

**FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO
NORTE**

CURSO DE ENFERMAGEM

LAYSE CÂNDIDA DANTAS BENTES

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA
ADOLESCÊNCIA NO BAIRRO DE BOM PASTOR**

**NATAL- RN
2010**

LAYSE CÂNDIDA DANTAS BENTES

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA
ADOLESCÊNCIA NO BAIRRO DE BOM PASTOR

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN), como requerimento parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Izete Soares da Silva Dantas Pereira

NATAL
2010

FOLHA DE APROVAÇÃO

Monografia intitulada ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO BAIRRO DE BOM PASTOR apresentada pela aluna LAYSE CÂNDIDA DANTAS BENTES ao curso de Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN), foi considerada aprovada pela Banca Examinadora abaixo discriminada.

Natal, _____ de _____ de 2010.

Orientadora: _____

Profª Dra. Izete Soares da Silva Dantas Pereira

Examinador (a): _____

Examinador (a): _____

Dedico este trabalho ao meu avô, Alfeu Adelino Dantas (*in memoriam*), pelo exemplo de vida, dignidade e respeito, por me ensinar a lutar e amar incondicionalmente, e me fazer acreditar que “no final, sempre dá tudo certo”. Saudade vovô.

Agradecimentos

Aos meus pais Gervásio Protásio Bentes e Elsa Maria de Medeiros Dantas Bentes que estiveram sempre presente em todos os momentos bons e difíceis em minha vida.

Ao meu irmão, Marcus Vinicius Dantas Bentes, que me ajudou nas horas que mais precisei.

Ao meu namorado Francisco Raphael Bruno Bezerra, que compreendeu a minha ausência e me deu todo seu amor e apoio para que eu alcançasse o sonho almejado.

Às minhas amigas, Giovanna Rayanne de Medeiros Paiva, Márcia Ozéas Rodrigues e Luana Zumba de Sousa, que permaneceram junto comigo durante os últimos anos de faculdade sempre incentivando e buscando o melhor para a nossa realização acadêmica.

E a todos os professores e amigos que por mim passaram, que de certa forma colaboraram para minha formação acadêmica.

Muito obrigada por tudo.

“Ser Enfermeiro é ser humano, com todas as suas dimensões, potencialidades e restrições, alegrias e frustrações; é aberto para o futuro, para a vida, e nela se engaja pelo compromisso assumido com a enfermagem. Este compromisso levou-o a receber conhecimentos, habilidades e formação de enfermeiro, sancionados pela sociedade que lhe outorgou o direito de *cuidar de gente*, de outros seres humanos. Em outras palavras: Ser Enfermeiro é *gente* que cuida de *gente*.”

Wanda de Aguiar Horta

RESUMO

A gravidez na adolescência é uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas com a sexualidade dos jovens dessa faixa etária, visto que, traz consequências irreversíveis para a vida dos pais e suas famílias. Diante desta problemática, o trabalho teve por objetivo conhecer e identificar a percepção do risco da gravidez de um grupo de adolescentes gestantes residentes no bairro de Bom Pastor e estimular a prevenção nesse grupo populacional vulnerável. O presente estudo de caráter qualitativo foi realizado com foram 10 adolescentes na faixa etária entre 13 a 19 anos de idade. A coleta de dados foi realizada no período de agosto a setembro de 2010, por meio de uma entrevista com perguntas semi-estruturada. Os dados foram analisados e organizados, em categorias empíricas e fundamentada na literatura relacionada à temática em estudo, no qual surgiram as categorias: o impacto da gravidez, a percepção do risco de engravidar e a contribuição do enfermeiro na educação e orientação sexual dos adolescentes com ênfase na prevenção da gravidez não planejada. O perfil encontrado das adolescentes grávidas foi uma faixa etária de 13 a 19 anos de idade. 50% das adolescentes entrevistadas têm o ensino fundamental incompleto e 10% com o ensino fundamental completo, 10% com o ensino médio incompleto 30% com o ensino médio completo, e. Em relação à atividade profissional, 90% não trabalham. Sobre o planejamento da gravidez, 50% afirmam ter planejado a gravidez e 50% relataram que não. A respeito das idades dos parceiros, 40% das gestantes se relacionaram com jovens menores de 19 anos, 30% com parceiros com idades entre 19 a 25 anos, 10% com rapazes na faixa etária entre 26 a 30, e 20% com companheiros com mais de 30 anos de idade. Considerou-se então, que a gravidez na adolescência é um grave problema social que só será resolvido quando os adolescentes entenderem a importância da prevenção e do sexo seguro. Esta atitude deve ser tomada com muita segurança e respeito. O PROSAD e o ECA asseguram a integralidade e a legalidade da atenção à saúde da criança e do adolescente em todos os setores da rede pública do SUS. E o Ministério da Saúde disponibiliza programas voltados para a prevenção da gravidez, como o Planejamento Familiar, com distribuição de medicamentos anticoncepcionais e preservativos, porém, muitos adolescentes não procuram a Unidade de Saúde por desconhecimento desse serviço. Cabe ao Serviço de Saúde promover mais informações concernentes a orientação e educação sexual no sentido de resguardar a saúde desse grupo.

Palavras chave: Adolescência, Gravidez e Prevenção.

ABSTRACT

Pregnancy in adolescence is one of the most disturbing occurrences related to sexuality of young people in this age group, since brings irreversible consequences for the lives of parents and their families. On this issue, the work had for objective socioeconomic profile of teens pregnant residents in the neighborhood of the Bom Pastor and stimulate prevention in this vulnerable population group. The study had qualitative character, the subjects of research were 10 teenagers aged between 13 to 19 years of age. Data collection was performed during the period from August to September 2010, through an interview with open questions, closed and mixed. The data were analyzed and organized into categories based on empirical and literature related to the thematic study, in which arose the categories: the impact of pregnancy, the perception of the risk of becoming pregnant and the contribution of nurse education and sexual orientation among adolescents with emphasis on prevention of unplanned pregnancy. The profile was found of a pregnant teenagers aged 13 to 19 years of age. 50% of them have elementary incomplete and 10% with elementary full, 30% complete with school, and 10% with incomplete high school. In relation to professional activity, 90% does not work. About planning pregnancy, 50% claim to have planned pregnancy and 50% reported that not. About age of partners, 40% of pregnant women related with young people under the age of 19 years, 30% with partners aged 19 to 25 years, 10% with boys aged between 26 to 30, and 20% with companions with over 30 years of age. It was considered so that teen pregnancy is a serious social problem that will only be solved when adolescents understand the importance of prevention and safe sex. This attitude should be taken with much security and respect. The ECA and PROSAD ensuring completeness and legality of attention to the health of children and adolescents in all sectors of the public network of SUS. And the Ministry of health provides programs for the prevention of pregnancy, such as family planning, with distribution of condoms and contraceptive drugs, however, many teenagers don't seek health unit by ignorance of this service. The health promoting more information regarding sexual orientation and education in order to safeguard the health of that group.

Keywords: Adolescence, pregnancy and prevention.

SUMÁRIO

	10
1. INTRODUÇÃO	
2. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UMA EVOLUÇÃO HISTÓRICA E CULTURAL	14
2.1. COMPORTAMENTO DO ADOLESCENTE NOS DIAS DE HOJE	15
2.2. CAUSA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	16
2.3. FATORES BIOLÓGICOS	18
2.4. FATORES SOCIAIS	20
2.5. FATORES DE ORDEM FAMILIAR	21
2.6. ATITUDES PESSOAIS DOS ADOLESCENTES	22
2.7. MATERNIDADE PRECOCE E SEUS RISCOS	24
2.8. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS	26
2.9. GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA E O ABORTO	27
2.10. PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ PRECOCE	29
2.10.1. Prevenção Primária	30
2.10.2. Prevenção Secundária	31
2.10.3. Prevenção Terciária	32
2.11. PLANEJAMENTO FAMILIAR	33
3. ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	35
3.1. DISPOSIÇÕES DO ECA	35
3.2. O PROSAD	37

3.3. OBJETIVO DO PROSAD	37
3.4. ÁREAS PRIORITÁRIAS DO PROSAD	38
3.5. PAPEL DO ENFERMEIRO NO PROSAD	38
4. ENTREVISTA COM AS ADOLESCENTES GESTANTES	42
4.1. IDADE DAS GESTANTES	43
4.2. IMPACTO DA GRAVIDEZ	43
4.3. PERCEPÇÃO DAS ADOLESCENTES SOBRE O RISCO DA GESTAÇÃO	45
5. CONTRIBUIÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO SEXUAL DOS ADOLESCENTES	48
5.1. TEORIA DO DÉFICIT DO AUTOCUIDADO	49
5.2. TEORIA DOS SISTEMAS DE ENFERMAGEM	49
5.3. PROCESSO DE ENFERMAGEM DE OREM	50
5.4. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL A ADOLESCENTE GESTANTE	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	59
ANEXOS	62

1.INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) entende-se como adolescência, o período de vida a entre os 10 e 19 anos de idade. O Estatuto da criança e do adolescente (ECA) define a adolescência como uma fase que transcorre em uma faixa etária compreendida entre os 12 aos 18 anos de idade (OMS, 2005; ECA, 1993)

A adolescência é entendida como uma fase conturbada e repleta de conflitos entre pais e filhos, e o eterno desejo de atrair a atenção para si, seja no jeito de se vestir ou de agir, contrastando com a sociedade “adulta e careta”, os tornam jovens rebeldes, gerando mais conflitos no convívio familiar, na escola, na igreja, enfim, onde precisam interagir socialmente (SANTOS, 2006).

Dentre as transformações pertinentes a essa etapa da vida, está o fenômeno fisiológico individual e variável da puberdade, que se manifesta em torno dos 8 a 14 anos (na mulher geralmente ocorre mais cedo que no homem).

A puberdade caracteriza-se por crescimento somático e mudanças que geram maturação sexual, aquisição das funções e características do corpo do adulto, e novas formas físicas e estéticas, que são comandadas por uma complexa inter-relação de vários órgãos e fatores neuroendócrinos (FERNANDES; NARCHI, 2006 p. 191).

Alguns autores da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo atribuem o celerado adolecer das meninas, ao acesso difundido a mídia televisiva e a internet, justifica que os apelos sexuais da programação, estimulam o amadurecimento sexual precoce, enquanto isso, o seu corpo ainda não está preparado para as descobertas (RAMOS; DIEGOLI, 2003).

O interesse pelo tema das adolescentes gestantes surgiu durante as aulas práticas do sexto período, que a autora esteve em atividades assistenciais, na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Bom Pastor. Chamou a atenção o número de adolescentes que procuravam a UBS para realizar as consultas de pré-natal, mães com 13 anos de idade trazendo o seu filho para vacinar, adolescentes com sinais de uma gravidez não planejada, buscando uma confirmação através de exames solicitados tanto pelas enfermeiras quanto pelas médicas da Unidade. A

partir desta observação a gravidez na adolescência, se tornou objeto de estudo para o Trabalho de Conclusão de Curso.

O presente estudo é de fundamental importância, na medida em que aborda o número crescente de gravidez na adolescência, o que acarreta um grande problema a sociedade, supõe-se, nos jovens de hoje, um alto grau de informações sobre assuntos relacionados ao sexo.

A gravidez precoce é um fato muito preocupante na sociedade, pois traz sérias conseqüências para a vida dos pais adolescentes e da criança. Por isso, é uma questão que deve ser levada a sério.

A maioria das adolescentes, não está preparada financeira, nem emocionalmente para ser mãe, e muitas vezes por não terem o apoio dos pais, são obrigadas a deixar os estudos de lado, e outras fogem de casa. Além disso, o corpo da adolescente também não está pronto para gerar uma criança. Alguns problemas como o tamanho e conformidade da pelve, a elasticidade dos músculos uterinos, os temores, desinformação da adolescente em relação à gestação, dificultará o desenvolvimento do feto.

Os principais fatores que contribuem para a gravidez na adolescência são: falta de informação sobre os métodos contraceptivos, falta de orientação da família, da escola e da sociedade, entre outros.

O enfermeiro atua na prevenção da gravidez precoce através da informação e aconselhamento a esses adolescentes durante a realização das consultas de enfermagem, rodas de conversas, atividades educativas, bem como, na apresentação dos métodos contraceptivos. Demonstra ainda, que além da gravidez indesejada também corre o risco de contrair algumas das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) (OLIVEIRA; CARVALHO; SILVA, 2008).

A presente pesquisa teve como objetivo, conhecer e identificar a percepção do risco da gravidez um grupo de adolescentes grávidas na faixa etária dos 10 aos 19 anos de idade, que recorrem ao atendimento da Unidade de Saúde da Família de Bom Pastor. Estimular a prevenção de gravidez na adolescência utilizando os diversos métodos contraceptivos disponíveis na USF. Orientar os adolescentes do Bairro de Bom Pastor em relação aos riscos comuns de uma gravidez precoce.

A metodologia utilizada foi de cunho exploratório de caráter qualitativo, aplicada na população de adolescentes grávidas na faixa etária entre 10 e 19 anos de idade, realizada na Unidade Básica de Saúde, de demanda livre e restrita ao Bairro de Bom Pastor, no período de agosto e setembro de 2010. Utilizou-se uma entrevista semi-estruturada com seis perguntas sobre a gestação e registrando informações como idade, situação escolar, atividade

profissional, se a gestação foi planejada ou não, se ocorreram ou não conflitos com família e com o parceiro decorrente da gestação, o uso de métodos anticoncepcionais, idade do parceiro e tipo de relacionamento. A usuária foi abordada no interior da Unidade e também em sua residência, e convidada a participar da pesquisa. A entrevista foi feita, mediante as devidas explicações junto com o TCLE e aguardou-se a conclusão das respostas ao questionário e da assinatura do TCLE pelos seus responsáveis legais, e para o recebimento dos mesmos.

Esses dados levantados foram analisados para a verificação do perfil das adolescentes gestantes residentes no Bairro de Bom Pastor a fim de implantar ações futuras.

Devido às dificuldades na coleta dos dados, como, a indisponibilidade dos Agentes de Saúde em acompanhar o pesquisador até o domicílio das adolescentes gestantes, o não comparecimento das mesmas na Unidade de Saúde e a greve dos profissionais médicos, que coincidiu com o período da coleta, dessa forma, houve redução da amostra para 50% do total. Os sujeitos da pesquisa foram 10 adolescentes gestantes que realizaram as consultas de pré-natal, independente da cor, etnia e estado civil. Para manter o anonimato, as adolescentes foram associadas à letra “A” e ao número correspondente a ordem da entrevista.

Destaca-se que foi adotada a faixa etária das adolescentes preconizada pela OMS.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob o parecer nº192/2010. A análise dos dados foi realizada a partir da transcrição das falas registradas e posterior leitura detalhada das entrevistas, tendo sido tais dados organizados em categorias empíricas e fundamentadas na literatura relacionada com a temática em estudo. Essa forma de organização dos dados pondera as respostas dos sujeitos da pesquisa, a fim de que possam ser analisados adequadamente.

O trabalho a seguir, encontra-se dividido em três etapas. A primeira etapa aborda a questão histórica da gravidez na adolescência, como a sociedade considerava comum no início do século, meninas menores de 16 anos já casadas e com filhos. Porém com a inserção da mulher no mercado de trabalho, a gravidez e o casamento ficaram para segundo plano. Ainda encontrar-se-á presente nesta primeira etapa, o comportamento do adolescente nos dias de hoje, as causas da gravidez não planejada, os fatores biológicos que estimulam o processo da puberdade e o início da vida sexual precoce.

Os fatores de ordem familiar, em que muitos adolescentes não encontram apoio na família durante esta fase, no entanto, com o tempo, seus familiares se conformam com a nova situação inesperada, e as atitudes pessoais dos adolescentes frente a essa nova situação.

Os riscos médicos de uma gravidez na adolescência, os riscos de um aborto, os dados epidemiológicos, a prevenção e o planejamento familiar também podem ser encontrados nesta etapa.

A segunda etapa apresenta o Estatuto da Criança e o adolescente (ECA) e Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) com seus objetivos e destacando o papel da enfermagem, frente às questões relacionada à saúde integral do adolescente.

A terceira etapa trata da análise dos dados coletados em forma de quadro, apresentação de alguns depoimentos das gestantes entrevistadas.

E por fim, considerações finais, apresentação de sugestões que possam contribuir com a redução do índice de gravidez na adolescência, as referências e anexos.

2.GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UMA EVOLUÇÃO HISTÓRICA E CULTURAL

No início do século XX a gravidez, antes dos 16 anos, era considerada comum para os valores da época, pois com esta idade era normal que as mulheres já estivessem casadas e com filhos. A partir da década de sessenta é que diversas mudanças culturais como, contestação dos valores vigentes pelos jovens, advento da pílula anticoncepcional, ingresso da mulher no mercado de trabalho e afirmação dos direitos femininos, entre outros, é que a gravidez na adolescência passou a ser considerada como uma agressão perante sociedade, por alguns autores, instituições e segmentos da sociedade. Instituiu-se, a partir de então, o consenso de que uma gravidez deveria ser postergada para um período no qual a mulher já estivesse com seus estudos concluídos e inserida no mercado de trabalho (MONTARDO, 2004).

Os argumentos contrários à gestação na adolescência foram sendo então construídos e divulgados, contando com a contribuição essencial de ponderações médicas sobre o assunto, o que contribuiu para torná-la semelhante a uma enfermidade a ser evitada e controlada em termos epidemiológicos. Foi dentro deste contexto, segundo Reis (2000), que a gravidez adolescente foi associada a um rótulo de rejeição, intolerabilidade e ilegitimidade.

Assim, quando se trata de adolescentes, a regra passou a ser vinculada à gravidez problemática de alto risco, suscetível a desencadear problemas obstétricos durante e no pós-parto, decorrentes da falta de um planejamento ou que não se configurou em desejo, é consequência de abuso sexual, não conta com apoio do parceiro, dos familiares e de estruturas de saúde adequadas, está associada a problemas de saúde ou a situações de pobreza extremas. Ou ainda àquela que ocorre nas classes média e alta, nas quais as adolescentes (ou seus familiares) tinham outros projetos de vida no qual, a gravidez não estava incluída. Nestes casos, sem dúvidas, a gravidez surge como um rompimento brusco de um processo de separação e consolidação de independência que deveria ser lento e gradual, convulsionando projetos e trajetórias escolares, que, até então, se processavam de modo linear e sem interrupções significativas (MONTARDO, 2004).

Entretanto, é evidente que estas características não podem ser associadas a todas as gestantes adolescentes de todas as classes sociais.

Na literatura atual, observam-se pontos de vista em comum entre os diversos autores pesquisados, ao que se refere à atividade sexual na adolescência, iniciando cada vez mais precoce, tendo como consequências indesejáveis imediatas, o aumento da incidência de doenças sexualmente transmissíveis (DST) nessa faixa etária; e gravidez, muitas vezes não

planejada e que pela imaturidade dos adolescentes, pode terminar em aborto (VITALLE; AMANCIO, 2001).

Quando a atividade sexual resulta em uma gravidez indesejada, gera conseqüências tardias, tanto para a adolescente quanto para o recém-nascido. A adolescente poderá apresentar problemas de crescimento e desenvolvimento, emocionais e comportamentais, educacionais e de aprendizado, além de complicações da gravidez e problemas de parto. E para o recém-nascido, gera problemas como prematuridade e baixo peso ao nascer (VITALLE; AMANCIO, 2001)

2.1. COMPORTAMENTO SEXUAL DO ADOLESCENTE NOS DIAS DE HOJE

O comportamento sexual do adolescente é classificado de acordo com o grau de seriedade. Vai desde o "ficar" até o namorar. "Ficar" é um tipo de relacionamento íntimo sem compromisso de fidelidade entre os parceiros. Num ambiente social (festa, barzinho, boate) dois jovens sentem-se atraídos, dançam conversam e resolvem ficar juntos aquela noite. Nessa relação podem acontecer beijos, abraços, colar de corpos e até uma relação sexual completa, desde que ambos queiram. Esse relacionamento é inteiramente descompromissado, sendo possível que esses jovens se encontrem novamente e não aconteça mais nada entre eles de novo (BUENO, 2003).

Em bom número de vezes o casal começa "ficando" e evoluem para o namoro. No namoro a fidelidade é considerada muito importante. O namoro estabelece uma relação verdadeira com um parceiro sexual. Na puberdade, o interesse sexual coincide com a vontade de namorar e, segundo pesquisas, esse despertar sexual tem surgido cada vez mais cedo entre os adolescentes. O adolescente, impulsionado pela força de seus instintos, juntamente com a necessidade de provar a si mesmo sua virilidade e sua independente determinação em conquistar outra pessoa do sexo oposto, contraria com facilidade as normas tradicionais da sociedade e os aconselhamentos familiares e começa, avidamente, o exercício de sua sexualidade (BUENO, 2003).

Há uma corrente de pensamento que pretende associar progresso, modernidade, permissividade e liberalidade, tudo isso que seria desejável e melhor para o ser humano. Quem porventura ousar se contrapor à esse esquema, corre o risco de ser rotulado de retrógrado. As pessoas de bom senso silenciam diante da ameaça de serem tidas por preconceituosas, interessando a cultura moderna desenvolver uma cegueira cultural contra um

preconceito ainda maior e que não se percebe; aquele que aponta contra pessoas cautelosas e sensatas, os chamados "conservadores".

As atitudes das pessoas são, inegavelmente, estimuladas e condicionadas tanto pela família quanto pela sociedade. E a sociedade tem passado por profundas mudanças em sua estrutura, inclusive aceitando a sexualidade na adolescência e, conseqüentemente, também a gravidez na adolescência. Portanto, à medida que os tabus, inibições, tradições e comportamentos conservadores estão diminuindo, a atividade sexual e a gravidez na infância e juventude vão aumentando.

2.2. CAUSAS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA

Os adolescentes são bombardeados continuamente com mensagens e modelos de comportamento sexuais irresponsáveis e nada saudáveis. A família e o sistema educativo nega-lhes a formação e os serviços que precisam para poder decidir de forma responsável sobre a sua sexualidade. Isto faz com que os jovens se encontrem indefesos perante a poderosa “deseducação” sexual que se desenvolve sistematicamente nos meios de comunicação social. Apesar destas condições negativas, nem todos os sexualmente ativos experimentam uma gravidez não desejada. Isto parece dever-se à existência de certas características pessoais e situacionais que facilitam a ocorrência da gravidez e a outras que a dificultam. Pode-se dizer, então, que a gravidez na adolescência é multifatorial e a sua etiologia está relacionada com uma série de aspectos que podem ser agrupados.

O uso inadequado dos métodos anticoncepcionais e/ou de métodos pouco eficazes e a falta de informação sobre anticoncepção constituem algumas das causas da ocorrência da gravidez na adolescência. Vivendo uma vida sexual não autorizada, as dificuldades em se obter informação cercam a adolescente, dificuldades estas que vão desde quais seriam os meios para evitar a gravidez até como conseguir acesso a eles.

Há também o medo de a família descobrir o uso do método e a vergonha de se submeter ao exame ginecológico. Outras causas poderiam ser elencadas. Como já descrito anteriormente, a própria necessidade moral de não-premeditação da relação sexual inviabilizaria uma análise pela adolescente sobre qual método utilizar. A visão romântica de que o sexo acontece sem esperar favorece a idéia de que seria falta de romantismo mostrar desejo de fazer sexo por prazer. Essa visão também acomoda alguns conflitos em caso de gravidez: a garota se sente menos culpada e os pais aceitam melhor a idéia de que ela caiu em tentação. (SILVA, 2003)

Falta informação também sobre seu próprio ciclo reprodutivo, o que, somado aos resquícios do pensamento mágico infantil, leva a adolescente a concluir pela pouca (ou nenhuma) possibilidade de gravidez. Esse pensamento é uma das causas da demora da decisão sobre a continuidade ou não da gravidez. Enquanto o tempo vai passando o aborto vai se tornando inviável e a prevenção de problemas obstétricos, que podem ocorrer nesse tipo de gravidez, mais difícil. É como se a adolescente tivesse a certeza de que “se pensasse bem forte a gravidez iria embora”. O receio, muitas vezes fundamentado, da reação dos pais e o não atendimento de suas necessidades específicas pelo Serviço de Saúde, decorrentes das grandes mudanças biológicas, psicológicas e sociais pelas quais está passando, seriam outros motivos que levariam a adolescente a “esconder” o maior tempo possível sua gravidez. Além dessa contribuição, o serviço de saúde também tem sua parcela de responsabilidade na ocorrência desse tipo de gravidez, na medida em que raramente promove ações educativas de prevenção e orientação voltadas para o público adolescente.

A falta de informação agrava-se nas adolescentes em condições socioeconômicas mais baixas, somando-se ao fato de que, para muitas dessas mulheres com poucas opções de vida, a chegada de um filho é considerada “natural”.

A mídia reforça, em vários aspectos, o pensamento mágico ainda presente na adolescente, ao mostrar casos de gravidez na adolescência que são resolvidos de forma quase “mágica” como quedas de escadas etc., além de raramente mostrar as consequências de ter um filho nessa fase da vida.

Ainda sobre o “pensamento mágico”, este não é privilégio de quem está transitando da infância para a vida adulta. Os pais também o apresentam ao se convencerem de que “com minha filha isso não vai acontecer”. Daí pode decorrer a ausência de informações sobre prevenção de gravidez, por parte dos pais. O contexto familiar pode influenciar na ocorrência da gravidez também de outras formas. A ausência de laços afetivos fortes na família e da atenção aos seus peculiares problemas e o sentimento de abandono pode levar a jovem a apoiar-se apenas no namorado. Com receio do abandono também por parte deste, caso não lhe dê a tão requisitada “prova de amor”, a adolescente, já carente de afetividade, vai aceitando o curso que o namoro vai seguindo sem perceber os riscos físicos e emocionais (SILVA, 2003)

Além da ameaça de abandono, o relacionamento com o namorado cerca-se de outras características bastante favoráveis à ocorrência da gravidez. A principal delas é a dos papéis masculinos e femininos já abordados anteriormente. Já que do homem espera-se muito sexo e da mulher nenhum, pouco se faz para prepará-la para a vida sexual. Ou mesmo não

cabe prepará-la para o uso de anticoncepcionais já que isso significaria poder sobre sua própria vida, um poder que cabe ao homem. A este cabe decidir quando e como vai ser a relação e se haverá providências para evitar a gravidez. Permeia o relacionamento uma dupla moral, em que do homem espera-se a insistência e a chantagem, e da mulher, a responsabilidade de “se defender”. Ao finalmente “ceder” ao sexo, a mulher entra numa armadilha, pois acabou de passar a fronteira para o lado das que fazem sexo. Para essas mulheres a sociedade preconiza um futuro em que sexo é incompatível com casamento, portanto, ao deixar de ser a menina com a qual o rapaz irá se casar, não é necessário que ele tome cuidado. Esta máxima vale tanto para esta garota específica como para todas as outras desse lado da fronteira. Apesar de, nas classes médias e altas urbanas, as concepções que cercam a virgindade, como honra e honestidade, estarem se alterando rapidamente entre as mulheres, criam-se outros elementos para normalizar a não-virgindade. Um deles é a transposição da inocência da mulher virgem para a não-virgem; a pureza feminina traduz-se numa vivência honesta e discreta da sexualidade. Ao considerar a perda da virgindade como um acontecimento normal nos dias de hoje, e não como uma conquista da mulher contra a dupla moral, a necessidade dessa transposição torna-se vital. Algumas das mulheres não-virgens encontram na paixão masculina o motivo para o homem conformar-se com a ausência do hímen da mulher amada.

A vida sexual ocasional é outro motivo da ocorrência da gravidez na adolescência. A ocasionalidade dificulta o planejamento em longo prazo do uso de um método eficaz, como por exemplo, a pílula. A adolescente questiona o porquê de usá-la se não está com um parceiro fixo, esquecendo-se dos fatores acima mencionados, em especial a não-premeditação da relação. A paixão pelo namorado transforma-o em alguém que a protegerá dos perigos da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis. Em geral, mais velho, há também uma confiança de que seja mais experiente e, portanto, mais “prevenido” (SILVA, 2003).

2.3. FATORES BIOLÓGICOS

Adolescência vem do latim *adolescere* que significa crescer, fortalecer. Sob o aspecto social, é considerado um tempo de passagem em falso, um tempo em que tudo é definido pela negatividade: não se é criança, mas também não se é adulto para saber discernir o que é bom para si, o adolescente não compreende os perigos que estão ao seu redor. Nesse momento, surgem indagações referentes sua identidade pessoal, sua relação familiar e convívio social e outras formas de relação ao qual o adolescente está inserido (BRITO, 2010).

Assim, a adolescência é considerada uma etapa de crises, uma vez que intensas transformações são vivenciadas, caracterizadas por desorganizações físicas, hormonais, psicológicas, emocionais, acarretando novas reorganizações (NOGUEIRA, 2010).

Muitas pessoas confundem adolescência com puberdade. A puberdade é a fase inicial da adolescência, caracterizada pelas transformações físicas e biológicas no corpo dos meninos e meninas. É durante a puberdade (entre 10 e 13 anos entre as meninas e 12 e 14 entre os meninos) que ocorre o desenvolvimento dos órgãos sexuais. Estes ficam preparados para a reprodução (FERNANDES; NARCHI, 2006).

Durante a puberdade, os meninos passam pelas seguintes mudanças corporais e biológicas: aparecimento de pêlos pubianos, crescimento do pênis e testículos, engrossamento da voz, crescimento corporal, surgimento do pomo-de-adão e primeira ejaculação.

Entre as meninas, as mudanças mais importantes são: começo da menstruação (a primeira é chamada de menarca), desenvolvimento das glândulas mamárias, aparecimento de pêlos na região pubiana e axilas e crescimento da região da bacia.

Na adolescência, ocorre aumento da secreção de hormônios estéroides (testosterona e estrógeno) e diminuição da sensibilidade do hipotálamo e da hipófise a esses hormônios, o que estimula a produção aumentada de hormônio folículo-estimulante (FSH) na mulher e o hormônio luteinizante (LH) em homens e mulheres. Na mulher, os níveis de estrógeno provoca um aumento do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH), que estimula a produção de crescimento folicular, a ovulação, formação de corpo lúteo, a menstruação, ou menarca, e a produção de hormônios sexuais (estrógeno e progesterona) (FERNANDES; NARCHI, 2006).

Partindo do pressuposto que a menarca seja 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. E nas classes econômicas mais desfavorecidas onde há maior abandono e promiscuidade, maior desinformação, menor acesso à contracepção, está à grande incidência da gestação na adolescência (VITALLE; AMANCIO, 2001).

Nessa perspectiva conflitante, varias são as complicações verificadas durante a fase da adolescência na atualidade, como o envolvimento com drogas lícitas e ilícitas, práticas de suicídio, aumento da agressividade, e no âmbito feminino, há um fato de complicação maior: a gravidez precoce.

O corpo da mulher, nessa fase da vida, passa por grandes transformações de caráter tanto psicológico quanto físico, que possibilitarão uma aparente estabilidade nas atitudes em relação a diversas situações como, por exemplo, a gravidez e a maternidade.

Normalmente essas mudanças advêm da gravidez de forma a preparar o campo biológico para as especificidades inerentes da gestação, entretanto, o que vem acontecendo é a antecipação desse período, ocasionando mudanças decisivas para o futuro da adolescente.

2.4. FATORES SOCIAIS

As atitudes individuais são condicionadas tanto pela família quanto pela sociedade. A sociedade tem passado por profundas mudanças na sua estrutura. É cada vez mais tolerante e permissiva em relação à aceitação das relações sexuais na adolescência e antes do casamento e, também, em relação à gravidez na adolescência. Os tabus desapareceram e a atividade sexual disparou. A isto acresce uma forte pressão social exercida pelos meios de comunicação, pelas amigas e por alguns membros adolescentes da própria família.

As questões vivenciadas na fase da adolescência são nada mais do que reflexos do contexto social a que foram moldadas, o que hoje é censurado em uma determinada visão, em situações distintas é tido como natural. Isso é intrínseco a cada sociedade atuante em dado momento histórico desenvolvendo o que se tem como cultura ou civilização. Uma cultura ou civilização é na sua totalidade complexa, que compreende os conhecimentos, as crenças, as artes, a moral, o costume, ou qualquer outro tipo de cultura adquirida pelo homem e a sociedade (SABURIDO, 2010).

Em certos casos uma atitude incorreta das mães que, para evitarem a gravidez, se convertem nas principais fornecedoras de contraceptivos para as suas filhas, ao invés de fomentarem um diálogo aberto e esclarecedor sobre sexualidade e métodos contraceptivos. Contribuem deste modo, para diminuir em alguns casos o risco de gravidez, e em outros para aumentar o número e a frequência dos contatos sexuais entre adolescentes, aumentando assim a probabilidade de outras gravidezes. Por outro lado, esta prática banaliza a sexualidade e deforma a consciência, conseqüências que aumentam a vulnerabilidade das adolescentes à gravidez.

O anonimato e a falta de verdadeiros amigos que afetam muitas pessoas de bairros residenciais nas grandes cidades contribuem para que, cada vez mais os adolescentes se

sintam sozinhos e perdidos na travessia desta etapa do ciclo de vida e por outro lado fiquem mais desinibidos para iniciarem a atividade sexual.

2.5. FATORES DE ORDEM FAMILIAR

O contexto familiar tem relação direta com a época em que se inicia a atividade sexual. Assim sendo, adolescentes que iniciam a sua vida sexual precocemente ou engravidam neste período do ciclo vital, geralmente vêm de famílias cujas mães também tiveram um percurso de vida semelhante. Este fato deve-se a certa atitude de imitação das mães, pelas adolescentes.

As adolescentes grávidas costumam pertencer a famílias com fracas relações interpessoais e que vivem geralmente nessa idade em condições de certo afastamento. É possível que estas situações sejam vividas como conflituosas pela adolescente e que aumentem a frequência de contatos sexuais. Uma diminuição do prestígio e do valor da família parece estar ligada ao início das relações íntimas em idades precoces.

A ausência de tutela materna pode ser também um fator relevante, já que muitas destas adolescentes não têm presente a figura materna. A isto, deve-se o fato de que muitas delas concebem as relações sexuais como forma de vingança ou castigo em relação aos pais. Uma vez constatada a gravidez, se a família da adolescente for capaz de acolher o novo fato com harmonia, respeito e colaboração, esta gravidez tem maior probabilidade de ser levada a termo normalmente e sem grandes transtornos. Porém, havendo rejeição, conflitos de relacionamento, punições e incompreensão, a adolescente poderá sentir-se profundamente só nesta experiência difícil e desconhecida. Poderá correr o risco de procurar abortar, sair de casa, submeter-se a toda sorte de atitudes que, acredita, “resolverão” seu problema. O bem-estar afetivo da adolescente grávida é muito importante para si própria, para o desenvolvimento da gravidez e para a vida do bebê. A adolescente grávida, principalmente a solteira e não planejada, precisa encarar sua gravidez a partir do valor da vida que nela habita, precisa sentir segurança e apoio necessários para seu conforto afetivo, precisa dispor bastante de um diálogo esclarecedor e, finalmente, da presença constante de amor e solidariedade que a ajude nos altos e baixos emocionais, comuns na gravidez, até o nascimento de seu bebê (REV. LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM, 2000).

A maioria das famílias de adolescentes grávidas, no momento em que descobrem a gravidez de suas filhas, se julgam culpadas e incapazes de oferecer uma orientação sexual adequada a seus filhos. Por se tratar de um acontecimento inesperado, no primeiro momento, o

sentimento é de “choque”, e, no entanto, com o tempo, passam a se conformar com a situação (SILVA; TONETE, 2006).

As famílias se preocupam e se mobilizam para enfrentar as adversidades que a gravidez precoce representa, já que para muitos, a família é considerada um ponto de apoio e segurança, em contra partida, é comum as adolescentes que engravidam, geralmente pertençam a famílias cujas mães também iniciaram vida sexual precocemente ou engravidaram durante a adolescência. De qualquer modo, quanto mais jovens e imaturos os pais, maiores as possibilidades de desajustes e desagregação familiar (VITALLE; AMANCIO, 2001).

A falta de apoio e afeto da família, em uma adolescente com baixa auto-estima, com mau rendimento escolar, pais liberais e uso indevido do seu tempo livre, poderiam induzi-la a buscar na maternidade precoce para conseguir um afeto incondicional, talvez uma família própria, reafirmando assim o seu papel de mulher, ou sentir-se ainda indispensável a alguém (CAMPOS, 2000).

Algumas famílias aceitam e acolhem a adolescente grávida sem fazer pressão para que ocorra o casamento. Outras, nem tanto. Unir-se ao pai da criança não raro significa submeter-se à sua família. A adolescente paga um preço por “ter sua dignidade recuperada”, mesmo que apenas parte dessa, através dessa união. Sua família (e, muitas vezes a própria adolescente) vê o arranjo matrimonial com alívio e gratidão e a família do pai aceita o “muito obrigado”, o que deixa implícito o débito, colocando-se em posição privilegiada de impor suas condições perpetuando-se a situação de inferioridade a que a jovem se vê exposta. Inicialmente, especialmente para a adolescente que não percebia a gravidez como um empecilho aos seus projetos acalenta as mesmas expectativas que tinha antes da experiência de mãe. Aos poucos, no entanto, vai notando a piora das condições de existência.

2.6. ATITUDES PESSOAIS DOS ADOLESCENTES

As jovens que engravidam apresentam um perfil pessoal caracterizado por rendimento escolar baixo, desinteresse pela aprendizagem, ausência de aspirações profissionais, entre outros. Em contra partida, algumas adolescentes crêem que ter um filho satisfará as necessidades de afeto, que não conseguiram alcançar nas suas famílias. Outras, pelo contrário, crêem que ter um filho ajudará a manter o relacionamento com o namorado, a sair de casa, a mostrar que já não é uma criança ou até para provar que também pode ser mãe.

Em outras circunstâncias, o início das relações sexuais é mais um ato de rebeldia contra as normas sociais estabelecidas.

Adolescentes grávidas normalmente ignoram o funcionamento do ciclo menstrual, o processo de concepção e o uso de métodos anticoncepcionais. Para muitas delas, a principal fonte de informação são as amigas. Contudo, mesmo quando a informação é facilitada, uma boa parte delas resiste a usá-los, quer por razões culturais, quer pela intermitência das relações sexuais a que estão expostas o que facilita a recusa de uso continuado destes métodos que são referidos como desconfortáveis (GONÇALVES; NAVE; AZEDO; RODRIGUES, 2002).

Também não se pode deixar de retratar a responsabilidade do pai adolescente, que também não tem experiência, e pela imaturidade e ansiedade em provar a sua virilidade em relação ao sexo oposto, deixa de lado alguns cuidados com a prevenção, e somada a isso, a cultura de que na maternidade adolescente o homem se desliga muito facilmente do seu papel e as gerações passam a ser criadas e orientadas por mulheres. Já desde as consultas, geralmente, as jovens vão acompanhadas das mães, excluindo o lugar do pai adolescente. Esta exclusão vai provocar neles sentimentos de isolamento agravado com juízo de valores: .como vai sustentá-lo?. .Será que é teu?.. Diante da sua família e da sociedade, o jovem também enfrenta no momento da notícia da paternidade todas as suas carências. Ele também tem a dependência familiar afetiva e econômica. Dá-se conta que tem de ser mais produtivo e que deve prover de alimento outra família. Isto se agrava pela baixa capacitação a esta idade e muitas vezes uma escolaridade insuficiente ou incompleta. Muitas vezes é adotado como um filho-pai dentro das famílias. Este estado de indefinição em relação à companheira é confuso, gera angústia e não tem espaço para falar.

É aí que pode se verificar de que a paternidade inoportuna também tem consequências não desejáveis para o adolescente pai: maior taxa de deserção escolar, trabalho de menor nível que seus pais, taxa mais alta de divórcio, aumenta de stress e maior nível de transtornos emocionais. Por tudo isso é indispensável abrir um espaço preventivo e terapêutico específico para estes jovens.

Ao assumirem a paternidade, muitos rapazes deixam o estudo para trabalhar. Em casa, a adolescente cuida dos afazeres domésticos. Ambos visualizam claramente que seus projetos de vida estão desfeitos. Essa nova situação traz reflexos na relação com o bebê, pois adolescentes que têm essa visão podem revelar problemas no desempenho afetivo da maternidade e da paternidade. A frustração decorrente dessa visão, a imaturidade para organizar a vida em família, as dificuldades financeiras, entre outros, tornam essa união pouco duradoura. Porém, a mais significativa dentre as causas da instabilidade da união é justamente

aquela que a motivou: a pretensa autonomia econômica e emocional em relação à família de origem.

2.7. MATERNIDADE PRECOCE E SEUS RISCOS

É na adolescência que ocorrem as últimas e mais importantes transformações do corpo, certamente que uma gravidez entre os 12 e os 18 anos seja considerada situação de risco, quanto mais baixa a faixa etária da adolescente maior é a proporção de complicações obstétricas e mortalidade. Os riscos obstétricos mais frequentes, e que resultam da gravidez num organismo insuficientemente desenvolvido são: hemorragias no primeiro e segundo trimestre, anemias, infecções urinárias, disfunção uterina, desproporção céfalo-pélvica, ganho de peso insuficiente, hipertensão, deslocamento prematuro da placenta, trabalho de parto mais complicado (cesariana ou fórceps), morte da mãe decorrente de complicações da gravidez, parto e puerpério. O risco também se encontra associado ao fato de muitas adolescentes apenas iniciarem os cuidados pré-natais tardiamente e com o estilo de vida irresponsável de muitas adolescentes (DST's, consumo de álcool, tabaco e drogas).

Além destes riscos, existem ainda alterações nos corpos das jovens grávidas: aumento de peso devido ao aumento de depósitos de gordura nos quadris e coxas, aparecimento de estrias, aumento da secreção sebácea e sudorípara que causa agravamento ou aparecimento de acne. Normalmente as adolescentes ficam com uma estatura definitiva inferior às que amadurecem mais tarde. O desequilíbrio nutritivo pode manifestar-se por emagrecimento ou obesidade.

Os riscos para o futuro bebê são: a prematuridade, maior mortalidade Peri natal, baixo peso ao nascer, maior mortalidade infantil, anomalias no sistema nervoso central, dificuldade respiratória, hipoglicemia, convulsões, entre outras.

A gravidez é um estado fisiológico. É uma fase da vida que não depende da idade da mulher pode ocorrer a qualquer momento desde que haja as condições ambientais apropriadas para propiciá-la.

A gravidez é um período de vida da mulher, no qual ocorrem profundas transformações endócrinas, somáticas e psicológicas que repercutem em sua vida. Essas mudanças ocorrem da mesma maneira durante a adolescência, que favorecem o agravamento da crise comum a ambas as fases do desenvolvimento, pois alegam que gravidez e adolescência são períodos críticos de vida.

Este quadro pode ser mais grave quando ocorrido em um ambiente menos favorável. No Brasil, onde a adolescência possui diferentes configurações, por exemplo, uma jovem de classe baixa que engravida encontra maiores dificuldades devido as suas condições socioeconômicas precárias e à falta de apoio, muitas vezes, da própria família e do parceiro.

Também é de grande relevância abordar o risco de uma série de complicações durante a gravidez ou na hora do parto, alguns autores defendem que as complicações na gravidez entre as adolescentes não atinge da mesma forma as diferentes idades, para alguns as piores complicações acometem meninas com menos de 15 anos, para outros menores de 13 anos.

A mãe adolescente tem maior morbidade e mortalidade por complicações da gravidez, parto e puerpério. A taxa de mortalidade é 2 vezes maior que entre gestantes adultas.

A incidência de Recém Nascidos (RN) de baixo peso é mais que 2 vezes maior que entre adultas, e a taxa de morte neonatal é 3 vezes maior. Entre adolescentes 17 anos ou menos 14% dos nascidos são prematuros, enquanto entre as mulheres de 25 a 29 anos é de 6%. A mãe adolescente também apresenta com maior frequência sintomas depressivos no pós-parto.

Devido à mudança de seu corpo, a adolescente pode vir a ter problemas emocionais, escondendo a gravidez, e conseqüentemente levar a um aborto ou dificuldades na amamentação (SANTOS, s.d).

A gravidez neste grupo populacional vem sendo considerada, em alguns países, problema de saúde pública, uma vez que pode acarretar complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e o recém-nascido, bem como problemas psico-sociais e econômicos (SILVIA; TONETE, 2006).

Ao nível psicológico, os riscos de uma gravidez não planejada são decorrente de que a adolescência é marcada por um período de crise devido a todas as alterações características desta fase, é agravada por uma eventual gravidez. A adolescente perante a gravidez desorganiza-se internamente, emergindo sentimentos de culpa. A instabilidade psicológica e insegurança podem conduzi-la a estados de ansiedade e depressão para os quais contribuem o afastamento dos amigos e a relação instável com o namorado (GONÇALVES; NAVE; AZEDO; RODRIGUES, 2002).

As adolescentes grávidas vêm-se obrigadas a enfrentar o futuro como se já fossem adultas, o que implica que negligenciem as suas próprias tarefas do desenvolvimento. A imagem corporal é um dos problemas mais freqüentes nestas adolescentes. O aumento de

peso é observado com grande ansiedade que, na maioria dos casos, uma alimentação inadequada, conduz inevitavelmente a déficits nutricionais e grandes riscos de saúde.

Pode-se considerar que as adolescentes grávidas têm que enfrentar três graves crises: os problemas e conflitos de identidade, dependência, autonomia e autocontrole que todo o adolescente tem; a crise de aceitação a rápidas mudanças corporais acentuadas pela gravidez, sobretudo por se tratar de uma idade em que o aspecto físico é tão importante; e finalmente, a dificuldade em aceitar o papel de mãe precisamente no momento em que começavam a poder chamar-se "mulheres", mais que outra coisa pelo seu desenvolvimento físico, bem como em alguns casos aceitar o papel de esposa. Como resultado destas crises a adolescente sente-se frustrada, desamparada e com baixa auto-estima, com manifestações de ansiedade, depressão e hostilidade, sendo a taxa de suicídio relativamente alta nesta população.

Portanto, é de suma importância que a adolescente tome os cuidados normais de uma gravidez, como fazer o pré-natal para acompanhar o desenvolvimento do bebê e da mãe, obedecer ao calendário vacinal, realizar todos os exames quando solicitados tanto pelos enfermeiros quanto pelos médicos para que a gestação possa se desenvolver de forma saudável.

2.8. DADOS EPIDEMIOLOGICOS

No Brasil, os adolescentes e jovens correspondem a 30,33% da população nacional. Trata-se de 57.426.021 de indivíduos em mutação biológica, emocional e social, havendo quase igual proporção entre os sexos (50,4% são rapazes e 49,5% garotas). Os dados estatísticos também demonstram semelhança na população entre 10 – 14 anos (17.348.067) e 15 – 19 anos (17.939.815), enquanto há decréscimo dos jovens, a população entre 20 – 24 anos (16.141.515). (IBGE, 2007).

Segundo os dados do IBGE, apesar do problema do sub-registro de nascimentos, é possível, a partir das informações do Registro Civil, observar as tendências apontadas pelas estatísticas. Uma delas refere-se ao comportamento reprodutivo das mulheres conforme os grupos de idade. Com relação a esse assunto, as estatísticas revelam uma maior participação das mulheres mais jovens (20 a 24 anos) no padrão de fecundidade do País. Todavia, a questão que mais tem chamado à atenção de estudiosos, autoridades governamentais e da sociedade em geral é o aumento da proporção de nascimentos oriundos de mães com idades menores que 20 anos. Entretanto, é importante esclarecer que parte deste aumento também é

devido ao decréscimo acentuado da fecundidade que se verifica nas faixas etárias a partir de 25 anos (IBGE, 2002).

A série apresentada na Tabela 1 mostra o crescimento deste fenômeno no período de 1991 a 2002, no qual se destaca a participação das Regiões Norte, com 25%, e Nordeste e Centro-Oeste, as quais evoluíram para proporções em torno de 23%.

**Tabela 1 - Proporção de nascimentos em mães menores de 20 anos,
por Grandes Regiões - Brasil - 1991-2002**

Proporção de nascimentos em mães menores de 20 anos (%)						
ano	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste
1991	16,38	19,18	16,13	15,55	16,55	20,93
1992	16,95	20,35	16,58	16,05	17,06	21,95
1993	17,29	20,87	17,39	16,37	17,01	21,88
1994	18,3	20,84	18,43	17	17,79	22,69
1995	18,78	21,66	19,32	17,82	18,35	23,09
1996	19,9	22,83	20,74	18,83	19,2	23,87
1997	20,39	23,75	21,49	19,33	19,51	24,15
1998	20,95	23,09	22,57	19,68	20,21	24,81
1999	21,13	23,7	23,26	19,55	20,2	24,46
2000	21,34	25,28	23,54	19,5	20,27	24,46
2001	21,22	25,69	23,45	19,24	20,19	23,72
2002	20,75	25,59	22,94	18,52	19,71	22,83

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estatísticas do Registro Civil 1991-2002

O aumento relativo da participação do número de nascimentos cujas mães são adolescentes com idade até 19 anos se constitui como um motivo de preocupação para diversos segmentos sociais devido às características desse grupo. De um lado, há que se considerar a vulnerabilidade em termos biológicos e relações com a sobrevivência das crianças. Sabe-se que a gravidez em idade muito jovem eleva os riscos de mortalidade para a mulher e seus filhos. De outro, observa-se que o fenômeno está concentrado entre as adolescentes das classes menos favorecidas economicamente.

2.9. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E O ABORTO

Para algumas adolescentes a gravidez significa realização e felicidade, mas para a maioria delas significa momento de tristeza, medo e até mesmo desespero, pois o filho não estava nos seus planos e o aborto se apresenta como única saída.

A sociedade comporta-se de maneira contraditória, quando considera importante que o jovem exerça a liberdade sexual no momento que desejar e exalta a satisfação de todo

ou qualquer desejo, porém a exaltação do prazer fica restrita às relações sexuais e o erotismo tem sido utilizado como meio de venda de produtos do prazer físico e a aquisição destes representa status social. Outras formas de prazer, que contribuiriam para o crescimento intelectual da adolescente, na maioria das vezes não são citadas. No entanto, nesta mesma sociedade, os valores modernos difundidos são os de percepção do amor em lugar da maternidade, como base de casamento, escolha individual e subjetiva do parceiro, maternidade retardada, estudo e trabalho fora do lar, que vem exigindo cada vez melhores qualificações. O aborto só é considerado útil enquanto a gravidez não se tornou pública. Desta maneira, a sociedade não oferece garantias para o exercício da sexualidade das adolescentes nem as adolescentes são conscientizadas das conseqüências que a sua liberdade sexual pode trazer, tendo tudo para se tornar traumática (SOUZA; CORRÊA; SOUZA; BEZERRA, 2002).

A sexualidade masculina e feminina construída socialmente cria estereótipos em que a sexualidade masculina é reconhecida como incontrolável cheia de permissões e incentivos, e a sexualidade feminina é recheada de cobranças e restrições, devendo ser despertada e estar subordinada à vontade do homem. A ideologia responsabiliza a mulher e exime os homens de qualquer responsabilidade na questão da contracepção e da maternidade.

A idéia que predominava e que ainda persiste é a responsabilização da mulher pela gravidez, mesmo nos casos de violência sexual ou risco de vida.

O aborto induzido ou provocado é um assunto conhecido por todos, um ato ilegal em nosso país, um caso típico de controvérsia quanto ao fundamento ético; um problema, porém, de saúde pública pela freqüência com que ocorre, sendo que no Brasil representa a quarta causa de morte materna, devido a complicações. É uma prática comum em todas as classes sociais, idades e estado civil, porém, dependendo da situação financeira, os riscos são maiores ou menores, assinalando a diferença entre a adolescente de maior e de menor poder aquisitivo. As adolescentes de maior poder aquisitivo utilizam as clínicas especializadas e têm acesso à assistência qualificada; enquanto, na maioria das vezes, as adolescentes pobres não recorrem ao aborto por não terem condições financeiras e, como alternativa, buscam pessoas não habilitadas e métodos abortivos rudimentares, que levam a graves complicações e morte.

A clandestinidade transforma o aborto em um negócio lucrativo, garantindo a impunidade para aqueles que o realizam (fonte).

Os motivos que levam uma adolescente a engravidar são variados e de diversas ordens. Muitas pesquisas mostram que o início da atividade sexual pelos jovens é cada vez mais precoce; a relação sexual faz parte do namoro, com baixa incidência do uso de métodos anticonceptivos. Umam desejam engravidar como parte do processo da busca da identidade.

Porém, a desinformação é uma das principais causas, pois a falta de informação a respeito da sexualidade faz do assunto um tabu, e esta atitude provoca curiosidade, que muitas vezes é satisfeita entre amigos. Desse modo, as adolescentes engravidam sem ao menos saberem o que está acontecendo com seu corpo, por não associar a relação sexual com a fecundidade, por não tomarem medidas para prevenir uma gravidez. Só encaram o problema quando já estão grávidas e, para muitas delas, o aborto é um método contraceptivo (fontes).

Na adolescência a gravidez é sempre considerada de alto risco, porque pode propiciar o aparecimento de uma série de complicações para mãe e para o feto, pelas alterações biológicas, psicológicas, sociais e culturais que podem advir. Com relação às repercussões para a saúde da adolescente, a gravidez representa uma das principais causas de morte de mulheres entre 15 e os 19 anos seja por complicação na própria gravidez, no parto ou pela prática clandestina do aborto.

Para muitas adolescentes a gravidez pode significar realização e felicidade, fruto de um momento de prazer, sendo esta desejada. Porém, para maioria delas o resultado positivo de gravidez significa momento de tristeza, medo, insegurança e até mesmo desespero, pois a gravidez não estava nos seus planos e a responsabilidade pela maternidade recai totalmente sobre elas. A decisão de ser ou não ser mãe não é uma decisão fácil e o que, aparentemente, parece ser uma decisão individual, envolve uma série de fatores.

O aborto torna-se, então, a única saída para estas adolescentes e, neste desafio, elas arriscam suas próprias vidas, quando decidem interromper a gravidez utilizando-se de quaisquer recursos que tenham à mão. Esta decisão muitas vezes é vivida de forma solitária e clandestina, ou sobre pressão dos parceiros ou familiares. O sentimento de abandono não significa necessariamente que sejam deixadas sozinhas, mas sim porque o parceiro e familiares são os primeiros a propor o aborto, sem maiores indagações.

Por ser proibido, o aborto leva a pressões psicológicas e sociais muito grandes, sendo carregado de medo, culpa, censura, vergonha, e estas adolescentes ainda enfrentam o desprezo, a humilhação e o julgamento dos profissionais de saúde.

2.10. PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ PRECOCE

Trata-se, de uma situação que exige a atenção de toda a sociedade no geral e dos profissionais de saúde em particular. No entanto, não basta conhecer apenas os comportamentos dos adolescentes, mas também, todo o contexto em que se encontram, tendo em atenção as questões sociais, econômicas, políticas e administrativas. Assim, deixa de

haver um “grupo alvo” ou indivíduos de risco para passar a haver um “contexto de risco”. O enfermeiro tem, neste âmbito, um papel preponderante que se traduz aos três níveis de prevenção – primária, secundária e terciária. Porém, existe ainda uma prevenção chamada de primordial que prioriza um bom relacionamento familiar, acesso a uma educação de qualidade, a cultura, ao esporte e ao lazer.

2.10.1 Prevenção primária

A intervenção precoce, com o objetivo de informar os jovens e prevenir que surja uma gravidez de risco, é prioritária.

Várias medidas têm sido postas em prática em todo o mundo, podendo-se destacar a educação sexual nas escolas, a disponibilização gratuita aos jovens de serviços contraceptivos, a distribuição, também gratuita, de contraceptivos aos estudantes, campanhas estimuladoras de uma maior abertura entre pais e filhos para falar sobre relações sexuais.

A atuação que se preconiza tem sentido de formar conselhos de planeamento em que participa toda uma equipe multidisciplinar, atuando na comunidade, e da qual fazem parte não só os profissionais de saúde, mas também assistentes sociais, elementos do clero, pessoal das escolas, legisladores, membros das várias instituições que servem a juventude, entre outros.

O enfermeiro comunitário tem a seu cargo a promoção de campanhas de alerta à população em geral, a elaboração de programas interdisciplinares para jovens de alto risco, o planeamento e execução de sessões de educação para a saúde, essencialmente dirigidas a profissionais, pais e jovens; a realização de consultas de enfermagem/planeamento familiar e as visitas domiciliares. Esta contribui, em grande parte, para a prevenção da gravidez na adolescência, uma vez que permite ao enfermeiro recolher dados relativos à família, suas características e condições em que vive. É importante conhecê-la no seu ambiente, com a sua cultura, perceber as suas funções e competências, estabelecendo com ela uma relação de ajuda.

Desta forma, é possível identificar as adolescentes em risco de engravidar e adequar às ações necessárias. Nesta perspectiva, uma das intervenções do enfermeiro comunitário, está no sentido de prestar informação relacionada com a sexualidade, aos pais de pré-adolescentes, de modo a que estes estejam alerta e conscientes de que podem, igualmente, contribuir para a prevenção de uma gravidez precoce. A identificação de necessidades de apoio financeiro e outros são, também, mais perceptíveis em casa. Esta intervenção leva a que

as adolescentes recorram mais aos cuidados pré-natais, serviços de apoio e nasçam crianças de maior peso, podendo-se atuar o mais precocemente possível ao nível da prevenção secundária.

As escolas poderiam fazer um acordo com o objetivo de ter um enfermeiro comunitário disponível para aconselhamento dos estudantes durante o horário letivo.

2.10.2 Prevenção Secundária

Dirigidas àqueles que já têm vida sexual ativa. Deve contemplar, além da educação sexual, o acesso aos serviços médicos e aos métodos anticoncepcionais.

Para que a adolescente aceite a medida preventiva de uso de um método anticoncepcional de sua escolha, é necessário que o profissional de saúde, como por exemplo, a enfermeira do planejamento familiar da estratégia de saúde da família, adquira a confiança da adolescente carente de informação apresentando medos e inseguranças, pois se sabe que é ainda uma dúvida para muitos profissionais, e a razão para existência desta prática é que a confidencialidade facilita o diagnóstico e a prevenção precoce. A confidencialidade é um acordo entre o profissional de saúde e o cliente, no qual as informações discutidas durante e depois da consulta não podem ser passadas aos seus pais ou responsáveis sem a permissão do adolescente, pois apóiam em regras de ética médica. A confidencialidade respeita o cliente como pessoa e seu direito à privacidade ao tempo em que são lembrados os seus direitos com a sua responsabilidade em relação à própria saúde.

Quando o enfermeiro comunitário tem conhecimento de uma adolescente grávida, realiza a visita domiciliar para obter informações acerca dos recursos que a jovem tem disponíveis em casa (água potável, higiene da casa, condições para cozinhar e de armazenamento dos alimentos, entre outras) e da qualidade do ambiente para mãe e filho.

Assim ajudará os elementos da família a perceber as suas competências/capacidades para gerir toda a situação e assim apoiar a jovem mãe e o seu filho.

Uma grávida adolescente pode, de fato, ser capaz de assumir responsabilidades, ou pelo contrário, ser imatura (geralmente antes dos 15 anos de idade) e não ter essa capacidade. No primeiro caso, além dos necessários cuidados pré-natais, deve-lhe ser dado aconselhamento psicológico, social e espiritual, de modo a fortalecê-la e a ajudá-la a tomar as suas decisões, evitando que os outros se imponham e decidam por ela. Pretende-se promover a sua auto- imagem e auto-estima. Todos os meios devem ser postos à disposição da adolescente, mostrando-lhe as respectivas vantagens e desvantagens, dando-lhe espaço e tempo para tomar as suas próprias decisões. No segundo caso, a relação terapêutica e a confidencialidade a ela inerente são de extrema importância. No entanto, esta última nem

sempre é cumprida, pois há que ter em atenção o eventual poder dos pais até à maioridade da adolescente. O apoio psicológico reveste-se de grande importância, no sentido de amparar esta jovem.

Uma questão importante diz respeito à problemática das adolescentes grávidas que não procuram qualquer ajuda. As principais razões para a não adesão aos cuidados pré-natais são: falta de recursos económicos, a negação/vergonha por estarem grávidas, o medo de dizerem aos pais, medo dos procedimentos médicos e obstétricos, terem que esperar longos períodos para marcar uma consulta e dificuldades de transportes. Para solucionar esta situação as instituições de saúde deviam funcionar com horário flexível de atendimento aos adolescentes e ter, igualmente, um horário de fim-de-semana. Um grande investimento tem ainda que ser feito ao nível do apoio psicológico.

2.10.3 **Prevenção Terciária**

Como já foi referida, a gravidez na adolescência acarreta grandes alterações a vários níveis. A jovem mãe fica psicologicamente afetada, tendo, frequentemente, uma baixa auto-estima, sentimentos de culpa, depressão, instabilidade, irritabilidade, sentimentos de incapacidade, de perda da sua dignidade e dificuldade em se relacionar consigo própria e com os outros. Surgem muitos casos de “gestos suicidas” ou mesmo de suicídio. Esta sintomatologia salienta-se principalmente nas mães mais novas, solteiras e com menor escolaridade. Como é do conhecimento geral, a depressão materna influencia negativamente a criança, refletindo-se, posteriormente, na relação mãe-filho e mesmo na saúde física e mental da criança. Podem mesmo ser apontadas algumas diferenças quando da comparação das mães adolescentes com as adultas: as primeiras são menos sensíveis e interagem mais fisicamente do que verbalmente com os seus filhos.

Em um determinado período da gravidez, a jovem vê-se dividida entre a sua família e o companheiro, escolhendo, a maior parte delas, permanecer com a família, dada a ajuda fornecida. No entanto, se esta for excessiva, torna-se desfavorável quer para a maternidade, quer para o desenvolvimento da criança. Isto porque acaba comprometendo a independência da mãe. Os filhos de adolescentes correm maior risco de problemas físicos, emocionais, intelectuais, (uma vez que os cuidados de saúde e a nutrição não são adequados) e de instabilidade familiar. Tais fatos são perceptíveis na medida em que um casal de adolescentes não tem, habitualmente, a maturidade suficiente para criar e educar um filho. É muitas vezes esta falta de preparação que conduz a situações de abandono e maus tratos que provocam, inevitavelmente, perturbações psico-sociais nestas crianças. Mais uma vez, é

atuando na comunidade, mais propriamente através de visitas domiciliárias que o enfermeiro pode e deve ajudar estes casais e respectivas famílias a encontrar estratégias para gerir esta situação e evitar que ela se repita. Para tal, é imprescindível o estabelecimento de uma relação de empatia e confiança com os principais elementos e não deixar de apoiar e orientar estes indivíduos após o parto.

A gravidez na adolescência é muito complexa, envolve diversos fatores, e muitos deles são culturais, talvez por isso os diversos programas que já foram tentados não tenham achado uma solução definitiva.

São necessários programas de prevenção primária, e também para aquelas com gestação anterior. Eles devem levar em consideração os fatores de risco dessa situação e dar especial atenção para aquela população mais exposta a estes fatores.

Programas especiais de pré-natal para mães adolescentes além de diminuir os riscos durante a gestação têm ajudado a prevenir novas gestações e reintegrar essa jovem na sociedade.

A prevenção deve contar com a ajuda dos mais diversos setores da sociedade, de profissionais da saúde a professores, incluindo o próprio adolescente.

2.11. PLANEJAMENTO FAMILIAR

Dentro do Programa de Saúde da Mulher desenvolvido pelo Ministério da Saúde, existe uma política de planejamento familiar que prevê a oferta na rede pública de distribuição gratuita de medicamentos anticoncepcionais e preservativos femininos e masculinos, bem como a redução do preço desses produtos nas farmácias populares.

O planejamento familiar é um direito de todos assegurado pelo Art. 1º da Lei nº 9.263/1996 - Regula o § 7º do art. 226 da Constituição federal, e consiste num conjunto de ações que auxiliam o casal que deseja ter filhos ou não e na prevenção da gravidez.

Para os adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos de idade, a política de planejamento familiar não deve funcionar como um mero distribuidor de preservativos e anticoncepcionais indiscriminadamente, como na prática, se observa nas Unidades Básicas de Saúde.

Devemos ter a consciência que o planejamento familiar é responsável pela orientação e educação sexual dos jovens que estão entrando na puberdade.

Para alcançar esse objetivo, é necessário existir uma parceria entre as escolas principalmente da rede pública, onde é encontrado um maior número da evasão escolar devido à gravidez

precoce, e as Unidades de Saúde com ações educativas envolvendo profissionais da saúde como enfermeiras, assistentes sociais e psicólogas na tentativa de melhorar as condições desses adolescentes carentes de informação.

2.11.1 Lista de produtos financiados pelo Ministério da Saúde:

- anticoncepcional injetável trimestral; anticoncepcional injetável mensal; pílula oral combinada; diafragma; DIU; Preservativo masculino e feminino; Pílula de emergência; Minipílula

3.0. O ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA)

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei nº 8.069/90 que regulamentou o artigo 227 da Constituição Federal que atribui à criança e ao adolescente, prioridade absoluta no atendimento aos seus direitos como cidadãos brasileiros. A aprovação desta Lei representa um esforço coletivo dos mais diversos setores da sociedade organizada. Revela ainda um projeto de sociedade marcado pela igualdade de direitos e de condições que devem ser construídas, para assegurar acesso a esses direitos. É, portanto, um instrumento importante nas mãos do Estado Brasileiro para transformar a realidade da infância e juventude historicamente vítimas do abandono e da exploração econômica e social.

O ECA ainda representa um grande avanço da legislação brasileira iniciado com a promulgação da Constituição de 1988. Fruto da luta da sociedade, o ECA veio garantir a todas as crianças e adolescentes o tratamento com atenção, proteção e cuidados especiais para se desenvolverem e se tornarem adultos conscientes e participativos do processo inclusivo.

3.1. AS DISPOSIÇÕES DO ECA

Dentro das disposições pertinentes ao Estatuto da Criança e do Adolescente, o título II dos direitos fundamentais, abrange o capítulo I que se refere aos direitos à vida e à saúde da criança e do adolescente, incluindo políticas assistenciais que asseguram a adolescente gestante, o direito a um pré-natal de acordo com as disposições do Ministério da Saúde seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Os artigos que garantem o direito das adolescentes gestantes, dispõem de um atendimento de saúde que necessitam, estão colocados a seguir:

Título II

Dos Direitos Fundamentais

Capítulo I

Do Direito à Vida e à Saúde

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

Art. 8º É assegurado à gestante, através do Sistema Único de Saúde, o atendimento pré e perinatal.

§ 1º A gestante será encaminhada aos diferentes níveis de atendimento, segundo critérios médicos específicos, obedecendo-se aos princípios de regionalização e hierarquização do Sistema.

§ 2º A parturiente será atendida preferencialmente pelo mesmo médico que a acompanhou na fase pré-natal.

§ 3º Incumbe ao poder público propiciar apoio alimentar à gestante e à nutriz que dele necessitem.

§ 4º Incumbe ao poder público proporcionar assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal, inclusive como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal. (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência

§ 5º A assistência referida no § 4º deste artigo deverá ser também prestada a gestantes ou mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção. (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência

Art. 9º O poder público, as instituições e os empregadores propiciarão condições adequadas ao aleitamento materno, inclusive aos filhos de mães submetidas a medida privativa de liberdade.

Art. 10. Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a:

I - manter registro das atividades desenvolvidas, através de prontuários individuais, pelo prazo de dezoito anos;

II - identificar o recém-nascido mediante o registro de sua impressão plantar e digital e da impressão digital da mãe, sem prejuízo de outras formas normatizadas pela autoridade administrativa competente;

III - proceder a exames visando ao diagnóstico e terapêutica de anormalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como prestar orientação aos pais;

IV - fornecer declaração de nascimento onde constem necessariamente as intercorrências do parto e do desenvolvimento do neonato;

V - manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe.

Art. 11. É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. (Redação dada pela Lei nº 11.185, de 2005).

3.2. O PROSAD

O Programa de Saúde do Adolescente, PROSAD, foi criado em 1989, pelo Ministério da Saúde (MS), pela portaria nº. 980/GM de 21/12/1989, a partir de uma visão que as pessoas pertencentes à faixa etária de 10 a 19 anos de idade estão bastante vulneráveis a agravos de saúde e necessitam de cuidados e estratégias especiais.

O programa está fundamentado na Política de Promoção de Saúde, respeitando as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), garantidas pela Constituição Brasileira de 1988. Em 1999, o MS ampliou o programa para indivíduos até 24 anos, considerando então a Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem.

Dessa forma, o Ministério da Saúde define objetivos, diretrizes e estratégias para o Programa "Saúde do Adolescente" que tem a finalidade de promover, integrar, apoiar e incentivar práticas nos locais onde será feita a implantação e aonde essas atividades já vem sendo desenvolvidas, seja nos estados, municípios, universidades, organizações não governamentais e outras instituições. Deve interagir com outros setores no sentido da promoção da saúde, da identificação dos grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação dos indivíduos dessa faixa etária, sempre de forma integral, multisetorial e interdisciplinar.

3.3. OBJETIVOS DO PROSAD

Promover a saúde integral do adolescente, favorecendo o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento.

Reduzir a morbimortalidade e os desajustes individuais e sociais.

Normatizar as ações das áreas prioritárias.

Estimular e apoiar a implantação e/ou implementação dos Programas Estaduais e Municipais.

Assegurar o atendimento adequado às características dos jovens, respeitando as particularidades regionais e a realidade local.

Promover e apoiar estudos e pesquisas relativas à adolescência.

Formulação de uma política nacional para a adolescência e juventude, a ser desenvolvida nos níveis Federal, Estadual e Municipal, e nos âmbitos governamentais e não governamentais.

3.4. ÁREAS PRIORITÁRIAS DE AÇÃO DO PROSAD

As atividades básicas dirigidas ao adolescente constituem um conjunto de ações de promoção de saúde, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação, aplicadas permanentemente, tendo como objetivo final a melhoria dos níveis de saúde da população adolescente. Essas atividades são: Crescimento e desenvolvimento; Imunizações; Sexualidade e saúde reprodutiva; Família; Saúde mental; Saúde escolar; Saúde bucal; Prevenção de acidentes; Violência e maus-tratos.

Sobre a sexualidade e a saúde reprodutiva o PROSAD ressalta que a maioria dos jovens entrará na puberdade livre de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e de graves problemas sexuais e será responsabilidade da sociedade e dos profissionais zelar para que essa condição se mantenha. Torna-se essencial num programa de saúde do adolescente o treinamento de profissionais para educação e aconselhamento sexuais, além da detecção, encaminhamento e/ou tratamento dos problemas relacionados com a sexualidade.

No entanto, é importante lembrar que essa formação implica numa séria revisão dos valores individuais para que não se perpetuem os mitos e credices sem embasamento científico. Os conceitos de normal, natural, sadio e moral deverão ser bem definidos para que a educação sexual formal não seja instrumento de repressão mal conduzido e sim uma contribuição positiva para o desenvolvimento integral do adolescente.

3.5. PAPEL DO ENFERMEIRO NO PROSAD

Princípios fundamentais na atenção integral aos adolescentes preconizados pelo PROSAD:

Ética – a relação profissional de saúde/adolescentes, deve ser pautada pelos princípios de respeito, autonomia e liberdade, prescritos pelo Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) e pelos códigos de ética das diferentes categorias.

Privacidade – adolescentes e jovens podem ser atendidos sozinhos, caso desejem.

Confidencialidade e sigilo – adolescentes e jovens devem ter a garantia de que as informações prestadas no atendimento não serão repassadas aos seus pais e/ou responsáveis, bem como aos seus parentes, sem a sua concordância explícita.

EXCEÇÃO: situações que requerem quebra de sigilo - sempre que houver risco de vida ou outros riscos relevantes (abuso sexual, idéia de suicídio, informação de homicídio).

Os profissionais que devem compor a equipe do PROSAD devem ter variadas formações profissionais, porém capacitados conforme as diretrizes do programa. Embora quanto maior o número de profissionais melhor capacitadas as equipes, nem sempre há disponibilidade de

todos, o que não impedirá a implantação do serviço. Aos poucos, outros profissionais vão surgindo, à medida que os já capacitados multiplicam as informações e experiência já adquirida. Uma equipe ideal – nem sempre correspondendo à realidade disponível – é formada por:

- Pediatra hebiatra ou clínico treinado para o atendimento ao adolescente; Ginecologista; Enfermeira; Odontólogo; Assistente Social; Psicólogo; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Técnico/a de Enfermagem; Agente comunitário de saúde

A equipe multiprofissional deve adotar algumas estratégias de ação para assegurar um bom atendimento ao adolescente tais como:

- Identificação de profissionais para a equipe;
- Capacitação técnica e para o relacionamento profissional – adolescente / jovem / família;
- Fornecer material de aprendizagem ativa - construção de conhecimento;
- Proporcionar ambiente de troca de experiências entre os profissionais;
- Acompanhamento e avaliação do trabalho;
- Proporcionar multiplicação da equipe e dos adolescentes protagonistas;
- Estabelecer níveis hierárquicos de atendimento – sistema de referência - contra-referência

O PROSAD preconiza ainda, uma cadeia de ações, em que a enfermagem atua diretamente, desde a prevenção dita primordial, passando pela primária, secundária e terciária.

A prevenção primordial visa o fortalecimento de todos os fatores protetores, evitando ou controlando os riscos, atuando de forma a mudar e manter os hábitos saudáveis nos jovens, como a educação na disciplina, na responsabilidade, ou oportunizar a própria participação dos jovens nessas ações. Assim, orientações aos familiares, articular atividades entre escola – esporte – cultura, aperfeiçoar o tempo livre dos adolescentes, constituem ações de nível primordial.

Evitar o aparecimento ou o efeito de fatores ou agentes causais específicos são o objetivo da prevenção primária. Imunizações, métodos anticoncepcionais, medidas de segurança para acidentes de trânsito ou no trabalho têm objetivos bem específicos, exemplos claros da prevenção primária.

Se o agravo já se instalou, por exemplo, ocorreu a gravidez ou surgiu uma infecção bacteriana, as medidas são voltadas para evitar complicações, constituindo o nível secundário da cadeia hierárquica de intervenções preventivas. Cabe aqui, o uso de ações curativas além de persistirem as preventivas. No exemplo, cabe a enfermagem, iniciar pré-natal o mais precocemente possível e no segundo exemplo encaminhar ao profissional médico, que na sua competência, lançará mão de antibioticoterapia, seriam ações desse nível secundário.

Quando as ações preventivas até então falham ou são inexistentes, é necessário contar com níveis mais complexos de serviços, visando prevenir o resultado final da cadeia causal, como a morte ou seqüelas irreversíveis. Então, intervenções em serviços de alto nível de especificidade são necessários, constituindo a prevenção terciária. Tratamentos hospitalares, internações em alas de cuidados especiais e reabilitação, são as medidas centrais desse nível final da cadeia de ações.

Para manter a continuidade dessa hierarquia, é preciso conhecer os problemas mais comuns, fazer o diagnóstico precoce e tratamentos oportunos e principalmente, investir nos primeiros níveis da cadeia, a prevenção primordial e primária.

O sistema de referência e contra-referência entre os serviços, e a articulações entre os diversos setores da comunidade, garantem o fortalecimento e eficácia da cadeia hierárquica de intervenções.

Competências a serem desenvolvidas pelo profissional de enfermagem para atender o jovem que procura o serviço são:

- Ter capacidade de aplicar princípios éticos no desenvolvimento do trabalho;
- Respeitar o princípio de autonomia dentro do qual o adolescente, reconhecido como sujeito, é capaz de assumir de imediato ou gradativamente responsabilidades sobre sua saúde e qualidade de vida;
- Considerar a privacidade, confidencialidade e o sigilo na abordagem das questões de saúde do adolescente;
- Garantir o direito à cidadania do adolescente, de sua família e da equipe;
- Respeitar as escolhas do adolescente e de sua família.
- Ter capacidade de trabalhar em equipe e interagir com outros setores fundamentais com os quais o serviço deve estar articulado
- Compreender a natureza do trabalho em equipe;
- Conhecer os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade; Identificar os papéis específicos dos diversos integrantes da equipe;
- Criar mecanismos de capacitação continuada da equipe, visando ao aperfeiçoamento da prática;
- Conhecer os princípios das atenções primária, secundária e terciária da saúde, estabelecendo mecanismos de formação de rede de referência e contra-referência; conhecer as bases do SUS e suas áreas na atenção à saúde do adolescente;
- Registrar as informações necessárias para a manutenção do sistema de informação em saúde, identificando os principais fluxos e fontes;

- Conhecer os conceitos básicos, metodologias e instrumentos de planejamento, gerência e avaliação de serviços;
- Incentivar o desenvolvimento de parcerias e alianças estratégicas com outros segmentos sociais;
- Compreender os conceitos ampliados de saúde e da origem multifatorial dos agravos à saúde, aplicando-os em sua prática;
- Identificar os principais problemas de saúde da região, buscando informações sobre seus determinantes.
- Considerar a diversidade sociocultural dos adolescentes, jovens e suas famílias no desenvolvimento das ações;
- Planejar e desenvolver práticas educativas e participativas que permeiem as ações dirigidas aos adolescentes e jovens, no âmbito individual e no coletivo;
- Considerar a saúde do adolescente e jovem trabalhador quanto aos seus direitos, bem como a prevenção e identificação de agravos decorrentes da atividade laborativa.

4.0. RESULTADOS

De acordo com a análise dos dados, os discursos das entrevistadas apontam três categorias direcionadas ao impacto da gravidez, a percepção do risco da gravidez, e como a enfermagem pode contribuir na educação e orientação desses adolescentes.

Os resultados das entrevistas, desenvolvidas com as 10 adolescentes em período gestacional pertencentes ao grupo de gestantes da Unidade de Saúde de Bom Pastor, podem ser encontrados na quadro 1.

PERFIL DAS ADOLESCENTES GESTANTES

Participantes da pesquisa	Idade	Situação escolar	Atividade Profissional	Planejamento da gravidez	Idade parceiro
A1	14 anos	1º grau incompleto	Do lar	Não	< 19 anos
A2	13 anos	1º grau incompleto	Do lar	Não	<19 anos
A3	15 anos	1º grau incompleto	Do lar	Não	19 – 25 anos
A4	17anos	2º grau completo	Vendedora	Não	19 – 25 anos
A5	19 anos	2º grau completo	Do lar	Não	19 – 25 anos
A6	15 anos	1º grau completo	Do lar	Sim	>30 anos
A7	17 anos	2º grau incompleto	Do lar	Sim	<19 anos
A8	13 anos	1º grau incompleto	Do lar	Sim	> 30 anos
A9	14 anos	1º grau incompleto	Do lar	Sim	<19 anos
A10	17 anos	2º grau completo	Do lar	Sim	26 – 30 anos

Fonte: Dados de entrevista realizada com adolescentes gestantes residentes no bairro de Bom Pastor Natal, RN-2010.

4.1. DISCURSÃO

As idades maternas encontradas na pesquisa mostram que 60% das adolescentes entrevistadas pertencem à fase final da adolescência, ou seja, depois dos quinze anos de idade. Esses dados refletem o resultado da prevenção da gravidez precoce antes dos 15 anos de idade, realizada pelos profissionais de saúde da Unidade Básica de Bom Pastor. Porém, ainda é considerado elevado o índice de gestação precoce no bairro.

4.2. IMPACTO DA GRAVIDEZ

Para as adolescentes entrevistadas, o primeiro impacto de uma gravidez não esperada é o medo, que se traduziu pela maneira agitada e ao mesmo tempo inocente nos discursos de algumas durante as entrevistas. Elas afirmam saber a responsabilidade de educar e manter um filho nos dias de hoje, principalmente quando a maioria não tem como obter o seu sustento, pois pertencem a uma classe social desfavorecida, em que as famílias são múltiplas e desequilibradas, e em consequência, os exemplos são repassados de geração para geração resultando assim em uma maternidade cada vez mais precoce.

O sentimento de responsabilidade reflete no enfrentamento, tanto nos processos de transformação da adolescência quanto no cuidar da gestação, e, mais tarde, do bebê, o que não é tarefa fácil, pois representa uma sobrecarga de esforços físicos e psicológicos tão grandes que, para ser bem suportada, necessitaria apoiar-se num claro desejo de ser mãe (PACCOLA, 2002).

Outro ponto em que o medo está presente se refere às expectativas de um futuro incerto, uma vez que, a adolescente terá que se adaptar às duas fases de crescimento, embora seja biologicamente possível uma adolescente engravidar, a sua personalidade ainda não concreta interfere na sua capacidade afetiva já que a mãe muito jovem é inexperiente para entender as mudanças corporais inerentes a uma gestação e o crescimento de seu filho que está por vir.

O segundo impacto que acomete as gestantes é a rejeição por parte dos amigos, o abandono dos estudos, ainda que, algumas das entrevistadas relatem ter parado de estudar antes da gravidez, outras abandonaram a escola no período gestacional avançado, relatando que a “barriga” estava bem visível, tornando-se motivo de constrangimento entre os colegas de sala, e por consequência, desistiu dos estudos. Algumas relataram o motivo pelo qual deixam de estudar antes da gravidez.

... Eu não tinha mais vontade de estudar e a minha mãe me batia muito porque não gostava das minhas amizades na escola...(A2).

Estes fatos podem representar tanto o desinteresse da própria adolescente pelos estudos como o despreparo da escola para apoiar esta aluna para que a mesma continuasse freqüentando as aulas. A associação de gravidez e abandono da escola se concretiza pelo fato destas adolescentes apresentarem um baixo rendimento escolar e várias repetências, sendo a gravidez, provavelmente, apenas um fator precipitante desta desistência.

O grau de escolaridade está vinculado ao índice de gravidez em menores de 18 anos. Quanto menor o número de anos de escolaridade, maior é a incidência de gestações entre adolescentes, sendo este índice três vezes superior em jovens com o fundamental incompleto quando comparadas com as que estudaram oito anos ou mais.

Enquanto para os homens o motivo principal para o abandono dos estudos é a inserção no mercado de trabalho, as trajetórias escolares das mulheres se caracterizam por serem mais curtas e associadas a várias interrupções e repetências, principalmente devido às tarefas de cuidar da casa e dos irmãos que lhe são atribuídas precocemente, razões fundamentais para a evasão escolar (SILVA; BATISTA; OLIVEIRA, 2002).

A mudança no estilo de vida também é um impacto na vida das adolescentes, que na maioria das vezes, moravam com seus pais, freqüentavam uma escola, tinham grupos de amigos na vizinhança, e por causa de um ato inconseqüente, tendo como resultado uma gravidez, em alguns casos, a adolescente é obrigada a sair de sua casa para ir morar na casa do parceiro tornando-se assim uma dona de casa se preparando para ser uma mãe de família precoce.

Durante a entrevista, quando perguntadas se estão satisfeitas com a situação nova, após o impacto da notícia, a uma respondeu

... Sim, pois agora tenho alguém para cuidar... (A9).

Para essas jovens-mães, a gravidez interrompe o processo de desenvolvimento próprio da idade, fazendo-as assumirem responsabilidades e papéis de adulta antes da hora, já que, em pouco tempo, ver-se á obrigada a dedicar-se aos cuidados maternos, o que nos permite afirmar que neste grupo a gravidez serviu como um despertar para o reconhecimento do risco de uma gravidez precoce.

Em relação à atividade profissional o grande impacto para essas adolescente está associado à mudança do estilo de vida, pois muitas mães adolescentes declarou-se como “do lar” e, portanto não estão estudando ou trabalhando fora de casa. Há diversos fatores possíveis de ser associada a este perfil, entre eles a falta de uma perspectiva profissional gratificante e a permanência de valores que diferenciam os papéis masculinos e femininos na sociedade. Um número significativo de mulheres justifica o não estudar ou trabalhar alegando resistência, quando não proibição, dos parceiros com seu envolvimento nessas atividades. Muitos homens e mulheres ainda valorizam a identidade feminina associada aos papéis de mãe e esposa, persistindo, principalmente nas classes populares, o conceito de que enquanto a responsabilidade do homem é da ordem do trabalho no ambiente externo e do provimento das necessidades familiares, cabe à mulher manter uma relação vinculada essencialmente com o lar e os filhos.

4.3. PERCEPÇÃO DAS ADOLESCENTES SOBRE O RISCO DA GESTAÇÃO

Em relação à percepção de risco de engravidar, as adolescentes possuem em seu imaginário inocente, a certeza de que a gravidez não é possível na primeira relação, e que isto nunca lhes aconteceria, pois estão muitas vezes, envolvidas emocionalmente com a relação, que desprezam qualquer tipo de prevenção em curto prazo.

As adolescentes agem pelo impulso e não têm responsabilidade suficiente para “transar” de maneira segura, pois não transferem esses conhecimentos teóricos sobre camisinha e outros métodos anticoncepcionais para a sua prática.

As adolescentes sabem que sem o uso do preservativo ou de outro método anticoncepcional podem engravidar a qualquer momento, e ignoram este fato, parecem fingir que não sabem do risco que correm de uma gravidez indesejada.

A metade das adolescentes declarou que a gravidez não foi planejada, e que não estavam utilizando nenhum método anticoncepcional. Há várias considerações relacionadas a estes dados, desde o desconhecimento sobre métodos anticoncepcionais, a existência de conceitos próprios da cultura popular sobre período fértil, a influência da relação de gênero no uso de métodos anticoncepcionais, até o desejo inconsciente de uma gravidez ou, estar se constituindo num mecanismo de pressão que a mulher pode exercer sobre o homem no sentido de induzir a uma união ou reestruturar uma união já existente.

Durante as entrevista, quando inquiridas sobre o planejamento da gravidez a uma das adolescentes de 13 anos de idade, a resposta foi contundente:

“ ...sim eu quis engravidar porque o meu pai não deixava namorar com o pai do meu filho, ai só de ruim, eu ameacei ele dizendo que iria ficar grávida, ai no outro mês eu estava grávida, ai meu pai me expulsou de casa e fui morar com o meu marido... (A8).”

Porém, a metade das entrevistas confidenciou que a sua gravidez não foi planejada, que aconteceu de forma “acidental” ou “descuido na hora de tomar o anticoncepcional”.

Em relação ao conhecimento dos métodos contraceptivos, as jovens relataram que sabia da existência de alguns métodos, porém não tinham idéia de como usar

“... eu usava as pílulas da minha mãe escondida, ela tomava em um dia e eu no outro, ai a minha menstruação começou a ficar descontrolada, ai eu comecei a namorar e tive relação, ai nesse mês a minha menstruação não veio mais, estou com medo de está grávida!...(A1).

Neste dia, A1 recebeu o resultado do exame Beta HCG positivo e iniciamos o pré-natal.

Algumas adolescentes adotam o anticoncepcional hormonal, mas seu uso muitas vezes é feito de modo inadequado e descontínuo. Em relação a este método, cabe salientar ainda que, a despeito das informações em contrário e dos esclarecimentos prestados por profissionais da área da saúde, é freqüente a interpretação de que ele é prejudicial à saúde, pois engorda, deforma o corpo e atrapalha uma futura gravidez, principalmente devido às posições atuais contrárias ao uso de hormônios.

A percepção do risco durante a experiência da gravidez na adolescência, também foi referida durante as entrevistas em relação à conscientização das próprias adolescentes gestantes, que criticam as adolescentes que se expõem ao risco ao fazerem sexo sem o uso de métodos contraceptivos, o que mostra um certo aprendizado, embora com algumas contradições em relação ao que pensam sobre o assunto.

“A gravidez na adolescência não é fácil” (A10).

O que foi somente percebido após a experiência de engravidar. As adolescentes nem sempre conseguem justificar suas idéias, surgindo, então, as contradições que são resolvidas por novas idéias, novas concepções e modificações importantes em seu comportamento. Foi observado, nas entrevistas, que as adolescentes mostram uma mudança de pensamento após passarem pela experiência, e que, hoje, optam pelo não arriscar-se e, além de criticar, alertam “*as outras*” adolescentes que não fazem sexo seguro.

Em depoimento A3 nos confidenciou:

... “está sendo muito difícil encarar a minha gravidez porque meu marido sai do trabalho e vai beber com os amigos e chega muito tarde em casa e eu fico esperando ele para dormir, se eu soubesse que quando eu ficasse grávida ele ia ser desse jeito, teria me cuidado mais, não quero passar por isso de novo”(A3).

Após vivenciarem o risco de engravidar, estas adolescentes sentem-se mais reflexivas e reconhecem o risco real a partir da gravidez, não mais no imaginário, e assim, definem um limite ao risco no cotidiano, pois, a mudança de atitude só é eficaz e duradoura quando, o próprio indivíduo, em quem se opera a mudança, criar razões próprias e coerentes com a que se propõe.

A percepção do risco da gravidez precoce em relação aos conflitos com os familiares e com o parceiro foi encontrados poucos conflitos, nem sempre a gravidez é percebida como um problema, que muitas adolescentes referem felicidade e recebem apoio de suas famílias e que não há necessariamente ruptura ou abandono de projetos de vida, sendo a gravidez valorizada ao proporcionar melhora de status social bem como a afirmação de expectativas positivas.

Estes relatos estão presentes também nesta pesquisa, pois, com exceção dos poucos casos em que a gravidez se constituiu em problema, todos os demais estão associados a uma gestação planejada ou a um fato considerado natural ou esperado, tendo em vista que inserido dentro de um relacionamento afetivo no qual uma gravidez é algo previsível e conseqüentemente, não vinculado a conflitos. Estas gestações têm somente a idade materna como diferencial a destacá-las do considerado socialmente como norma atual, pois nos demais aspectos estão dentro dos padrões comuns a todas as demais gestações, incluindo ansiedade, felicidade, insegurança, alegria, dúvidas, esperanças, incertezas e sentimento de realização.

Em relação à conscientização dos riscos quanto à integridade física da própria adolescente, foi relatado nas conversas informais, que algumas delas já estão sofrendo com algumas complicações como, o ganho de peso acima do desejado para o período gestacional, taxa de glicose superior ao nível considerado normal devido à alimentação incorreta, presença de anemia, risco de uma eritroblastose fetal devido a uma incompatibilidade sanguínea materno-fetal, uso de drogas, como, o cigarro e bebidas alcoólicas e também a promiscuidade.

5.0. CONTRIBUIÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO SEXUAL DAS ADOLESCENTES

A contribuição da enfermagem no ensino e orientação sexual dos adolescentes tem como base a teoria do autocuidado e teoria dos sistemas de Orem, que norteiam a enfermagem de modo geral, e exerce uma fundamental importância, aplicada a educação e orientação sexual prestada aos jovens da rede pública de saúde.

A teoria do autocuidado de Orem engloba o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado. O autocuidado é a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício para a manutenção da vida e do bem-estar. A atividade de autocuidado constitui uma habilidade para engajar-se em autocuidado. A exigência terapêutica de autocuidado constitui a totalidade de ações de autocuidado, através do uso de métodos válidos e conjuntos relacionados de operações e ações (TOORES; DAVIM; NOBREGA,1999).

Para OREM, o autocuidado é a prática de atividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Tem como propósito, as ações, que, seguindo um modelo, contribui de maneira específica, na integridade, nas funções e no desenvolvimento humano. Esses propósitos são expressos através de ações denominadas requisitos de autocuidado.

São três os requisitos de autocuidado ou exigências, apresentados por Orem: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde.

Os universais estão associados a processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humanos. Eles são comuns a todos os seres humanos durante todos os estágios do ciclo vital, como por exemplo, as atividades do cotidiano.

Os requisitos de desenvolvimento são as expressões especializadas de requisitos universais que foram particularizados por processos de desenvolvimento, associados a algum evento; por exemplo, a adaptação a um novo trabalho ou adaptação a mudanças físicas. O desvio de saúde é exigido em condições de doença, ferimento ou moléstia, ou pode ser consequência de medidas médicas exigidas para diagnosticar e corrigir uma condição.

Dessa forma, a capacidade que o indivíduo tem para cuidar de si mesmo, é chamada de intervenção de autocuidado, e a capacidade de cuidar dos outros é chamada de intervenção de cuidados dependentes. Sendo assim, no modelo de Orem, a meta é ajudar as pessoas a satisfazerem suas próprias exigências terapêuticas de autocuidado.

Portanto, a teoria do autocuidado de Orem, tem como premissa básica, a crença de que o ser humano tem habilidades próprias para promover o cuidado de si mesmo, e que pode se beneficiar com o cuidado da equipe de enfermagem quando apresentar incapacidade de autocuidado ocasionado pela falta de saúde.

5.1 - A TEORIA DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Segundo, a teoria de déficit de autocuidado constitui a essência da teoria de Orem, quando a enfermagem passa a ser uma exigência a partir das necessidades de um adulto, e quando o mesmo acha-se incapacitado ou limitado para prover autocuidado contínuo e eficaz. Esses cuidados podem ser oferecidos pela enfermagem quando:

As habilidades para cuidar sejam menores do que as exigidas para satisfazer uma exigência conhecida de autocuidado. Ou habilidades de autocuidados ou de cuidados dependentes excedam ou igualem às exigidas para satisfazer a demanda atual de autocuidado, embora uma relação futura de deficiência possa ser prevista devido as diminuições previsíveis de habilidades de cuidado.

Orem identificou cinco métodos de ajuda, segundo os autores anteriormente citados: 1) agir ou fazer para o outro; 2) guiar o outro; 3) apoiar o outro (física ou psicologicamente); 4) proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a tornar-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação; e 5) ensinar o outro.

5.2 - A TEORIA DE SISTEMAS DE ENFERMAGEM

O sistema de enfermagem planejado pelo profissional está baseado nas necessidades de autocuidado e na capacidade do paciente para a execução de atividades de autocuidado. Para satisfazer os requisitos de autocuidado do indivíduo, Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem que são os seguintes: o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação.

O sistema de enfermagem totalmente compensatório é representado pelo indivíduo incapaz de empenhar-se nas ações de autocuidado. O enfermeiro, através de suas ações, vai atuar na ação limitada do paciente conseguindo o autocuidado do mesmo, compensando sua incapacidade para a atividade de autocuidado através do apoio e da proteção ao paciente.

O sistema de enfermagem parcialmente compensatório está representado por uma situação em que, tanto o enfermeiro, quanto o paciente, executam medidas ou outras ações de

cuidado que envolvem tarefas de manipulação ou de locomoção. Através de sua ação, o enfermeiro efetiva algumas medidas de autocuidado pelo paciente, compensa suas limitações de autocuidado atendendo o paciente conforme o exigido. O paciente age realizando algumas medidas de autocuidado regulam suas atividades e aceita atendimento e auxílio do enfermeiro.

O sistema de enfermagem de apoio-educação ocorre quando o indivíduo consegue executar, ou pode e deve aprender a executar medidas de autocuidado terapêutico, regula o exercício e desenvolvimento de suas atividades de autocuidado, e o enfermeiro vai promover esse indivíduo a um agente capaz de se autocuidar.

O processo de enfermagem de Orem "é um método de determinação das deficiências de autocuidado e a posterior definição dos papéis da pessoa ou enfermeiro para satisfazer as exigências de autocuidado".

5.3. PROCESSO DE ENFERMAGEM DE OREM

O processo de enfermagem proposto por OREM compreende os seguintes passos, segundo os mesmos autores (TORRES; DAVIM; NOBREGA,1999):

Passo 1 - fase de diagnóstico e prescrição, que determina as necessidades ou não de cuidados de enfermagem. O enfermeiro realiza a coleta de dados do indivíduo. Os dados específicos são reunidos nas áreas das necessidades de autocuidado, de desenvolvimento e de desvio de saúde do indivíduo, bem como, o seu inter-relacionamento. São também coletados dados acerca dos conhecimentos, habilidades, motivação e orientação da pessoa.

Passo 2 - é a fase do planejamento dos sistemas de enfermagem, bem como do planejamento da execução dos atos de enfermagem. O enfermeiro cria um sistema que seja totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio-educação. As duas ações envolvidas no planejamento dos sistemas de enfermagem seriam: a) a realização de uma boa organização dos componentes das exigências terapêuticas de autocuidado dos pacientes; b) a seleção da combinação de maneiras de auxílio que sejam, ao mesmo tempo, efetivas e eficientes na tarefa de compensar ou sobrepujar os déficits de autocuidado dos pacientes. Com a utilização do modelo de Orem, as metas são compatíveis com o diagnóstico de enfermagem, capacitando o paciente a tornar-se um verdadeiro agente de autocuidados.

Passo 3 - inclui a produção e execução do sistema de enfermagem, onde o enfermeiro pode prestar auxílio ao indivíduo (ou família) no que se refere ao autocuidado, de modo a alcançar resultados identificados e descritos de saúde. O passo 3 inclui a evolução, onde, juntos, paciente e enfermeiro, realizam a avaliação. A evolução é um processo contínuo, e é

fundamental que o enfermeiro e o paciente avaliem quaisquer modificações nos dados que afetariam o déficit de autocuidado, o agente de autocuidado e o sistema de enfermagem.

As adolescentes manifestam certo desejo de ampliar os seus conhecimentos em relação aos métodos contraceptivos, pois, a maioria delas explicita que os métodos de contracepção ficam restritos à “camisinha e a anticoncepcional”, apenas uma ou outra relata que as adolescentes já adquiriram “conhecimento suficiente” por intermédio de outras pessoas e que, portanto, só depende da “conscientização delas”.

Destaca-se a importância da participação do profissional enfermeiro na educação sexual da adolescente, uma vez que o conhecimento que elas detêm, em relação à sexualidade e aos métodos contraceptivos, é limitado, sendo possível fazer a leitura de uma visão superficial de como evitar a gravidez. É possível que esses conhecimentos estejam sendo transmitidos de forma simplificada e elas “sabem” que a “camisinha e o anticoncepcional” previnem, mas não entendem o mecanismo.

Convém lembrar que a Organização Mundial de Saúde (OMS), afirma que existe pouco envolvimento de jovens em qualquer programa ou serviço educacional, fornecido para esta faixa etária. Isso faz que eles não tenham orientações e informações adequadas sobre sexualidade.

As adolescentes engravidam sem planejamento, por falta de informação, difícil acesso a serviços especializados, desconhecimento de métodos anticoncepcionais e, muitas vezes, à procura de uma relação afetiva, de um objeto de amor ou, tão somente devido à experimentação sexual.

É preciso vencer preconceitos, entender que as adolescentes vivem em uma fase de experimentações, que podem ter uma atividade sexual e é função do enfermeiro entender não só o ato sexual, mas todo o processo da adolescência, porque a sexualidade faz parte da vida, e a adolescente tem necessidade de receber a orientação para não se sentir desamparada no início de sua atividade sexual.

5.3. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL A ADOLESCENTE GESTANTE

De acordo com as características próprias da adolescência, já mencionadas em capítulos anteriores, é evidente que nesta fase, existem conflitos, inseguranças e medos, que convulsionam para que a adolescente frente a uma situação de gravidez não planejada, esconda a sua gravidez ou ignorem o fato de estarem grávidas e por esse motivo, o pré-natal não é realizado de maneira satisfatória na maioria casos.

Em decorrência deste fato, os problemas obstétricos, que possivelmente poderiam ser detectados e tratados durante as consultas de pré-natal, se tornam fatores agravantes durante o parto e pós-parto.

Neste sentido, as Normas de Atenção Integral à Saúde do Adolescente (1993) preconizada pelo Ministério da Saúde, recomenda que a assistência pré-natal à adolescente deva ser feita na unidade de saúde e estabelecem como condições para uma assistência pré-natal de qualidade, quantidade e criteriosa, os seguintes elementos: captação precoce da adolescente grávida pelo agente comunitário de saúde na comunidade, controle periódico, contínuo e extensivo a população alvo, recursos humanos treinados, área física adequada, equipamentos e instrumental mínimo, instrumentos de registros e estatísticas, medicamentos básicos, apoio laboratorial mínimo, sistemas de referencia e contra referencia eficiente e avaliações da assistência pré-natal.

Ainda de acordo com as Normas, as consultas de pré-natal adequadas e adaptadas para atender as necessidades das adolescentes que devem ter como referência uma equipe multiprofissional que compartilhem uma meta de saúde e objetivos comuns, determinados pela necessidade da comunidade. Para atingir este fim, cada membro da equipe contribui de acordo com a sua competência/habilidades, respeitando-se as funções dos demais profissionais.

Formação:

A equipe A equipe de saúde deverá ser constituída pelos seguintes profissionais:

Pré-natalistas; pediatras; enfermeira; auxiliar de enfermagem; membros de equipe da saúde mental (psiquiatra/psicólogo).

A primeira tarefa da equipe será grupos de estudos sobre adolescência, gestação na adolescência e, se possível, grupoterapia. As reuniões periódicas da equipe de saúde servirão também para diagnosticar a problemática da Unidade de Saúde e traçar os objetivos comuns do atendimento, delineando as atividades de cada elemento. A equipe de Saúde deverá receber treinamento especializado em atendimento à adolescente antes de iniciar as atividades.

As ações desenvolvidas pela equipe de saúde terão os seguintes objetivos:

Gerais:

Prestar assistência integral à adolescente grávida- companheiro durante a gestação, parto.

Específicos:

Oferecer assistência ao pré-natal, parto, puerpério e planejamento familiar; Oferecer suporte psicoemocional à adolescente, sua família e companheiro; Oferecer assistência às famílias até o final do primeiro ano de vida do filho;

Integração:

Reuniões periódicas e sistemáticas de reflexão, discussão de casos clínicos, assuntos administrativos e de avaliação, além da continuidade dos profissionais na equipe, são elementos que promovem a sua integração.

As atividades de pré-natal que ser oferecidas nas Unidades Básicas de Saúde devem iniciar o agendamento garantido facilidade/privacidade e rapidez para marcação de consultas, com atenção especial para os casos de urgência e de final de gestação.

Adequar o atendimento para que no mesmo dia da consulta, os horários permitam a realização de:

Entrevista individual inicial; Consulta médica; Grupo de gestantes.

A direção da Unidade de Saúde deverá coordenar o tempo de atividade dos profissionais da equipe, em duração e periodicidade, de forma a adequá-la à demanda.

A entrevista inicial é individual e o primeiro contato poderá ser com qualquer elemento da equipe, com o objetivo de:

Estabelecer vínculo entre a adolescente e a equipe; informar a adolescente sobre atividades desenvolvidas no programa; conhecer o perfil psicossocial da adolescente, do companheiro e da família; identificar os fatores de risco desfavoráveis para a saúde; identificar situações de urgência.

Na primeira consulta é essencial a obtenção de uma avaliação cuidadosa e completa, conforme as orientações do Manual de Assistência Pré-Natal, anotando-se os dados coletados na Ficha Perinatal e no Cartão de Gestante. Quase sempre, a gestante vem á consulta acompanhada por familiar que também deseja falar com o médico para informar-se sobre a situação e pedir ajuda.

Eles deverão ser informados que durante a entrevista inicial, ela permanecerá sozinha com o pré-natalista e que no final da consulta serão ouvidos.

Os fatores de risco que deverão ser sistematicamente pesquisados incluem:

- Idade < 15 anos; - Baixa renda (carência de suporte econômico mínimo);- Baixo nível de instrução ou analfabetismo; - Solteira, ausência de companheiro e sem amparo familiar; - Pais separados ou ausentes;- Tentativa de aborto;- Gravidez resultante de estupro ou incesto; - Decisão de oferta do recém-nascido para adoção - Internação psiquiátrica, instabilidade emocional excessiva ou tentativa de suicídio; - Trabalho pesado; - Uso de fumo, álcool e drogas; - Nutrição inadequada; - Dificuldade de acesso a cuidados de saúde; - Acesso tardio ao pré-natal; - Má historia obstétrica;- Intercorrências clínico-obstétricas

A consulta inicial gera grandes expectativas para a adolescente grávida, que vem carregada de dúvidas, culpa, vergonha, temores em relação à sua capacidade reprodutiva e desconfiada de como será atendida pelo profissional. Cabe ao pré-natalista desfazer essa impressão transmitindo uma mensagem de que ele faz parte de uma equipe de saúde preparada para ajudá-la. Para realizar essa tarefa, ele necessitará conhecer a fundo toda história pessoal e para isto a atitude do médico é tanto ou mais importante que as perguntas de praxe que possa fazer. Ao captar na atitude do médico que não vai ser julgada nem criticada, porém simplesmente avaliada do ponto de vista de saúde, falará então com muito mais franqueza de seus problemas e irá até onde os conheça.

Ao observar o atendimento pré-natal, é possível identificar que os serviços que prestam essa assistência, não contemplam essas especificidades, sendo assim, os profissionais que atuam nesses serviços não se comprometem em se envolver com a adolescente, e acabam agindo de forma mecânica, preocupando-se só com a avaliação físico-patológica da gravidez, desconsiderando as questões sociais e emocionais e culturais que podem muitas vezes, repercutir na saúde mental e física da adolescente, comprometendo o seu potencial de crescer e se desenvolver como ser humano.

Essa atual limitação da assistência, no impõe um conhecimento especializado, voltado inteiramente às questões biológicas, físicas e patológicas da gravidez, e não contemplam as dimensões inerentes ao assistir que incorpore os reais significados da gravidez na vida de um adolescente e as repercussões em suas vidas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados nesta pesquisa, contribuíram para verificação do conhecimento da percepção dos riscos da gravidez de adolescentes pertencentes ao grupo de gestantes do bairro de Bom Pastor, com a seguinte proposição de que não é possível considerar a gravidez na adolescência de uma forma homogênea e que, embora não seja em todas as oportunidades algo positivo e isento de riscos ou problemas, ela não é sempre accidental, irresponsável ou problemática como o senso comum tende a estabelecer como verdade. Há significativas diferenças que precisam ser ressaltadas, entre elas as circunstâncias na qual a gravidez ocorre, as condições prévias de saúde, a idade materna, o nível de escolaridade, a classe social, as condições de acesso aos serviços de saúde, os relacionamentos familiares, afetivos e conjugais, as expectativas pessoais, entre outras. O fato de a mãe ser adolescente, portanto, não é o único fator a determinar as características de uma gravidez.

A análise da gravidez na adolescência sem vinculação à classe social perde seu mais relevante parâmetro, pois há uma significativa relação entre esta e os índices de gravidez. Entretanto, a maioria das gestantes adolescentes pertence às classes de baixa renda. Esses dados justificam-se pelo fato de que a vida adulta chega mais cedo para as mulheres das classes populares devido ao desempenho precoce de atividades domésticas, à ausência de uma perspectiva profissional futura, uma escolaridade errática e às concepções de gênero, levando ao desejo de assumir precocemente o status de adultas. Diante destas condições, a gravidez não é encarada como um problema a ser prevenido, mas como parte de uma trajetória de vida, um marco de consolidação do relacionamento com o parceiro e um motivo de prestígio, méritos e respeito em relação à gestante e mãe.

O reconhecimento dos múltiplos significados e dos diferentes contextos vinculados à gravidez na adolescência pode viabilizar uma mudança na maneira como a sociedade, os sistemas de saúde e os profissionais interpretam e identificam este evento. Uma visão não discriminatória ou preconceituosa, que abandona a interpretação da gestação como erro, falha ou imprudência, permite a implantação de programas e ações efetivas que contemplem o atendimento global à saúde e à educação, que proporcionem esclarecimentos sobre direitos, opções e responsabilidades, que respeitem os valores comunitários e as individualidades.

Programas estes não estruturados em imposição de regras, discriminação, rótulos, ameaças ou valores pré-definidos, e sim nas vivências e lógicas que determinam os comportamentos, que abandonem estereótipos, preconceitos e a visão de irresponsabilidade

dos casais de adolescentes, pois assim terão uma probabilidade maior de intervir positivamente nas áreas de sexualidade e reprodução na adolescência.

Ao longo do estudo foi investigada a gravidez na adolescência, abrangendo os riscos no desenvolvimento físico, emocional e social nas jovens mães, durante e após a gestação.

Constatou-se que as adolescentes não têm conhecimento sobre o seu próprio corpo, em transição, e as consequências que uma gravidez precoce pode desencadear para o futuro da adolescente e da criança gerada em um ventre imaturo.

Percebe-se que quanto mais precoce se desenvolve uma gravidez, mais prejuízo ocorre para o binômio mãe e filho, reduzindo assim, as perspectivas de futuro de ambos, e comprometendo a realização profissional da jovem mãe.

Sabe-se que a gestação da adolescência é considerada de risco sendo, de modo geral, enfrentada com dificuldades em todos os aspectos da vida tais como, o financeiro, emocional, biológico e social, interferindo no acompanhamento do desenvolvimento da gestação por parte das mães das adolescentes grávidas, e também por parte dos profissionais de saúde. Diante disso, é necessário que se faça saber as perspectivas da adolescente que enfrenta as adversidades de uma gestação precoce, assim como o conhecimento a respeito da relevância das consultas de pré-natal no acompanhamento da gravidez.

A gravidez nesse grupo populacional, em alguns países, está sendo considerado um problema de Saúde Pública, visto que, podem ocorrer diversos problemas obstétricos, com repercussões para mãe e para a criança, bem como problemas psicossociais e econômicos.

A gravidez na adolescência aparece sob o enfoque de “risco”, associada a “um imaginário” contemporâneo da adolescência enquanto período de instabilidade, caracterizado por crises psíquicas da jovem para criar uma criança, deixando-a propensa a contrair doenças infecto contagiosa ou acidentes.

Destacou-se o reconhecimento da gravidez nessas circunstâncias, configura-se como um fator de interesse social e problema de saúde pública devido às consequências mencionadas necessitando de atendimento imediato e diferenciado nos serviços de saúde. Nesse sentido, tem-se sugerido a inclusão do pai do bebê, sobretudo quando esse pai se trata também de um adolescente, da família, ou até de outra pessoa responsável para acompanhar a adolescente ao atendimento de saúde, no intuito de garantir a avaliação dos riscos da gestação, tornando-a prazerosa e com menor índice de morbimortalidade materno infantil.

A gravidez na adolescência consiste em um parâmetro de classificação de risco. Em se tratando de uma gravidez de risco, faz-se necessário destacar que não é tarefa fácil, uma vez

que o conceito de riscos está associado ao de probabilidades, e o encadeamento entre o fator de risco e o dano nem sempre está explicitado.

Os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, devem ter o cuidado peculiar com a adolescente grávida, tentando atender todas as suas necessidades de forma integral.

Essa circunstância acarreta uma situação dramática, como por exemplo, o abandono dos estudos ou o adiamento, maior dependência econômica dos pais, visto que a maioria das jovens continua morando com ele mesmo após o nascimento dos seus filhos, visto que na maioria dos casos o pai também é um adolescente, mesmo com todas as responsabilidades e acima de tudo as dificuldades, são comuns os relatos de muitas adolescentes encontram-se contentes com a perspectiva de serem mães e o desejo de ter o filho que esperam.

Ao se contrapor à visão do desenvolvimento natural nesta fase, a maternidade na adolescência pode ser considerada como prenúncio de sentimento de angústia, incerteza, insegurança entre tantos outros. Fica evidente que ela anuncia a transgressão e a jovem enfrenta a necessidade de provar que é capaz de responder a demanda exercida na tarefa da maternidade. O bem-estar afetivo das adolescentes grávidas é importante para si, para o desenvolvimento da gestação e para bebês saudáveis.

As razões pelas quais as adolescentes engravidam cada vez mais e em idade precoce são múltiplas, entre elas a irregularidade inicial, tanto da ovulação quanto do tempo dos ciclos menstruais. Essa irregularidade contribui para a difundida suposição entre as meninas que estão entrando na adolescência de que não podem engravidar por que são jovens demais.

Neste sentido, observou-se a necessidade de investigar o perfil das adolescentes presentes neste estudo, com o intuito de ampliar os conhecimentos sobre a temática em questão.

A análise nos permitiu também, identificar e descrever que as adolescentes manifestaram certo desejo de ampliar seus conhecimentos em relação aos métodos de contracepção; por isso entendemos que é importante a participação dos pais, professores e enfermeiros na educação sexual dessas adolescentes. No entanto sabemos que para que isso se concretize, é necessário criar estratégias de capacitação para os estes profissionais, no sentido de prepará-los para envolver as adolescentes nos programas educacionais a fim de possibilitar a esta faixa etária um melhor conhecimento do seu próprio corpo e também dos métodos contraceptivos de maneira interligada com suas próprias vidas, considerando suas deficiências e facilidades, para reduzir os riscos de uma gravidez precoce. É preciso, então, garantir o acesso às informações de todos os métodos contraceptivos para que as adolescentes possam conhecer discutir, escolher, enfim, negociar o melhor método para si próprio.

A gravidez na adolescência é um grave problema social que só será resolvido quando os adolescentes entenderem a importância da prevenção e do sexo seguro, vendo-o como uma atitude que deve ser tomada com muita segurança e respeito.

A função de pais e educadores é fazer com que o jovem assimile esse mundo de informações que lhes são jogadas diariamente e não apenas acreditar que eles já sabem tudo.

6. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Conceição de Maria de; BESSA, Adriana Ribeiro; BEZERRA, Maria Gorete. Gravidez de Risco na Percepção da Adolescente Primigesta. **Revista Tendências de enfermagem Profissional**. COREM-Ce, vol.2, nº1, março-2010.

BOCARDI, Maria Inês Brandão. **Assistência Pré-Natal na Adolescência: Concepções das Adolescentes e dos Profissionais de Saúde**. Ribeirão Preto, Tese de Doutorado da Universidade de São Paulo – USP. 2004. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-03052005-114332/pt-br.php>. Acesso em 14 nov 2010.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 96p.

BRITO, Maria da Conceição Coelho; NOGUEIRA, Denise Lima; BORGES, Viviane de Sousa, e et al. Mitos e Tabus Sobre Maternidade Precoce para Primíparas. **Revista Tendências de enfermagem Profissional**. COREM-Ce, vol.2, nº1, março-2010.

FERNANDES, Rosa Áurea Quintela, NARCHI, Nádia Zanon, (orgs). **Enfermagem da mulher**. Barueri: Manole, 2007.

GOLDENBERG, Paulete; FIGUEIREDO, Maria do Carmo Tolentino; SILVA, Rebeca de Souza. Gravidez na adolescência, Pré-natal e Resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, Julho-Agosto, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/10.pdf>. Acesso em 18 mar 2010.

IBGE. Análise das Informações. Gravidez na Adolescência. Estatística de Registro civil, v 29, 2002. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/registrocivil/2002/comentarios.pdf> Acesso em: 27 fev 2010.

LIMA, Maria Aparecida Rodrigues de Oliveira; LIMA, Luanda de oliveira. Planejamento Familiar: Conflitos e Soluções. **Fazendo Gênero 8 – Corpo, Violência e Poder**. Florianópolis 25 a 28 de agosto 2008. Disponível em: http://www.fazendogenero8.ufsc.br/sts/ST58/Lima-Lima_58.pdf. Acesso em: 20 jul 2010

LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. **Enfermagem na saúde da Mulher**. Goiânia, AB, 2006.

Ministério da Saúde. **PROSAD**. Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas. Brasília: Ministério da Saúde, Nov.,1989, 24 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_05.pdf Acesso em: 27 set 2010

Ministério da Saúde. **Normas de atenção à saúde integral do adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. 1v, 2v, 3v.

MONTARDO, Jorge. Gravidez em Adolescentes. **Contexto e Educação**, Gênero e Educação – um diálogo necessário, Ijuí, n.71/72, p. 93-109, jan-dez 2004. Disponível em http://educacaosexual.pbworks.com/f/Gravidez_em_adolescentes.pdf. Acesso em: 23 fev 2010.

SANTOS, Verena Castellani Vitor. **Gravidez na adolescência**. Artigo disponível em http://www.medstudents.com.br/content/resumos/Gravidez_na_adolescencia.doc Acesso em: 23 fev 2010.

SILVA, Lucia, TONETE; Vera Lucia Pamplona. A Gravidez na Adolescência sob a Perspectiva dos Familiares: Compartilhando Projetos de Vida e Cuidado. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.14, n. 2, p. 199 – 205, mar-abr. 2006.

SILVA, Maria aparecida da; BATISTA, Alice aparecida; OLIVEIRA, Juliana Parreira de. **A Percepção do Risco de Gravidez na Adolescência**. Departamento de enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade Católica de Goiás. 2002. Disponível em: http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/monografia/monografia_06.pdf. Acesso em 3 nov 2010.

SILVA, Patrícia Rangel. **Gravidez na adolescência**. Monografia II, UERJ, 2003 disponível em http://www.educacao.uerj.br/Monografias/2003/GRAVIDEZ_NA_ADOLESCENCIA.pdf Acesso em: 23 fev 2010

SOUZA, VLC; CORRÊA, MSM; SOUZA, SL; BEZERRA, MA. O aborto entre adolescentes. **Rev Latino-am Enfermagem** 2001 março; 9(2): 42-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11513.pdf>. Acesso em: 1 ago 2010

VIERA, Sonia; HOSSNE, William Saad. **Metodologia Científica para a Área de Saúde**. Rio de Janeiro: Campus 2001

VITALLE, Maria Sylvia de Souza; AMANCIO, Olga Maria Silvério. **Gravidez na adolescência**. Artigo da UNIFESP/EPM, SP. Disponível em: <http://www.brazilpednews.org.br/set2001/bnpar101.htm>. Acesso em: 23 fev 2010

ANEXOS

**FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO
GRANDE DO NORTE**

CURSO DE ENFERMAGEM

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA
ADOLESCÊNCIA NO BAIRRO DE BOM PASTOR**

Discente: Layse Cândida Dantas Bentes

- 1- Idade ()
- 2- Situação escolar
 - a. Parou de estudar devido à gravidez?: sim () não ()
 - b. Parou antes da Gravidez?: sim () não ()
 - c. Não parou ()
 - d. Concluiu o ensino médio?: sim () não ()
- 3- Atividade
 - a. Do lar: ()
 - b. Estudante: ()
 - c. Tem emprego: ()
- 4- Planejamento da gravidez
 - a. Gravidez planejada? ()
 - b. Gravidez não planejada? ()
 - c. Usou algum tipo de método anticoncepcional?: sim () não ()
* Se sim, qual? _____
- 5- Relato de conflito
 - a. Sem conflito em casa?: ()
 - b. Com conflito?: ()
- 6- Idade do Pai do bebê:
 - a. < 19 anos ()
 - b. 19 – 25anos ()
 - c. 26 – 30 anos ()
 - d. > 30 anos ()



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE

FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO NORTE

CURSO DE ENFERMAGEM

RUA PREFEUITA ELIANE BARROS, nº: 2000- TIROL, NATAL-RN

CEP: 59014-540. FONE:/FAX: (84) 3215-2917/3215-2918 SITE: WWW.FARN.BR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

Esclarecimentos

O (a) Sr (a):

Este é um convite para você participar da pesquisa que tem como título **“Atuação do Enfermeiro na Prevenção da Gravidez na adolescência no bairro de Bom Pastor- NATAL/RN”**. Coordenado pela professora Dr. Izete Soares da Silva Dantas Pereira.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

A pesquisa procura investigar o número de gestantes na faixa etária entre 10 e 19 anos de idade no bairro de Bom Pastor e estimular atividades direcionadas que possam contribuir para a redução da morbi-mortalidade materno-infantil. A pesquisa tem como justificativa, o alto índice de gravidez entre as adolescentes no Bairro de Bom Pastor que procuram o serviço de saúde da UBS.

Caso aceite o convite, você será submetido (a) a uma entrevista com 6 perguntas fechadas, abertas e mistas sobre a gestação, registrando informações como idade, situação escolar, atividade laboral, se a gestação foi planejada ou não, se ocorreram ou não conflito decorrente da gestação com a família e parceiro, uso de métodos anticoncepcionais, idade do pai e tipo de relacionamento, com o objetivo de traçar o perfil sócio-econômico das adolescentes gestantes no bairro de Bom Pastor.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, em caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Você ficará com uma copia deste termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para professora Dra. Izete Soares da Silva Dantas Pereira, no endereço: FARN – Faculdade Natalense Para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte – Coordenação do Curso de Enfermagem - Curso de Graduação em Enfermagem, Rua Prefeita Eliane Barros, 2000 – Tirol, Natal, RN, CEP: 59014-540. Fone/fax: (84) 3215-2917/3215-2918. Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN no endereço: Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova, Natal/RN ou pelo telefone (0xx84) 3215-3135.

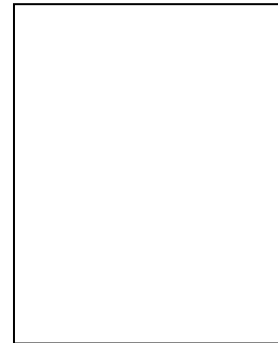
Desde já agradecemos a disponibilidade em participar voluntariamente do estudo, e caso aceite participar solicitamos a sua confirmação neste documento.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, e concordo em participar voluntariamente da pesquisa tendo como título: **“Atuação do Enfermeiro na Prevenção da Gravidez na Adolescência no Bairro de Bom Pastor- NATAL/RN**

Natal, ____ de _____ de 2010

Participante da Pesquisa



Impressão datiloscópica

Pesquisador responsável

PROFESSORA DRA. IZETE SOARES DA SILVA DANTAS PEREIRA

FARN-Faculdade Natalense Para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte – Coordenação do Curso de Enfermagem - Curso de Graduação em Enfermagem, Rua Prefeita Eliane Barros, 2000 – Tirol, Natal, RN, CEP: 59014-540. Fone/fax: (84) 3215-2917/3215-2918.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFRN endereço: Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova, Natal/RN ou pelo telefone (0xx84) 3215-3135



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP**

PARECER N° 192/2010

Prot. nº	072/10 CEP/UFRN
CAAE	0081.0.051.000-10
Projeto de Pesquisa	Atuação do enfermeiro na prevenção da gravidez na adolescência no bairro de Bom Pastor.
Área de Conhecimento	4 - CIÊNCIAS DA SAÚDE 4.04 - Enfermagem
Pesquisador Responsável	Izete Soares da Silva Dantas Pereira
Instituição Onde Será Realizado	Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte - FARN
instituição Sediadora	Unidade Básica de Saúde de Bom Pastor
Nível de abrangência do Projeto	Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
Período de realização	Início - fev/2010 - Término - dez/2010 Arrolamento: Início - jul/2010 - Término - ago/2010
Revisão ética em	29 de julho de 2010

RELATO

1. RESUMO

O referido projeto tem como objetivos: traçar o perfil sócio-econômico de adolescentes grávidas; investigar o número de adolescente; estimular a prevenção da gravidez pelo uso de métodos contraceptivos além de orientar as referidas adolescentes dos riscos existentes de uma gravidez não planejada. Esta é uma pesquisa de cunho exploratório com caráter quali-quantitativo, aplicada na população de adolescentes grávidas na faixa etária entre 10 e 19 anos e será realizada na Unidade Básica de Saúde do Bairro de Bom Pastor.

Este projeto tem por finalidade a monografia referente ao Trabalho de Conclusão de Curso da aluna Layse Cândida Dantes Bentes.

2. ENTENDIMENTOS E PARECER

Considerando que as pendências expostas por este Comitê foram adequadamente cumpridas, o Protocolo de Pesquisa em pauta enquadra-se na categoria de APROVADO.

3. ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR

Em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em pesquisa (Brasília, 2002) e Res. 196/96 – CNS o pesquisador deve:

1. entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Res. 196/96 CNS – item IV.2d);
2. desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Res. 196/96 – CNS item III.3z);
3. apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p. 41);