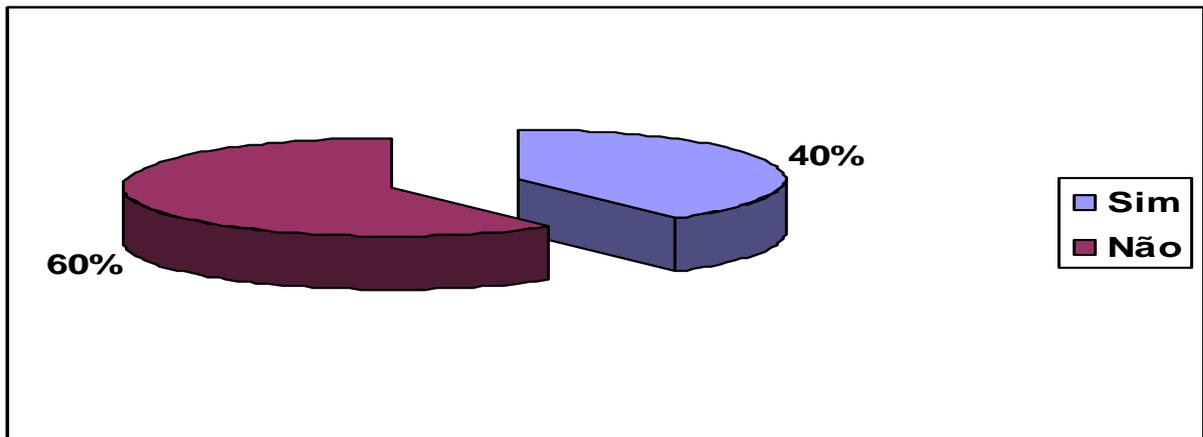


FIGURA 6: Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo a prática abortiva; Município de Miranda do Norte- Ma; Fev/2007 a Nov/2007.

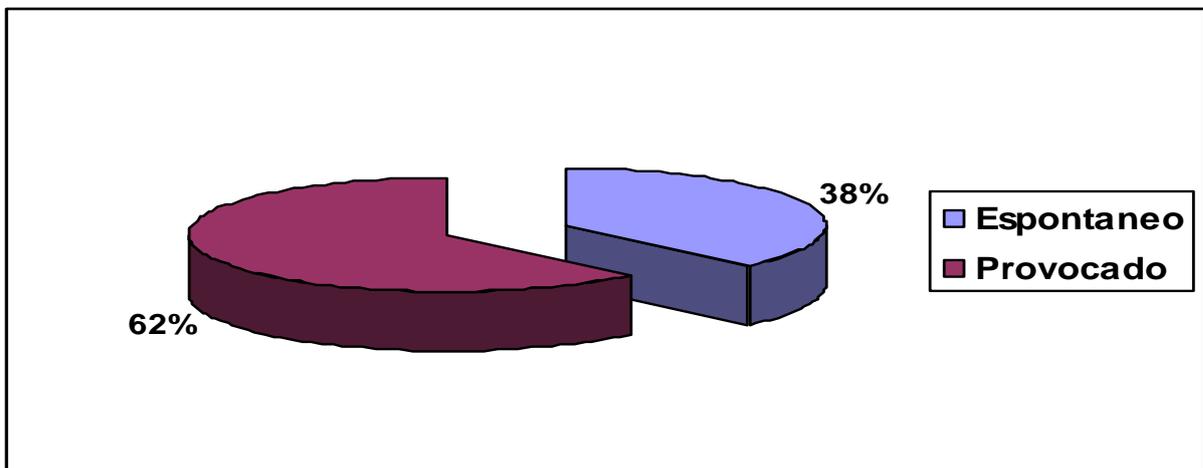


FIGURA 7: Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo o tipo de aborto; Município de Miranda do Norte- Ma; Fev/2007 a Nov/2007.

Segundo a figura 8, observou-se que uma parte expressiva das gestantes é primigesta (30%), mas uma porcentagem maior mostra a reincidência da gravidez durante a adolescência.

A repetição da gravidez na adolescência geralmente não respeita o adequado intervalo intergestacional, impondo sobrecarga física e emocional ao organismo feminino. Quanto mais jovem a mulher engravidar, maiores serão as conseqüências gestacionais e os riscos à saúde física da mãe e do feto, dentre eles pode-se citar: anemia, hipertensão arterial, pré-eclampsia, placenta prévia, prematuridade, baixo peso ao nascer etc.

Entre 2000 e 2004, diminuiu em 19% o número médio de filhos de mães adolescentes, embora ainda seja preocupante. Em 2004, nasceram cerca de 3 milhões de crianças no Brasil, das quais 26.752 de mães entre 10 e 14 anos de idade. No mesmo ano, 7 em cada 100 adolescentes entre 15 e 19 anos de idade tornaram-se mães. (MEDINA, 2007)

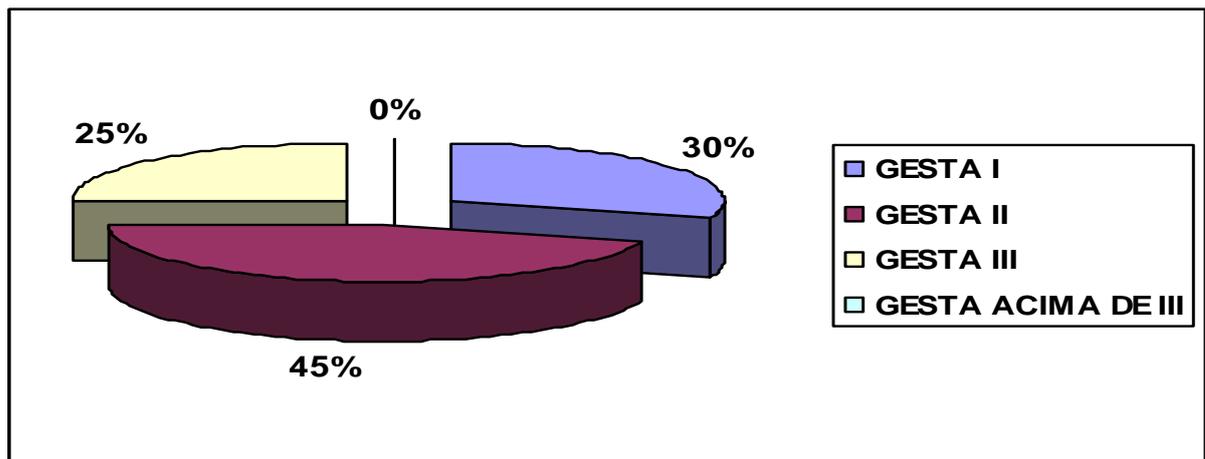


FIGURA 8: Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo o número de gestações; Município de Miranda do Norte- Ma; Fev/2007 a Nov/2007.

Segundo a figura 9, constatou-se que os relacionamentos das adolescentes ocorrem desde jovens com a mesma idade (30%), até homens bem mais velhos (60%).

Segundo Unberhaum (2004), o relacionamento de adolescentes com homens mais velhos, pode ser caracterizado como uma pseudo-sensação de segurança que os homens mais velhos representam para as jovens. As meninas, em sua maioria vivendo em condições de desalento, buscam nesses relacionamentos proteção, além do status de ter um companheiro, de não se mostrar mais

dependente da família, de se apresentar como uma pessoa independente diante da comunidade e dos pais.

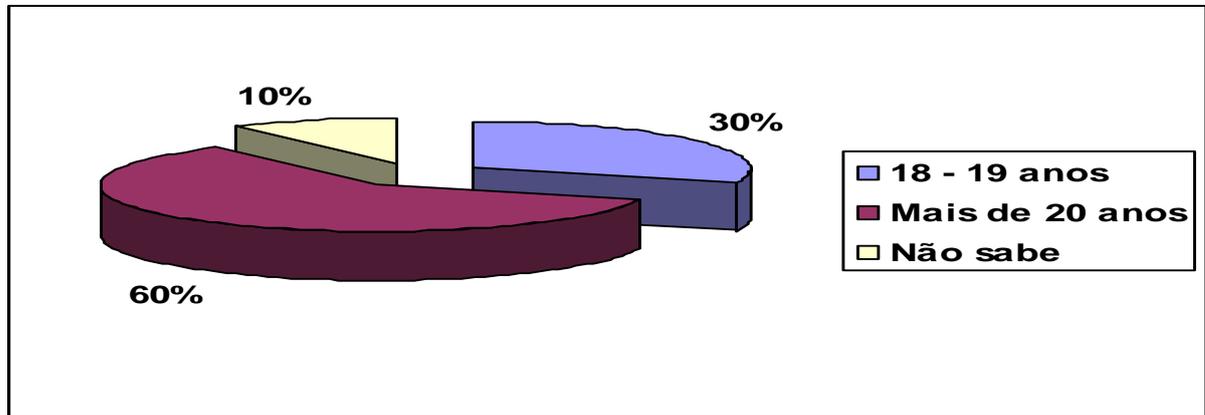


FIGURA 9: Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo idade do seu parceiro; Município de Miranda do Norte- Ma; Fev/2007 a Nov/2007.

Nas figuras 10 e 11, observou-se que 85% dos parceiros das adolescentes gestantes tiveram conhecimento da gravidez, destes 35% tiveram sentimento de alegria e um percentual significativo 25% as abandonaram. Diferentemente das adolescentes que não conseguem esconder a gravidez, os futuros pais podem passar despercebidos na sociedade, acabam abandonando a adolescente grávida e não assumindo sua responsabilidade.

Segundo Cauduro (2005, p.121), em geral a dependência econômica torna difícil à ascensão à paternidade, mas não impede que haja envolvimento emocional com o bebê e apoio da família e da comunidade em que o jovem vive.

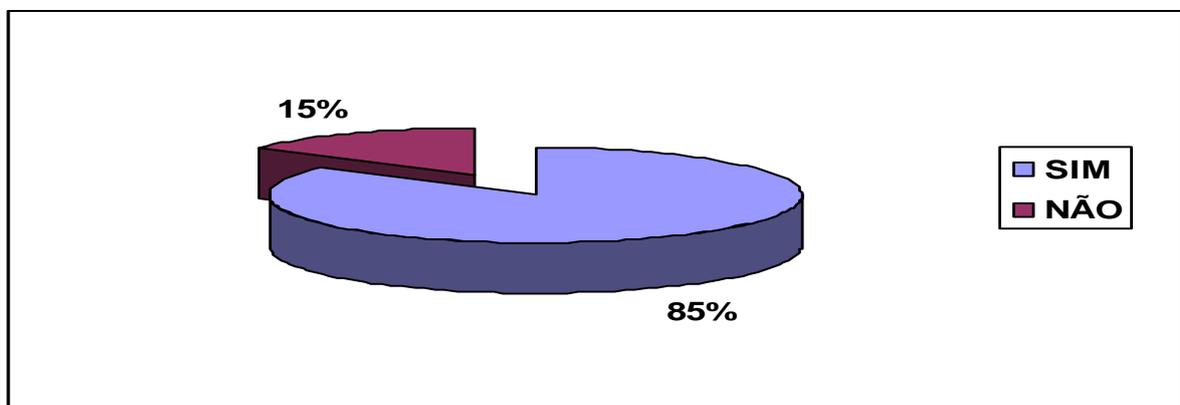


FIGURA 10: Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo conhecimento do parceiro sobre a gravidez; Município de Miranda do Norte- Ma; Fev/2007 a Nov/2007.

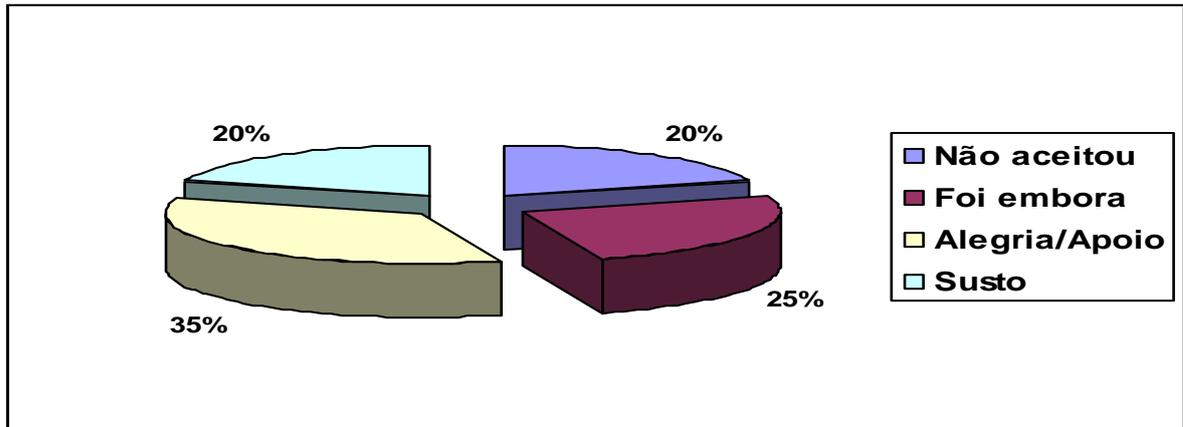


FIGURA 11: Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo reação do parceiro; Município de Miranda do Norte- Ma; Fev/2007 a Nov/2007.

De acordo com a figura 12, 30% dos familiares das adolescentes grávidas aceitaram e deram apoio às jovens, porém 25% não aceitaram de imediato a possibilidade da gravidez e 20% tiveram sentimento de surpresa.

O primeiro impacto da notícia da gravidez causa nos pais um sentimento de decepção, seguido de traição. Após esta fase, os pais acabam refletindo e avaliando suas condutas e assumem uma postura diferente, mesmo admitindo que a filha desobedeceu, não seguindo suas orientações e conselhos. Famílias que já vivenciaram a situação trabalham melhor o problema e, por fim, aceitam a idéia de serem avós. (CAUDURO; MOTTA, 2005). Com relação a figura 13, pôde-se observar que depois de passado o primeiro impacto sobre a notícia da gravidez, 80% das adolescentes acharam uma situação acolhedora de seus familiares.

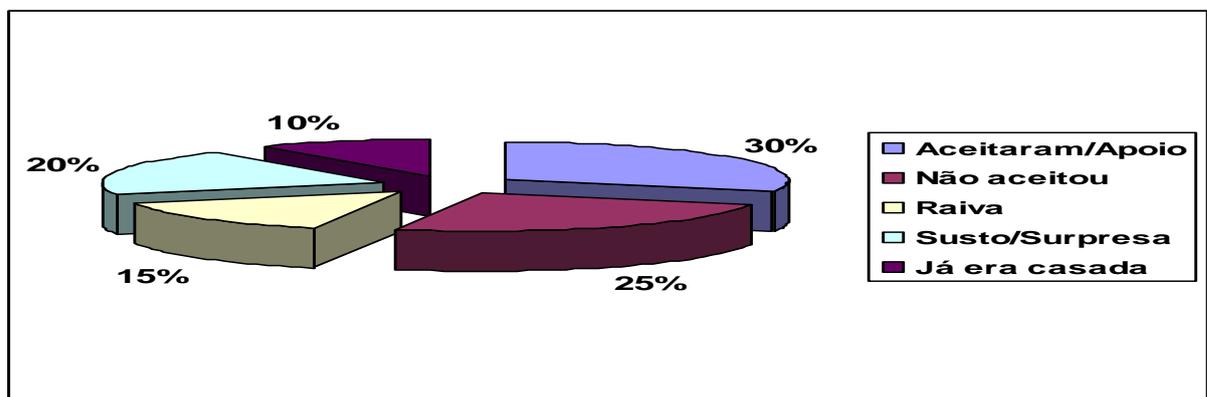


FIGURA 12: Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo reação familiar; Município de Miranda do Norte- Ma; Fev/2007 a Nov/2007.

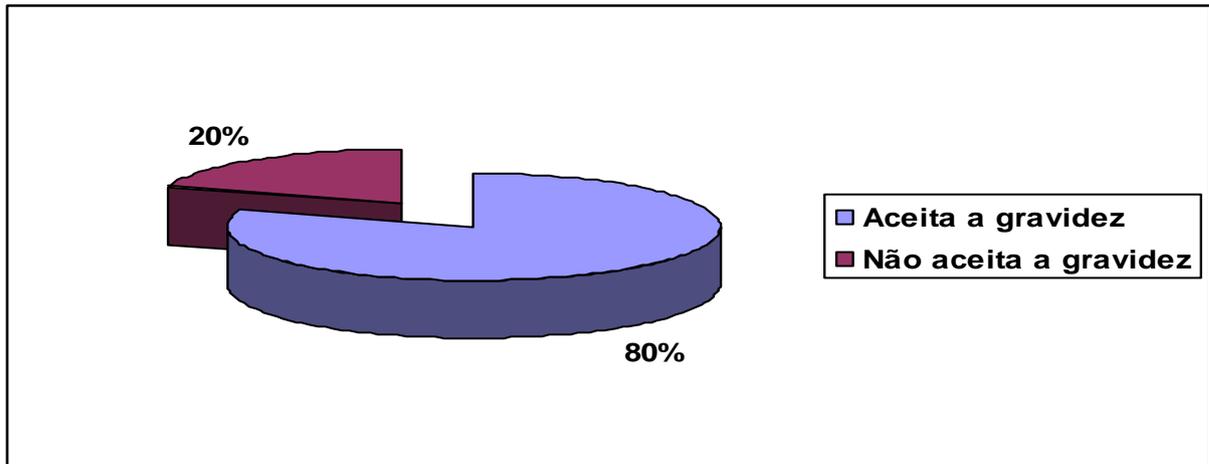


FIGURA 13: Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo reação da família atualmente; Município de Miranda do Norte- Ma; Fev/2007 a Nov/2007.

Quanto ao conhecimento das gestantes sobre a importância do pré-natal, a maioria delas, ou seja, 90% reconhecem que as consultas trazem benefícios ao período gestacional. De acordo com a figura 15, 44% consideram a consulta essencial para o bem estar do bebê, 28% para obterem conhecimento e serem orientada quanto à gravidez e 22% para melhor assistência materno-fetal.

A atenção pré-natal representa uma oportunidade para as jovens receberem assistência adequada, um espaço onde possam expor suas dúvidas e sentimentos, serem ouvidas e orientadas. Constitui-se um exercício de promoção e prevenção da saúde física e mental da gestante, mediante a identificação das alterações próprias da gravidez e os encaminhamentos necessários, a fim de evitar repercussões prejudiciais ao feto.

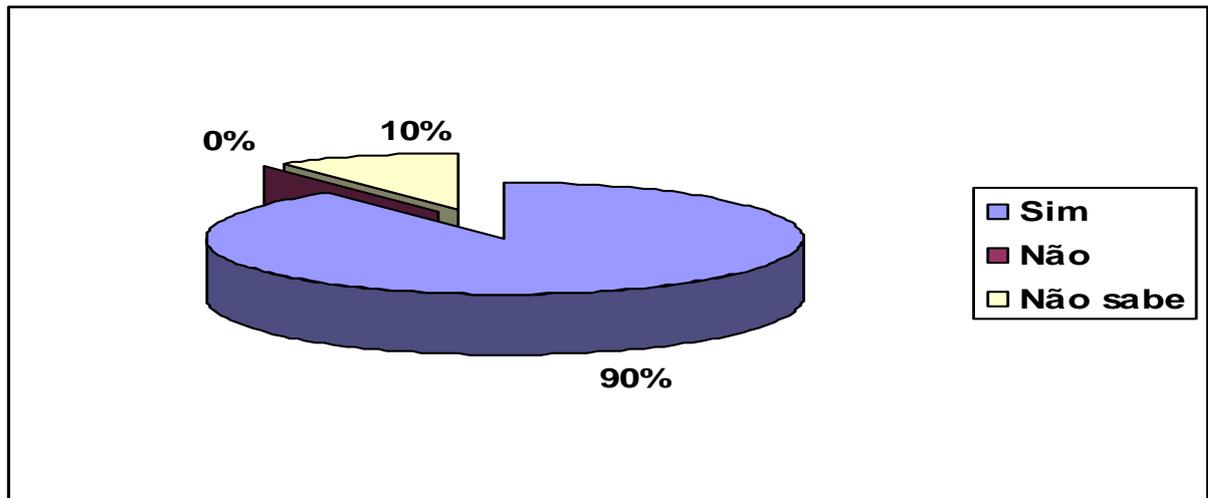


FIGURA 14: Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo possui conhecimento sobre os benefícios do pré-natal; Município de Miranda do Norte- Ma; Fev/2007 a Nov/2007.

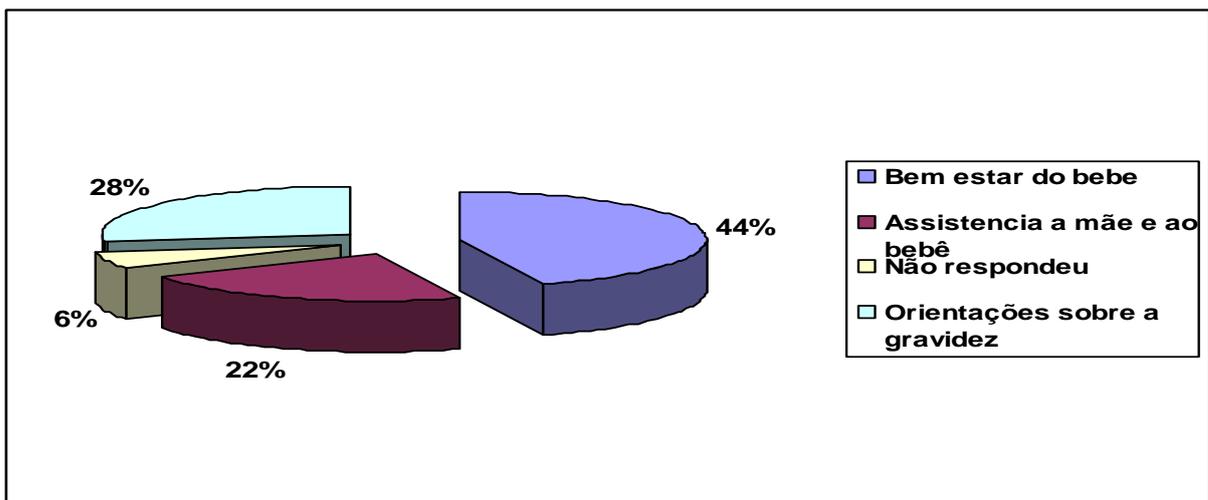


FIGURA 15: Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo tipo de benefícios do pré-natal; Município de Miranda do Norte- Ma; Fev/2007 a Nov/2007.

Quanto ao comparecimento de mulheres gestantes na família às consultas de pré-natal, 65% das adolescentes entrevistadas relataram que as mesmas submetem-se à assistência pré-natal no período gestacional, sendo que 85% de suas irmãs já o fizeram.

A família é considerada o principal meio de divulgação dessa prática, e tem um papel importante na manutenção dessa atividade ou seja no processo de comparecimento das gestantes às consultas de pré-natal.

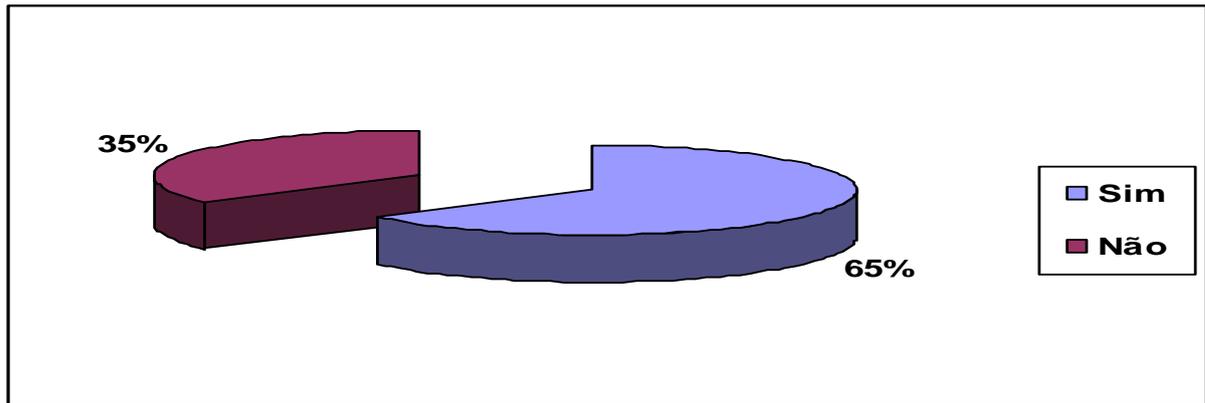


FIGURA 16: Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo prática do pré-natal na família; Município de Miranda do Norte- Ma; Fev/2007 a Nov/2007.

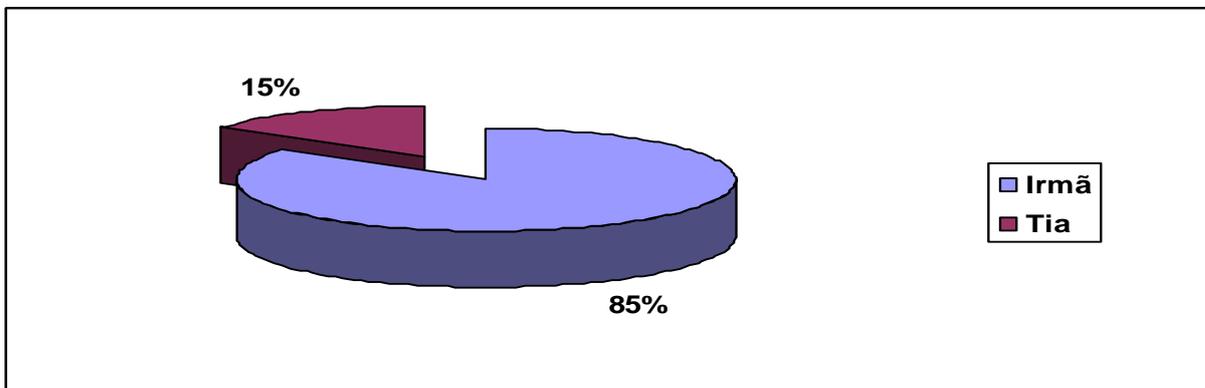


FIGURA 17: Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo o grau de parentesco familiar que possui prática de comparecimento ao pré-natal; Município de Miranda do Norte- Ma; Fev/2007 a Nov/2007.

A assistência pré-natal visa manter a integridade das condições de saúde materna e fetal. Para isso, é necessário que o início do pré-natal seja o mais precoce possível, de preferência antes da 12ª semana de gestação, afim de identificar e prevenir intercorrências clínicas e obstétricas que possam trazer agravos a gestante e/ou ao feto.

De acordo com as figuras 18 e 19, observou-se que a maioria das adolescentes entrevistadas, 70% iniciaram o pré-natal no 2º trimestre de gestação e atribuíram o comparecimento tardio ao pré-natal ao não conhecimento da gestação (62%) ou por terem o sentimento de vergonha/medo da condição de grávida perante seus familiares e a sociedade(19%). Muitas vezes, a dificuldade de contar essa

situação a família pelo medo da repressão, torna-se um dos fatores responsáveis pela inserção tardia ao pré-natal.

Melo (1996) analisa que no caso das jovens, a culpa atribuída pela sociedade e pela família à adolescente grávida, caso se confirme a gestação, culmina muitas vezes na expulsão de casa pelos pais. Esta situação de desamparo é acentuada quando o parceiro abandona a jovem gestante por ter confirmado a gravidez. Desta forma, intensifica-se a dificuldade de continuar os seus projetos de vida sem o apoio familiar e afetivo.

Neste sentido, deparar-se com uma gravidez na adolescência é deixar à mostra uma série de atitudes que não são bem vistas socialmente. Para a garota é ter que assumir publicamente que não é mais virgem, que está tendo vida sexual ativa sem pensar na procriação; é ter que assumir que não agia conforme as normas vigentes. (BRUNS,1996, p.181)

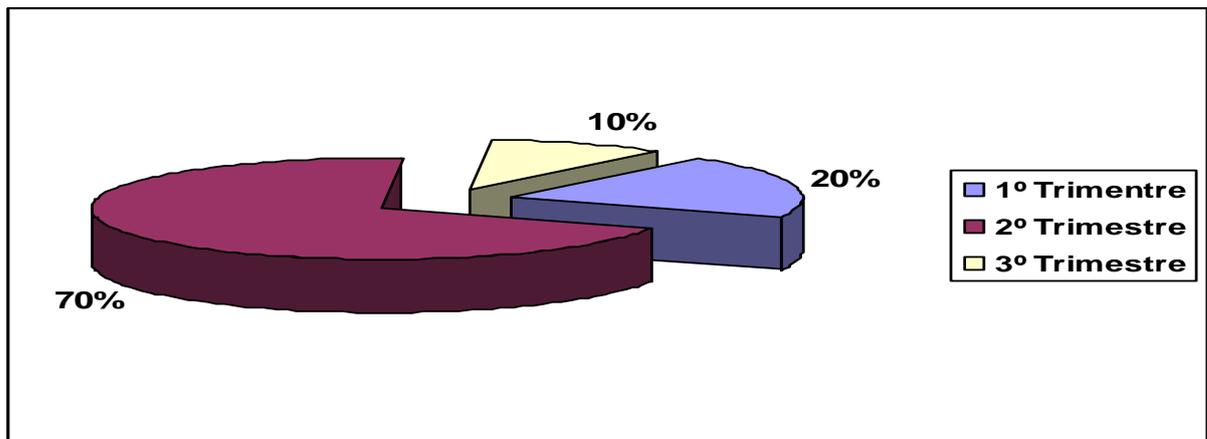


FIGURA 18: Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo início do pré-natal; Município de Miranda do Norte- Ma; Fev/2007 a Nov/2007.

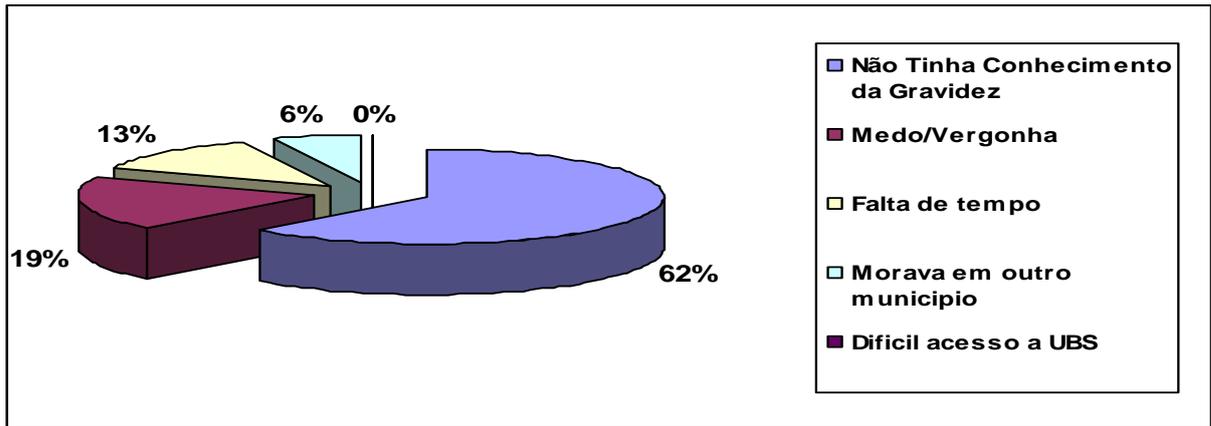


FIGURA 19: Distribuição percentual de 16 adolescentes gestantes, segundo motivo do início do pré-natal a partir do 2º trimestre; Município de Miranda do Norte- Ma; Fev./2007 a Nov./2007.

A figura 20 constata que 37% das gestantes apontaram o esquecimento como maior causa para a irregularidade às consultas de pré-natal, 36% referiram falta de tempo e 27% viagens freqüentes.

O pré-natal é um dos principais determinantes para uma evolução gestacional normal. Segundo o Ministério da Saúde (2000) “a assistência pré-natal adequada deve garantir no mínimo seis consultas”, entretanto, a qualidade dessa assistência inclui o início precoce e freqüência regular às consultas. No entanto percebe-se um grande número de adolescentes gestantes que não comparecem regularmente às consultas apazadas.

Segundo Dietrich (2007), apenas 54% das adolescentes grávidas que freqüentam o sistema público de saúde fazem as seis consultas de pré-natal recomendadas pelo Ministério da Saúde.

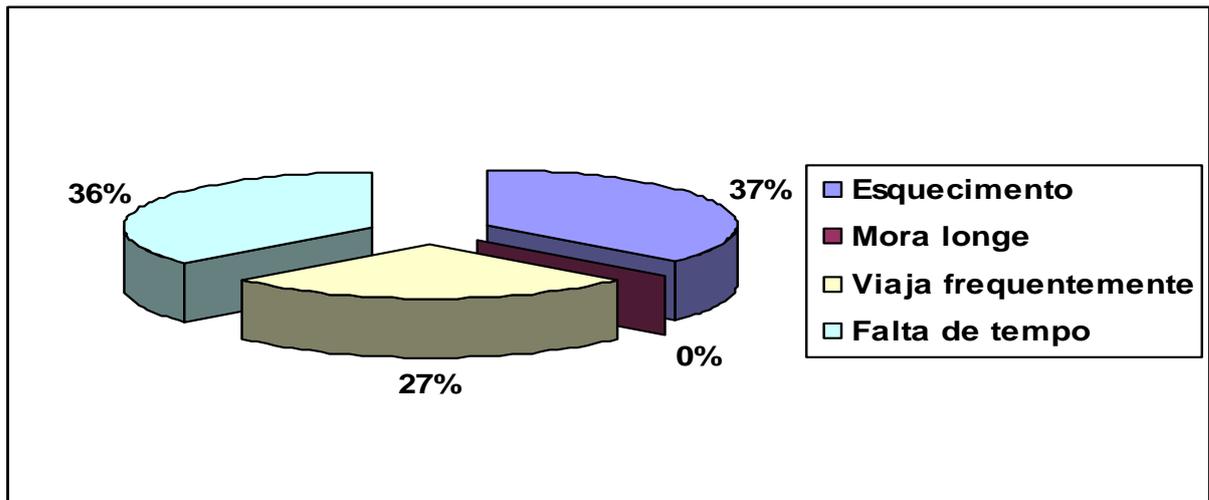


FIGURA 20: Distribuição percentual de 11 adolescentes gestantes, segundo comparecimento irregular às consultas pré-natal; Município de Miranda do Norte- Ma; Fev./2007 a Nov./2007.

A partir das figuras 21 e 22, observa-se que 60% das adolescentes gestantes relataram ser estimuladas a comparecerem as consultas de pré-natal, sendo que 58% delas tiveram apoio e incentivo de membros da família, 25% dos ACS e 17% dos profissionais médicos e enfermeiros que atuam na equipe Estratégia Saúde da Família.

Segundo o Departamento de Atenção Básica (2004), as equipes de Saúde da Família estabelecem um vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. Desta forma, a estratégia saúde da família por estar mais próxima da comunidade, contribui no atendimento, acompanhamento e promoção da saúde, dando ênfase a educação permanente da importância do comparecimento regular às consultas de pré-natal pelas adolescentes gestantes.

A adolescente grávida precisa encarar sua gestação a partir do valor da vida que nela habita, precisa sentir segurança, apoio necessário para seu conforto afetivo e dispor de diálogo esclarecedor, para isso deverá contar com a família que deverá assumir a postura de educadora que compartilha saber e experiência e com o profissional de saúde como instrumento acolhedor e de apoio para enfrentamento das situações de estresse, crises, ansiedades e dúvidas com relação à gravidez;

deverá auxiliar a mãe adolescente a vivenciar a gestação, parto e o puerpério afastando os riscos materno-fetais.

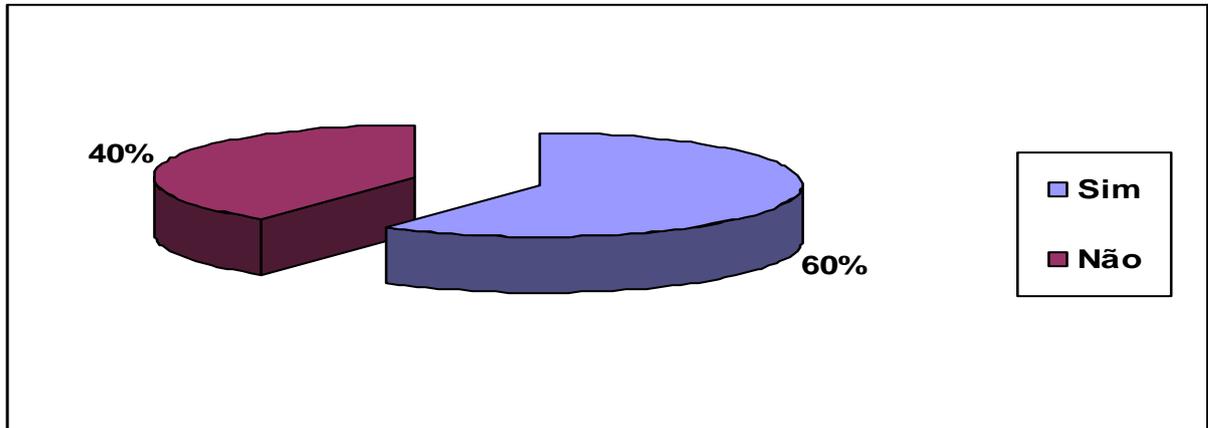


FIGURA 21: Distribuição percentual de 20 adolescentes gestantes, segundo estímulo ao comparecimento às consultas pré-natal; Município de Miranda do Norte- Ma; Fev./2007 a Nov./2007.

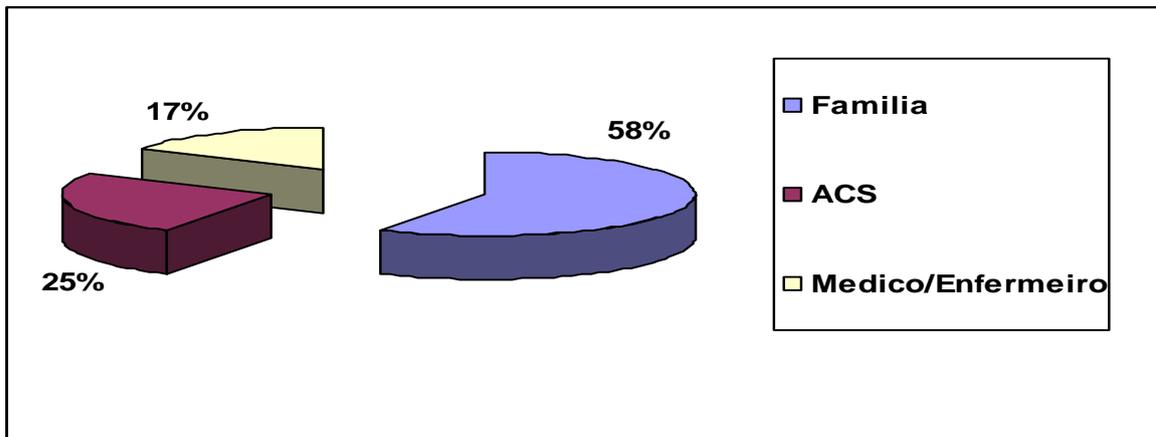


FIGURA 22: Distribuição percentual de 12 adolescentes gestantes, segundo quem as estimulam ao comparecimento às consultas pré-natal; Município de Miranda do Norte- Ma; Fev./2007 a Nov./2007.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstrou que as adolescentes entrevistadas em geral possuem certo conhecimento sobre o risco de gravidez ao ato sexual, métodos contraceptivos e benefícios da consulta pré-natal, no entanto não observou-se no seu dia a dia uma prática satisfatória do conhecimento adquirido, uma vez que, não fazem uso de contraceptivos, possuem reincidência de gravidez, iniciam tardiamente e não comparecem regularmente as consultas de pré-natal. Pode-se explicar este comportamento pelo constante conflito entre o amadurecimento do corpo e o amadurecimento psicológico pelo o qual o adolescente tende a passar.

O adolescente nesta fase da vida busca definir sua própria identidade, saindo do núcleo familiar e inserindo-se no social; é um período onde o ser humano desenvolve-se psicologicamente, envolvendo mudanças no comportamento e aquisição da base de sua personalidade.

Ao engravidar, a jovem enfrenta, paralelamente, tanto os processos de transformação da adolescência como os da gestação, o que representa uma sobrecarga de esforços físico e psicológico. Entendeu-se que a gravidez na adolescência para ser bem suportada necessitaria do forte desejo de ser mãe, o que geralmente não acontece. As jovens, ao constatarem a gravidez, assustam-se e angustiam-se frente à atual situação.

Muitas vezes, a dificuldade de contar para a família ou até mesmo constatar a gravidez, faz com que as adolescentes iniciem tardiamente o pré-natal, aumentando o risco de complicações obstétricas, nascimento de bebês prematuros e de baixo peso. Além disso, não é raro acontecer, o comparecimento irregular destas adolescentes à consulta pré-natal, uma vez que relatam o esquecimento e a falta de tempo como fatores primordiais ao não comparecimento regular às consultas.

Este trabalho representa um primeiro passo no sentido de, ao explicar-se e compreender-se a realidade estudada, ter-se condições de nela intervir, para alterar seu direcionamento, auxiliando na elaboração de alternativas viáveis para efetivar um projeto que mude este quadro.

Sabe-se que a gravidez precoce é conseqüência de problemas sociais e de educação/ saúde, sendo fundamental que os gestores dentro de sua

governabilidade, seja federal, estadual ou municipal, elaborem estratégias de enfrentamento deste problema para que os futuros adolescentes não cheguem a deparar-se com esta atual situação. É essencial que os jovens recebam informações que os façam refletir, levando-os a tomar suas próprias decisões e que a jovem mãe tenha o pré-natal como fonte segura de orientação e assistência especializada nas Unidades de Saúde.

REFERENCIAS

AMED, Abes Mahmed et al.FEBRASGO. **Manual de Orientação:** orientação pré-natal. [S.l.: s.n.], 2001.135 p.

BARBOSA, Edilene Maria da Silva et al. **Depressão pós parto na adolescência:** um problema relevante. Publicação em: 12 set 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n5/27.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente transmissíveis/*AIDS*. **A situação da aids no Brasil**. 2000a. Disponível em: <[http://www. ude.gov.br](http://www.ude.gov.br)>. Acesso em: 02 dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A adolescente grávida e os serviços de saúde do município**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gravidez na Adolescência**. Publicação em: 16 jun. 2003. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 02 dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. **Assistência pré-natal:** normas e manuais técnicos. Brasília, DF, 3. ed., 56 p. 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Pré-natal e Puerperio:** atenção qualificada e humanizada. Brasília, DF, 3.ed., 163 p.2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Marco Teórico e Referencial:** saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília, DF, 56 p., 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **PSF- Saúde da Família**. Publicação em:2004. Disponível em:<<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atecaobasica.php>>. Acesso em: 03 jan. 2008

BALLONE, G.J. **Adolescência e Puberdade-1**. Revisado em 2003a. Disponível em: <<http://gballone.sites.uol.com.br/infantil/adolesc1.htm>>. Acesso em: 23 set. 2006.

BALLONE, G.J. **Adolescência e Puberdade-2**. Revisado em 2003b. Disponível em: < <http://gballone.sites.uol.com.br/infantil/adolesca.htm>>. Acesso em: 23 set. 2006.

BALLONE, G.J. **Gravidez na adolescência-2**. Revisado em: 2003c. Disponível em: <<http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/adoelesc3.html>>. Acesso em: 11 nov. 2007.

CARVALHO, Geraldo Mota de. **Enfermagem em Obstetrícia**. São Paulo: EPU, 1990.117p.

CAUDURO, Lenir Severo; MOTTA, Maria da Graça Corso da. **Vivencia Familiar e Social do Pai Adolescente**. Porto Alegre. 2005. 119 – 128 p. Disponível em: <<http://>

calvados. C3sl. ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/8037/5660. Acesso em: 10 set. 2007.

CHIARETTO, Marcos Felipe; PRATTA, Elisângela Maria Machado. **Os adolescentes e seus relacionamentos no cotidiano**. São Paulo. 2007. Disponível em: <http://www.unicastelo.br/2007/site/noticias/?id_categoria=2&id_noticia=416>. Acesso em: 14 dez. 2007.

CHIPEKEVITCH, Eugênio. **Puberdade e Adolescência**: aspectos biológicos, clínicos e psicossociais. São Paulo: Roca, 1995.752p.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA. Resolução CNS 196/96. Disponível em: <<http://www.ufmg.br/coep/res196.html>>. Acesso em: 28 dez.2005.

COSTEIRA, Osiris. **Gravidez Precoce**: do pediatra direto ao obstetra. Caderno de Terapêutica. Rio de Janeiro. 2003. Não paginado.

DIEZ, Carmem Lúcia Fornari; HORN, Geraldo Balduino. **Orientações para elaboração de projetos e monografias**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.121p.

FILHO, Francisco Mauad; MORAES, Edson Nunes. **Medicina materna e perinatal**. Rio de Janeiro: Reverter, 2000.554p.

GAMA, Silvana Granado Nogueira et al. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puerperais adolescentes em maternidades do município do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20s1/11.pdf>>. Acesso em: 11 dez.2006

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 1996. Disponível em <<http://www.datasus.com.br>>Acesso em: 01 jul.2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2006. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populcao/registrocivil/2006/defaulttab.shtm>> . Acesso em: 11 dez 2007.

MEDINA, Lucas. **Jornal da Zona Leste**, São Paulo, Ed.859, 15 de set. 2007. Disponível em: <<http://www.jornaldazonaleste.com.br/edicao/859/pagina04.htm>> Acesso em: 11 set. 2007

MENEZES, Gabriel. Diário Online: **Mais de 500 adolescentes se tornaram mães em Volta Redonda em 2007**.,2007 Disponível em: <<http://www.diarioon.com.br/arquivo/5038/cidade/cidade-69363.htm>>. Acesso em: 23 março 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. **Caminhos do Pensamento**: epistemologia e métodos. Rio de Janeiro: Fio cruz, 2002.379p.

NAHUZ, Cecília dos Santos; FERREIRA, Lusimar Silva. **Manual para normalização de monografia**. 3. ed. ver. e atual. São Luis: EDUFMA, 2002.165p.

NAZÁRIO, Afonso Celso Pinto et al. FEBRASGO. **Saúde da Adolescente**. [S.l:s.n.], 2001a.100p.

NAZÁRIO, Afonso Celso Pinto et al.FEBRASGO. **Manual de Assistência pré-natal**. [S.l.: s.n.], 2001b. 135 p.

NETTINA, Sandra M. **Prática de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. v.03.2003. 1694p.

NEDEFF, Cristiano Carvalho. **Contribuição da Sexologia sobre a sexualidade do adolescente: uma revisão bibliográfica**. n 3 ,Curitiba,2003.16 p. Disponível em: <<http://www.utp.br/psico.utp.online>>. Acesso em: 17 dez 2007.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Saúde Reprodutiva de Adolescentes: uma estratégia para ação**. [S.l:s.n.],1993. 21p.

PACHECO, Maria de Jesus Torres. **Maternidade na adolescência: vivências, sentimentos e decisões**. São Luis: Fundação Josué Montelo, 2004.155 p.

PANDOLF, Antonio. Planejamento Familiar em Ação. **Jornal Zero Hora**, [São Paulo]; Disponível em: < <http://www.mre.gov.br/acs/clipping/zho103/htm>>. Acesso em: 01 set. 2007

PEREIRA, Antonio Carlos Amador. **O adolescente em desenvolvimento**. 2005. Disponível em: <http://www.harbra.com.br/detalhe_empauta_asp?codigo_empauta=22>. Acesso em: 14 dez 2007

PONTE, Junior et al. Gravidez na Adolescência no Município de Santana do Acaraú – Ceará – Brasil: uma análise das causas e riscos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 01, 2004. Disponível em: <[http:// www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br)> Acesso em: 01 set.2007

RAMOS, Flavia Regina Souza; MONTICELLI, Marisa; NITSCHITE, Rosane Gonçalves. **Projeto Acolher: um encontro de enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: [s.n.], 2000.195p.

REIS, Alberto Olavo Advinculo Reis; RIBEIRO, Aparecida Andrés Ribeiro. **GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA**. 2003. Disponível em: <<http://www.fozdoiguacu.pr.gov.br/noticias/link44.htm>> .Acesso em: 11 dez 2007.

LORES, José Fromenta. **A gravidez precoce e sus implicação sociopsicologica e educativa para os adolescentes**. 2004. Disponível em: <http://br.monografias.com/trabalhos/a_gravidez_precoce/a_gravidez_precoce.shtml>. Acesso em: 10 dez 2007.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO MARANHÃO. Gerência Adjunta de Saúde, Subgerência de Atenção Básica Serviço da Mulher. **Oficina de Prevenção de Gravidez na Adolescência**. São Luís,MA, 2004.

SOUZA, Claudecy de. **Gravidez na Adolescência**. 2004. Disponível em: <http://www.aborto.com.br/gravidez_adolescencia/index.htm> Acesso em: 01 agost. 2007.

TAKIUTI, Albertina Duarte. SP reduz em 26% gravidez na adolescência. **Jornal o Estado de São Paulo**. Publicado em: 07 maio 2004. Disponível em: <http://www.crmariocovas.sp.gov.br/noticia.php?it=5223>>. Acesso em: 10 dez 2007.

VICTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN AGRA, Maria de Nazareth. **Pesquisa Qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136p.

VITALLE, Maria Sylvia de Souza; AMANCIO, Olga Maria Silverino. **Gravidez na Adolescência**. 2001. Disponível em: <<http://www.brazilpednews.org.br/set2001/bnpar101.htm>>. Acesso em: 20 nov. 2006.

UNBERHAUM, Sandra. **Gravidez de adolescentes entre 10 a 14 anos e vulnerabilidade Social**. São Paulo. 20 de Março de 2004. 96p. Disponível em: <<http://www.ecos.org.br/download/Pesquisa%20Gravidez%20na%20Adolescencia%20-%20>> Acesso em: 01 agost. 2007

ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson et al. **O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério**. v.5 ,n.2, p.24 – 32, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 11 nov. 2007

WATARAI, Felipe; ROMANELLI, Geraldo. Simpósio Internacional do adolescente. **Trabalho e identidade de adolescentes do sexo masculino de camadas populares**. Maio, 2005. Disponível em: <<http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC>> Acesso em: 20 jun. 2006.

ANEXOS

ANEXO A - Roteiro da Consulta de Pré-Natal preconizada pelo Ministério da Saúde.

ROTEIRO DA PRIMEIRA CONSULTA

I-HISTORIA CLINICA

∞ ***Identificação:***

- nome;
- número do SISPRENATAL;
- idade;
- cor;
- naturalidade;
- procedência;
- endereço atual.

∞ ***Dados socioeconômicos;***

∞ ***Grau de instrução;***

∞ ***Profissão/ocupação;***

∞ ***Estado civil/união;***

∞ ***Numero e idade de dependentes (avaliar sobrecarga de trabalho doméstico);***

∞ ***Renda familiar;***

∞ ***Pessoas da família com renda;***

∞ ***Condições de moradia(tipo,nº de cômodos);***

∞ ***Condições de saneamento(água,esgoto,coleta de lixo);***

∞ ***Distancia da residência até a unidade de saúde;***

∞ ***Antecedentes familiares:***

- hipertensão arterial;
- diabetes mellitus;
- doenças congênitas;
- gemelaridade;
- câncer de mama e/ou colo uterino;
- hanseníase;
- tuberculose e outros contatos domiciliares;
- doença de chagas;

-parceiro sexual portador de infecção pelo HIV;

∞ **Antecedentes pessoais:**

- hipertensão arterial crônica;
- cardiopatias, inclusive doenças de chagas;
- diabetes mellitus;
- doenças renais crônicas;
- anemias e deficiências de nutrientes específicos;
- desvios nutricionais;
- epilepsia;
- doenças da tireóide e outras endocrinopatias;
- malária;
- viroses (rubéola, hepatite);
- alergias;
- hanseníase, tuberculose ou outras doenças infecciosas;
- portadora de infecção pelo HIV;
- infecção do trato urinário;
- doenças neurológicas e psiquiátricas;
- cirurgia;
- transfusões de sangue;

∞ **Antecedentes ginecológicos:**

- ciclos menstruais;
- uso de métodos anticoncepcionais;
- infertilidade e esterilidade;
- doenças sexualmente transmissíveis;
- doença inflamatória pélvica;
- cirurgia ginecológica;
- mamas (alterações e tratamento);
- última colpocitologia oncótica;

∞ **Sexualidade:**

- início da atividade sexual;
- dispaurenia;
- prática sexual nessa gestação ou em gestações anteriores;
- número de parceiros da gestante;
- uso de preservativo masculino e feminino;

∞ **Antecedentes Obstétricos:**

- número de gestações;
- número de partos;
- número de abortamentos;
- número de filhos vivos;
- idade da primeira gestação;
- intervalo entre as gestações;
- isoimunização Rh;
- número de recém-nascidos: pré-termo/pós-termo;
- número de recém-nascidos de baixo peso;
- mortes neonatais precoces, tardias;
- natimortos;
- recém - nascidos com icterícia, transfusão, hipoglicemia;
- intercorrências ou complicações em gestações anteriores;
- complicações nos puerperios;
- historia de aleitamentos anteriores;

∞ **Gestação atual:**

- data do primeiro dia/mês/ano da ultima menstruação;
- peso prévio e altura;
- sinais e sintomas na gestação em curso;
- hábitos alimentares;
- medicamentos usados na gestação;
- internação durante essa gestação;
- hábitos: fumo, álcool e drogas;
- ocupação habitual;
- aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família;

II-EXAME FISICO

∞ **Geral:**

- determinação do peso e altura;
- medida de pressão arterial;
- inspeção da pele e mucosa;
- palpação da tireóide e de todo pescoço, região cervical e axiliar;

- ausculta cardiopulmonar;
- exame do abdômen;
- exame dos membros inferiores;
- pesquisa de edema;

∞ **Específico:**

- exame clínico das mamas;
- palpação obstétrica;
- medida da altura uterina;
- ausculta dos batimentos cardíacos fetais;
- inspeção dos genitais externos;
- exame especular e toque vaginal;

III EXAMES COMPLEMENTARES:

Na primeira consulta solicitar:

- dosagem de hemoglobina e hematócrito;
- grupo sanguíneo e fator Rh;
- sorologia para sífilis;
- glicemia em jejum;
- sumário de urina;
- sorologia anti-HIV;
- sorologia para hepatite B;
- sorologia para toxoplasmose;

Outros exames podem ser acrescentados essa rotina mínima:

- protoparasitológico;
- colpocitologia oncológica;
- bacterioscopia da secreção vaginal;
- sorologia para rubéola;
- urocultura;
- eletroforese de hemoglobina;
- ultra-sonografia obstétrica.

ANEXO B - Parecer Consubstanciado

	Universidade Federal do Maranhão Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação Departamento de Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa
---	---

PARECER CONSUBSTANCIADO	Nº do Protocolo: 23115 001416/2008-00
<input type="checkbox"/> PROJETO DE PESQUISA	Data de Entrada no CEP: 21/02/2008
<input type="checkbox"/> PROJETO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA	Data da Assembléia: 13/03/2008
<input checked="" type="checkbox"/> TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	

I - Identificação:

Título do projeto: GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA: DETERMINANTES PARA A ADESÃO TARDIA E IRREGULAR DAS ADOLESCENTES GESTANTES A CONSULTA PRÉ-NATAL		
Identificação do Pesquisador Responsável: Profª. Janete Valois Ferreira Serra		
Identificação da Equipe executora: Rafaela Fernanda Pinto de Aguiar, Rosany Leandra Souza Carvalho		
Instituição onde será realizado: Secretaria de Saúde de Miranda do Norte		
Área temática: III	Multicêntrico: Não	Data de recebimento: 28/02/2008
Cooperação estrangeira: Não	Patrocinador: Não	Data de devolução: 13/03/2008

II - Objetivos:

Objetivo Geral: Estudar as possíveis causas da adesão tardia e irregular das adolescentes gestantes nas consultas pré-natais, sendo estas residentes no Município de Miranda do Norte.

Objetivos Específicos:

1. Identificar as características sociais e econômicas das adolescentes gestantes;
2. Conhecer o nível de informação das adolescentes gestantes sob o benefício das consultas de pré-natal a saúde materna e fetal;
3. Averiguar a influência das adolescentes gestantes a procura de assistência pré-natal.

III - Sumário do projeto:

- Projeto de relevância social e científica;
- Amostra: transversal aleatória;
- O projeto apresenta a seguinte estrutura: introdução, objetivos, metodologia, cronograma de atividades, referências e apêndices;
- O protocolo apresenta: folha de rosto, o projeto de pesquisa, *Curriculum vitae* dos pesquisadores.

IV - Comentários do relator:

Conforme reza a resolução 196/96 e suas complementares, o Protocolo de Pesquisa deverá ser apreciado se estiver instruído com os documentos anteriormente citados. Entretanto, na metodologia consta que a pesquisa será realizada com adolescentes gestantes na faixa etária de 12 a 19 anos de idade, o que faz com que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido seja dirigido ao seu representante Legal, autorizando sua participação voluntária na referida pesquisa (Art. VI.3.a). Também não explica como será calculado tamanho da amostra, tendo na folha de rosto explicitado o número de 50 sujeitos da pesquisa. Não há orçamento financeiro detalhado, e nem aponta quem se responsabilizará pelos custos decorrentes da pesquisa (Art. VI.2.j). Há necessidade de atualização do cronograma que se apresenta como do ano de 2007, porém o referido projeto deu entrada no DEPA em 21/02/2008. Não está clara a metodologia no que se refere à utilização das perguntas obtidas pelo formulário. O Termo de Consentimento está inadequado conforme resolução 196/96 (Art. VI.1.a.b.d.h.j). Não constam no Termo de Consentimento o endereço correto deste Comitê de Ética em Pesquisa, sendo o mesmo dirigido para outro CEP, além das outras assinaturas também estarem incorretas.



V - Pendências:

1. Refazer a metodologia do projeto;
2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
3. Cronograma e inclusão do orçamento.

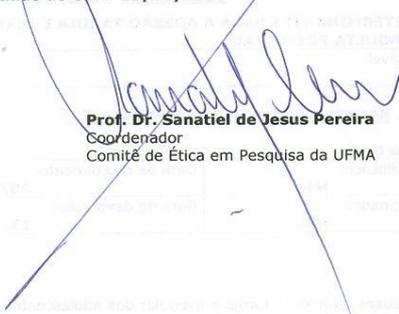
VI - Recomendações:

Nenhuma

VII - Parecer Consubstanciado do CEP

Foram apresentados os documentos enumerados em **Pendências**; desse modo, o **Protocolo 23115 001416/2008-00**, referente ao Projeto de Pesquisa, sob o título, **"GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: DETERMINANTES PARA A ADESÃO TARDIA E IRREGULAR DAS ADOLESCENTES GESTANTES A CONSULTA PRÉ-NATAL"**, é considerado por este CEP como **APROVADO**.

VIII - Data da reunião do CEP: 13/03/2008


Prof. Dr. Sanatiel de Jesus Pereira
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMA

DATA DE RECEBIMENTO:
DATA DE RETORNO:

OBS: Prazo máximo de retorno para solução das Pendências – 60 dias após o recebimento do Parecer Consubstanciado pelo CEP/UFMA.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Modelo de formulário da pesquisa de campo aplicado as adolescentes gestantes

Pesquisa: GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: Determinantes para adesão tardia e irregular das adolescentes gestantes à consulta pré-natal

Unidade de Saúde: _____

Data da entrevista: ___/___/___

1. Idade: ___anos

2. Estado civil:

a) solteira b) casada c) outros

3. Se solteira mora com quem? _____

4. Escolaridade:

a) 1º grau completo c) 2º grau completo
b) 1º grau incompleto d) 2º grau incompleto

5. Você trabalha?

a) Sim b) Não

6. Em caso negativo, como se sustenta?-----

7. Renda familiar:

a) menos de 1 salário mínimo
b) 1 salário mínimo
c) mais de 1 salário mínimo

8. Início da atividade sexual

a) 12 -13 anos b) 14-15 anos c) 16-17 anos d) 18 a 19 anos

9. Tinha conhecimento que poderia engravidar ao manter relação sexual?

a) Sim b) Não

10. Tem conhecimento de algum método contraceptivo?

a) Sim b) Não

11. Qual método contraceptivo você conhece?

a) preservativo masculino d) anticoncepcional injetável g) outros
b) preservativo feminino e) DIU h) nenhum
c) anticoncepcional oral f) diafragma

12. Qual método contraceptivo já utilizou? _____

13. Já teve algum aborto?

a) Espontâneo b) Provocado

14. Quantas gestações, incluindo a atual, você já teve até hoje?

a) Gesta I b) Gesta II c) Gesta III d) Acima de III

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A pesquisa GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: Determinantes para adesão tardia e irregular das adolescentes gestantes à consulta pré-natal residentes no município de Miranda do Norte, tem como objetivo coletar dados pessoais, conhecer o nível de informação das adolescentes gestantes sobre a importância das consultas pré-natal, assim como levantar algumas causas sobre a adesão tardia e irregular das mesmas no serviço de assistência pré-natal.

As adolescentes que participarão da pesquisa, estarão compreendidas na faixa etária de 10 a 19 anos de idade, que freqüentam as Unidades Básicas de Saúde-UBS do município de Miranda do Norte; As mesmas serão submetidas, a uma entrevista com os autores da pesquisa após a autorização e assinatura de seu representante legal neste documento. Logo após, será utilizado um questionário com roteiro padronizado com perguntas objetivas e subjetivas.

A pesquisa antes de ser iniciada foi encaminhada ao Professor Dr. Sanatiel de Jesus Pereira presidente do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, localizado na Av. dos Portugueses s/n Campos do Bacanga, Prédio do CEB -velho, BL.C, Sala 07 CEP.65080-040 na Universidade Federal do Maranhão - UFMA, São Luis -Ma, para aprovação de sua utilização com seres humanos.

Os dados obtidos nessa pesquisa serão considerados confidenciais e a entrevistada terá total liberdade de se recusar a participar da pesquisa; retirar-se sem pedir consentimento ou autorização em qualquer fase da pesquisa, não havendo nenhuma penalidade a sua pessoa.

Em caso de dúvida ou qualquer esclarecimento sobre a pesquisa a entrevistada e/ou responsável legal poderá entrar em contato com os pesquisadores, conforme endereços relacionados: Prof^a Janete Valois (Pesquisadora) Av. Castelo Branco, nº 605- Cobertura, São Francisco.Fone(98)32277460; Rosany Leandra S. Carvalho, Av. Castelo Branco, nº 605- Cobertura, São Francisco,Fone(98)81237083 e Rafaela Fernandes Pinto de Aguiar, Av. Castelo Branco, nº 605- Cobertura, São Francisco.Fone(98)81286609

Baseado no exposto acima a Sr^a _____

consente sua participação na pesquisa. São Luis/Ma, ____de____de 2008.

Assinatura do Responsável Legal

Assinatura da Entrevistada

Assinatura do Pesquisador