

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E REPRODUTIVO DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS ACOMPANHADAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CANINDÉ

SOCIODEMOGRAPHIC AND REPRODUCTIVE PROFILE OF PREGNANT TEENAGERS ACCOMPANIED IN THE BASIC HEALTH CARE UNIT OF THE MUNICIPAL DISTRICT OF CANINDÉ

PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO Y DE FECUNDIDAD DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS ASISTIDAS EN LA UNIDAD BÁSICA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE CANINDÉ

ANNA YÁSKARA CAVALCANTE CARVALHO¹

LORENA BARBOSA XIMENES²

FERNANDA CAVALCANTE FONTENELE³

REGINA CLÁUDIA MELO DODT⁴

O estudo objetivou caracterizar o perfil sociodemográfico e reprodutivo de adolescentes grávidas acompanhadas em unidade básica de saúde, no município de Canindé-Ceará e verificar suas redes sociais de apoio. Estudo quantitativo, com entrevista a 23 adolescentes em acompanhamento pré-natal, de dezembro de 2006 a janeiro de 2007. Destas, 15 (65,2%) tinham entre 17-19 anos; 12 (52,2%) possuíam o ensino fundamental incompleto; 21 (91,3%) não estudavam nem trabalhavam; 14 (60,9%) tiveram a menarca entre 11-12 anos e a coitarca aos 15-17 anos. Ainda, 20 (87,0%) já usaram contraceptivos. 18 (78,3%) eram primigestas; 15 (65,2%) admitiram não ter planejado a gravidez atual; 13 (56,5%) nunca receberam educação sexual na família e 16 (69,6%) nunca buscaram informações por profissionais de saúde. Conclui-se que questões reprodutivas, como menarca e iniciação sexual precoce, orientação sexual no ambiente familiar e escolar insatisfatória e baixa procura por serviços de saúde, podem estar diretamente relacionadas à gravidez precoce.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez na adolescência; Centros de Saúde; Programa Saúde da Família.

The study aimed to characterize the socio-demographic and reproductive profile of pregnant teenagers accompanied by a basic health care unit in the municipal district of Canindé, state of Ceará, in order to verify their social networks of support. The research relies upon a quantitative study made from December 2006 to January 2007 with interviews with 23 adolescents in prenatal care. Of those, 15(65.2%) were aged between 17 to 19 years of age; 12 (52.2%) had incomplete primary school; 21(91.3%) neither had been to school, nor had a job; 14 (60.9%) had had the menarche between 11-12 years of age and coitarche between 15-17 years of age. Still, 20 (87.0%) had made use of some form of contraception; 18 (78.3%) were firstborns; 15 (65.2%) admitted that the current pregnancy had been unplanned; 13 (56.5%) had never had sexual education from the family and 16 (69.6%) had never looked for information from health professionals. It was concluded that reproductive issues, such as menarche and early sexual initiation, weak sexual education within family and school environments as well as low demand for health care are directly related do early pregnancy.

KEYWORDS: Pregnancy in adolescence; Health Centers; Family Health Program.

El propósito del estudio fue caracterizar el perfil socio demográfico y de fecundidad de adolescentes embarazadas asistidas en unidad básica de salud, en el municipio de Canindé-CE y verificar sus redes sociales de apoyo. Estudio cuantitativo, con entrevista realizada a 23 adolescentes en asistencia prenatal, de diciembre de 2006 a enero de 2007. De éstas, 15 (un 65,2%) tenían entre 17-19 años; 12 (un 52,2%) poseían enseñanza secundaria incompleta; 21 (un 91,3%) no estudiaban ni trabajaban; 14 (un 60,9%) tuvieron la menarquía entre 11-12 años y la coitara a los 15-17 años. Todavía, 20 (el 87,0%) ya utilizaron métodos anticonceptivos, 18 (un 78,3%) eran gestantes primarias; 15 (un 65,2%) admitieron que no planearon el embarazo actual; 13 (un 56,5%) nunca recibieron educación sexual por parte de la familia y 16 (un 69,6%) no buscaron informaciones a través de los profesionales de salud. Se concluye que cuestiones de fecundidad, como menarquía, iniciación sexual precoz, orientación sexual en el ambiente familiar y escolar insuficiente y poca búsqueda de información en los servicios de salud, pueden estar directamente vinculadas al embarazo precoz.

PALABRAS CLAVE: Embarazo en adolescencia; Centros de Salud; Programa de Salud Familiar.

¹ Especialista em Saúde da Família. Enfermeira Assistencial do Programa Saúde da Família (PSF) de Canindé, Brasil. E-mail: annayaskara@hotmail.com

² Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto IV do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC. Fortaleza (CE), Brasil; Coordenadora do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem. Coordenadora do Projeto de Pesquisa Promoção da Saúde da Criança e da Família. Tutora do Programa de Educação Tutorial (PET). E-mail: lbximenes@yahoo.com.br

³ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFC. Mestre em Enfermagem. Enfermeira Assistencial da Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC. Fortaleza (CE), Brasil. Integrante do Projeto de Pesquisa Saúde do Binômio Mãe-Filho. E-mail: fernanda.fontenele@oi.com.br

⁴ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFC, Brasil. Enfermeira Assistencial do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS) e Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC). Integrante do Projeto de Pesquisa Promoção da Saúde da Criança e da Família. Avenida Heróis do Acre, nº 50; Ed Passaré II, aptº 104. Bairro Passaré. Fortaleza – CE. Brasil. CEP: 60.743.760. E-mail: reginadodt@yahoo.com.br / reginadodt@hias.ce.gov.br

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma etapa de vida situada entre a infância e a fase adulta, caracterizada por intensas modificações físicas, sociais, sexuais e emocionais. Geralmente seu início é associado ao aparecimento dos caracteres sexuais secundários e o fim ao término do crescimento corporal, tudo isto acontecendo por volta dos 10 aos 19 anos de idade^(1,2).

Apesar de normalmente os adolescentes fazerem parte de um grupo considerado menos exposto ao risco de adoecer e morrer, cada vez mais se observa eventos de morbimortalidade nesta faixa etária, dos quais se destacam os agravos ligados à reprodução, como as complicações da gravidez, do parto, puerpério, abortos, doenças sexualmente transmissíveis (DST), dentre outros^(1,3).

No Brasil, há aproximadamente 30 anos, a temática da gravidez na adolescência tem preocupado profissionais de saúde, assim como diferentes segmentos sociais⁽⁴⁾. Apesar da redução no número médio de filhos por mulher em todo o país, houve um ligeiro aumento na proporção de meninas de 15 a 17 anos de idade com filhos, de 6,8% para 7,1%, no período de 2004 para 2005, tendo sido mais acentuado nas Regiões Norte (1,6 ponto percentual) e Nordeste (0,5 ponto percentual)⁽⁵⁾.

O aumento na ocorrência de gravidez nessa faixa etária tem contribuído diretamente para um aumento das complicações obstétricas, de modo que as internações por gravidez, parto e puerpério correspondem a 37% das internações entre mulheres de 10 a 19 anos no SUS, sendo então uma importante causa de morbidade⁽⁶⁾.

Por todas essas questões, a ocorrência de gestação durante a adolescência é um tema que tem merecido destaque em nível mundial, em particular nos países em desenvolvimento, pois constitui um problema relevante no campo da saúde pública, não somente pelo seu risco biológico, mas principalmente pelas suas repercussões psicossociais⁽⁷⁾.

A gravidez, então, traz importantes repercussões para a vida das adolescentes, que na maioria das vezes não estão preparadas para assumir eficazmente o papel de mulher, mãe e esposa, pois a ocorrência deste evento, além

de ser precoce, é também, em muitos casos, não desejada ou não planejada.

Dentre as implicações obstétricas normalmente relacionadas à imaturidade física das futuras mães adolescentes, são apontadas má formação fetal, crescimento fetal alterado, desproporção feto-pélvica, hemorragia fetomaternal, problemas com a cavidade amniótica, doença hipertensiva específica da gravidez, parto prematuro, recém-nascido com baixo peso, infecção puerperal, dentre outras^(1,3,8,9).

Além disso, tem-se observado que muitas adolescentes grávidas optam por isolar-se do convívio da sociedade e do seu ciclo de amizades, sendo que a maioria chega a abandonar os estudos por conta da gravidez, condição esta que certamente acarretará implicações negativas em relação ao futuro da gestante e do seu filho⁽¹⁰⁾.

Desta forma, percebe-se que a adolescência pode não ser o melhor período para o desenvolvimento de uma gestação. No entanto, a sua incidência é um fato bastante observado nos serviços de saúde, sugerindo-nos que não se tem conseguido atender às reais necessidades desta clientela no que diz respeito à abordagem da saúde reprodutiva e sexual.

Assim, tais questões merecem ser melhores investigadas, como também devem ser reconhecidas as implicações deste evento em todo o contexto de vida das adolescentes. Para tanto, a Atenção Básica, inserida no Programa Saúde da Família, deve funcionar de acordo com seus princípios e diretrizes, que defendem a formação de vínculos entre os serviços, os profissionais e os usuários, com base nos núcleos familiares, tendo em vista o aumento da cobertura à família e à comunidade como um todo, garantindo o caráter humanitário e a adoção de medidas para a prevenção e promoção da saúde das adolescentes e de suas famílias⁽¹¹⁾.

Diante do exposto, vê-se que as adolescentes, então, vivenciam complexas e diferenciadas situações que podem implicar diretamente no período gravídico, e conseqüentemente no binômio mãe-filho, o que leva a fazer a seguinte indagação: Quem são as adolescentes grávidas que estão sendo acompanhadas na Unidade Básica

de Saúde no Programa Saúde da Família do Município de Canindé-CE? Portanto, em busca de responder a esse questionamento foram elaborados os seguintes objetivos: caracterizar o perfil sociodemográfico e reprodutivo das adolescentes grávidas acompanhadas na Unidade Básica de Saúde, no município de Canindé-CE e verificar os papéis das redes sociais de apoio destas adolescentes no período gravídico.

METODOLOGIA

O estudo foi do tipo descritivo, que tem como finalidade observar, classificar, descrever um fenômeno, optando-se por uma abordagem quantitativa, em que o pesquisador já tem o seu objeto definido, e tem como um de seus objetivos a descrição das relações quantitativas entre as variáveis especificadas⁽¹²⁾.

A pesquisa foi realizada no município de Canindé, localizado a cerca de 120 km de Fortaleza. O município tem como forte o turismo religioso, pois possui um dos maiores santuários franciscanos do mundo. Sua população é composta por cerca de 70 mil habitantes, acompanhados por dezesseis Equipes de Saúde da Família (ESF). É oportuno salientar que especificamente na Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) João Paulo II, local selecionado para esta pesquisa, a partir de dados retirados do SIAB*/Canindé, referentes ao primeiro semestre de 2006, observou-se uma média de 40 gestantes/mês, sendo que cerca de 30% destas eram menores de 20 anos, superando a média do município, que a qual foi de 24,2% no mesmo período.

Essa unidade foi escolhida por ser um das mais populosas do município (aproximadamente 1.500 famílias) e por ter apresentado uma tendência crescente de adolescentes que procuravam o serviço de pré-natal em oposição ao número de adolescentes que procuravam serviços preventivos, superando outras unidades no que se refere a esse indicador, o que justifica a seleção dessa unidade em relação às outras.

A população de gestantes adolescentes (menores de 20 anos) que se encontrava em acompanhamento pré-natal no período de dezembro de 2006 a janeiro de 2007, na UBASF João Paulo II, localizada no bairro de mesmo nome, na sede do município de Canindé, foi de 25, das quais uma pariu antes que pudesse ser convidada a participar do estudo e uma foi transferida para outra UBASF devido à mudança de domicílio, também antes de ser abordada, o que nos fez chegar a uma amostra de 23 gestantes.

Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) foram às residências fazer o convite às adolescentes selecionadas e pediram autorização, por escrito, aos responsáveis para que elas participassem do estudo, de modo que todas as 23 gestantes puderam participar do estudo. A coleta de dados foi desenvolvida no consultório de Enfermagem da UBASF, através de entrevista, utilizando um formulário que constava de variáveis referentes às questões sócio-demográficas e aspectos inerentes aos aspectos reprodutivos das clientes, de acordo com agendamento prévio.

Foram respeitados os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹³⁾. O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, em reunião de 23 de novembro de 2006, sob o protocolo nº 246/06.

Elaborou-se um banco de dados em planilha eletrônica, utilizando-se o programa Excel 2003. A análise exploratória dos dados constou de frequências absolutas e relativas, apresentados em tabelas, analisados por meio da estatística descritiva e discutidos de acordo com a literatura pertinente.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nessa etapa serão apresentados e discutidos os dados que foram obtidos a partir da entrevista com as 23 gestantes que fizeram parte da amostra, em relação às questões sociodemográficas e reprodutivas e outros aspectos inerentes ao ciclo gravídico das adolescentes.

* Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB

TABELA 01 – DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DAS ADOLESCENTES GRÁVIDAS ACOMPANHADAS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF JOÃO PAULO II). CANINDÉ, CE. 2006 -2007

Variáveis	Nº	%
Idade		
14 – 16 anos	08	34,8
17 – 19 anos	15	65,2
Escolaridade		
Ensino Fundamental incompleto	12	52,2
Ensino Fundamental completo	02	8,7
Ensino Médio incompleto	05	21,7
Ensino Médio completo	04	17,4
Ocupação		
Nenhuma	21	91,3
Estuda e/ou exerce atividade remunerada	02	8,7
Situação Conjugal		
Solteira	08	34,8
Casada	03	13,0
União consensual	12	52,2
Mora com quem atualmente		
Apenas com o parceiro	08	34,8
Com o parceiro na casa de familiares	07	30,4
Com familiares e sem o parceiro	08	34,8
Renda Familiar		
Até 1 salário mínimo	15	65,2
De 1 a 2 salários mínimos	06	26,1
Superior a 2 salários mínimos	02	8,7

De acordo com a Tabela 1, pode-se inferir que das 23 adolescentes gestantes desse estudo, 15 (65,2%), encontravam-se na faixa etária de 17 e 19 anos de idade e 08 (34,8%) tinham idade inferior a 17 anos, o que corrobora com o aumento de 104,2% na ocorrência de partos na faixa dos 14 anos e de 58,8% aos 15 anos observados nos últimos anos⁽⁹⁾.

Em relação à escolaridade, pôde-se observar que mais da metade das adolescentes não concluíram sequer o ensino fundamental (12 – 52, 2%). E, das 09 gestantes que ingressaram no ensino médio, apenas 04 (17,4%) concluíram, dado semelhante ao encontrado em estudo realizado em Feira de Santana-Bahia⁽⁴⁾.

Esse fato é sem dúvida influenciado pela pouca idade materna, no entanto, de acordo com as idades observadas anteriormente 15(65,2%) adolescentes já ultrapassaram a faixa dos 17 anos, idade suficiente para ingresso no ensino médio. Não há dúvida de que essa condição implicará numa chance menor de trabalho remunerado e/ou colocações em atividades com baixa remuneração⁽¹⁴⁾.

Sobre a ocupação atual das adolescentes grávidas, obteve-se um número expressivo de adolescentes que re-

feriram não exercer nenhuma atividade (21 – 91,3%), se não os cuidados do lar, comprovando a influência da gravidez precoce nas questões ligadas à educação e trabalho, geralmente implicando atraso e/ou abandono dos planos educacionais e profissionais, sobretudo em adolescentes com classe econômica baixa⁽¹⁵⁾.

Em estudo semelhante, realizado em Botucatu (SP), a gravidez foi a responsável por 47,4% dos casos de abandono escolar. Tal fato pode estar relacionado à vergonha das jovens em assumirem a gestação diante de colegas e professores, devido aos possíveis julgamentos, pois se tem observado uma grande parte dos professores mal preparados para este tipo de situação, chegando a excluir das salas as meninas gestantes, com o intuito de não servirem de “mau exemplo”. Assim, muitas abandonam definitivamente a escola e as que retornam geralmente enfrentam atraso escolar^(14,16).

Em relação ao estado civil, percebe-se que as uniões consensuais ou ausência de união estável entre adolescentes costumam aparecer em maiores proporções^(8,17,18). Também foi observado nesse estudo que a maioria das adolescentes convive com seu companheiro, sendo 12 (52,2%) delas em união consensual e 03 (13%) casadas.

No que diz respeito à moradia das entrevistadas, pode-se constatar que as 08 (100,0%) adolescentes solteiras permaneceram com seus familiares. E, das 15 que viviam com o seu companheiro, somente 08 (53,3%) tinham seu próprio lar, ou seja, moravam apenas com o parceiro. As demais viviam com o parceiro na casa de seus familiares, evidenciando uma dependência dos familiares.

Finalmente, quanto à renda familiar, verifica-se que 15 (65,2%) adolescentes declararam renda familiar de até 01 salário mínimo, 06 (26,1%) afirmaram ter renda familiar entre 01 e 02 salários mínimos e apenas 02 (8,7%) superaram os 02 salários mínimos. Em 2005, entre as mulheres mais pobres em idade reprodutiva, cerca de 74% já tinham pelo menos um filho; enquanto que, entre aquelas com rendimento familiar *per capita* de 02 salários mínimos ou mais, a proporção era de apenas 49,2%⁽⁵⁾. Logo, as adolescentes desse estudo seguiram essa tendência, reflexo das condições de renda.

TABELA 02 – DISTRIBUIÇÃO DOS ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS DAS ADOLESCENTES GRÁVIDAS ACOMPANHADAS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF JOÃO PAULO II). CANINDÉ, CE. 2006 -2007.

Variáveis	Nº	%
Idade da Menarca		
9 – 10 anos	04	17,4
11 – 12 anos	14	60,9
13 – 14 anos	05	21,7
Idade da 1ª relação sexual (Coitarca)		
12 – 14 anos	09	39,1
15 – 17 anos	14	60,9
Procurou orientação de alguém antes do início da vida sexual		
Colegas	03	13,0
Parentes	02	8,7
Pais	02	8,7
Irmãos	01	4,4
Utilização prévia de contraceptivo		
Sim	20	87,0
Não	03	13,0
Se sim, o método mais utilizado		
Camisinha	10	50,0
Pílula	10	50,0
Se não, o motivo de não fazer uso		
Não pensou nisso	01	33,3
Queriu engravidar	02	66,6

Com relação aos dados ginecológicos e reprodutivos das adolescentes que participaram do estudo, percebe-se que a maioria vivenciou a menarca por volta dos 11 e 12 anos de idade (14 – 60,9%), 04 (17,4%) vivenciaram ainda mais cedo, aos 09 e 10 anos de idade, e 05 (21,7%) aos 13 e 14 anos de idade. No tocante à primeira relação sexual, pode-se observar que 09 (30,1%) adolescentes tiveram o início da vida sexual entre 12 e 14 anos, e 14 (60,9%) confirmaram esse início após os 15 anos de idade.

Historicamente, a idade média da menarca das adolescentes vem apresentando uma queda, diminuindo cerca de quatro meses a cada década. Esse fato, ao lado do pensamento mágico dos adolescentes de que nada acontece com eles, além da ocorrência cada vez mais cedo da iniciação sexual os induzem a várias situações de risco, condições estas que têm sido apontadas como facilitadoras para o aumento no número de gestações na adolescência^(15,16,19,20).

Sobre a busca por algum tipo de orientação antes de iniciar a vida sexual, um número expressivo de adolescentes (15 – 65,2%) referiu não ter procurado esse tipo de informação; 03 (13,0%) procuraram os colegas, 02 (8,7%) conversaram com os pais, 02 (8,7%) buscaram

por parentes e 01 (4,4%) buscou o auxílio de irmão. É oportuno destacar que nenhuma das adolescentes buscou por profissionais de saúde, pois mesmo quando buscaram algum tipo de informação, o fizeram através de familiares e amigos, indo de encontro às recomendações do Ministério da Saúde sobre o planejamento familiar, que preconiza o direito à educação em saúde sexual e reprodutiva, bem como o acesso aos métodos que os permitam evitar uma gravidez não planejada, cabendo aos serviços de saúde garantir atendimento aos adolescentes antes mesmo do início de sua atividade sexual⁽²¹⁾.

Em relação ao uso prévio de métodos contraceptivos, 20 (87,0%) adolescentes referiram ter utilizado algum método antes da gravidez, sendo a camisinha e a pílula os métodos mais utilizados, com 10 casos (50,0%) em ambos, o que revela que a maioria tinha algum conhecimento sobre o uso destes. Das 03 (13%) adolescentes que referiram nunca ter utilizado nenhum método anticoncepcional, 02 (66,6%) ressaltaram o desejo de engravidar e 01 (33,3%) relatou não ter pensado em nenhum tipo de método, não pensando nas conseqüências de tal atitude.

É fundamental que a equipe de saúde implemente a adoção do diálogo informativo a respeito das conseqüências ocasionadas pelas relações sexuais desprotegidas com os pais, adolescentes e professores, inovando a forma e a qualidade das informações, de modo a viabilizar maior aderência da população às práticas do comportamento sexual seguro⁽²²⁾.

TABELA 03 – DISTRIBUIÇÃO DOS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DAS ADOLESCENTES GRÁVIDAS ACOMPANHADAS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF JOÃO PAULO II). CANINDÉ, CE. 2006 -2007.

Variáveis	Nº	%
Nº de gravidezes		
01	18	78,3
02	02	8,7
03	03	13,0
Gravidez atual planejada		
Sim	08	34,8
Não	15	65,2
Se planejada, motivo da gravidez		
Estava na hora certa	04	50,0
Tentativa de manter o relacionamento	03	37,5
Insistência do parceiro	01	12,5
Início do pré-natal atual		
1º trimestre	14	60,9
2º trimestre	09	39,1

Segundo a Tabela 3, pode-se observar que a maioria das adolescentes (18 – 78,3%) estava vivenciando pela primeira vez a gravidez. No entanto, apesar de eventualmente a gravidez precoce consistir em um fator desestruturante, nem sempre a experiência faz com que a adolescente passe a prevenir-se de uma nova gravidez, como podemos concluir através deste estudo, onde 02 (8,7%) adolescentes encontravam-se na segunda gestação e 03 (13,0%) na terceira gravidez.

Alguns fatores estão fortemente associados à ocorrência de repetição da gravidez na adolescência, dos quais, a menarca precoce, 1ª relação sexual após curto intervalo da menarca, repetência escolar, abandono escolar, ausência de ocupação remunerada, baixa renda familiar, envolvimento com parceiros mais velhos, reação positiva da família à gravidez anterior, dentre outros. Tal fato certamente acarretará problemas devido ao pequeno intervalo interpartal, impondo ainda mais sobrecarga a essas garotas, que têm que cuidar de 02 ou 03 filhos e, muitas vezes, da casa e também do companheiro^(10,14).

Sobre a gravidez ter sido planejada ou não pelas adolescentes, pode-se constatar que a maioria das adolescentes grávidas admite não ter planejado a atual gestação (15 – 65,2%), mas um número significativo (08 – 34,8%) afirmou o contrário, ou seja, confessaram ter desejado e planejado a gravidez. Destas 08 adolescentes, 04 (50%) citaram como motivo de tal atitude o fato de considerarem esse momento de suas vidas como sendo a hora certa para engravidar, 03 (37,5%) adolescentes apontaram como motivo o fato de quererem manter o parceiro “preso” ao relacionamento e 01 (12,5%) citou a insistência do parceiro pela gravidez, mostrando desconhecimento das inúmeras implicações desse evento em suas vidas.

Diante disso o que se percebe é que, para algumas das entrevistadas, a gravidez pode ser compensatória e significar felicidade, principalmente quando seu futuro tem pouco a oferecer, quando quer sentir-se mais mulher, quando deseja sair da casa dos pais ou mesmo prender o namorado^(14,19,20,23).

As gestantes adolescentes costumam freqüentar menos as consultas ou ingressam tardiamente no acompanhamento pré-natal⁽¹⁷⁾. Felizmente, para a maioria das adolescentes desse estudo a busca pelo serviço ocorreu ainda no 1º trimestre (14 – 60,9%), tendo as demais iniciado no 2º trimestre (09 – 39,1%), fato esse que aumenta as chan-

ces da detecção precoce de agravos aos quais as gestantes adolescentes estão mais vulneráveis.

Para as gestantes adolescentes que ingressam tardiamente no pré-natal, representadas nesse estudo pelas 09 adolescentes que iniciaram no 2º trimestre, têm-se várias justificativas, observadas nas experiências profissionais e muitas vezes explicitadas por elas próprias, como a tentativa de esconder o fato da família frente muitas vezes à recusa do parceiro, vergonha, tentativas de aborto e ainda desconhecimento da própria gravidez por parte de algumas delas devido à irregularidade do ciclo menstrual comum nessa fase, de forma que muitas somente atentam para a possibilidade de gravidez após o crescimento da barriga e/ou percepção dos movimentos fetais.

Soma-se a isto a situação educacional inadequada dessas jovens, conforme visualizada na Tabela 01, levando-as a desconhecerem a importância de tal acompanhamento, pois não raro encontramos relatos de jovens que não demonstram nenhum conhecimento de práticas de saúde, seja relacionado ao tema gravidez ou mesmo a questões básicas, como higiene, nutrição, sinais e sintomas de doenças, dentre outros, o que reflete a situação educacional e cultural de milhares de jovens do Brasil, que estão em risco não só de engravidarem precocemente, mas também de tornarem-se vítimas de outros agravos passíveis de serem evitados com a melhora dos níveis de instrução e orientação.

TABELA 04 – DISTRIBUIÇÃO DAS REDES DE APOIO DAS ADOLESCENTES GRÁVIDAS ACOMPANHADAS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF JOÃO PAULO II). CANINDÉ, CE. 2006 -2007.

Variáveis	Nº	%
Orientação sobre sexualidade pela família antes da gravidez		
Sim	10	43,4
Não	13	56,5
Orientação sobre sexualidade na escola antes da gravidez		
Sim	16	69,6
Não	07	30,4
Busca de orientação sobre planejamento familiar na unidade de saúde		
Sim	07	30,4
Não	16	69,6
Se não, qual o motivo		
Não achava importante	07	43,7
Vergonha	03	18,7
Medo da divulgação de suas informações	03	18,7
Outros	03	18,7

A partir desta tabela, procurou-se investigar as redes sociais de apoio (família, escola e unidade de saúde) utilizadas pelas adolescentes quanto à atividade sexual.

Redes sociais de apoio consistem em pessoas, funções e situações que oferecem suporte ao indivíduo, em suas diferentes necessidades, no enfrentamento de transições normativas e não normativas no processo de desenvolvimento. Os suportes sociais recebidos e percebidos pelas pessoas são fundamentais para a manutenção da saúde mental; para o enfrentamento de situações estressantes; para o alívio dos estresses físico e mental; e para a promoção de efeitos benéficos nos processos fisiológicos⁽²⁴⁾.

Pode-se, então, constatar que um número significativo das adolescentes (13 – 56,5%) não tinha recebido orientações de seus familiares com relação à saúde reprodutiva e sexual, revelando as dificuldades dos pais em exteriorizar para os filhos experiências educativas inerentes à questão sexual, apesar da importância do ambiente familiar nesse contexto. Esse aspecto denuncia a falta de diálogo no ambiente familiar, realidade de nossa atual sociedade.

Já em relação ao papel da escola no que diz respeito à educação sexual, pode-se observar que a maioria das adolescentes (16 – 69,6%) relatou ter recebido orientação sexual no contexto escolar, não restando dúvida de que esse ambiente representa um local privilegiado para qualquer prática de educação e prevenção, principalmente quando se fala em saúde, pois na escola os jovens se sentem mais à vontade para dividir suas curiosidades e experiências⁽²⁵⁾.

Sobre o papel das unidades de saúde na captação precoce dos adolescentes, pode-se verificar que esta rede de apoio ainda não consegue alcançar de forma significativa esta fase da vida dos adolescentes, pois somente 07 (30,4%) adolescentes entrevistadas procuraram o serviço de saúde para receberem orientações sobre planejamento familiar, apesar de 20 (87,0%) adolescentes já terem feito uso prévio de contraceptivos (ver Tabela 2). Tal aspecto mostra que a maioria das adolescentes tem feito uso de métodos contraceptivos por conta própria, o que abre espaço para informações errôneas e conseqüentes falhas, além de deixarem de receber informações pertinentes sobre as doenças sexualmente transmissíveis, cuidado com as mamas e prevenção do câncer ginecológico.

É válido ressaltar que das 16 adolescentes que nunca buscaram este atendimento na Unidade de Saúde, 07 (43,7%) justificaram que não achavam importante, 03 (18,7%) citaram a vergonha, 03 (18,7%) temiam que suas informações pessoais fossem divulgadas e outras 03 (18,7%) justificaram com outros motivos (distância, falta de tempo), demonstrando que as unidades de saúde ainda não estão respondendo satisfatoriamente às demandas dessa clientela, sobretudo no tocante à prevenção e promoção à saúde, seja por desconhecimento da importância de tais atividades, despreparo profissional para lidar com essa população ou mesmo um sistema que pode estar priorizando alguns grupos em detrimento de outros, dos quais os adolescentes, comumente caracterizados como um grupo menos exposto ao risco de adoecimento, levando ao falso entendimento de que precisam de menos políticas de saúde.

Desse modo, a equipe de saúde deve ser preparada a trabalhar com a família tendo como pressuposto a interdisciplinaridade dos saberes, os conhecimentos adquiridos através da capacitação e o acolhimento. O acolhimento é uma tecnologia necessária para a reorganização dos serviços em busca da humanização e envolve projetos de intervenção⁽²⁶⁾. O acolhimento permite inicialmente a quebra da barreira profissional-cliente, barreira esta que muitas vezes dificulta o processo de saúde e, além disso, no caso dos adolescentes, pode ajudá-los a familiarizarem-se com o serviço, passando a buscá-lo com mais frequência, tirar dúvidas, participar ativamente dos momentos de orientação oferecidos, tanto no que diz respeito à prevenção da gravidez, como também aos relacionados à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, uso de drogas e outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da exposição concluímos que as adolescentes da pesquisa fazem parte de um segmento desfavorecido no que diz respeito à educação, renda e formação do lar. Além disso, estão vivenciando a gravidez muitas vezes por desejo próprio e por motivos que deixam claro o desconhecimento das inúmeras implicações deste evento nessa fase de suas vidas.

Destaca-se ainda o acompanhamento e orientação insuficiente por parte da família e principalmente do serviço de saúde, o qual deveria estar apto para tal, comprovado pelas informações de pessoas não qualificadas recebidas por essas jovens, planejamento familiar sem regularidade e sem o devido conhecimento dos métodos e suas utilizações.

O resultado tem sido os níveis crescentes de procura por atendimento pré-natal entre adolescentes nas unidades de saúde, enquanto ainda é pequena a busca por serviços de prevenção, promoção e educação em saúde especialmente neste grupo, indo de encontro à proposta da atenção primária.

É preciso investir, então, na humanização dos serviços, na extensão do trabalho para além das salas e consultórios das unidades de saúde, na capacitação de profissionais e no aprimoramento de trabalhos educativos, que devem também ser estendido às famílias, escolas e comunidade em geral. E, quando não for possível evitar a gravidez, cabe aos serviços de saúde garantir o acesso dessas adolescentes ao pré-natal o mais precocemente possível, de forma respeitosa e livre de julgamentos e preconceitos, para que sejam prevenidas as várias complicações passíveis de ocorrer com essas jovens e seus conceitos.

A enfermeira tem papel incontestável nesse contexto enquanto agente promotora de saúde e tendo conhecimento do perfil levantado nesse estudo, pode ter seu trabalho mais bem norteado, podendo intervir baseada em evidências, implementando assim medidas eficazes para o transcorrer normal da adolescência, promovendo estratégias para atrair as jovens clientes à unidade de saúde, de modo a favorecer a manutenção de um ambiente saudável para as famílias como um todo, no respectivo município.

REFERÊNCIAS

1. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará . Guia para a prestação de serviços em saúde reprodutiva. Fortaleza: 1998.
2. Whaley LF, Wong DL. Enfermagem pediátrica – elementos essenciais à intervenção efetiva. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
3. Siqueira AAF, Tanaka ACD. Mortalidade na adolescência com especial referência à mortalidade materna, Brasil, 1980. *Rev. Saúde Pública.* 1986; 20(4): 274-9.
4. Costa MCO, Lima IC, Martins Júnior DF, Santos CAST, Araújo FPO, Assis DR. Gravidez na adolescência e coresponsabilidade paterna: trajetória sociodemográfica e atitudes com a gestação e a criança. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005; 10(3): 719-27.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese dos indicadores sociais 2006. Rio de Janeiro: 2006. [citado 2008 ago 08]; Disponível em: http://www.ibge.com.br/home/presidencia/noticias/noticia_
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Departamento de Informação e Informática do SUS. Indicadores e dados básicos – Brasil – 2003. Brasília, 2003. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2003/matriz.htm>. Acesso em: 08 ago. 2008.
7. Chemello CS, Tanaka ACA, Buzzetti MC, De Lorenzi DRS. Estudo da incidência de gravidez entre adolescentes no município de São Marcos RS* *Rev Cient AMECS.* 2001; 10(1): 33 – 8
8. Simões VME, Silva AAM, Bettiol H, Lamy Filho F, Tonial SR, Mochek EG. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. *Rev Saúde Pública.* 2003; 37(5): 559-65.
9. Yazlle MEHD, Mendes MC, Patta MC, Rocha JSY, Azevedo GD, Marcolin AC. A adolescente grávida: alguns indicadores sociais. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2002; 24(9): 609-14.
10. Persona L, Shimo AKK, Tarallo MC. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. *Rev Latino-am Enferm.* 2004; 12(5): 745-50.
11. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. O jeito cearense de fazer o SUS – um guia para os gestores municipais. Fortaleza, 2004. [citado 2008 ago 08]; Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/internet/htmls/outrosindicadoresepublicacoes.html>.
12. Dencker AFM, Viá SC. Pesquisa empírica em ciências humanas: com ênfase em comunicação. São Paulo: Futura; 2001.

13. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde de Ética em Pesquisa. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996; 4(2 supl.):15-25.
14. Godinho RA, Schelp JRB, Parada CMGL, Bertoncello NMF. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? *Rev Latino-am Enferm*. 2000; 8(2): 25-32.
15. Montgomery M. *Mulher: o negro do mundo*. 5ª. ed. São Paulo: Gente; 1997.
16. Cavalcanti APLS, Zeni AP, Pinheiro EB, Pessoa FPLS, Barbosa EMS. Aspectos psicossociais de adolescentes gestantes atendidas em um serviço público da cidade do Recife. In: Ramos FRS, Monticelli M, Nitschke RG. Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: ABEN; 2000. p. 112-8.
17. Aquino-Cunha M, Andrade MQ, Tavares Neto S, Andrade T. Gestação na adolescência: relação com o baixo peso ao nascer. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2002; 24(8): 559-65.
18. Freitas GVS, Botega NJ. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Rev Assoc Med Bras*. 2002; 48(3): 245-9.
19. Souza VLC, Corrêa MSM, Souza SL, Beserra MA. O aborto entre adolescentes. *Rev Latino-am Enferm*. 2001; 9(2): 42-7.
20. Lima CTB, Feliciano KVO, Carvalho MFS, Souza APP, Menabó JBC, Ramos LS. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2004; 4(1): 71-83.
21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_direitos_sexuais_2006.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2008.
22. Holanda ML, Machado MFAS, Vieira NFC, Barroso MGT. Compreensão dos pais sobre a exposição dos filhos ao risco das IST/AIDS. *Rev Rene*. 2006; 7(1): 27-34.
23. Pinheiro AKB. Depois do parto tudo muda: um novo olhar sobre adolescentes nutrizes. 2003. [tese]. Fortaleza: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2003.
24. Dessen MA, Braz M. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicol Teor Pesq*. 2000; 16(3): 221-31.
25. Rocha CRM, Ferriani MGC, Souza MSS. Acompanhamento do adolescente na escola. In: Associação Brasileira de Enfermagem. *Adolescer-compreender, atuar, escolher*. Brasília: ABEn; 2001. p. 45 – 52.
26. Moreno V. Enfermeiras das unidades básicas de saúde: visão sobre a família. *Rev Rene*. 2008; 9(1): 9-18.

RECEBIDO: 07/08/2007

ACEITO: 07/12/2008