

ROSÂNGELA MALARD NEVES ROCHA

**PERCEPÇÃO DA GRAVIDEZ EM GRUPO DE ADOLESCENTES
GRÁVIDAS DE PARACATU - MG**

Dissertação apresentada à Universidade de Franca, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Cléria Maria Lobo Bittar Pucci Bueno

**FRANCA
2009**

Catálogo na fonte – Biblioteca Central da Universidade de Franca

Rocha, Rosângela Malard Neves

R576p Percepção da gravidez em grupo de adolescentes grávidas de Paracatu-MG / Rosângela Malard Neves Rocha; orientador: Cléria Maria Lobo Bittar Pucci Bueno. – 2009
88 f.: 30 cm.

Dissertação de Mestrado – Universidade de Franca

Curso de Pós-Graduação Stricto Sensu – Mestre em Promoção de Saúde

1. Promoção de saúde – Gravidez – Adolescência. 2. Gravidez – Adolescência (Paracatu, MG). 3. Gravidez – Adolescência (vulnerabilidade). 4. Gravidez (adolescentes) – Paracatu, MG. 5. Adolescentes grávidas (percepção) – Grupo (Paracatu, MG). I. Universidade de Franca. II. Título.

CDU – 614:618.2-053.6(815.1)

ROSÂNGELA MALARD NEVES ROCHA

**PERCEPÇÃO DA GRAVIDEZ EM GRUPO DE ADOLESCENTES
GRÁVIDAS DE PARACATU - MG.**

**COMISSÃO JULGADORA DO PROGRAMA
DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE**

Presidente: _____
Profa. Dra. Cléria Maria Lobo Bittar Pucci Bueno
Universidade de Franca

Titular 1: _____
Profa. Dra. Ana Cristina Nassif Soares
Universidade Estadual Paulista

Titular 2: _____
Profa. Dra. Rosalina Carvalho da Silva
Universidade de Franca

Franca, / / 2009

DEDICO este trabalho a meus pais e minha tia Lucy, que sempre me deram exemplo de retidão de conduta;
à minha irmã Regina, de grande ajuda na minha juventude;
a meu marido, apoio inigualável em todos momentos da vida;
às minhas filhas, pela razão de continuar lutando;
às crianças e adolescentes, com as quais compartilho o sonho de um mundo melhor.

AGRADECIMENTOS

A Deus que sempre me dá forças para prosseguir quando a minha mente e corpo querem desistir, e à Maria, mãe santíssima, meu exemplo de persistência;

à minha orientadora Profa. Dra. Cléria Maria Lobo Bittar Pucci Bueno por sua paciência e palavras de incentivo que sempre me impulsionaram;

às Profas. Dra. Maria Aparecida Tedeschi Cano e Dra. Rosalina Carvalho da Silva que aceitaram compor a banca de qualificação deste trabalho com sugestões valiosas;

aos professores do mestrado que tanto acrescentaram aos meus conhecimentos;

à funcionária da secretaria do mestrado Ana Luiza por ser tão prestativa;

à minha filha Danielle que colaborou na elaboração e execução dos encontros;

ao meu marido Watson e filha Deborah que ajudaram na montagem dos encontros;

às jovens que se propuseram a colaborar com este estudo;

às minhas companheiras de viagem, Joice (Suri), Michelle e Rosalba que me ajudaram nas minhas limitações;

à Faculdade Atenas, na pessoa do Diretor Geral Hiran Costa Rabelo, por acreditar em mim e pelo apoio financeiro do mestrado;

à Secretaria de Saúde, na pessoa da enfermeira Evanir, por liberar o local da execução do trabalho e o tempo para o estudo;

aos funcionários das Unidades e Secretaria de Saúde, IBGE, Secretaria de Educação e Superintendência Regional de Ensino que colaboraram na obtenção dos dados;

ao Xavier e Elidê, pelo apoio logístico;

à Dra. Elvira, por ajudar-me com a tradução para o Espanhol;

à equipe do Centro de Documentação Científica da Associação Médica de Minas Gerais na pessoa de Miriam e da biblioteca da Faculdade de Medicina da UFMG, que muito gentil e prontamente atenderam os meus pedidos de artigos.

GRANDEZA

*Reerguer essa pétala arrancada,
É confessar a cicatriz da dor tão negada
E me desfazer, devagar, da saudade tombada na alma.
É pegar carona no vento, estirada na brisa
E esboçar círculos no ar, compondo girassóis efêmeros.
É me desvencilhar do olhar de espanto
Do despertar do engano
De um amor ingrato que fiel jurou ser
Atrás da aparente coragem
Perdurei a última lágrima escondida
Que larguei perdida no suor de seu corpo
No momento do amor maior
Em que vi o fim se desnudar.
No meio da madrugada vazia,
Depois de termos nos amado como apaixonados,
Já terei partido, estarei bem longe
Refazendo um horizonte em que possa voar
Não mais com a mesma plenitude
Mas com uma beleza diminuta e real.*

Danças Descalças

Roberta Akemi Saito

RESUMO

ROCHA, Rosângela Malard Neves. **Percepção da gravidez em grupo de adolescentes grávidas de Paracatu-MG**. 2009. 88 f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, Franca.

A adolescência é uma fase na qual as alterações físicas, psíquicas e sociais acontecem de forma mais acentuada. Ao vivenciar estas transformações o jovem torna-se vulnerável, e, muitas vezes, não consegue enfrentar os momentos de crise, principalmente na ocorrência de uma gravidez. A pesquisa visou à análise e compreensão da percepção da gravidez na adolescência por um grupo de adolescentes da cidade de Paracatu-MG. Buscou-se conhecer as expectativas, medos e dúvidas a respeito desta realidade. Realizou-se um estudo de abordagem qualitativa, numa unidade de Estratégia da Saúde da Família (ESF) com sete gestantes de até 20 anos incompletos em maio de 2009. O trabalho constou de uma entrevista inicial e uma final após quatro encontros nos quais se debateram assuntos relacionados à gravidez e aos sentimentos gerados a partir da constatação desta. Nas entrevistas iniciais todas disseram já ter usado algum método contraceptivo, mas a partir dos encontros o que se constatou foi distinto. Observou-se que por ocasião da concepção, disseram que não se preocuparam com a possibilidade de uma gravidez e muito menos com as doenças sexualmente transmissíveis. Todas disseram ter aceitado a gravidez, mas, cinco reconheceram que se tivessem tido mais orientação, não teriam engravidado neste momento. As falas e depoimentos escritos das gestantes foram agrupados em categorias: a) sentimentos frente à gravidez; b) mitos, tabus e crenças; c) perspectivas futuras. Diante das informações obtidas, concluímos que a gravidez na adolescência, muitas vezes não é indesejada pelas adolescentes, e toda orientação em relação à vivência da sexualidade nesta fase, deve ser trabalhada de forma multiprofissional. É pertinente que se elaborem estratégias para que as jovens compreendam os aspectos que envolvem a sexualidade na adolescência e algumas de suas consequências, como o relacionamento com seus parceiros, a prevenção de DST/AIDS e gravidez, orientando-as para lidarem com a vulnerabilidade própria da idade, usando como recurso os encontros grupais que devolvem o protagonismo a estas jovens. Outra consequência do trabalho em grupo com esta finalidade de atenção aos jovens, diz respeito às possibilidades que se abrem aos profissionais de saúde, capacitando-os a um atendimento mais humanizado despido de preconceitos.

Palavras-chave: Adolescência; gravidez; vulnerabilidade; promoção da saúde.

ABSTRACT

ROCHA, Rosângela Malard Neves. **Perception of pregnancy in a group of pregnant adolescents from Paracatu -MG.** 2009. 88 f. Dissertation (Master's Degree in Health Promotion) - University of Franca, Franca.

Adolescence is a period in which physical, psychical and social alterations happen quickly. During these changes the young person becomes susceptible, and often, cannot face moments of crisis, mainly during a pregnancy. The aim of this research was the analysis and comprehension of the perception of pregnancy during the youth by a group of young women from Paracatu – MG. It was tried to know the expectative, fears and doubts about this reality. A qualitative study was done in a Family Health Strategy (ESF) with seven pregnant young women with 20 years old incomplete at May 2009. The work comprehended of an initial interview and an ultimate interview after four meetings in which were discussed correlated subjects about pregnancy and feelings generated by its discovery. In the initial interview all of them said to have used some contraceptive method, but during the meetings the opposite was verified. They mentioned they did not worry about pregnancy possibilities and sexually transmissible disease before pregnancy discover. All of them said to have accepted the pregnancy, although five of them recognized that if they have more orientation they would not become pregnant in that moment. Speech and written testimonials of the pregnant young women were gathered in categories: a) feeling originated by the pregnancy; b) myths, taboos and beliefs and c) future perspectives. It was inferred, by obtained informations, that pregnancy during adolescence for many times is not undesirable by them, and all the orientation related to the sexuality of this period must be worked by a multiprofessional health care team. It is relevant to elaborate strategies aiming the comprehension of sexual aspects during adolescence and their consequences by young women, like the relationship with their partners, STD/AIDS and pregnancy, teaching them how to deal with the vulnerability of their age, using as resources the meetings that give back their leadership. Another consequence of the meetings is the overture of possibilities to health professional, empowering them for a humanizing service without preconceptions.

Key-words: Adolescence; pregnancy; vulnerability, health promotion.

RESUMEN

ROCHA, Rosângela Malard Neves. **Percepción del embarazo en grupos de adolescentes gestantes de Paracatu-MG**. 2009. 88 f. Disertación (Maestrazgo en Promoción de La Salud) – Universidad de Franca, Franca.

La adolescencia es una fase en la cual las alteraciones físicas, psíquicas y sociales ocurren de forma más acentuada. Al pasar por estas transformaciones el joven se vuelve vulnerable, y, muchas veces, no consigue enfrentar los momentos de crisis, principalmente en la presencia de un embarazo. La pesquisa abarcó el análisis y comprensión de la percepción del embarazo en la adolescencia por un grupo de adolescentes gestantes de la Ciudad de Paracatu-MG. Buscó conocer las expectativas, miedos y dudas al respecto de esta realidad. Se realizó un estudio de abordaje cualitativo, en una unidad de Estrategia de la Salud de la Familia (ESF) con siete gestantes de hasta 20 años incompletos en Mayo de 2009. El trabajo constó de una entrevista inicial, y una final después de cuatro encuentros en los cuales se debatieron asuntos relacionados al embarazo y a los sentimientos que surgen a partir de la constatación de este. En las primeras entrevistas todas dijeron ya haber usado algún método anticonceptivo, pero a partir de los encuentros lo que se constató fue bien diferente. Se observó que en vista de la concepción, dijeron que no se preocuparon con la posibilidad de un embarazo y mucho menos con las enfermedades sexualmente transmisibles. Todas dijeron haber aceptado la gestación, pero, cinco reconocieron que si hubieran tenido más orientación, no hubieran quedado embarazadas en este momento. Los comentarios y las declaraciones escritas de las gestantes fueron agrupados en categorías: a) sentimientos frente al embarazo; b) mitos, tabúes y creencias; c) perspectivas futuras. Delante de las informaciones obtenidas, concluimos que el embarazo en la adolescencia, muchas veces no es indeseada por las adolescentes, y toda orientación en relación a la vivencia de la sexualidad en esta fase, debe ser trabajada de forma multiprofesional. Es pertinente que se elaboren estrategias para que las jóvenes comprendan los aspectos que envuelven la sexualidad en la adolescencia y algunas de sus consecuencias, como el relacionamiento con sus compañeros, la prevención de EST/AIDS y el embarazo, orientándolas para se relacionar con la vulnerabilidad propia de la edad, usando como recurso los encuentros en grupos que devuelvan el protagonismo a estas jóvenes. Otra consecuencia del trabajo en grupo con esta finalidad de atención a los jóvenes, es con respecto a las posibilidades que se abren a los profesionales de salud, capacitándolos para un atendimento más humanizado sin preconceptos.

Palabras-Llave: Adolescencia; embarazo; vulnerabilidad; promoción de la salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Pirâmide Populacional por Gênero e Idade – Paracatu, 2007	36
Figura 2 -	Evolução das condições de nascimento em Paracatu no período de 1996 a 2005	39
Figura 3 -	Idade atual em anos das participantes do trabalho	48
Figura 4 -	Intervalo em anos entre a menarca e sexarca	50
Figura 5 -	Intervalo em anos entre a sexarca e a primeira gravidez	51
Figura 6 -	Diferença da idade em anos, das pacientes e seus primeiros parceiros sexuais	52
Figura 7 -	Diferença da idade em anos, das pacientes e seus parceiros sexuais atuais	53
Figura 8 -	Tempo de namoro em meses até relação sexual e da relação até gravidez	54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Características das gestantes participantes do trabalho	47
------------	---	----

LISTA DE SIGLAS

CIMS -	Comissão Intermunicipal de Saúde
DST/AIDS -	Doença Sexualmente Transmitida/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ECA -	Estatuto da Criança e Adolescente
ESF -	Estratégia Saúde da Família
FSESP -	Fundação Serviço de Saúde Pública
HIV -	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IDH -	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS -	Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social
IPSEMG -	Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais.
OMS -	Organização Mundial da Saúde
SES -	Secretaria Estadual de Saúde
SUS -	Sistema Único de Saúde
UFMG -	Universidade Federal de Minas Gerais
UNAERP -	Universidade Ribeirão Preto
UNIFRAN -	Universidade de Franca
UTI -	Unidade de Tratamento Intensivo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Número de Matrículas Escolares em Paracatu - 2008	37
------------	---	----

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
INTRODUÇÃO	17
1 OBJETIVO	21
2 REVISÃO DA LITERATURA	22
2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O ATENDIMENTO À POPULAÇÃO	29
2.1.1 A Promoção da Saúde	30
2.1.2 A Estratégia Saúde da Família	31
3 MÉTODO E PROCEDIMENTOS	35
3.1 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO	35
3.1.1 Aspectos Demográficos	35
3.1.2 Aspectos Econômicos	36
3.1.3 Educação	37
3.1.4 Saúde	37
3.1.4.1 Histórico da Saúde Municipal	37
3.1.4.2 Atendimento em Saúde	38
3.2 METODOLOGIA APLICADA	39
3.3 ESTUDO PILOTO	41
3.4 SUJEITOS DA PESQUISA	43
3.5 COLETA DE DADOS	43
3.5.1 Procedimentos	44
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	46
4.1 ENTREVISTA INICIAL	46
4.2 RELATOS DOS ENCONTROS	57
4.2.1 Sentimentos frente à gravidez e reação da família	58
4.2.2 Mitos, tabus e crenças	63
4.2.3 Perspectivas futuras	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS	73

APÊNDICE A	82
APÊNDICE B	86
ANEXO A	87

APRESENTAÇÃO

O fundamento, deste trabalho, foi a vontade de aprofundar conhecimentos e estar capacitada a transmiti-los na área acadêmica e profissional, e assim, cumprir a promessa feita desde a minha graduação em medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), de não omissão frente à situação de educação e saúde que se encontra o grupo populacional com o qual lidamos.

Esta promessa foi reforçada em minha trajetória acadêmica quando fiz pós-graduação em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), posteriormente, a pós-graduação em Saúde da Família pela UFMG e agora, o Mestrado em Promoção da Saúde, pela Universidade de Franca (UNIFRAN).

Em minha vida profissional sempre houve a sede de buscar soluções para os problemas que se apresentavam à minha frente. Ao me qualificar, aprendi a agir melhor, a praticar ações que possibilitem *excelência* no trabalho que realizo, e, dessa forma, não permanecer omissa diante da realidade crua que se me apresenta.

Esta vontade de adquirir mais conhecimentos tornou-se mais forte quando me deparava, e ainda deparo, com adolescentes grávidas, vulneráveis, às vezes até em situações de violência, deixando para trás ou adiando a realização de seus sonhos da área cultural e profissional. Principalmente quando são jovens que tinham consultado comigo antes da gravidez e com as quais tinha debatido sobre o tema.

Esta situação está evoluindo de forma rápida e crescente, atingindo hoje faixas etárias cada vez menores (LALIND; SALDARRIAG; VÉLE, 1998) e, freqüentemente, em situação pré-marital (GUIMARÃES, 2008).

Diante desta realidade referenciada, da minha experiência profissional, após dez anos dedicados à Estratégia Saúde da Família (ESF) e baseado no que se lê nas cartas de Promoção de Saúde sobre a responsabilidade dos que trabalham direta ou indiretamente com a saúde, surgiu em mim o desejo de buscar conhecimentos, propiciando-me melhores condições de abordagem da juventude e melhor entendimento do universo destas jovens mães, como forma de poder contribuir no seu processo formativo e lhes propiciar mais informações e apoio que as favoreçam na busca da sua qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

A preocupação com a juventude fundamenta-se por saber que, aquilo que os jovens vivenciam, nesta fase da vida, terá repercussões sociais e psicológicas (ALFONSO, DÍAZ, 2003), pois reflete em seu comportamento adulto. E, uma destas vivências que tem fortes repercussões para o resto da vida é a gravidez na adolescência.

O tema *gravidez* é assunto debatido em grande parte do mundo, sobretudo pela área da medicina que se ocupa da adolescência, a hebiatria. E a nossa preocupação deu-se por, ao visualizar a vida da maioria das mulheres jovens que foram mães na adolescência, observamos, salvo raras exceções, quanto teria sido menos sofrida se tivessem adiado um pouco mais esta gravidez.

Nesta fase da vida, as mudanças do nosso corpo ocorrem em consequência do aumento da produção hormonal. Os hormônios podem propiciar uma alteração das emoções, explicando, portanto, o desequilíbrio psicológico dos adolescentes. O desconhecimento por parte de alguns, sobre o próprio corpo, a dificuldade de acreditar na própria capacidade de gerar e o encantamento pelo sexo os conduzem à prática do ato sexual sem pensar nas consequências que resultam do não planejamento do ato em si (TAQUETE, 1992).

E, reforçando esta idéia, os seguintes autores constataram que a grande maioria dos adolescentes não usa anticoncepcionais (TAQUETE, 1992; XIMENES NETO et al. 2007; SILVA; SURITA, 2008).

Corroborando com esta visão, Bonetto (2007) diz sobre a vergonha que as jovens sentem em ir aos postos de saúde, pois, se assumem a anticoncepção, estão confirmando que exercem atividade sexual (BONETTO, 2007).

Entendemos que este fato, além do medo da repreensão frente à vontade de iniciar a vida sexual, dificulta iniciativas frente à própria sexualidade e anticoncepção, o que contribui para que as jovens, de maneira geral, não se sintam – ou não possam ser responsáveis por si mesmas. Essa situação gera uma fragilidade no empoderamento (*empowerment*), que vem a ser a consciência necessária para não se deixar dominar ou ser ludibriado (PEREIRA, 2006), o que torna as decisões mais conscientes.

Temos observado que “os estímulos oferecidos pela mídia, e também a mudança nos costumes e valores, têm favorecido a precocidade da vida sexual” (CAVASIN et al., 2004, p. 59). Não temos visto quase nenhuma orientação em relação a se ter uma vida sexual saudável. Cavasin et al. (2004, p. 60) constataram que “na maioria dos programas televisivos, jovens e adultos aparecem ainda mantendo relações sexuais sem nenhuma preocupação com formas de prevenção de DSTs/AIDS ou gravidez.”

Em nossa realidade profissional, encontramos jovens que vivenciam a falta de apoio afetivo familiar e de estímulo ao estudo, o que, muitas vezes, pode representar uma dificuldade em formar uma perspectiva de um futuro mais promissor do que a realidade que vivem atualmente. Mas não nos esqueçamos de que é típico desta faixa etária o pensamento mágico, de que nada de ruim poderá acontecer independente das ações praticadas, o que, com frequência, induz os jovens a terem comportamentos que podem levá-los a situações de risco ou que possam afetá-los de outras maneiras, comprometendo seus projetos pessoais.

O aumento da gravidez na adolescência apresenta problemas no aspecto fisiológico, como a imaturidade física que pode ocasionar lacerações perineais (SALAZAR et al., 2002; BONETTO, 2007), infecção urinária e outras complicações (SALAZAR et al., 2002), pois, trata-se de dois seres em crescimento competindo pelos mesmos nutrientes que, na maioria das vezes, são escassos. Exemplificando, temos a constatação de que, durante a gravidez, existe a necessidade de se ingerir 60 gr/dia a mais de proteína para o desenvolvimento do feto, placentário e tecidos maternos (PERDOMO; ÁLVAREZ; MEJÍA, 2005).

Outras situações aliadas às dificuldades apresentadas são a “baixa escolaridade e atraso na perspectiva profissional” (BONETTO, 2007, p. 402), falta de preparo emocional para manter e cuidar de uma família (LALIND; SALDARRIAG; VÉLE, 1998) e baixa condição econômica sofrida pela grande maioria, chegando à estatística de ser sete vezes maior a possibilidade de pobreza para as adolescentes que têm um filho quando comparadas com as sem filhos (SALAZAR et al., 2002).

Para mudar este quadro é mister a mudança no modelo de atendimento. Desde a Conferência Internacional de Alma Ata em 1978 tem-se tentado mudar o foco de atenção à saúde, antes puramente curativista, para um cuidado com maior ênfase na medicina preventiva (BRASIL, 2002). A conferência especificou a educação em saúde, saneamento ambiental, programas de saúde materno-infantil e prevenção de doenças endêmicas, entre outros, como componentes fundamentais da atenção primária à saúde (STARFIELD, 2004a).

Baseada na conferência anterior, a Conferência de Ottawa em 1986 afirma que:

A responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos [...] para a conquista de um elevado nível de saúde [...]. É essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas [...]. E qual o melhor local para essa capacitação? Nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários. As ações devem se realizar através de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, bem como pelas instituições governamentais (BRASIL, 2002).

Por isso que, desde o despertar da nossa pesquisa havia o interesse em compreender como se processa a percepção da gravidez pela adolescente que se descobre grávida, tendo que enfrentar muitos obstáculos, desde o momento em que decide levar a termo a gestação.

Acrescentamos a isso a necessidade premente de ações que visam a capacitar as pessoas a elaborarem seu empoderamento, principalmente na juventude, fase em que o ser humano forma seu projeto de vida e desenvolve as ações para que o seu “*sonho*” se torne realidade (XIMENES NETO et al., 2007).

O empoderamento revela-se por uma série de estratégias que devem ser tomadas no sentido de facultar às jovens, informação, liberdade e orientação para que o risco de uma gravidez precoce ou mesmo de uma DST/AIDS não lhes comprometa a vida que têm pela frente.

Alguns autores entendem que a gravidez na adolescência é encarada como um acontecimento precoce, o que poderia levar a um comprometimento em algumas áreas de suas vidas e, em alguns casos, até na saúde das jovens gestantes (PAULA, 2007; XIMENES NETO et al., 2007).

Porém, na concepção de Cabral (2005, p. 91) nem sempre podemos falar em “*indesejada*” ou “*precoce*” posto que “uma gravidez indesejada pode transformar-se em um bebê desejado”. Partindo deste princípio, “a gravidez pode tornar-se desejada por um ‘*processo de assimilação*’, passando a ser aceita tanto pelos jovens quanto por seus círculos sociais” (CABRAL, 2005, p. 91, grifo da autora).

Para algumas “jovens com escassos horizontes de realização na escola ou no mercado de trabalho [...] a gestação pode representar um momento de elevação da auto-estima e, sob sua própria ótica, de realização pessoal” (ABECHE et al., 2006, p. 15).

Este ângulo de visão do “*problema*” não pode ser esquecido na hora de conversar com as adolescentes, pois o fato de estarem grávidas pode possibilitar “o estabelecimento de vínculos (seja com o parceiro, amigos ou familiares) e se tornar um

‘projeto de vida’ em meio a uma fase de vida *‘desestruturada’*” (CABRAL, 2005, p. 92, grifo da autora).

Todavia, mesmo havendo esses pontos “*positivos*” da gravidez na adolescência, não podemos deixar banalizar o tema, desconsiderando o fato de estarmos diante de um problema de várias facetas – tanto na área social como na da saúde, principalmente.

1 OBJETIVO

Conhecer a percepção de um grupo de adolescentes grávidas de Paracatu – MG a respeito da gravidez, caracterizando o seu perfil e identificando o significado e conseqüências da gravidez na vida pessoal destas jovens.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A palavra Adolescente vem do latim “*adolescere*”, que significa crescer. Adolescente é o indivíduo que se encontra entre os dez e vinte anos, faixa etária determinada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), órgão “inspirado diretamente na convenção dos direitos da Criança, realizada pela Assembléia Especial das Nações Unidas e adotada no Brasil em 1989” (AZEVEDO, 2007, p. 27), estabelece o período dos 12 aos 18 anos.

A hebiatria é uma fase do desenvolvimento humano na qual as alterações físicas, psíquicas e sociais acontecem de forma mais acentuada. Os hormônios são os responsáveis pelas transformações em nível biológico, que são vivenciadas de forma semelhante por todos os indivíduos (MONTERROSA, 1998; FERREIRA et al., 2007). Essa maturação hormonal e o crescimento somático tornam o organismo preparado para a reprodução, que é a puberdade (VIDOTTI, 2008).

Algumas pessoas acham que puberdade é sinônimo de adolescência, mas, a palavra puberdade “origina-se do latim *pubertas* - idade fértil, caracterizada principalmente pela capacidade reprodutiva, aspecto importante do processo adolescente” (SAITO, 2008a, p. 41), também definida como maturação biológica que ocorre na adolescência. (COLLI, 2002). Portanto, trata-se de uma parte da adolescência, a biológica.

São os hormônios androgênicos e estrogênicos que desencadeiam as alterações físicas e que também influenciam o desenvolvimento psicológico na adolescência. [...] Não devem ser esquecidos os fatores socioculturais e comportamentais e as variações de humor que podem afetar a secreção neuroendócrina. Situações de stress, depressão, padrões alimentares, exercícios e atividade sexual podem ativar ou suprimir vários fatores do sistema hormonal. Enfim, a relação hormônio-comportamento é complexa (SAUER; EISENSTEIN; QUADROS, 2007, p. 366).

Os componentes psicológico e social desta faixa etária evoluem simultaneamente ao desenvolvimento físico, formando a “*Síndrome da Adolescência Normal*”, descrita por Knobel e Aberastury (PAULA, 2007; SAITO, 2008^a, grifo nosso).

Knobel (1981, p. 29) descreve os seguintes integrantes desta síndrome:

1) busca de si mesmo e da identidade; 2) tendência grupal; 3) necessidade de intelectualizar e fantasiar; 3) crises religiosas que podem ir desde o ateísmo mais intransigente até o misticismo mais fervoroso; 5) deslocalização temporal, onde o pensamento adquire as características de pensamento primário; 6) evolução sexual manifesta, que vai do auto-erotismo até a heterossexualidade genital adulta; 7) atitude social reivindicatória com tendências anti ou associas de diversa intensidade; 8) contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta, dominada pela ação, que constitui a forma de expressão conceitual mais típica deste período da vida; 9) uma separação progressiva dos pais; 10) constantes flutuações do humor e do estado de ânimo.

Em vista disso, a adolescência refere-se “a uma busca de identidade, a uma aceleração do desenvolvimento intelectual e a uma evolução da sexualidade” (COLLI, 2002, p. 655). Estes fatores são vivenciados de maneira diferente em cada sociedade e geração, “havendo, por vezes, um descompasso entre o corpo pronto para reprodução e o psíquico despreparado para esse evento” (SAITO, 2000, p. 217).

Antigamente, a faixa etária dos 13 aos 19 anos era considerada ideal para o compromisso matrimonial e a maternidade dentro do casamento. Portanto, “se iniciava a vida sexual após a menarca [dentro do casamento] com o intuito de se preservar a espécie, já que o tempo de vida era muito curto” (BONETTO, 2007, p. 399).

Assim, perguntou-se o por que hoje, ela é vista como um dos maiores problemas na saúde reprodutiva de todas as sociedades mundiais? Exatamente pelos motivos anteriormente citados, ou seja, a questão da interrupção dos estudos, comprometendo o mundo laboral e as aspirações da jovem; a maior incidência de problemas de saúde decorrentes da gestação prematura (GAMA, 2001; GOLDENBERG; FIGUEIREDO; SILVA, 2005); a perpetuação do ciclo de pobreza e de maior vulnerabilidade à violência doméstica (MALDONADO, 1998; LEAL et al., 2004).

Esta fase da vida do ser humano, a adolescência, não fazia parte dos debates médicos ou do senso comum. Este conceito surgiu na Europa, na segunda metade do século XIX, “relacionado às mudanças econômicas, políticas e culturais geradas pelo processo de industrialização e pelo estabelecimento do sistema escolar obrigatório exigido pelo desenvolvimento industrial dos países europeus” (SAITO; QUEIROZ, 2008, p. 3).

Freud, em seus ensaios, fez inferências à puberdade sem especificar sobre a adolescência. Stanley Hall, psicólogo e educador, foi quem publicou a primeira obra dedicada ao adolescente, em 1904 (SAITO, 2008a).

Trabalhos recentes, como o de Alfonso e Díaz (2003), têm provado a relação entre o comportamento humano e os fatores genéticos e ambientais delineando “a importância

das culturas diversificadas na edificação dos hábitos e dos comportamentos humanos” (SAITO, 2008a, p. 41).

Portanto, os jovens são induzidos a terem atitudes condicionantes ao seu momento histórico. Chegando a ponto de, em algumas comunidades, a maternidade trazer “mudança de *status* social” (BECKER; BOTH, 2002, p. 11).

É preciso ressaltar o aspecto cultural e histórico que relegou às mulheres uma participação somente no espaço doméstico, não lhes sendo possível, durante muitos séculos, a instrução oficial e o ingresso em uma carreira profissional. Por não disporem, ainda, de meios anticonceptivos, restavam-lhes o casamento e uma numerosa prole a ser cuidada.

Com o transcorrer dos tempos, evoluções socioculturais foram acontecendo, transformando também o comportamento sexual, tornando-o mais liberal, reforçado pela introdução do anticoncepcional e o ingresso da mulher no mercado de trabalho (BONETTO, 2007). Pensamento este reforçado por Heilborn et al., (2002, p. 17), ao dizerem que “parecem ser precisamente as chances abertas às jovens, no que diz respeito à escolarização, à inserção profissional, ao exercício da sexualidade desvinculado da reprodução, as quais fundamentam uma nova sensibilidade quanto à idade ideal para se ter filhos”.

Este pensamento vem propiciando, ao longo dos anos, um declínio da natalidade geral, embora a da adolescente tenha apresentado crescimento inverso. “No Brasil, tem ocorrido um significativo aumento da fecundidade no grupo de 15 a 19 anos e a gravidez se tornou um problema social e de saúde pública, uma verdadeira epidemia” (BONETTO, 2007, p. 399).

Heilborn et al. (2002, p. 17) verificaram que esta faixa etária contribuiu para o aumento da “fecundidade total, passando de 7,1%, em 1970, para 14,1%, em 1991”.

Talvez, isto tenha ocorrido devido a pouca instrução sobre a ocorrência de que, “à medida que aumenta a idade ginecológica, aumentam os ciclos ovulatórios e a fertilidade, sendo maior a possibilidade de gravidez” (BONETTO, 2007, p. 401).

“Em 1999, 27% do total de partos ocorreram em adolescentes. Maiores aumentos nas taxas de gestações precoces foram observados no grupo de menor idade e no de mais baixo nível sócio-econômico” (ABECHE et al., 2007, p.5), fatos também observados por Gama et al. (2001).

Por outro lado, Guimarães (2008) descreveu que pelo menos o crescimento da fecundidade, na faixa etária de dez a 14 anos tem sido baixo. Período esse de maior risco para a saúde de ambos, mãe e concepto.

Em Porto Alegre, Becker e Both (2001) encontraram um percentual de 19,5% de mães adolescentes em um total de 20865 gestantes.

A gravidez é uma marca na vida da mulher como também de seu parceiro. A vida do casal poderá ter um rumo que, talvez, não tenha sido o planejado ou o almejado. Quando ocorre uma gravidez na adolescência, os jovens poderão “estar queimando etapas importantes em seu processo de amadurecimento” (PICCININI et al., 2002, p. 11).

O casal, ou a mulher sozinha, passa a desempenhar a tarefa familiar que, muitas vezes, é um ofício penoso que gera conflitos (CABRAL, 2005; PAULA, 2007).

Porém, na concepção de alguns autores como Silva (2008) precisa haver mais estudos sobre o assunto para poder defini-lo como problema de saúde pública, embora não haja dúvidas de que a gravidez na adolescência traz “dificuldades várias para a maioria dos jovens, afetando e desorganizando seu crescimento e desenvolvimento pessoal, o envolvimento com seu parceiro e o universo familiar” (SILVA, 2008, p. 427).

“A falta de um projeto pessoal [...] leva os adolescentes, às vezes, a buscar o sexo como forma de ‘colorir’ a vida. A carência afetiva os impulsiona a se afirmarem por meio de relações sexuais superficiais” (BONETTO, 2007, p. 403), reforçada pelo interesse sexual, aspecto normal marcado pela excitação, o qual é mais aflorado nesta etapa da vida.

Na ocorrência da precocidade da atividade sexual, outro dado importante é a idade média da menarca das adolescentes que se encontra na faixa de 12,5 a 13 anos, em segmentos populacionais economicamente desenvolvidos, comprovando a sua tendência de queda de quatro meses a cada década (SANTOS JUNIOR, 1999; SILVA; LEAL, 2008).

Quanto mais cedo ocorre a menarca, maior é o despreparo emocional e social para assumir suas conseqüências, entre elas, a gravidez (ALFONSO, DÍAZ, 2003).

Reforçando o pensamento destes autores, Duarte, Nascimento e Akerman (2006) e Bonetto (2007) comentam que essa precocidade traz consigo o menor conhecimento sobre sexualidade, tendo como conseqüência, maiores chances de gravidez precoce.

A sociedade impõe estereótipos sobre a vivência da sexualidade e do amor, e os meios de comunicação mostram uma imagem ideal de homem e mulher, incentivando uma iniciação sexual precoce, omitindo as conseqüências deste ato (LALIND; SALDARRIAG; VÉLE, 1998; DÜSMAN et al., 2008). Em outras palavras, ela pressiona o jovem a ter atitudes para as quais ele ainda não está preparado, portanto não sendo “natural” este comportamento.

Ayres (1996, p. 7) acrescenta que “em relação à sexualidade, é importante, antes de mais nada, considerar o caráter não estritamente natural da sexualidade, devendo-se entendê-la como uma construção cultural sobre uma base natural”.

Conforme pensamento de Lalind, Saldarriag e Vèle (1998), se a sociedade está passando por uma crise, seja ela econômica, social ou cultural, os jovens têm uma tarefa ainda maior de adaptação a esse novo mundo. Até mesmo dentro de uma família, cada indivíduo reage de forma única aos estímulos recebidos durante o processo de aquisição de sua identidade, convivendo com as alterações de humor, ora ansiosos, ora deprimidos (FERREIRA et al., 2005).

A família “exerce papel fundamental na socialização e na formação da personalidade de seus membros” (SAUER; EISENSTEIN; QUADROS, 2007, p. 371).

Esta interferência é tão marcante que, de acordo com Alfonso e Díaz (2003), a família estimula na aquisição de conceitos e práticas sexuais de seus componentes, com suas crenças e tabus.

Toda a sociedade, além da família, exerce ação sobre os jovens e “tem dificuldade em aceitar suas transformações e seu desejo de atuar no mundo para modificá-lo” (BEIRÃO et al., 2003, p.109).

Não só o jovem, mas todo sujeito influencia e é influenciado pelo ambiente, situação socioeconômica e momento histórico em que vive (ALVES, 2006).

Ao vivenciar essa interação com o meio em que vive o sujeito pode se tornar vulnerável. E segundo De Antoni et al. (1999, p. 83), “vulnerabilidade corresponde às suscetibilidades individuais que potencializam o efeito dos fatores de risco. A pessoa vulnerável não se sente capaz de buscar alternativas para enfrentar o momento de crise ou o faz de forma ineficaz”.

Ayres et al. (2003) pontuam que estes fatores de risco resultam de um conjunto de aspectos individuais e coletivos que ocasionam a suscetibilidade a adoecer ou de ocorrer algo desagradável.

Nesta etapa da vida temos a constante inter-relação entre vulnerabilidade e risco. Este leva a um dano ou resultado indesejados (SAITO, 2000). O “risco relaciona-se à identificação de fatores que acentuam ou inibem distúrbios, transtornos e respostas desadaptadas” (DE ANTONI et al., 1999, p 83).

“Se o risco busca expressar as ‘*chances matemáticas*’ de adoecimento de um ‘*indivíduo qualquer*’ [...], a vulnerabilidade quer expressar os ‘*potenciais*’ de adoecimento / não adoecimento relacionados a ‘*todo e cada indivíduo*’ que vive em um certo conjunto de condições” (AYRES et al., 2003, p. 128, grifo do autor).

A vulnerabilidade designa grupos ou indivíduos fragilizados na promoção e proteção de seus direitos (ALVES, 2006). É característica própria do ser humano estar vulnerável em algum momento de sua vida, ocorrendo, mais freqüentemente, na adolescência.

Há fatores que podem aumentar o grau de vulnerabilidade. Entre eles se destacam os de gênero, condições de vida e saúde, acesso ou não à informação, falta de políticas públicas em saúde e educação para os e as adolescentes. Portanto, vulnerabilidade é “um processo heterogêneo [...] que depende de interação de fatores biogenéticos e das influências ambientais” (MURAHOVSKI, 2003, p.783).

Na visão de Lourenço (2008), para sobreviver a um ambiente hostil que contribui para a vulnerabilidade, os jovens devem ter características que os tornem competidores, isto é, procurar uma referência para elaborar a sua resiliência.

Por resiliência entende-se “a busca de alternativas eficazes que auxiliam na superação da situação de risco e uma conseqüente adaptação” (DE ANTONI et al., 1999, p. 84).

Esta autora mesma ainda afirma que “as pessoas não são resilientes em todos os momentos e em todas as situações de vida. A capacidade de resiliência depende das características individuais e ambientais, que podem variar ao longo da vida”.

Por exemplo, se o indivíduo está exposto à violência constantemente, sua auto-estima encontra-se baixa e ele tem menores chances de ter comportamento de proteção, de se tornar resiliente (AYRES, 1996).

Embora a resiliência seja pessoal, o apoio e acolhimento são importantes para reforçá-la e, as pessoas resilientes podem transformar para melhor o ambiente em que vivem, mas, às vezes, precisam se adaptar às situações sem perderem a esperança de conseguir modificá-lo (GARCIA, 2001; PICCININI et al., 2002; LOURENÇO, 2008).

A família é apontada como elemento-chave para esse apoio e acolhimento. Nesta perspectiva, Carvalho e Almeida (2003, p. 109, grifo dos autores) completam que ela contribui “não apenas para a ‘sobrevivência’ dos indivíduos, mas também para a proteção e a socialização de seus componentes, transmissão do capital cultural, do capital econômico e da propriedade do grupo, bem como das relações de gênero e de solidariedade entre gerações.”

Saito (2000) enfatiza a fragilidade de algumas pessoas cujas famílias enfrentam uma situação de desarmonia entre seus membros que as deixam vulneráveis, podendo assim ensejar a situação de risco. Obviamente é preciso olhar para esta “*situação de desarmonia*” com certo relativismo, pois sabemos que algumas famílias vivenciam-na circunstancialmente,

enquanto outras podem, de fato, ilustrar aquilo que tradicionalmente o senso comum alcunha de *"famílias desestruturadas"*

Estes fatores de risco acontecem “principalmente quando há desavenças entre o casal, doença mental do cuidador, moradia super povoada ou habilidades paternas limitadas” (DE ANTONI et al., 1999, p. 85). As mesmas autoras completam: “o que caracteriza a família como fonte de apoio social é a qualidade do relacionamento entre seus membros: a constância e a estabilidade dos relacionamentos familiares, a reciprocidade, a mutualidade e o diálogo, além do caráter face-a-face das interações”.

A falta de aproximação da família leva o jovem a buscar apoio fora dela, gerando comportamentos inadequados que afetam sua vida futura com o risco de uma gravidez inoportuna como também de uma enfermidade sexualmente transmitida (LALIND; SALDARRIAG; VÉLE, 1998).

A realidade de que uma em cada cinco gestantes é adolescente não é vivenciada só nos países em desenvolvimento, mas figura como situação universal e está envolvida pela “existência de uma enorme ‘rede multicausal’ tornando, assim, os adolescentes vulneráveis a essa situação” (SANTOS JUNIOR, 1999, p. 223, grifo do autor).

Reforçando, Abeche et al. (2007) dizem que, entre essas causas encontra-se o mau desempenho e/ou afastamento escolar, a baixa auto-estima, estrutura familiar fragilizada e baixo nível sócio-econômico.

Monterrosa (1998, p. 227) completa:

Considerase que los factores que a diario magnifican esta situación son: Maduración sexual más temprana. [...] Ignorancia en reproducción. [...] Ignorancia en planificación familiar. [...] Genitalización de la sexualidad. [...] Falta de comunicación. La pérdida del poder de la familia como elemento manejador o controlador de los hijos. [...] Necesidad de dependencia y protección.

2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O ATENDIMENTO À POPULAÇÃO

O sistema de saúde do nosso país, até a década de 1980, foi ineficiente, centralizado e voltado para a assistência hospitalar, com ênfase na área curativista, “em detrimento da atenção primária e da promoção de saúde” (DIAS, 2005, p. 3).

Essa visão curativista foi modificada quando ocorreu a Oitava Conferência Nacional de Saúde em 1986, em Brasília – DF, da qual participaram quatro mil delegados representando os usuários, os trabalhadores da saúde e prestadores de serviço (CARVALHO, 2005).

Em 1988 foi elaborada a nossa Carta Magna que reza no seu artigo 196: “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988, e sua normatização pelas Leis nº 8080 e 8142, em 1990, que dispõem respectivamente, sobre o funcionamento dos serviços e sobre a participação da população nas tomadas de decisões com as devidas transferências dos recursos financeiros, tem-se tentado mudar o foco central do atendimento prestado ao cliente, antes realizado por profissionais médicos especialistas que utilizavam (e continuam a utilizar) tecnologia cara, de alta complexidade, para um mais humanizado, que lhe promova a saúde e não só lhe cure a doença.

O atual foco é “baseado na promoção e atenção primária à saúde, na atenção prestada pelo médico com formação geral, na valorização dos demais profissionais de saúde e na participação popular” (DIAS, 2005, p. 3).

Buss (2003, p. 15) diz que “a promoção de saúde surge, certamente, como reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde”.

Os serviços de saúde de alta qualidade se preocupam com o diagnóstico de doenças, não se esquecendo, porém, de prevenir doenças futuras e promover a saúde de sua população (STARFIELD, 2004).

Isto significa que, não deixam de exercer a prática curativista, mas também, detêm um olhar holístico sobre o cliente, analisando seu problema clínico dentro de um contexto familiar e social, capacitando-o para o seu autocuidado. “É na atenção primária que se aborda os problemas mais comuns na comunidade oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem estar” (FRANCO, 2005, p. 20).

2.1.1 A Promoção da Saúde

Em 1946, Sigerist citou algumas ações em prol da melhoria da qualidade de vida da população na área da saúde que eram de promoção da saúde, embora ele não tivesse usado este termo. A expressão *promoção da saúde* começou a ser usada por Leavell e Clark em 1965 para “caracterizar um ‘*nível de atenção*’ da medicina preventiva” (BUSS, 2003, p. 15, grifo do autor). A partir daí, seu conceito foi sendo modificado até então, quando é considerado como “um ‘*enfoque*’ político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado” (BUSS, 2003, p. 15, grifo do autor), com ações destinadas a melhorar a saúde das pessoas.

Desde a divulgação da Carta de Ottawa em 1986 (BRASIL, 2002), pela Conferência Internacional realizada na referida cidade, “este termo está associado inicialmente a um ‘*conjunto de valores*’: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros” (BUSS, 2003, p. 16, grifo do autor).

É necessário deixar claro a diferença entre os conceitos “*promoção e prevenção*” que não são de forma alguma, sinônimos, muito bem definidos por Buss (2003, p. 33):

A promoção da saúde busca modificar condições de vida para que sejam dignas e adequadas; aponta para a transformação dos processos individuais de tomada de decisão para que sejam predominantemente favoráveis à qualidade de vida e à saúde; [...] já a prevenção, diferente da promoção, orienta-se mais às ações de detecção, controle e enfraquecimento de fatores de risco ou fatores causais de grupos de enfermidades ou de uma enfermidade específica; seu foco é a doença e os mecanismos para atacá-la mediante o impacto sobre os fatores mais íntimos que a geram ou propiciam.

A promoção da saúde tem vários enfoques e todos buscam antecipar-se às condições desfavoráveis que advêm de comportamentos de risco para proporcionar atitudes de vida saudável (LALIND; SALDARRIAG; VÉLE, 1998).

Em relação à promoção de saúde dos adolescentes Lalind; Saldarriag; Véle (1998, p.97) dizem que:

En los adolescentes, la promoción es un proceso social de acompañamiento afectivo oportuno, por parte del adulto, cuyo objetivo central es la formación integral en términos de autonomía, participación, responsabilidad de bienestar social, e intelectualidad, entre otros, superando, exitosamente, los riesgos que su entorno familiar y social implican, pues éstos pueden ser favorables o deficientes y

obstaculizadores. La promoción de la salud de los adolescentes es una labor colectiva que posibilita una formación integral e individualizada y que debe favorecer su preparación para el ejercicio ciudadano, profesional, amoroso, sexual, maternal y paternal.

Com a finalidade de atingir a promoção da saúde, dentre os princípios do SUS, está a integralidade da atenção que, exercida ao atender o indivíduo em todo o seu contexto, “pressupõe um conceito amplo de saúde, no qual necessidades bio-psico-sociais, culturais e subjetivas são reconhecidas” (BRASIL, 2007, p. 43). A integralidade da atenção leva ao reconhecimento das “necessidades percebidas e as não percebidas pelos indivíduos [...] e da aplicação dos conhecimentos dos diversos campos de saberes” (BRASIL, 2007, p. 43).

A equidade é outro princípio do SUS que está previsto na promoção de saúde. É necessário dar a cada um o que ele realmente precisa a fim de diminuir a distância existente entre os que são mais abastados e os menos favorecidos. Devemos concordar com Carvalho (2005, p.107) quando afirma que “libertar o ser humano das estruturas que o oprimem, que produzem doenças e que impedem a equidade na distribuição de bens e serviços sanitários é uma estratégia-chave” para a promoção da saúde.

2.1.2 A Estratégia Saúde da Família

Praticar ações só com intervenções sobre o “corpo biológico não tem respondido de forma plena às necessidades de saúde, pois estas vão além e demandam uma atenção que leve em conta a integralidade do ser humano, a qualidade de vida e a promoção da saúde” (ROCHA; NASCIMENTO; LIMA, 2002, p.710).

Para tornar realidade este novo modo de atendimento, “vem sendo implementado, desde 1994, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) [...]. Sua proposta é a de uma abordagem nova na atenção à saúde, colocando a família como núcleo básico dessa atenção, em um enfoque comunitário” (DIAS, 2005, p. 3). Busca a mudança do modelo aplicado até então, unicamente curativista, baseando-se na formação de “vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população” (ROCHA; NASCIMENTO; LIMA, 2002, p.710). Segundo Franco (2005) não é uma proposta a parte, e sim voltada para a defesa da vida do cidadão em todos os seus aspectos.

Essa estratégia busca a aplicar a equidade em cada área de abrangência, com “intervenções bastante *‘personalizadas’* e *‘individualizadas’*” (ALVES et al., 2003, p. 13, grifo dos autores).

“O atendimento é integral, com ênfase na atenção primária, e integrado a um sistema de referência” (CORRÊA et al., 2005, p.17) quando da impossibilidade da resolução do problema do paciente.

Este encaminhamento conta com um *feed back* de uma contra-referência, exercido por uma equipe multiprofissional que realiza mediações “cuja complexidade exige a intervenção coordenada de profissionais de diversas disciplinas” (BRASIL, 2007, p. 43), cada um deles no seu nível de conhecimento e imbuídos no propósito de tentar solucionar o problema de seu cliente e sua família.

A atenção primária oferece a entrada no sistema, a atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo e “serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde” (STARFIELD, 2004, p. 28). Ela organiza o uso dos recursos utilizados em prol da promoção da saúde.

Trazer para a nossa atuação diária a promoção de saúde chega a ser um “desafio, pois invoca a produção de novos saberes, novas práticas e novas estruturas de poder, mas relacionadas ao sentido da capacidade de realização de desejos coletivos e não da imposição do desejo de um sobre o outro” (ARANTES et al., 2008, p.198).

Toda a equipe de uma repartição de saúde deve estar envolvida no processo de incutir em todos, esse desejo coletivo e assim, melhorar a qualidade de vida da população adscrita, o que é facilitado por ter “a oportunidade de acompanhar os diversos momentos do ciclo de vida dos indivíduos, [...] e, por intermédio dessa relação, a equipe conhece as pessoas, suas famílias e comunidade, e estes conhecem a equipe de saúde” (BRASIL, 2007, p. 41).

Ao acompanhar estes ciclos, depara-se com a adolescência, período marcado por tantas descobertas e dúvidas, e que muitas vezes esbarra numa situação delicada que pode acarretar-lhe alguns problemas. Referimo-nos ao comportamento de alguns profissionais de saúde que, em função do despreparo ou mesmo preconceito, ao invés de orientá-los sobre o exercício de uma sexualidade saudável e sem riscos, acabam por julgá-los emitindo juízos de valores. Esta atitude pode ser a explicação para o afastamento dos adolescentes do serviço de saúde, da possibilidade de uma promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos, contribuindo com a vulnerabilidade desses jovens. Isso foi confirmado por um dos depoimentos das jovens do trabalho piloto:

“Vim pedir remédio de evitar e ela [a médica] ficou brigando comigo dizendo que não era hora de usar.”

Como seria bom se “os serviços de saúde reprodutiva para adolescentes oferecessem ao mesmo tempo serviços clínicos e educativos que auxiliassem a formação de um comportamento sexual positivo, baseado na prevenção e no respeito [...]” (CAVASIN, 2004, p. 5).

O caminho para mudar o modo de encarar os adolescentes, para combater o estigma “*aborrecente*” é indicado por Saito (2008, p. 560) ao dizer que eles “devem começar a ser vistos como solução e não como problema”. E Lourenço (2008) reforça dizendo que é mister trabalhar temas como auto-estima, perspectiva de vida, juízo crítico e espiritualidade ao invés de se deter somente nos já tão debatidos assuntos como sexo, drogas e gravidez.

Como descrito por Abeche et al. (2006), a equipe não pode só se limitar à orientação contraceptiva, deve buscar conhecer não só os adolescentes, como as gestantes, seus parceiros e suas expectativas a fim de que as ações exercidas alcancem seus objetivos. O jovem deve ser encarado como sujeito ativo com características especiais, ser encorajado a participar das decisões que lhe dizem respeito para que suas ações sejam efetivas, tragam soluções e melhorem sua qualidade de vida (LALIND; SALDARRIAG; VÉLE, 1998).

A educação sexual visa ao proveito das experiências de todos na construção de relações mais ricas onde o próprio corpo e dos demais são respeitados, onde os valores e sentimentos são considerados para que tenham uma vida mais digna de ser vivida (LALIND; SALDARRIAG; VÉLE, 1998). A educação sexual não deve provocar a alteração da harmonia entre o homem, a natureza e ele próprio. Deve acontecer dentro de uma dimensão ética, onde se busca conhecimento, valorizando o amor, a auto-estima, o prazer e a responsabilidade (ALFONSO; DÍAZ, 2003).

Neste processo, é fundamental a participação dos profissionais não só da área da saúde como também da educação, porque essa pode trabalhar propostas de prevenção de agravos à saúde, por meio de oficinas e dinâmicas, que levarão os jovens a externarem seus anseios, e assim, encontrarem caminhos para a solução dos mesmos (SAITO, 2000).

Da mesma forma, a participação da equipe de saúde pode ser expressiva, pois, por terem livre acesso às famílias, têm condições de realizar discussões sobre “sexualidade, drogas, violência, influências dos meios de comunicação, imprescindíveis ao exercício da puericultura moderna”. (SAITO, 2000, p. 218).

Em relação à gravidez que ocorre neste período, “políticas públicas e esforços de diversos segmentos, em alguns estados, têm conseguido reduzir o índice de gravidez não-planejada na adolescência, entretanto há muito trabalho de informação e conscientização a ser feito” (BONETTO, 2007, p. 399).

Por fim, é necessário tomar a consciência de que a saúde “é um bem compartilhado. Em consequência, sua manutenção e promoção são de responsabilidade coletiva e individual [...]” (MINAYO, 2006, p.64).

3 MÉTODO E PROCEDIMENTOS

3.1 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

Passamos à descrição dos aspectos demográficos, econômicos, sociais e culturais de Paracatu – MG, para que possamos entender o contexto que se enquadra o trabalho a que nos propusemos realizar junto às adolescentes que buscam atendimento na atenção primária do município.

3.1.1 Aspectos Demográficos

Paracatu localiza-se no noroeste de Minas Gerais com uma população geral de 83.557 habitantes em 2009 (BRASIL, 2007b).

É a única cidade histórica da região do Noroeste de Minas Gerais. São dois séculos de história que refletem a cultura barroca em casarios, igrejas, sobrados, becos e ruas. A diversidade ecológica também está presente nas grutas, cachoeiras, flora e fauna.

Até a década de 1970, mais da metade da população do município de Paracatu localizava-se na zona rural. No último censo realizado no ano de 2000, o percentual da população municipal localizada na zona urbana, atingiu a casa dos 83% (PMS, 2006-9).

A Taxa de crescimento anual estimada entre os períodos de 2006 e 2009 é de 0,3% (BRASIL, 2007b).

No que se refere à população residente no município de Paracatu por grupos de idade, identifica-se que a população estimada de zero a nove anos representa 19,1% da população total no ano 2008 e a juventude, de dez a 19 anos, representa 19,2%. A população acima dos vinte até 59 anos representa 34,7% da população total e a idosa (acima dos sessenta anos) representa 8,3%. Tal situação demonstra como é jovem a população paracatuense (FIGURA 1).

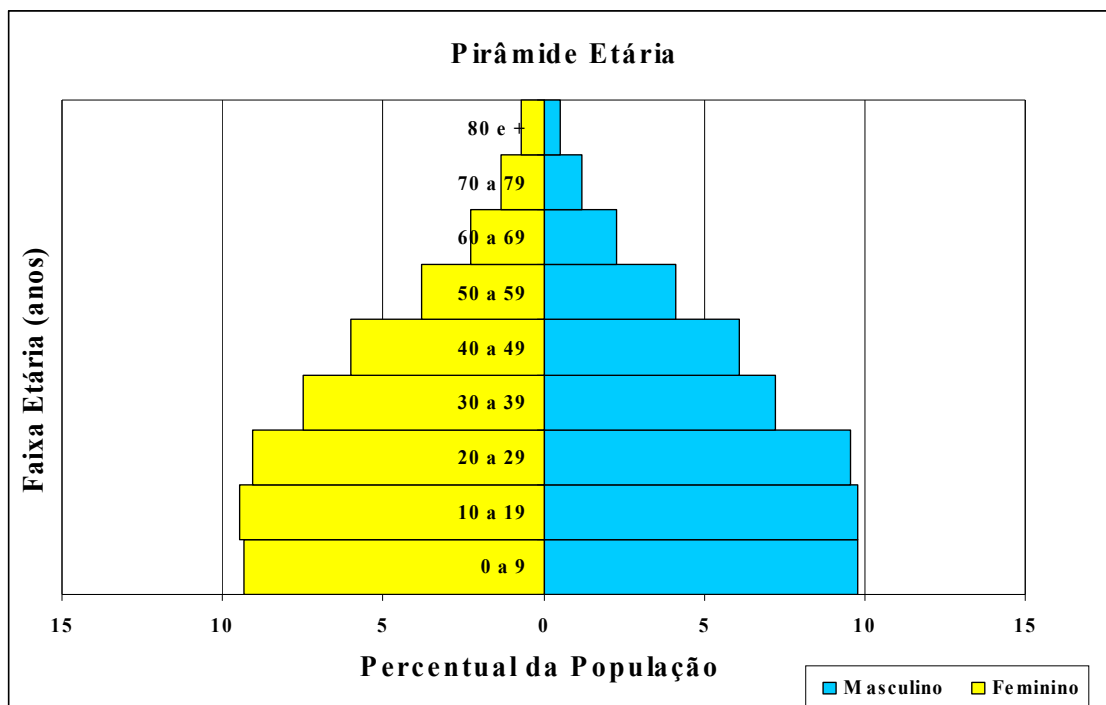


Figura 1- Pirâmide Populacional por Gênero e Idade – Paracatu, 2008

Fonte: IBGE, Censos e estimativas 2008 (Datusus).

A proporção da população feminina em idade fértil estimada para 2009 encontra-se na faixa de 64,7% (BRASIL, 2007b).

3.1.2 Aspectos Econômicos

Paracatu vive da agropecuária e extração de minérios, como o ouro e o zinco. Sua situação econômica é favorável quando comparada a outros municípios brasileiros, por ocupar a 205ª posição do IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) do Estado de Minas Gerais.

3.1.3 Educação

A nossa população jovem, de 15 a 19 anos, está em 9326 indivíduos (BRASIL, 2007). Se compararmos com o número de matrículas realizadas no Ensino Médio em 2008, teremos um total aproximado de 4300 jovens fora da escola. Mesmo se levarmos em consideração os repetentes de 15 anos que deveriam estar no Ensino Médio e não estão, a diferença entre as matrículas e a população ainda permanece enorme. (TABELA 1)

Tabela 1 – Número de Matrículas Escolares em Paracatu – 2008

ENSINO	MATRÍCULA		
	PÚBLICA	PARTICULAR	TOTAL
PRÉ-ESCOLAR	2695	314	3009
FUNDAMENTAL	14853	1248	16101
MÉDIO	4450	576	5026

Fonte: Secretaria Municipal de Educação e Superintendência Regional de Ensino - 2008.

3.1.4 Saúde

3.1.4.1 Histórico da Saúde Municipal

Em 1988, foi criada a Comissão Intermunicipal de Saúde (CIMS) no município de Paracatu, que não conseguiu realizações e avanços devido à inexistência de uma secretaria de saúde, além da falta de integração dos serviços públicos existentes (INAMPS, IPSEMG, SES, FSESP, etc.), fatores esses aliados a pouca vontade política de priorizar e melhorar os

serviços de saúde. Em 1989 foi criada a Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social, ocasião em que foi elaborado o primeiro Plano Municipal de Saúde.

Em 1990, com as leis 8080 e 8142 (Leis Orgânicas de Saúde) iniciou-se de fato a organização dos serviços. Em maio de 1991 o Conselho Municipal de Saúde e o Fundo Municipal de Saúde já eram leis municipais e, nesse mesmo ano, ocorreu a municipalização dos serviços de saúde da S.E.S. (Secretaria Estadual de Saúde) e do hospital da Fundação Nacional de Saúde.

Em março de 1996 realizou-se a primeira Conferência Municipal de Saúde de Paracatu a qual representou um marco na organização, capacidade de articulação, participação e compromisso dos cidadãos com as questões de saúde.

Atualmente a Política Nacional de Saúde estabeleceu uma nova forma de organização por meio dos Pactos pela Vida, SUS e de Gestão.

3.1.4.2 Atendimentos em Saúde

O atendimento da população é realizado pelas dez ESF com sua área adscrita e por um posto de saúde onde, além das consultas de clínica geral, são efetuadas as de especialidades como cardiologia, ortopedia, angiologia, otorrinolaringologia e neurologia. A Clínica da Mulher e da Criança atende as referidas especialidades e uma outra unidade atende os pacientes portadores de diabetes, hanseníase e tuberculose.

Espera-se que pelo menos 70% da população seja adscrita a uma unidade de ESF. A situação de Paracatu apresenta valores em torno de 49%, contando com as já citadas unidades de saúde, o que é avaliado como ruim pelo Ministério da Saúde.

Clientes que possuem convênios são atendidos nos consultórios particulares dos médicos do município e os casos de urgência são drenados para um hospital particular.

O Hospital Municipal possui uma UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) e efetua os pronto-atendimentos da maioria dos paracatuenses e pessoas de outros municípios que se acidentam na rodovia BR 040 e adjacentes.

É triste constatar que em um hospital que obtém o título de “*Hospital Amigo da Criança*”, seja tão elevado o número de cesarianas. Este fato nos conduz a indagar por que em Paracatu este índice é alto?

Observa-se que essa taxa foi menor no ano em que recebeu o referido título (1999). Como verificado por Guimarães (2008), observa-se, por outro lado, que o número de gestantes entre dez e 14 anos encontra-se próximo de zero. Mas, no total de partos de adolescentes, o número tende a subir (FIGURA 2).

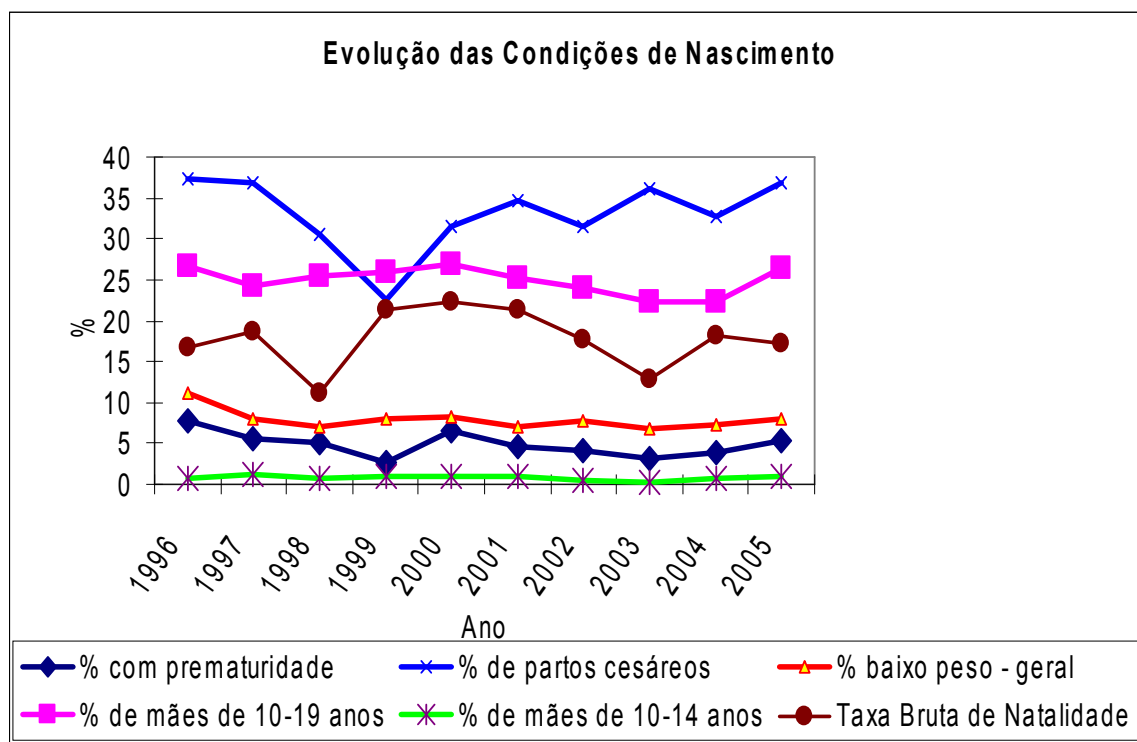


Figura 2 – Evolução das condições de nascimento, em Paracatu, no período de 1996 a 2005

Fonte: IBGE, Censos e estimativas 2007.

3.2 METODOLOGIA APLICADA

Trata-se de um estudo com utilização de uma abordagem qualitativa, que visa a análise da percepção que um grupo de adolescentes grávidas de Paracatu- MG tem a respeito da vivência da gravidez, assim como identificar as diferentes vulnerabilidades relacionadas à esta situação.

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. [...] Esse tipo de método que tem

fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2006, p. 57).

A investigação qualitativa possui cinco características: a) a fonte de dados é obtida no ambiente natural, onde as ações podem ser melhor compreendidas; b) é descritiva, com uma visão subjetiva, interpreta os significados que o ambiente determina aos fenômenos; c) a preocupação é com o processo e não com os resultados, apreciando o desenvolvimento do fenômeno observado; d) os investigadores analisam os dados de maneira indutiva, ou seja, a interpretação surge da percepção do fenômeno dentro de um contexto, de onde levanta as questões mais importantes; e) o significado é a preocupação essencial, ou seja, busca-se detectar o que representa um fenômeno para o sujeito em questão, o que eles pensam sobre suas experiências de vida (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

Na pesquisa qualitativa, o pesquisador assume um papel de muita importância, não se prendendo à necessidade de justificar hipóteses levantadas. O pesquisador coleta dados e elabora sua “cognição, não podendo, por isso, adotar um papel neutro no campo e em seus contatos com as pessoas a serem entrevistadas e observadas” (FLICK, 2004, p. 70).

A pesquisa qualitativa não se prende a princípios e leis. Ela procura compreender o que estuda, porque muitas informações não podem ser quantificadas e precisam ser interpretada de forma ampla (TRIVIÑOS, 1992). Sua atenção está no peculiar e não na generalização dos fatos ou na explicação dos fenômenos estudados (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

Os critérios da pesquisa qualitativa consistem em determinar se os métodos utilizados no trabalho foram escolhidos corretamente. Ao emitirem sua opinião sobre determinado evento, as pessoas envolvidas deixam brotar sua realidade, portanto esta realidade não é determinada, mas elaborada por diferentes personagens (FLICK, 2004).

Ao interessar-se “mais pelo processo, do que simplesmente pelos resultados” (OLIVEIRA, 2008, p. 34), o pesquisador cria as abstrações dos dados coletados, e tem papel ativo e encorajador junto aos entrevistados para que a coleta desses dados seja a mais fidedigna possível (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

Segundo Oliveira (2008), o material coletado por esse método, não se refere a números, e sim palavras ou imagens. Há uma integração entre estes, o que possibilita gerar um conhecimento que pode ser utilizado posteriormente em grupos semelhantes. Na visão

dessa autora, “não se pretende uma comparação entre os casos, portanto as similaridades e diferenças entre os casos escolhidos não importam” (OLIVEIRA, 2008, p. 33).

Esse método ajustou-se à nossa vontade de compreender o significado que cada adolescente atribuía a sua vivência diante da gravidez. E, para isso, foi elaborado um *roteiro de entrevista estruturada* com perguntas abertas, que foi aplicado no domicílio das participantes antes do início dos encontros grupais, e outra *semi-estruturada*, efetuada ao final do último encontro, no mesmo local deste.

A *entrevista semi-estruturada* “combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada” (MINAYO, 2006, p. 261). Ela oferece aos participantes condições de serem espontâneos e valoriza o pesquisador, tornando o trabalho mais rico (TRIVIÑOS, 1992).

Durante os encontros dos grupos de discussão realizados com as gestantes, e que serão posteriormente relatados, utilizamos combinadamente a “*entrevista projetiva* que usa dispositivos visuais, como filmes, vídeos, pinturas, gravuras, [e é] um convite ao entrevistado para discorrer sobre o que vê ou lê” (MINAYO, 2006, p. 262, grifo da autora).

A técnica de entrevista projetiva, combinada com a semi-estruturada, teve o intuito de conhecer – a partir da verbalização das adolescentes grávidas, as dúvidas, mitos, expectativas mais comuns acerca da gravidez nesta fase de vida, estimulando-as a refletirem e a falarem a partir dos temas e atividades propostos em grupo, o que permitiu a comparação dos discursos das adolescentes. (BOGDAN; BIKLEN, 1994; MINAYO, 2006).

3.3 ESTUDO PILOTO

Esta pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Franca- SP, que está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Após autorização concedida pela Secretaria Municipal de Saúde de Paracatu, levantamos, em abril de 2008, o número de grávidas de até vinte anos incompletos, inscritas nos livros de registros de todas as dez unidades de ESF, em Paracatu-MG. Tivemos 253

gestantes inscritas em todas as ESFs das quais, 79 (31,2%) eram adolescentes de 11 a vinte anos incompletos e a unidade com maior número de gestantes adolescentes (N=17) foi escolhida para a execução do trabalho.

Destas 17 grávidas com menos de vinte anos que, no referido período, iniciaram o pré-natal ou que já estavam em acompanhamento nesta unidade de ESF, seis mudaram de bairro.

As outras 11 adolescentes foram visitadas em casa e convidadas a participarem do projeto. Os motivos desta pesquisa foram explicitados a todas e também, foram informadas que a entrevista a ser aplicada incluía perguntas sobre aspectos íntimos de sua vida e o anonimato seria respeitado em todas as etapas do estudo. Foi assegurado às adolescentes que, caso elas resolvessem não participar do estudo ou desistissem do mesmo, os atendimentos na ESF continuariam do mesmo jeito.

Todas concordaram em participar dando sua anuência no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As gestantes menores, portanto relativamente incapazes para os atos da vida civil, tiveram a anuência de seus responsáveis, na Qualificação do Declarante (ANEXO A).

Em seguida, responderam a uma entrevista. Após responderem as questões, foi feito um convite as 11 gestantes para que participassem de quatro encontros, que foram realizados na área física da ESF, com o intuito de conhecer seus sentimentos e melhor orientá-las sobre este período em suas vidas, que agrega, além das mudanças esperadas na gravidez, o fato de serem adolescentes. Como já mencionado, no final do último encontro, as participantes responderam outra entrevista.

Este trabalho de campo foi instituído como piloto e teve por objetivo familiarizar a pesquisadora com o método e verificar a adequação da linguagem. Após o mesmo, foram feitas as adequações devidas para a elaboração do trabalho final.

O piloto tem como premissa corrigir distorções nas técnicas empreendidas, assim como familiarizar o pesquisador no manejo com o método.

3.4 SUJEITOS DA PESQUISA

Acolhendo as sugestões da banca de qualificação, decidimos por refazer a parte prática da pesquisa, considerando-se que o piloto nos serviu para corrigir os fatos que julgamos necessários e essenciais para que os objetivos desta pesquisa fossem cumpridos.

Portanto, no início do mês de maio de 2009 realizamos novo levantamento das adolescentes grávidas de até vinte anos incompletos. Foi utilizado o mesmo local do trabalho piloto. Esta escolha levou em consideração a confiabilidade dos dados, tendo em vista ser o local de trabalho da pesquisadora. Este fato facilitou o acesso ao sujeito em questão.

Neste período, contávamos com 31 gestantes inscritas no pré-natal das quais, sete eram menores de vinte anos.

3.5 COLETA DE DADOS

A técnica utilizada para a coleta de dados foi uma entrevista, modificada a partir da realizada no estudo piloto, com informações sobre oito eixos temáticos: a) identificação; b) dados familiares; c) escolaridade; d) experiência profissional; e) hábitos; f) conhecimento sobre sexualidade e DST; g) vida sexual passada e presente; h) sentimentos que envolvem a gravidez.

O convite para a participação na pesquisa foi feito individualmente e nas moradias de cada entrevistada, no início do mês de maio de 2009. As sete gestantes e/ou seus representantes legais concordaram em participar, dando sua anuência no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A).

Em situação de privacidade, as participantes responderam ao roteiro da entrevista (APÊNDICE A). As respostas eram registradas por um gravador, enquanto a pesquisadora observava os sinais não verbais, ou seja, caretas, sorrisos e até lágrimas que surgiram ao falarem de momentos tão marcantes em suas vidas.

3.5.1 Procedimentos

No final do mês de maio, aconteceram os quatro encontros grupais com as sete participantes. O local escolhido foi a unidade onde se realiza o atendimento destas gestantes, por ser acolhedor e já conhecido das participantes, o que as deixou à vontade, contribuindo para o sucesso do grupo de discussão.

No início de cada encontro falávamos sobre um tema relacionado à vida da adolescente grávida, após o qual se seguia um diálogo entre as integrantes do grupo, orientado pela pesquisadora que, além de esclarecer dúvidas fazia uma observação participante.

A *Observação Participante* faz parte do trabalho de campo. É um processo em que o pesquisador está face a face com os observados, participando de suas vidas e colhendo dados para o seu trabalho, influenciando e sofrendo influências do grupo em questão (MINAYO, 2006). E, ao influenciar, ele pode estar contribuindo para a melhoria da vida de algum grupo ou comunidade (TRIVIÑOS, 1992).

Para complementar os levantamentos dos dados, elaboramos um diário de campo no qual registramos os comentários e intercorrências dos encontros. Estes comentários encontram-se no decorrer da análise e discussão dos resultados, em que as participantes são identificadas pela letra G (de gestante), seguida de um número que vai de um a sete, correspondendo ao número da entrevista efetuada nos domicílios.

As anotações de campo compreendem, de acordo com Triviños (1992, p. 154), “as descrições de fenômenos sociais e físicos, explicações levantadas sobre as mesmas e a compreensão da totalidade da situação em estudo.”

Cada reunião era encerrada com um lanche, durante o qual as participantes se sentiam mais à vontade para conversar.

No grupo de discussão, utilizamos, além da técnica da observação participante, a “*atenção flutuante*” que “é ‘*prestar igual atenção a tudo*’. Esta atenção aberta, sem focalização específica, permite a captação não apenas dos elementos que formam um texto coerente e à disposição da consciência do analista, mas também do material ‘*desconexo e em desordem caótica*’” (KASTRUP, 2007, p. 16, grifo da autora), isto é, perceber os sinais não verbais (gestos e expressões), anteriormente mencionados, na tentativa de captar sinalizações de insegurança, hesitações ou de quaisquer outras manifestações, que propiciem identificar componentes subjetivos intrínsecos à dinâmica das ações e enriquecer a análise do processo, centradas na linguagem das entrevistadas (THIOLLENT, 1988).

No primeiro encontro, abordamos os temas: “*regras fundamentais para a realização dos encontros, auto-estima e relacionamento*”, com o intuito de suscitar nelas o entendimento do processo emocional da gravidez e a mudança no comportamento social, principalmente em relação ao pai da criança. As regras debatidas foram: confidencialidade, franqueza, julgamento, direito a não participar, anonimato e aceitação (ALMEIDA, 1992).

Realizamos duas dinâmicas: uma para introduzir o conceito de comunicação e a importância de fazê-la claramente, e a segunda foi sobre como fazer comunicação não-verbal, através de gestos e expressões faciais (ALMEIDA, 1992).

Os assuntos debatidos nos demais encontros foram solicitados pelas participantes. Na segunda semana, abordamos a respeito da *anatomia masculina e feminina*, do *ciclo menstrual*, da *fecundação* e do *desenvolvimento embrionário e fetal*. Para isso, foram utilizados vídeos (ANIMACION..., 2008; APARATO..., 2008a; APARATO..., 2008b; FAMILIA..., 2008) e um álbum seriado (ferramenta pedagógica com ilustrações e textos explicativos) a respeito do corpo humano e seu funcionamento (ELUF; SAID, 2007).

No terceiro encontro, discorremos sobre as “*Doenças Sexualmente Transmissíveis*”. Além de ter sido requisitado pelas participantes, esse tema teve o propósito de trabalhar a intervenção no conhecimento sobre sexualidade para capacitá-las a vivenciarem-na de maneira equilibrada, sem os riscos de contágios de DST/AIDS. Foram utilizadas ilustrações em PowerPoint (BRASIL, 2001), explicações teóricas e uma dinâmica sobre como se infecta com o vírus da imunodeficiência humana com o objetivo de mostrar como é fácil transmitir o vírus do HIV (ALMEIDA, 1992).

Na última reunião, discutimos sobre “*sentimentos da gestante e cuidados com o recém-nascido*”. Houve discussão com abertura à participação de todas, levantando-se os maiores receios, inseguranças e crendices populares com esclarecimento de todas as dúvidas.

Ao encerrar, elas responderam ao roteiro da entrevista semi-estruturada pós-encontros (APÊNDICE B), expressando sua avaliação do trabalho realizado.

Conforme já citado, a entrevista semi-estruturada focaliza certos temas, embora deixe os entrevistados livres para se expressarem e busca identificar as atitudes, valores, opiniões e vivências dos entrevistados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Passando aos resultados e discussão do nosso trabalho, lembramos mais uma vez que os nomes das participantes foram substituídos pela letra G seguida do número da entrevista realizada, para preservar-lhes a identidade.

Esta pesquisa teve dois momentos distintos. Primeiramente, sete gestantes foram entrevistadas em suas casas antes das reuniões de grupo. O segundo momento se deu durante os encontros, onde o tema pertinente ao momento que estavam vivendo foi enfocado.

4.1 ENTREVISTA INICIAL

A seguir, apresentamos o resultado das entrevistas iniciais aplicadas antes dos encontros terem se iniciado, e que foram respondidas pelas sete participantes nas visitas domiciliares (APÊNDICE A). À medida que respondiam, gravávamos suas informações e observávamos suas reações (silêncios, emoções e até mesmo os choros).

Durante a entrevista, as gestantes se mostraram tímidas, com semblante um pouco desconfiado, provavelmente imaginando o que a médica da ESF estaria querendo com elas. Talvez devido a isso, não responderam completamente todas as perguntas, omitiram fatos e até não disseram a verdade. À medida que foram acontecendo os encontros, elas iam acrescentando dados novos ao conteúdo da entrevista.

O quadro 1 apresenta a caracterização de nossas gestantes.

Quadro 1 – Identificação das gestantes participantes do trabalho

Idade da gestante	Estado civil	Formação	Trabalho anterior	Trabalho atual
G1 19	Solteira	Superior incompleto (estuda)	Balconista	Nenhum
G2 19	Solteira	Superior incompleto (estuda)	Nenhum	Nenhum
G3 19	Solteira	Fundamental completo	Babá/ doméstica	Nenhum
G4 18	Estável	Fundamental incompleto	Frentista	Nenhum
G5 16	Estável	Fundamental incompleto (estuda)	Nenhum	Nenhum
G6 17	Solteira	Fundamental incompleto	Babá	Nenhum
G7 19	Solteira	Médio incompleto (estuda)	Babá	Nenhum

Fonte: APÊNDICE A.

Conforme já comentamos, está comprovado estatisticamente que a fecundidade geral está em declínio, mas que a da adolescência está em ascensão. Um ponto positivo desta situação é a faixa etária ser tardia, ou seja, a gravidez adolescente tem acontecido em maior número na fase final deste período etário. No nosso trabalho a idade das participantes foi, em média, 18,1 anos, variando de 16 a 19 anos.

Esta faixa etária também foi encontrada em vários trabalhos, entre os quais citamos o de Ximenes Neto et al. (2007), aonde 68,1% de 216 adolescentes, estão na faixa etária de 17 a 19 anos (FIGURA 3).

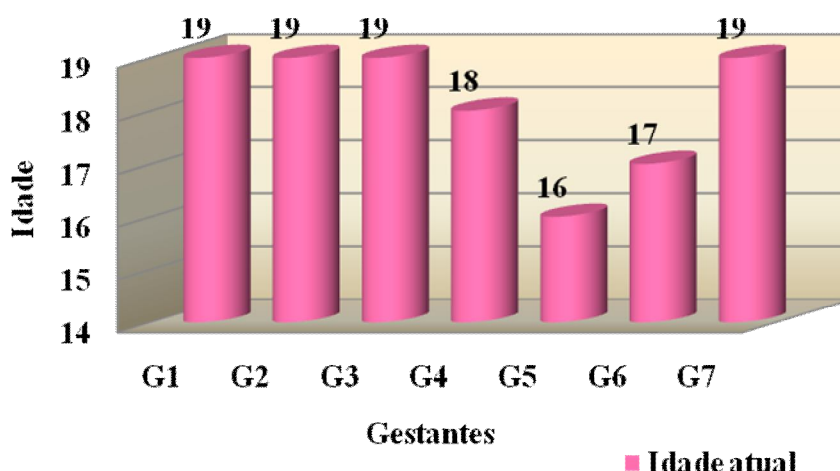


Figura 3 - Idade atual, em anos, das participantes do trabalho

Fonte: Apêndice A.

Duas coabitam com o parceiro, quatro continuam namorando e somente uma está só, embora o pai do seu bebê tenha prometido ajudar após o nascimento.

Observamos que somente duas nunca tiveram uma ocupação profissional, e, atualmente, nenhuma trabalha devido ao fato de terem engravidado. G5 chegou a comentar:

“Ninguém dá emprego pra gestante”

Em contrapartida, no estudo com 216 gestantes adolescentes, feito por Ximenes Neto et al. (2007), em Aracarú – CE, foi encontrado um percentual de 96,8% das quais tinham uma ocupação profissional.

“A baixa escolaridade é fator de risco para a gravidez na adolescência, como também a gravidez é motivo de saída da escola, principalmente para aquelas que já estão com a escolaridade atrasada” (GUIMARÃES, 2008, p. 421).

O resultado do nosso trabalho difere um pouco, pois mesmo grávidas, duas estão cursando Faculdade, uma o Ensino Médio e outra o Fundamental e não pretendem parar. Uma tem o Ensino Fundamental completo, parou de estudar na primeira gravidez e pretende voltar a estudar futuramente. As outras duas, que pararam de estudar antes de engravidarem, não completaram o Ensino Fundamental.

Em seu trabalho realizado na Colômbia, com 25 adolescentes gestantes, Perdomo, Alvarez e Mejía (2005), encontraram que 64% tinham o Ensino Médio incompleto.

Em seu estudo com 4060 gestantes adolescentes Becker e Both (2002) encontraram um percentual de 60% que haviam concluído o Ensino Fundamental. Esta é a realidade de Porto Alegre, RS.

Guimarães (2008, p. 419) informa-nos que no Brasil, nos últimos anos, “metade das adolescentes sem escolaridade já tinha se tornado mãe”. E Sabroza et al. (2004) observaram que 27,1% das 278 adolescentes por eles estudadas no Rio de Janeiro, encontravam-se fora da escola ao engravidar.

O grau de instrução do primeiro parceiro era desconhecido pela maioria das gestantes. As três que sabiam, informaram que variou entre Fundamental completo, Médio incompleto e um que terminou o Ensino Médio.

Dos parceiros atuais, informaram que dois tinham o Curso Técnico e os demais, o Ensino Médio Completo.

Ao serem indagadas sobre as mudanças que ocorrem no período da adolescência, somente uma (G6) disse que não estava informada sobre o assunto, duas disseram saber ‘*mais ou menos*’ e quatro disseram que sabiam das transformações nessa faixa etária. Depoimentos sobre dúvidas:

G6: *“Eu fico querendo saber por que a adolescente fica muito rebelde, muda muito de humor.”*

G7: *“Qual idade certa para menstruar e começar a ter relação?”*

Para a criança, a família é tudo, mas o adolescente critica-a constantemente e se afasta dela. Para as jovens do nosso trabalho foi diferente, pois seis disseram conviver bem com seus pais, embora G5 tenha dito:

“Depois de ser mãe melhorou um pouco a relação com minha mãe, melhorou”.

Uma gestante tem pai falecido e não se relacionava bem com seu padrasto, por isso, foi morar com seu namorado. Três participantes deste estudo são filhas de pais separados.

O estigma que as doenças sexualmente transmitidas carregam, afasta os seus portadores do serviço de saúde, portanto, contribuindo para que o controle epidemiológico seja escasso. Talvez por isso, as nossas entrevistadas relataram que, nem elas e nem seus

companheiros (antigos e atuais), eram ou já foram portadores de DST. Entretanto, quatro tiveram alguma infecção ginecológica.

A figura 4 mostra a idade da menarca das nossas gestantes que, em concordância com outros estudos como o de Salazar et al. (2002), realizado em Caracas - VE, teve como média, 13 anos. Apresenta também, o intervalo de anos entre a menarca e a sexarca (início das atividades sexuais), com média de 3,3 anos, variando de zero a seis anos, o que nos leva a supor que os fatores comportamentais e as variações de humor podem afetar a secreção neuroendócrina, desencadeando a estimulação para a realização do ato sexual, fato observado em G3 e G4, visto que suas atividades sexuais iniciaram com a mesma idade que aconteceram suas menarcas. Na pesquisa acima citada, foi encontrado um intervalo de 48 meses entre a menarca e a sexarca.

Deduzimos que, o comportamento do adolescente tem buscado privilégios normalmente obtidos com a maturidade, mas esquece que só se alcança com a experiência de vida, por isso não consegue perceber “o significado real de um envolvimento sexual” (DÜSMAN, 2008, p. 24)

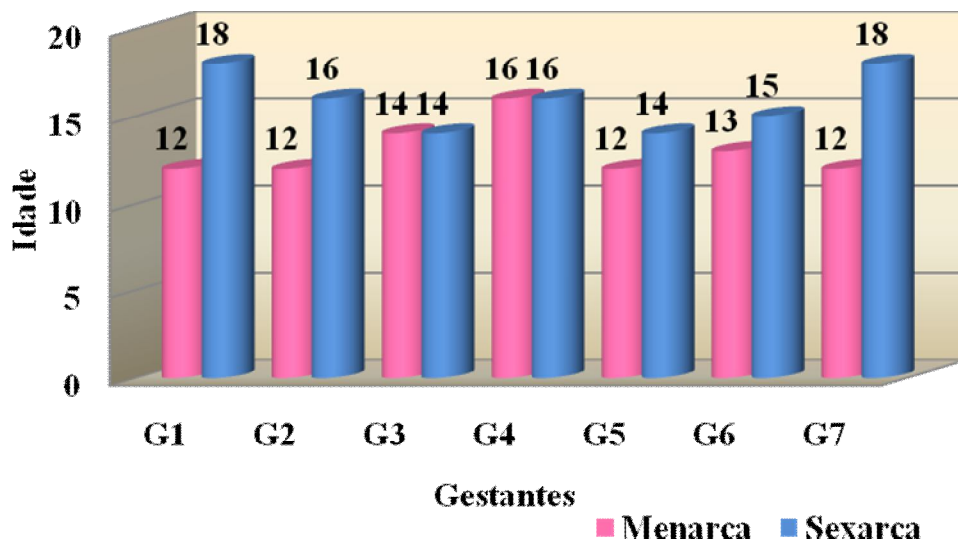


Figura 4 – Intervalo em anos entre a menarca e sexarca
Fonte: Apêndice A.

Todas disseram que tiveram sua primeira relação sexual por sua “livre”

escolha. Para três delas eram só “*ficantes*”¹. Seis consideram o sexo mais ou menos importante na vida conjugal. Quando indagadas sobre o motivo, G4 declarou:

“Eles só pensam neles”.

A imaturidade, que pode levar a atividade sexual precoce, leva também ao risco de uma gravidez prematura, fato encontrado em nosso estudo, como mostra a figura 5 onde podemos observar a proximidade das idades da sexarca e da primeira gravidez. Salazar et al. (2002) levantaram uma média de 15 meses em uma das cidades estudadas. Sobre isso é G3 que fala:

“Engravidou por falta de cuidado, de responsabilidade mesmo”.

Ela é a única que tem uma filha, já com quatro anos de idade, de outro parceiro.

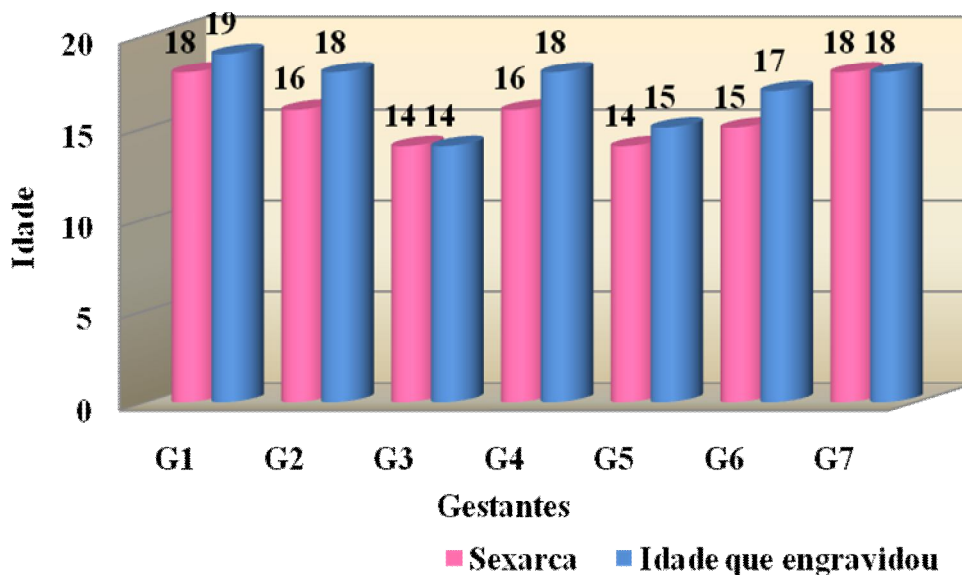


Figura 5 – Intervalo em anos entre a sexarca e a primeira gravidez

Fonte: Apêndice A.

No que se refere ao número de parceiros constatamos que três tiveram um só e

¹ A palavra “*ficantes*”, no texto, representa uma gíria brasileira que designa uma relação afetiva sem compromisso, que normalmente tem natureza efêmera.

quatro se relacionaram com três. Deduzimos que a falta de sentimentos que envolvem a maioria das relações sexuais levam à busca crescente de diferentes companheiros sexuais, para alcançar o prazer tão estimulado pela mídia, ou por mera curiosidade.

Os parceiros da primeira relação apresentaram uma variação de um a nove anos a mais do que a idade das adolescentes. Vale ressaltar que G1, G2 e G7 só tiveram um único parceiro (FIGURA 6).

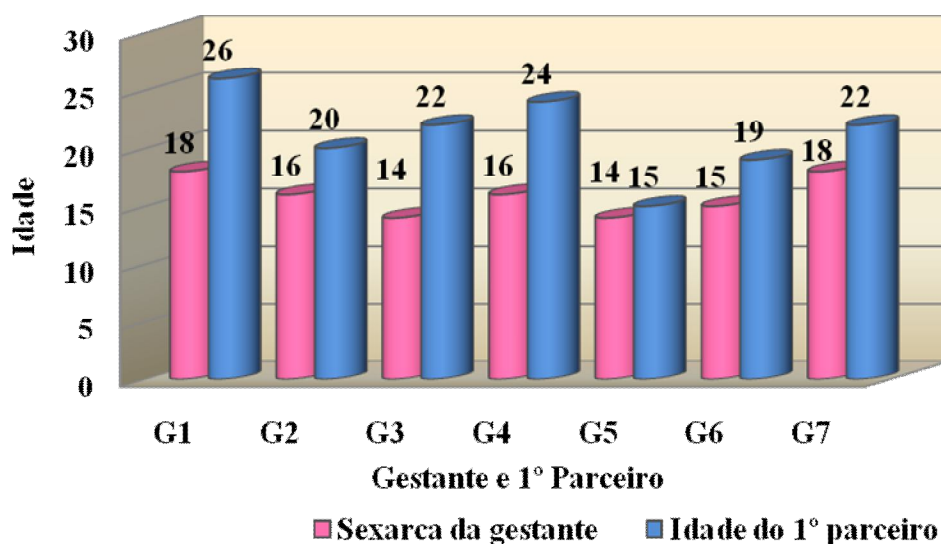


Figura 6 – Diferença da idade em anos, das pacientes e seus primeiros parceiros sexuais
Fonte: Apêndice A.

Os companheiros atuais apresentaram 6,3 anos a mais que as gestantes (de três a 16 anos de diferença). Observamos que, a gestante que já tem uma filha (G3), teve a maior variação de idade entre ela e o seu parceiro, que já é pai de cinco filhos (FIGURA 7).

Nosso pensamento se volta para o fato de adolescentes buscarem se relacionar com homens mais velhos. Será que é em busca de segurança ou é a carência afetiva, citada anteriormente, que os impulsiona? Ou ainda, será que é um “substituto parental ao qual o adolescente se vincula com fantasias edípicas”? (KNOBEL, 1981, p. 45).

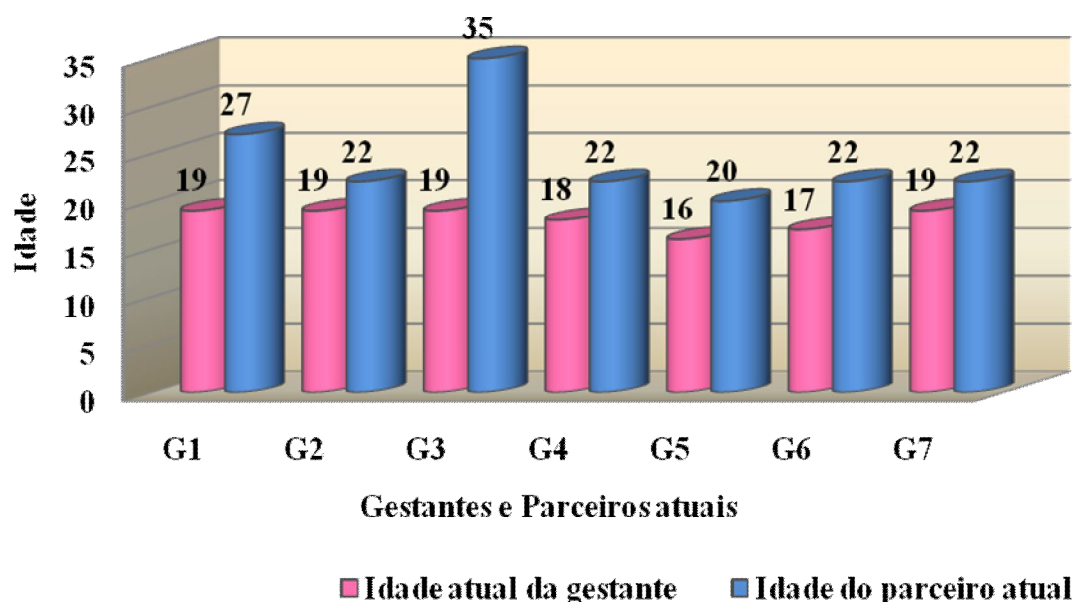


Figura 7 – Diferença da idade em anos, das pacientes e seus parceiros sexuais atuais
 Fonte: Apêndice A.

Uma (G6) teve relacionamento fugaz o qual ocasionou a gravidez. A média de tempo entre o namoro e a iniciação das atividades sexuais foi de 3,7 meses, com variação entre zero e 12 meses. Para cinco delas este tempo foi quase imediato.

O tempo de vida sexual ativa do casal até a ocorrência da gravidez atual variou de 1 a 24 meses, tendo como média, 11,7 meses. Destacamos que, a gestante (G3) cujo parceiro é o mais velho de todos, teve o maior espaço de tempo entre a iniciação sexual e a gravidez. Notamos também que, uma das participantes (G6) cuja atividade sexual começou com pouco tempo de relacionamento, foi abandonada pelo parceiro, embora ele tenha feito a promessa de ajudar o filho (FIGURA 8).

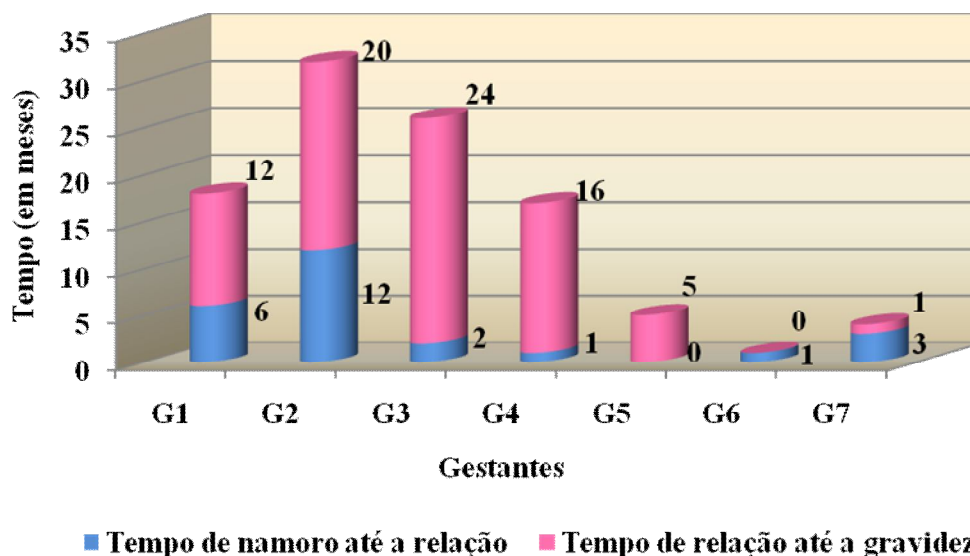


Figura 8 – Diferença de tempo entre namoro e relação e entre relação e gravidez

Fonte: Apêndice A.

Ao entrevistar 135 puérperas adolescentes em Porto Alegre - RS, Abeche et al. (2006) verificaram que, em 41,5% das entrevistadas, a gestação havia sido planejada. No nosso caso, apenas uma das gestações foi planejada pelo parceiro da G5 que esclareceu:

“Ele [o companheiro] queria, eu não, mas não evitei...”.

Constatamos que todas disseram ter usado preservativos ou outro método contraceptivo. Mas no relacionamento que ocasionou a gravidez, disseram não haver tido essa preocupação pelo casal. Podemos deduzir que não se mostraram preocupadas com a gravidez e nem muito menos com as doenças sexualmente transmitidas, principalmente a AIDS.

Para corroborar com esse dado de prevenção da gravidez, temos outros trabalhos da literatura. No estudo realizado com 309 casais por Abeche et al. (2006), somente 32,4% faziam uso regular de algum método contraceptivo, e em outro levantamento efetuado com 127 casais, Salazar et al. (2002) encontraram que só 21,7% tiveram a preocupação da prevenção de doenças transmissíveis sexualmente e a gravidez, fazendo uso de algum contraceptivo.

Os sentimentos vividos por elas após a notícia da gravidez oscilaram entre preocupadas e cansadas. Outras experiências percebidas nos depoimentos:

G1: *“Fiquei com muita raiva e cheia de culpa.”*

G6: *“Tive medo de contar prá minha mãe.”*

G2: *“Estou estressada.”*

Com o desenvolver da gravidez as gestantes “tomaram amor” pelo seu bebê e ficaram felizes. Mesmo tendo sofrido muito na primeira gestação, (G3) deixou acontecer a segunda, conforme já mencionado anteriormente. Seu depoimento em relação à primeira gravidez confirma como é angustiante o sentimento na descoberta da gravidez:

“Eu não quis nem saber da minha primeira gravidez, tive muita raiva, queria ter uma lumbriga, mas não queria filho. Eu ia dar meu filho, mas depois desisti. Eles me levaram para a sala, eu não sabia que tava ganhando, queria que tirasse logo.”

Taquete (1992, p. 138) destaca que a “contradição em o não querer engravidar e satisfação com a gravidez poderia estar demonstrando um desejo inconsciente de engravidar”.

Quanto à receptividade masculina, a literatura mostra que, quando o pai da criança aceita bem, ele se torna a melhor fonte de apoio para a gestante (PACCININI, 2002). Em seu estudo com 309 gestantes adolescentes, Abeche et al. (2006) encontraram que 78,1% dos companheiros receberam bem a notícia da gravidez.

Observamos em nosso trabalho, resultado melhor ainda, aonde todos receberam bem a notícia, segundo informação das participantes. O namorado de G1 foi bem enfático segundo sua informação:

“Ele falou: ‘já estava na hora de ser pai, não agüentava mais esperar.’”

Partindo dessa perspectiva, fica evidente que “é preciso evitar o equívoco de aceitar o estereótipo do parceiro da adolescente que a abandona e foge de assumir a paternidade. Mesmo 18 meses após o nascimento de seus filhos, foi observado grande número de parceiros realmente envolvidos com a paternidade” (ABECHE et al., 2006, p. 16).

Fato também encontrado no nosso estudo, onde todos os futuros pais assumiram a paternidade, apesar da angústia de G6 ao dizer:

“Ele prometeu ajudar, mas não quer mais saber de mim”.

Quando indagadas sobre como ficou a relação sexual após a gravidez, duas disseram que não modificou e as outras cinco confessaram que diminuiu. Duas desabafaram:

G6: *“Ficou mais ruim.”*

G2: *“Não sinto vontade.”*

Como descrito por Gama et al. (2001, p. 75), “entre os inúmeros danos relacionados à gestação precoce, são apontados a exposição a abortos”. Ao trabalhar com 134 adolescentes grávidas, Abroza et al. (2004) encontraram 31,2% que tentaram o aborto.

Uma das nossas participantes (G1) tentou interromper a gestação. Sua confissão é emocionante:

“Eu fiquei muito assustada com a gravidez, fiquei revoltada, como eu ia fazer com a faculdade, para cuidar de um bebê, queria tirar. Eu troquei o jeito de usar o anticoncepcional e engravidei. Tomei a pílula do dia seguinte e falhou. Então pedi a um amigo para comprar o remédio que aborta. Ia usar o dinheiro que meu pai dá para pagar a faculdade para comprar o remédio para abortar. Estava na fila do ‘financeiro’, no último minuto, esperando o telefonema dele [o amigo que ia comprar o remédio]. Quando ele ligou, eu já tinha dado o dinheiro para pagar a mensalidade. Foi a mão de Deus. Eu não estaria aqui não [se tivesse abortado], tinha morrido. Hoje estou bem, mais tranqüila.”

Outros comentários sobre aborto:

G2: *“Eu vi na minha escola fetos abortados. Os roxos são abortados”* [se referindo a provocados]. *“E tem gente que ainda quer abortar já desse tamanho!”* [mostra com as mãos]. *“Tem um [feto] já no final... grandinho... [ênfase]. Até no final querem abortar!”* [sentimento de desacordo].

G4: *“Sobre o aborto, não pensei nisso não. Não tem que tirar não. Todo mundo tá ciente, tem que tirar não, arruma porque quer. Tem muito maneira de evitar, antes de engravidar.”*

G6: *“No começo achava certo o aborto, agora, não. Eu era muito infantil. É crime.”*

Cinco participantes, inclusive a que teve a gravidez desejada, chegaram à conclusão de que, se pudessem voltar no tempo, não teriam engravidado nesse momento de suas vidas, e disseram:

G1: *“Eu ia me formar primeiro, casar, para depois ter um filho.”*

G6: *“Não ia ter filho agora, não. Ia deixar pra mais tarde... sou muito nova!”*

É relevante destacar que uma das irmãs de G6 teve filho há aproximadamente um ano e a gestante do nosso trabalho foi quem cuidou do umbigo do sobrinho e a ajuda muito. Por que engravidou, e ainda, de um relacionamento fugaz, apesar de ver a irmã passar por tanta dificuldade?

O depoimento da gestante que já teve uma filha prova como “essas gravidezes indesejadas na adolescência são, muitas vezes, compulsivas e, portanto, de difícil prevenção” (GUIMARÃES, 2008, p. 420). Quando perguntado se modificariam algo em relação ao fato de terem engravidado, G3 respondeu:

“ah! Tudo!” [muita ênfase na fala] *Não teria engravidado”.*

4.2 RELATOS DOS ENCONTROS

Nos quatro encontros que se sucederam à entrevista inicial obtivemos esclarecimentos de alguns dados, principalmente durante os lanches, que eram servidos após o debate, pois, quando eram interpeladas diretamente, ficavam tímidas.

O tratamento dos resultados obtidos realizou-se a partir das falas das gestantes e depoimentos escritos na entrevista final, realizados ao término da última reunião, que foram agrupados em torno das categorias definidas para, dessa forma, permitir a inferência e interpretação do conteúdo apresentado.

Após transcrição dos discursos das participantes, realizamos uma primeira leitura para a identificação dos núcleos das categorias. Priorizamos a categorização tomando os discursos de maneira geral, e não os analisando por encontros, desta forma as categorias surgidas emergiram da transcrição dos quatro encontros, sendo produto destes de maneira unificada e não individualizada.

Após uma primeira leitura, outras foram sendo realizadas para identificação das categorias que se seguem.

Categorias são classes que reúnem um grupo de elementos que se enquadram em um título genérico (MINAYO, 2006).

No nosso trabalho utilizamos a categoria empírica. De acordo com Minayo (2006, p. 179, grifo da autora), *categorias empíricas* “são, antes de tudo, expressões classificatórias que os atores sociais de determinada realidade constroem e lhes permitem dar sentido a sua vida, suas relações e suas aspirações. Portanto, emanam da realidade.”

Utilizamos as seguintes categorias:

- a) Sentimentos frente à gravidez e reação da família
- b) Mitos, tabus e crenças
- c) Expectativas para o futuro

4.2.1 Sentimentos frente à gravidez e reação da família

Antes de analisarmos os sentimentos envolvidos com a gravidez, é interessante destacar o que se passou no momento em que engravidaram.

Percebemos nos depoimentos abaixo, que houve descuido com a prevenção e, também, falta de iniciativa de buscar uma alternativa para a falha do método no momento do ato sexual:

G1: *“Engravidei porque perdi a cabeça.”*

G2: *“Eu sabia que ia engravidar, mesmo assim, eu deixei, pensei... eu achava que não engravidava, eu não usava preservativo, nem prevenia com remédio, eu nunca engravidei. No dia, eu sabia que tava grávida, mas... deixei, não tomei remédio...”*

G7: *“Nós engravidamos por um erro da gente mesmo, tinha que ter comprado remédio antes, para prevenir antes.”*

G5: *“Eu não usava nada”.*

[Perguntamos: quanto tempo levou para engravidar?]

G5: *“três meses”.*

G6: *Eu tava usando camisinha e furou no dia.*

[Perguntamos: o que você fez?]

G6: “*Nada*”.

G3: “*Eu não usei nada no dia*” [que engravidou]

[Perguntamos: por quê?]

G3: “*Nem eu sei.*” [risos de todas participantes.]

A gravidez quando não é planejada e/ou esperada ocasiona reações imediatas de dissabor que, às vezes, transformam-se em aceitação e/ou conformação. Isto é percebido nas seguintes falas:

G1: “*Gravidez é de cada um. Todo mundo passa por isso mesmo, mas quando a gente tá esperando [ficar grávida]. Acho que é bem melhor quando está preparado pra aquilo [engravidar], mas, enfim [muita ênfase na fala], prá mim é uma coisa normal. A responsabilidade aumenta, não tem que se preocupar só com você mais, né?*”

G3: “*Na gravidez a vida muda muito. Muda muito minha vida [é a 2ª]. Vai me atrapalhar bastante minha vida, porque eu estudava, tive que parar por causa da menina. Não vou mais poder voltar estudar por agora porque... trabalhar também vai ser difícil de novo, agora!*”

G7: “*Gravidez é dom de Deus, né? Estou feliz, mas com medo.*”

Sente-se hesitação até na fala da gestante (G5) cuja gravidez foi planejada pelo companheiro com o qual coabita há sete meses:

“*Ele [o companheiro] queria [filho], depois que eu descobri, tive que aceitar, agora é tudo de bom!*”

Mas acrescenta, logo em seguida ao pensar sobre “*ser mãe*”:

G5: “[**longo silêncio**] *Não sei..., acho que é... ser mãe é... às vezes eu tenho medo de não conseguir ser boa, eu penso em mudar algumas coisas, ser diferente em algumas coisas, em melhorar [em relação ao jeito de ser de sua mãe].*”

Na fala de G4 percebemos que nem sempre a gravidez é indesejada, principalmente se ocorre na fase final da adolescência, levando-nos a reavaliar o seu significado, que varia conforme a condição sociocultural da jovem envolvida:

“Pra mim foi bom [gravidez]. Já tava morando junto. Achei bom, não assustei, já tava querendo.”

Não podemos deixar de registrar o comentário de G3 em relação à sua primeira gravidez que só foi descoberta quando teve eclampsia e nenhum médico queria assumir o risco de complicações, devido ao fato de não ter feito acompanhamento no pré-natal:

“Eu fui morar em Brasília na casa do meu avô. Aí lá, minha barriga não cresceu. Eu engordei muito, mas se seu murchasse a barriga, ela não aparecia, ninguém via nada, ninguém percebeu que eu tava grávida. Só descobriu por causa da convulsão que eu tive. Descobriu numa semana e na outra ela nasceu. Eu não fiz pré-natal, não fiz consulta nenhuma. Eu tinha 14 anos. Ninguém queria fazer meu parto. Os médico ficavam brigando porque minha gravidez era de alto risco e aí...ninguém da minha família...sabia da gravidez. Eu escondi até o último mês.”

Mesmo quando desejada, a gravidez muda muito a vida da gestante, suas prioridades têm que ser modificadas. Sentimos a grande preocupação principalmente com os estudos, quando debatemos sobre o que mudou a vida com a gravidez. Seus comentários são cheios de angústia:

G1: *“Depois da gravidez minha vida mudou em tudo [risos] desde a roupa até... tem coisa que melhora, tem coisa que piora.”*

G2: *“Com a gravidez, mudou **tudo!** [realce na palavra]. Mudou muito minha vida com a gravidez. Um lado melhorou, outro piorou. Fiquei preocupada com a faculdade, quero agüentar ir [para a faculdade] o máximo que conseguir... Ficou mais difícil a escola, meu pensamento não está na escola não.”*

G3: *“Depois da gravidez, mudou bastante minha vida, porque já era para eu ter terminado os estudos. Interrompi o estudo que ta bastante atrasado.”*

G5: *“Fiquei preocupada com os estudos.”*

G7: *“Depois da gravidez, mudou minha alimentação, mudou um pouco, não era na hora certa, não preocupava com nada. Mudou um pouco meu jeito de vestir, não pode vestir roupa apertada, é mais responsabilidade.”*

Mas tem aquela (G4) que desejou a gravidez, já havia interrompido os estudos anteriormente à gestação e estava feliz com a maternidade. Por isso, não devemos generalizar que gravidez na adolescência sempre será indesejada. Observamos sua tranquilidade ao dizer:

“Minha vida mudou nada não [com a gravidez]. Parei de estudar antes da gravidez.”

Ao conversarmos sobre a família, perguntamos sobre a infância delas. Cinco tiveram boas recordações e as duas, que eram as mais tristes do grupo, comentaram:

G5: “Lembro da infância pouca coisa, não lembro muita coisa não. Foi mais ou menos. Meus pais separaram quando eu era muito nova. Minha mãe arranhou outro. Comecei a não dar bem com marido da mãe quando cresci. Meu pai morreu quando eu tinha 11 anos, ele separou da minha mãe, eu tinha seis, quando ele morreu, eu tinha 11.”

G6: “Não lembro da minha infância, acho que foi boa. Meu pai saiu de casa eu era pequena. Eu brigo muito com meu irmão. Ele é muito chato. Mais agora, depois da gravidez, ele fica jogando na minha cara...” [que ela engravidou sem estar casada].

A participação da família é muito importante, principalmente do pai do bebê. Quando perguntamos qual a ajuda que ele daria, ouvimos respostas imediatas como que mostrando que não estão sós nesta jornada. Percebemos também, a necessidade de contarem que irão se casar. A resposta de G6 é sem expressão e, posteriormente descobrimos que ele não quer assumi-la, só vai ajudar após o parto. A seguir, mostramos seus comentários:

G1: “O pai está junto, ajuda em tudo, vamos casar depois que eu me formar.”

G2: “Ele tá ajudando. Vamos casar, mas agora, não.”

G3: “O pai vai ajudar, mas não vou morar lá [na casa dele]... já tem os filhos...” [do outro casamento]

G5: “Ele dá tudo. Vim morar com ele porque brigava com o marido da minha mãe.”

G6: “O pai falou que vai ajudar, está viajando, mas vai voltar.”

G7: *“Ele vai assumir. A gente vai casar agora, por causa da gravidez, mas já ia casar mesmo.”*

Geralmente, é a mãe que sempre apóia e está junto em todos os momentos, mesmo que tenha sofrido com a notícia. Isto fica claro nos depoimentos das nossas gestantes:

G1: *“Minha mãe ficou triste, eu acho. Toda mãe fica...”*

G3: *“A minha ficou brava. Nossa... ela não tá me ajudando com nada, nada, nada... meu pai falou... da outra vez [da primeira gravidez] ele ficou seis meses sem conversar comigo... dessa vez é que ele não falou nada.”*

G4: *“A mãe não ficou triste, queria um netinho, ficou alegre, vai ser o primeiro e agora tão vindo dois de uma vez [a irmã está gestante também] só que agora ela diz, tem que parar.”*

G6: *“A minha descobriu sem eu contar e ela não ficou brava.”*

G7: *“A minha está triste porque ela foi mãe com a mesma idade que a minha e sofreu muito. Ela não quis aconselhar o uso de método para evitar com medo de estar incentivando... [a ter relação sexual].*

É pertinente acrescentar que as mães de cinco adolescentes também foram gestantes nesta faixa etária.

As pessoas do convívio diário também podem contribuir para ajudar ou piorar, o sentimento vivido por elas. Percebemos principalmente na fala de G1, como isso pode dificultar a situação:

[fala imitando uma amiga, com bastante entonação na voz] *“Não acredito que deixou acontecer... eu te falei! Olha prá mim! Eu já tenho filho, minha vida é uma tragédia... Meu Deus do céu, isto contribuiu pra eu ficar pior. [Continua imitando a amiga]: Tanto eu te falei pra tomar cuidado.”*

G1 acrescenta, seguida por G6:

“Todos vivem rodeados de mitos e exageros que às vezes me irritam muito.”

“Todo mundo fala que sou doida por ter engravidado tão nova, igual minha irmã [esta tem um filho de 15 meses].”

Nos dias de hoje ainda encontramos pessoas a pensar que a responsabilidade de evitar gravidez cabe só à mulher. A mãe do parceiro de G3 é exemplo disso, conforme constatamos no depoimento da gestante:

G3: *“A mãe do meu namorado quase morreu! ‘Ah! Você sabe como evitar...’”*

É pertinente lembrar que ele, o parceiro de G3, já é pai de cinco filhos.

As escolas poderiam contribuir enormemente para o empoderamento dos jovens, mas vemos na realidade brasileira, que isto não ocorre de modo eficiente. Quando debatemos sobre a orientação sexual dada na escola, a frase dita por G7 nos indica o quanto as instituições de ensino ainda falham no quesito orientação à sexualidade:

“A escola fala mais é por alto” [sobre prevenção].

4.2.2 Mitos, tabus e crenças

Durante a realização das dinâmicas do primeiro dia observamos que nem todas as instruções eram compreendidas corretamente. Aproveitamos para debater como às vezes, é falha a nossa comunicação com as pessoas: não conseguimos transmitir nossos pensamentos e, nem sempre, a comunicação não-verbal é condizente com a verbal. Destacamos a facilidade no entendimento das instruções pelas duas participantes que estavam cursando o ensino superior.

Mas foi uma delas que interpretou errado quando falamos que praticar um aborto, conseguir medicamento ou alguém que o pratique, é um procedimento relativamente fácil, embora ilegal. G1 decodificou essa afirmativa como se tivéssemos falado que cometer aborto fosse algo muito simples, sem conseqüências, fato corroborado pelo diálogo que se segue, entre ela e G2, captado pelo gravador, em um momento de ausência nossa da sala de reunião:

G1: *Eu não estaria aqui não* [se tivesse abortado]. *Tinha morrido.*

G2: *Por quê?*

G1: Ela [a pesquisadora, que é médica] falou que a coisa mais fácil que tem é abortar... Não é não, eu tinha morrido se tomasse o remédio, tinha morrido.

G2: Mas mata?

G1: Mata!

No dia seguinte, após transcrever a reunião da véspera e tomar conhecimento do mal entendido, pudemos esclarecer melhor e tirar as dúvidas que poderiam ter surgido com o ocorrido.

Este assunto estava dentro de um contexto que discutia a opção das jovens por ter o bebê, decisão esta que envolvia responsabilidades que teriam que assumir com um filho, fazendo com que muitas optassem pelo aborto, julgando-o uma alternativa mais fácil, que envolveria menos trabalho em relação ao futuro. Entretanto, dizíamos ser esta decisão igualmente problemática, pois uma vez exercida, não caberia caminho de volta, mas G1 havia entendido como que se estivéssemos talvez incentivando à prática do aborto ou como se este fosse algo fácil de fazer, sem maiores conseqüências.

A mídia, às vezes, apresenta fatos distorcidos, tendenciosos, com intuito de conquistar adeptos para sua forma de pensar. Foi o que aconteceu quando apareceu uma imagem de um feto segurando a mão, ou melhor, o dedo do suposto médico (não aparece o rosto dele) que estaria operando este útero grávido. Apresentamos o comentário que surgiu na nossa reunião a esse respeito:

G1: “O que eu vi foi [a história] de um casal que não podia ter filho, aí a criança [o filho do casal, filho esse gerado depois de vários abortos espontâneos] tinha espinha bífida, então eles fizeram a cirurgia dentro do útero, por isso que a criança segurou a mão do médico.”

Quando se fala em aborto provocado, pensa-se em rejeição. Sobre isso temos a experiência de G3 em relação à sua primeira gestação:

G2: “Eu conheço uma que vai dar a criança.”

G3: “Eu ia dar o filho e desisti quando nasceu, quando vi minha filha.”

G2: “Mas você não conta isso prá ela, né?”

G3: *“Não, de jeito nenhum.”*

Todas sabiam sobre a anatomia do corpo humano, mas, a respeito do ciclo menstrual, ficamos admirados em levantar o pouco conhecimento sobre o assunto por parte da maioria, que tinham idéias errôneas sobre o período fértil, chegando até a um comentário por parte de G3:

“Eu achava que era perto [da menstruação] que engravidava”.

A informação, embora por si só não impeça a gravidez, é necessária. Ela deve ser contextualizada em todo o processo de formação seja da criança, do adolescente e até do adulto, mas de uma forma inversa da moralista, que só discute os pontos negativos da atividade sexual. Percebemos a falha nessa informação quando a adolescente (G1), que cursa Ciências Biológicas, comentou ao ver o slide que mostra os espermatozóides ao redor do óvulo:

“Eu não sabia que chegava esse tanto, [referindo-se ao número de espermatozóides] achava que só um chegava lá” [um espermatozóide que chegava até o óvulo.]

Acharam lindo ver o desenvolvimento embrionário, principalmente correlacionado com o período gestacional. Só G6 que teve coragem de dizer:

“Achei tudo muito feio” [sobre o desenvolvimento embrionário].

Neste momento pudemos falar e mostrar-lhes como o feto já está crescendo no período em que acontece a maioria dos abortos. A gestante G1 exclama:

“Ainda bem que eu não tirei” [provocou o aborto].

Ao mostrarmos o trabalho de parto, G2 fez o seguinte comentário sobre a placenta. Observamos sua ansiedade em saber, por falar sem interrupção e passando de um assunto para outro:

“Ela sai por si ou o médico puxa?... A professora falou que o cordão umbilical do neném fica assim oh! [mostra sua região epigástrica] na mulher, grudado na mãe. Será que não dói quando corta a placenta? [neste momento ela se refere ao cordão umbilical] Quando o neném não chora, o médico tem que bater pra chorar, é? É para respirar,

né? Quando o neném é mudo, ele não chora? Quando ta nascendo... o som sai da boca?"

As participantes, com exceção das que cursam Ciências Biológicas e Nutrição, demonstraram escasso conhecimento sobre DST/AIDS. Mas foi uma delas quem disse:

"Só não sabia do piolho. O resto tudo já estudei."

Na dinâmica realizada, pudemos destacar bem o fato de não estar visível na pele ou órgãos sexuais, o portador do vírus HIV. Uma delas (G6), não teve coragem de ver as fotos das doenças, desviou os olhos o tempo todo. Ao explicarmos sobre o objetivo da dinâmica, G2 exclamou seguida por G3:

"Como é fácil se pegar AIDS!"

"Pensava que tinha que ver na pessoa."

Ao debatermos sobre os cuidados com o bebê, foi muito interessante constatar que todas elas trazem crendices do tempo das avós. Quando explanamos e justificamos sobre o que era correto fazer para a cicatrização umbilical, ouvimos estes comentários:

G5: *"Eu... to com medo do umbigo, nem minha mãe vai querer cuidar [do umbigo]. Nem ela sabe!"*

G3: *"Minha mãe mandou eu colocar azeite no umbigo da minha filha."*

G7: *"A minha mãe falou se não curar direito, fica estufado [a cicatriz umbilical]."*

G2: *"Prá não dá isso [ficar estufado], tem que por moeda."*

Existem muitas crendices em relação ao tratamento da icterícia, chegando a acontecer em área coberta pela ESF, um caso de Kernicterus (impregnação da bilirrubina no sistema nervoso central), fato que nos deixou verdadeiramente tristes por constatar a falta de captação desses casos pela equipe de saúde. Por isso, sempre debatemos esse assunto em grupo de gestantes, como aconteceu nesse nosso trabalho, aonde várias e ao mesmo tempo disseram:

"Dá chá de picão prá ele."

Imediatamente, G2 corrigiu:

“Põe no sol de manhã.”

Outra crendice, que é muito divulgada em nossa área de trabalho, dita por G5:

“Eu preocupo de dá sapinho, uma vez a professora falou que se der na garganta até mata, que tem que limpar com toalha.”

A superstição predomina em toda nossa região do interior. Não poderia ser diferente no nosso caso como pudemos constatar nos depoimentos seguintes sobre as proibições feitas às grávidas:

G1: *“Não pode comer pimenta, não pode tomar refrigerante. Refrigerante, não tomo mais. Cê não... como é? Não pode sentar na porta, senão seu filho não nasce. Se você esquecer alguma coisa em casa, não pode voltar pra buscar, senão seu filho não nasce, fica saindo e voltando, e não nasce.”*

G3: *“Meu namorado é todo supersticioso, não pode passar em lugar apertado, senão na hora do parto dá muito trabalho. Eu não acredito em nenhuma superstição.”*

G4: *“Tem uma mulher ali perto de casa que falou comigo o jeito deu assentar não pode.”*

G7: *“É verdade que não pode tomar café?”*

G2: *“Eu conheço uma que não pode ter filhos mais, só porque teve convulsão.”*

A hora do parto gera ansiedade em todas as gestantes, sem exceção, por isso deve ser bem debatida durante as reuniões de grupo. O medo é o fator preponderante, como pudemos notar nas falas das participantes do nosso trabalho:

G1: *“Eu tenho medo do meu parto ser normal, medo mesmo. Nossa, tenho medo demais. Não quero parto normal, quero cesárea, tenho medo de dor, sou muito mole.”*

G4: *“Tô calma [em relação à hora do parto], tô com medo não, quero cesárea porque sente menos dor, na hora.”*

G6: *“Tenho medo do trabalho de parto, de sentir dor. Quero cesárea porque tem menos dor.”*

E, finalmente, apontaram seus anseios ainda insatisfeitos e a insegurança que sentiam diante do novo acontecimento de suas vidas, que era aquela “pessoinha” que abrigavam em seu ser. G5 falou:

“Tô morrendo de medo de não dá conta de cuidar do bebê”.

4.2.3 Perspectivas futuras

Os jovens são o espelho de sua cultura, ou melhor, cada cultura provoca neles uma reação aos seus dogmas “sendo moldados para propostas de compromisso ou descompromisso [...] sob a égide de modelos vazios, de desemprego e violência ou de modelos adequados, que se vinculam à sustentação de projetos de vida e de realização pessoal” (SAITO, 2008, p. 559).

Nesta perspectiva e analisando as colocações das adolescentes sobre o que planejam para o futuro, onde deixam claro a necessidade de trabalhar para sustentar o filho, pensamos na dificuldade que encontramos em ajudar a estas adolescentes para que encontrem o caminho para suas ambições e realizações pessoais e profissionais:

G1: *“Vou continuar os estudos, depois casar.”*

G2: *“Depois que ganhar, tenho que ficar com ela, aí depois, ano que vem, vou começar a trabalhar, arranjar um estágio.”*

G3: *“Até uns seis meses vou fazer nada, só cuidar mesmo, depois volto a estudar e trabalhar de novo.”*

G5: *“A partir de agora pretendo... [longo silêncio] primeiro eu queria terminar os estudos, mais... trabalhar, não, tava pensando em fazer a faculdade primeiro. Eu queria fazer Direito.”*

G6: [longo silêncio] *“Depois de ganhar vou trabalhar...”*

G7: *“Agora é casar e responsabilizar pelo bebê.”*

Na fala de G4, cuja mãe estava já querendo um netinho, o sentimento foi de tranquilidade:

“Nada me preocupa não, vou voltar a estudar, minha mãe vai cuidar pra mim [do bebê]. Vou trabalhar quando ela tiver três prá quatro meses.”

Após os encontros grupais, realizamos uma entrevista semi-estruturada com as participantes, com a finalidade de conhecer se houve ou não mudanças na percepção a respeito deste período de suas vidas, e quais as sugestões que dariam para que este trabalho pudesse ter uma continuidade com novos grupos.

A opinião delas sobre o trabalho foi satisfatória:

G1: *“Achei muito proveitosos, interessantes e descontraídos, porque em momento algum me senti constrangida.”*

G2: *“Muito importante porque me informou o que eu sabia e de algumas coisas que eu nunca tinha ouvido falar.”*

G3: *“Achei muito interessante e para mim foi muito importante, pois fiquei a par de coisas que não sabia.”*

G5: *“Interessante e muito importante porque eu aprendi muitas coisas que não tinha a mínima idéia.”*

As sete participantes acharam muito importante saber sobre DSTs, embora uma não tivesse querido ver as fotos. Três delas citaram que foi muito bom conversar com outras gestantes adolescentes.

Todas concordaram que houve mudança no seu conhecimento sobre os assuntos abordados. A adolescente G1, que está no terceiro grau, valorizou nosso trabalho ao dizer:

“Achei tudo perfeito. Acho que este trabalho deveria ser feito com todas as gestantes, em encontros mais longos”.

Ao serem interpeladas sobre o que gostariam que seus parceiros soubessem sobre gravidez, foram unânimes em dizer que seria muito importante o conhecimento sobre os sentimentos que a gestante vivencia. Além disso, disseram:

G1: *“Conversamos muito sobre a gravidez e expomos nossas dúvidas um para o outro, e eu as tiro quando vou me consultar.”*

G2: *“O que eu passo neste momento ele já sabe, pois eu o informo de tudo o que acontece comigo.”*

G3: *“Acho que seria importante ele saber sobre os cuidados no período de gestação e os cuidados com o bebê inclusive em relação à higiene.”*

G4: *“Gostaria que ele participasse das minhas consultas, dos meus sentimentos.”*

G5: *“Que nessa fase a gente fica muito carente e um pouco nervosa demais e precisa muito do companheirismo dele e de mais atenção.”*

G6: *“Eu gostaria que ele soubesse o quanto está sendo maravilhoso para mim essa nova experiência. eu sei que vai ser difícil, mais não impossível.”*

Ao falar da importância do conhecimento dos familiares, G4 desabafou:

“Gostaria que minha mãe participasse desse período comigo por que é importante pra nós.”

As sugestões para um próximo encontro foram poucas. A avaliação de G4 apontou para a possibilidade de termos atingido nosso objetivo de contribuir positivamente para sanar alguns anseios e dúvidas que surgem nesta etapa da vida:

“Acho que foi o suficiente, não precisa melhorar mais. Na minha opinião, foi ótimo esses encontros, assim vai levar mais informações para as outras gestantes, que também precisam saber mais.”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa preocupação profissional sempre se pautou na tentativa de melhor orientar as jovens sobre a atividade sexual, sobretudo em face aos problemas relacionados à possibilidade de contágio de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez precoce, entretanto sentíamos que esse público não se sensibilizava a este tipo de informação profissional. Realizando este trabalho com uma metodologia grupal, entendemos que o prisma deve ser mudado, pois o foco passa a ser a percepção e vivência destas jovens, e não o conhecimento do profissional que "*precisa*" ser transmitido.

A gravidez na adolescência deve ser vista de forma mais ampla, multiprofissional. E não podemos nos esquecer que, às vezes ela é desejada, principalmente quando ocorre na fase final deste período, o que foi visto no nosso trabalho.

Os jovens têm que assumir o protagonismo da sua história, ou seja, têm que ser ouvidos, respeitados, acolhidos e orientados. Se mantivermos a posição de "*Mestres e Doutores*", não conseguiremos mudar nada na vida deles.

Temas como auto-estima, perspectiva de vida, crítica construtiva e espiritualidade devem ser debatidos, ao invés de se ficar mostrando o lado negativo da sexualidade e gravidez precoces.

Vamos atingir este objetivo com trabalhos de campo com grupos nos quais seus componentes são ouvidos, capacitados para tomarem decisões, medidas e ações que modifiquem suas histórias. Somos apenas ferramentas neste processo.

Ao trabalhar com estas adolescentes, conhecendo-as mais a fundo, percebemos que, embora todas digam que é bom ser mãe, foram discriminadas pelas famílias ou sociedade e uma continuou sua vida sozinha com mais uma responsabilidade, o filho. Constatamos também, que existem preocupações e inseguranças no fundo de seus olhos tão ávidos de apoio e informação. Supomos isso pela ligação que continuou entre nós após o término da pesquisa.

Pensando na questão da gravidez na adolescência, somos induzidos a duas hipóteses não excludentes entre si:

1º - a gravidez na adolescência, sobretudo entre meninas de classe social menos favorecida, seria um reflexo da precariedade econômica e da falta de orientação sexual;

2º - também a gravidez poderia ser uma intenção de se afirmarem, deixando de serem crianças ou adolescentes e passarem para o grupo dos adultos.

Concluimos que, a gravidez na adolescência continua sendo um problema social e de saúde, comprovado pelos efeitos adversos na saúde materna e/ou da criança e pela contribuição à permanência da pobreza, gerando um círculo vicioso de quanto mais pobre, mais filhos e tê-los mais precocemente.

Baseado nisso, precisamos dar mais voz ativa aos nossos adolescentes, conclamá-los à participação em todos os processos que lhes dizem respeito, ouvir suas opiniões para que possamos mudar esse quadro preocupante de falta de perspectiva, de atraso na vida profissional e cultural que nos é apresentado.

É pertinente que se elabore diante dessas informações um plano de ação com duas abrangências, embasado na realidade do município. A primeira, voltada às jovens com o intuito de torná-las mais conscientes da realidade, a fim de poderem compreender os aspectos que envolvem a adolescência e a maternidade, orientando-as para lidarem com a vulnerabilidade própria da idade. Para esta realização, deve-se construir um material educativo que atinja este objetivo, tomando o cuidado quanto às falhas de comunicação, como ocorreu no nosso trabalho na questão do aborto, quando uma intenção foi registrada como outra.

Em segundo lugar, orientações voltadas aos profissionais de saúde, capacitando-os a um atendimento despido de preconceitos e mais humanizado. Entendemos por isso, a capacidade profissional em estar com o outro, acolhendo-o em suas dúvidas, temores, incertezas, mas também reconhecendo que este *outro* traz inúmeras possibilidades de crescimento e realização pessoal. Capacidades estas que se revelam tanto maiores quanto forem seu poder de resiliência e enfrentamento das adversidades cotidianas, e para isso é mister poder contar com uma rede de apoio e acolhimento que abrange o âmbito familiar, o social e o relacionamento que se estabelece com o profissional de saúde.

REFERÊNCIAS

ABECHE, A. M. et al. **A Gestante Adolescente e seu Parceiro:** características do relacionamento do casal e aceitação da gravidez. *Revista HCPA*, v. 26, n. 2, p. 12-7, 2006. Disponível em: <[HTTP://www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n7/a16v25n7.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n7/a16v25n7.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2008.

_____. **Aspectos Sócio-Econômicos do Parceiro da Gestante Adolescente.** *Revista HCPA*, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 05-9, 2007. Disponível em: [HTTP://www.seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/](http://www.seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/). Acesso em: 10 jun. 2008.

ALFONSO, L. M.; DÍAZ, Z. R. **Conducta Sexual, Embarazo y Aborto en la Adolescencia:** un enfoque integral de promoción de salud. *Revista Cubana Salud Pública*, Habana, v. 29, n. 2, p. 183-7, 2003.

ALMEIDA, J. R. (Adap.) **Adolescência:** época de planejar a vida. Rio de Janeiro: Copyright, 1992.

ALVES, C. R. L. et al. **Saúde da criança e do adolescente:** políticas públicas. In: _____; VIANA, M. R. A. *Saúde da Família: cuidando de crianças e adolescentes*. Belo Horizonte: Coopmed, 2003. cap. 2, p.7- 14.

ALVES, H.P.F. **Vulnerabilidade socioambiental na metrópole paulistana:** uma análise sociodemográfica das situações de sobreposição espacial de problemas e riscos sociais e ambientais. *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo, v. 23, n. 1, p.43-59, jan./jun. 2006. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol23_n1_2006/vol23_n1_2006_5artigo_p43a59.pdf>. Acesso em 15 jun. 2008.

ANIMACIÓN Médica de 3D sobre el Parto Vaginal (Coronamiento). Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=BtAwMw6tRuc>>. Acesso em 16 abr. 2008.

APARATO reprodutor femenino. Disponível em:<<http://www.youtube.com/watch?v=swLd8hrCReg>>. Acesso em 16 abr. 2008a.

APARATO reproductor masculino. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=Pgi-unD-L3k>>. Acesso em 16 abr. 2008b.

ARANTES, R. C. et al. **Processo Saúde-Doença e Promoção da Saúde:** aspectos históricos e conceituais. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, [Juiz de Fora], v. 11, n.2, p. 189-98, abr./jun. 2008.

AYRES, J. R. C. M. **Vulnerabilidade e Avaliação de Ações Preventivas.** São Paulo: Casa de Edição, 1996. Texto 1, p. 5-8.

_____ et al. **O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde:** novas perspectivas e desafios. In: CZERENIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. cap. 6, p. 117-39.

AZEVEDO, A.E.B.I. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** In: LOPEZ, F.A.; CAMPOS JÚNIOR, D. *Tratado de Pediatria.* São Paulo: Manoele, 2007. seção 1, cap. 3, p. 27-33.

BECKER, H. R.; BOTH, N. S. **A Gestação na Adolescência e sua Relação com a Escolaridade da Mãe e o Peso do Bebê:** um estudo junto aos dados do SINASC/Porto Alegre, RS. 2002. 34 f. Monografia (Especialização em Epidemiologia) – Universidade Federal de Pelotas, Porto Alegre.

BEIRÃO, M. M. V. et al. **Adolescência.** In: ALVES, C. R. L.; VIANA, M. R. A. *Saúde da Família: cuidando de crianças e adolescentes.* Belo Horizonte: Coopmed, 2003. cap. 11, p.109-133.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Entrevistas.** In: *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos.* Tradução de Maria João Alvarez; Sara Bahia dos Santos e Telmo Mourinho Baptista. Coimbra: PORTO, 1994. cap. 4, p. 134-9.

BONETTO, D.V.S. **Gravidez na Adolescência.** In: LOPEZ, F.A.; CAMPOS JÚNIOR, D. *Tratado de Pediatria.* São Paulo: Manoele, 2007. seção 9, cap. 6, p. 399-403.

BRASIL. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Série B. Textos Básicos em Saúde (2002). Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde; Projeto Promoção da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.unifran.br/mestrado/promocaoSaude/docs/cartas_prom_saude.pdf>. Acesso em 10 jan. 2007.

_____. **Atenção Primária e Promoção de Saúde.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, v. 8. Brasília: CONASS, 2007.

_____. **Datasus:** informações de saúde. 2007. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em 15 set. 2008.

_____. **Fotos ilustrativas de DST.** 2001. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/final/assis/fotos_dst.htm>. Acesso em 14 abr. 2008.

BUSS, P. M. **Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde.** In: CZERENIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. cap. 1, p. 15-38.

CABRAL, C. S. **Gravidez na Adolescência:** negociações na família. In: HEILBORN, M. L. et al. (Org.). *Sexualidade, Família e Ethos Religioso.* Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 87-110.

CARVALHO, I. M. M.; ALMEIDA, P. H. **Família e Proteção Social.** *São Paulo Perspectiva*, São Paulo, v.17, n. 2, p. 109-22, abr./jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-88392003000200012&script=sci_arttext> Acesso em 22 nov. 2008.

CARVALHO, S. R. **O Movimento da Saúde Coletiva no Brasil.** In: _____. *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudanças.* São Paulo: Hucitec, 2005. cap. 5, p. 95-110.

CAVASIN, S. (Coord.). **Gravidez de Adolescentes entre 10 e 14 anos e Vulnerabilidade Social.** Estudo Exploratório em Cinco Capitais Brasileiras. São Paulo: ECOS, 2004. Disponível em: <https://sistema.planalto.gov.br/spmulheres/biblioteca_consulta_ficha.cfm?cd_item=28135-6k>. Acesso em 15 jun. 2008.

COLLI, A. S. **Conceito de Adolescência.** In: MARCONDES, E. et al. *Pediatria Básica.* 9 ed. São Paulo: Sarvier, 2002. Parte 7, cap. 1, p. 655.

CORRÊA, E. J. et al. **O Atendimento pela Equipe de Saúde.** In: LEÃO, E. et al. *Pediatria Ambulatorial.* 4.ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2005. cap. 2, p.9-17.

DE ANTONI, C. et al. **Uma família em situação de risco:** resiliência e vulnerabilidade Interfaces: *Revista de Psicologia*, [Porto Alegre], v. 2, n.1, p.81-85, 1999. Disponível em: <www.msmdia.com/ceprua/artigos/clarissa4.pdf>. Acesso em 15 jun. 2008.

DIAS, L. S. **A Saúde da Criança e do Adolescente.** In: LEÃO, E. et al. *Pediatria Ambulatorial.* 4.ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2005. cap.1, p.1-8.

DUARTE, C. M.; NASCIMENTO, V. B.; AKERMAN, M. **Gravidez na Adolescência e Exclusão social:** análises de disparidades intra-urbanas. *Rev Panam Salud Publica*, [S.l.], v. 19, n. 4, p. 236-43, may 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v19n4/pdf>> Acesso em 19 out. 2008.

DÜSMAN, E. et al. **Estudo da Iniciação Sexual e da Gravidez de Adolescentes da Cidade de Maringá – PR.** *Revista de Saúde e Biologia*, v.3, n.2, p.23-9, jul./dez. 2008. Disponível em: <http://www.revista.grupointegrado.br/revista/index.php/sabios2/article/view/122/46>>. Acesso em 19 out. 2008.

ELUF, M. L.; SAID, R. V. (Coord). **Semina educativa.** 9 ed. São Paulo, [s. n.], 2007.

FAMILLA - Pablito y Virginia - 5. **El Embarazo.** Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=uLGS6lXR-NE>>. Acesso em 16 abr. 2008.

FERREIRA, M. A. et al. **Saberes de adolescentes:** estilo de vida e cuidado à saúde. *Texto contexto Enfermagem*. Florianópolis, v.16, n.2, p. 217-24, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a02v16n2.pdf>>. Acesso em 15 out. 2008.

FERREIRA, R. A. et al. **Adolescente:** particularidades do atendimento. In: LEÃO, E. et al. *Pediatria Ambulatorial*. 4.ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2005. cap. 10, p. 97-114.

FLICK, U. **A Pesquisa Qualitativa:** relevância, história, aspectos. In: _____. *Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa*. Tradução de Sandra Netz. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2004. cap. 1, p. 17-29.

_____. **Entrando no campo.** In: _____. *Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa*. Tradução de Sandra Netz. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2004. cap. 6, p. 69-75.

_____. **Posturas Teóricas.** In: _____. *Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa*. Tradução de Sandra Netz. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2004. cap. 2, p. 33-43.

FRANCO, E. C. D. **Análise do Programa de saúde da Família do Município de Quartel Geral – MG.** 2005. 110 f. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde) - Universidade de Franca, Franca.

GAMA, S. G. N., et al. **Gravidez na Adolescência como Fator de Risco para Baixo Peso ao Nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998.** *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 74-80, 2001. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/rsp>>. Acesso em 15 jun. 2008.

GOLDENBERG, P.; FIGUEIREDO, M. C. T.; SILVA, R. S. **Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p.1077-86, jul./ago., 2005.

GARCIA, I. **Vulnerabilidade e resiliência.** *Adolescência Latinoamericana*, Porto Alegre, vol.2, n.3, abr. 2001. Disponível em: <http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71302001000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 out. 2008.

GUIMARÃES, E. M. B. **Gravidez na adolescência:** fatores de risco. In: SAITO, M. I; SILVA, L. E. V.; LEAL, M. M.. *Adolescência: prevenção e risco*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2008. cap. 38, p. 419-26.

HEILBORN, M. L. et al. **Aproximações Socioantropológicas sobre a Gravidez na Adolescência.** *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 13-45, jun. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ha/v8n17/19074.pdf>>. Acesso em 15 jun. 2008.

KASTRUP, V. **O Funcionamento da Atenção no Trabalho do Cartógrafo.** *Psicologia & Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 15-22, jan./abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000100003&lng=pt>. Acesso em 22 out. 2008.

KNOBEL, M. **A Síndrome da Adolescência Normal.** In: ABERASTURY, A.; _____. *Adolescência Normal: um enfoque psicanalítico*. Tradução de Suzana Maria Garagoray Ballve. Porto Alegre: Artmed, 1981. cap. 2, p. 24-62. Título do original: La Adolescencia Normal.

LALIND, S. P.; SALDARRIAG, I. E.; VÉLE, M. E. E. **Proyecto Educativo:** maternidad-paternidad como proyecto de vida de los adolescentes. *Investigación y Educación en Enfermería*. Medellín, v. 16, n. 2, p. 90-107, sept. 1998.

LEAL, M. C. et al. **Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001.** *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, sup. 1: S20-S33, 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000700003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 fev. 2009.

LOURENÇO, B. **Vulner(H)abilidades:** Desafios do Atendimento Sob um Olhar de Resiliência. In: SAITO, M. I; SILVA, L. E. V.; LEAL, M. M.. *Adolescência: prevenção e risco*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2008. cap. 49, p. 567-71.

MALDONADO, M. T. **Caminhos da prevenção da violência doméstica e escolar: construindo a paz.** *Adolesc. Latinoam*, vol.1, n. 2, p.111-7. ISSN 1414-7130, jul./set. 1998.

MINAYO, M. C. S. **Contradições e Consensos na Combinação de Métodos Quantitativos e Qualitativos.** In: _____. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. São Paulo: Hucittec-Abrasco, 2006. cap. 3, p. 54-80.

_____. **Técnicas de Pesquisa.** In: _____. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. São Paulo: Hucittec-Abrasco, 2006. cap.10, p. 261-302.

MONTERROSA, A. **Causas e implicaciones médico-sociales del embarazo en la adolescencia.** *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*, [Cartagena], v. 49, n. 4, p. 225-30, oct./dic., 1998. Disponível em <[http://www. encolombia.com/](http://www.encolombia.com/)>. Acesso: 14 fev. 2008.

MURAHOVSKI, J. **Os problemas dos adolescentes:** Hebeatria. In: _____. *Pediatria: diagnóstico + tratamento*. 6. ed. São Paulo: Sarvier., 2003. Seção 22, cap. 1, p.781-803.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. **Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde.** *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57, set./dez., 2004.

OLIVEIRA, I. R. **Promoção de saúde nas famílias de crianças com diabetes mellitus tipo 1.** 2008. 80 f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, Franca.

PAULA, E. R. **A paternidade na adolescência e seu significado entre os jovens universitários que a vivenciaram.** 2007. 60 f. Dissertação (Mestrado em Saúde) – Universidade de Franca, Franca.

PERDOMO, E. R.; ÁLVAREZ, R.; MEJÍA, G. **Evaluación Nutricional en un Grupo de Adolescentes Embarazadas en Cartagena, Colombia.** *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, Cartagena, v. 56, n. 4p. 281-7, 2005.

PEREIRA, F. C. **O que é empoderamento** (Empowerment). *Sapiência. Informativo Científico da Fapepi*, Teresina, ano III, n. 8, 2006. Disponível em: <<http://WWW.fapepi.pi.gov.br/novafapepi/sapiencia8/artigos1.php>>. Acesso em 16 jun. 2008. Não paginado.

PICCININI, C. A. et al. **Apoio Social Percebido por Mães Adolescentes e Adultas:** da gestação ao terceiro mês de vida do bebê. *Psico*, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 9-36, jan./jun. 2002.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARACATU. **Plano Municipal de Saúde**, 2006 – 2009. Relatório Síntese, 2006, Paracatu, MG.

ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. G. **Enfermagem pediátrica e abordagem da família:** subsídios para o ensino de graduação. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p.709-14, 2002. Disponível em: <<http://www.aafesp.org.br/biblioteca/AssistenciaEnfermagem/Artigo%20Enfermagem%20%20pediatria>>. Acesso em: 15 out. 2008.

SABROZA, A. R. et al. **Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro (1999-2001).** *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl.1, p. 130-7, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000700014&script=sci_arttext>. Acesso em 15 out. 2008.

SAITO, M. I. **Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco.** *Pediatria (São Paulo)*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 217-19, 2000. Disponível em: <<http://www.pediatrasiapaulo.usp.br>> . Acesso em: 10 jan. 2009.

_____. **Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco. A prevenção em questão.** In: _____; SILVA, L. E. V.; LEAL, M. M.. *Adolescência: prevenção e risco*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2008. cap. 4, p. 41-46.

_____. **Adolescência e Projeto de Vida:** o adolescente como protagonista e agente de transformação. In: _____; SILVA, L. E. V.; LEAL, M. M. *Adolescência: prevenção e risco*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2008. cap. 48, p. 559-65.

_____; QUEIROZ, L. B. **Medicina de Adolescentes:** visão histórica e perspectiva atual. In: _____; SILVA, L. E. V.; LEAL, M. M.. *Adolescência: prevenção e risco*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2008. cap. 1, p. 3-11.

SALAZAR, V. et al. **Embarazo en Adolescentes:** ¿es de alto riesgo obstétrico? *Med. Inter.*, Caracas, v. 18, n. 2, p. 136-46, 2002.

SANTOS JUNIOR, J. D. **Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência:** vulnerabilidade à maternidade. *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento*. Brasília:

Ministério da Saúde, ago., p. 223-9, 1999. Disponível em: <<http://www.adolec.br/bvs/adolec/P/cadernos/capitulo/cap22/cap22.htm>>. Acesso em 16 jun. 2008.

SAUER, M.T.N.; EISENSTEIN, E.; QUADROS, J.C. **Sexualidade na Adolescência**. In: LOPEZ, F.A.; CAMPOS JÚNIOR, D. *Tratado de Pediatria*. São Paulo: Manoele, 2007. Seção 9, cap. 4, p. 365- 73.

SILVA, J. L. P. **A Gravidez na Adolescência**: uma visão multidisciplinar. In: SAITO, M. I; SILVA, L. E. V.; LEAL, M. M. *Adolescência: prevenção e risco*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2008. cap. 39, p. 427-33.

_____; SURITA, F. G. C. **Anticoncepção**. In: SAITO, M. I; SILVA, L. E. V.; LEAL, M. M.. *Adolescência: prevenção e risco*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2008. cap. 36, p. 393-404.

SILVA, L. E. V.; LEAL, M. M. **Crescimento e Desenvolvimento Puberal**. In: SAITO, M. I; _____. *Adolescência: prevenção e risco*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2008. cap. 5, p. 49-66.

STARFIELD, B. **Atenção Primária e sua Relação com a Saúde**. In: _____. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. 2. ed. Brasília: Unesco, 2004. cap.1, p.19-42.

_____. **Qualidade dos Serviços de Atenção Primária**: uma visão clínica. In: _____. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. 2. ed. Brasília: Unesco, 2004. cap.12, p.419-479.

TAQUETE, S. R. **Sexo e Gravidez na Adolescência**: estudo de antecedentes bio-psico-sociais. *Jornal de Pediatria*, [São Paulo], v. 68, n. 3/4, 1992.

THIOLLENT, M; SILVA, G. O. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez. 1988. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/.../Pesquisa%20A%E7%E3o%20em%20Projetos%20de%20>>. Acesso em 18 out. 2008.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Pesquisa Qualitativa**. In: _____. *Introdução à Pesquisa em Ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas S. A., 1992, cap. 5, p. 117-73.

VIDOTTI, A. M. B. **Fatores Associados ao Sobrepeso e Obesidade em Adolescentes do Município de Fernandópolis - São Paulo**. 2008. 60 f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, Franca.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. **Gravidez na Adolescência:** motivos e percepções de adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 60, n. 3, p. 279-85, maio/jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex>. Acesso em 16 jun. 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA INICIAL

ENTREVISTA Nº _____

DATA:

____/____/____

1. Identificação

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: ____ anos.

Endereço: _____

Telefone: _____

2. Formação

☐ Fundamental completo

☐ Fundamental incompleto. Até que série cursou? _____

☐ Médio completo.

☐ Médio incompleto. Até que série cursou? _____

☐ Superior incompleto? Qual? _____

3. Dados pessoais e familiares

3.1. Estado Civil

☐ Casada/vive com um companheiro. Há quanto tempo? _____

☐ Solteira

☐ Viúva. Há quanto tempo? _____

☐ Separada. Há quanto tempo? _____

3.2. Seu parceiro assumiu a gravidez?

3.3. Como é seu relacionamento com seus pais? _____

3.3.1. Com que idade sua mãe teve o primeiro filho? _____

4. Trabalho

4.1. Você já trabalhou? () Sim () Não

Em caso afirmativo, o que fazia? _____

4.2. Atualmente você trabalha? () Sim () Não () Às vezes

Se sim, qual o seu cargo?

5. Hábitos

5.1. Você fuma? () Sim () Não

5.2. Você bebe? () Sim () Não

6. Você se considera informada a respeito das mudanças que ocorrem na adolescência?

() Sim () Não () Não sei responder

6.1. Quais as dúvidas mais comuns?

7. Em relação à sua vida sexual

7.1. Com que idade menstruou a primeira vez? _____

7.2. Com que idade teve a primeira relação sexual? _____

7.3. Com quantos parceiros já teve relação sexual? _____

7.4. Com que idade você engravidou pela primeira vez?

7.5. Já teve alguma DST? () Sim () Não

Se sim, qual: _____

7.6. Já teve infecção vaginal (corrimento)? () Sim () Não

7.7. Quantas vezes já engravidou? _____

7.8. Já teve algum aborto? () Sim () Não. Se sim, quantos? _____

7.9. Tentou interromper a gravidez atual? () Sim () Não

7.10. Você considera o sexo importante em sua vida? () Sim () Não

7.11. Já tinha usado preservativo ou outro método para evitar a gravidez?

() Sim () Não () Eventualmente

Se sim, qual o motivo do uso?

() Anticoncepção () Prevenção de DST () Ambos.

7.12. Com o início da gravidez a relação sexual modificou muita coisa?

() Sim () Não ()

Se sim, em qual aspecto? _____

8. Quanto ao primeiro parceiro sexual:

8.1. Qual a idade dele na época do seu relacionamento com ele? _____

8.2. Ele trabalhava? _____

8.3. Quantos anos de estudo ele tinha? _____

8.4. Quanto tempo se conheceram antes de namorar? _____

8.5. Quanto tempo de namoro até a primeira relação? _____

8.6. Vocês usaram preservativo? () Sim () Não () Eventualmente

Qual o motivo do uso? () Anticoncepção () Prevenção de DST () Outros

9. Quanto ao companheiro atual e seu relacionamento com ele:

9.1. Qual a idade dele? _____

9.2. Ele trabalha? _____

9.3. Quantos anos de estudo ele tem? _____

9.4. Quanto tempo se conheceram antes de namorar? _____

9.5. Quanto tempo de namoro até a primeira relação? _____

9.6. Quanto tempo de relação sexual até a gestação? _____

9.7. Ele já teve alguma DST? () Sim () Não () Não sei

Se sim, qual: _____

9.8. Vocês usam preservativo? () Sim () Não () Eventualmente

Motivo: () Anticoncepção () Prevenção de DST () Ambos

9.9. A gestação foi planejada? () Sim () Não

9.10. A gestação foi bem recebida por você? () Sim () Não

9.11. A gestação foi bem recebida pelo companheiro? () Sim () Não

9.12. Qual foi a reação de sua família? _____

9.13. O que você acha que seu parceiro sabe sobre gravidez?

() Pouca coisa () O suficiente () Não conversamos sobre isto () Não sei

10. Quando ficou sabendo da gravidez, você passou a se sentir:

10.1. Preocupada? () Sim () Não

10.2. Cansada? () Sim () Não

10.3. Feliz? () Sim () Não

10.4. Outros sentimentos? Quais? _____

11. Se pudesse voltar faria alguma coisa diferente? _____

12. Quais são seus planos para o futuro? _____

APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA PÓS-ENCONTROS

1. O que você achou dos nossos encontros?

2. O que você gostaria que seu parceiro soubesse sobre este momento de sua vida?

3. Acredita que seria mais fácil se os familiares ou aqueles que convivem com você tivessem algum tipo de informação sobre as transformações deste período?

4. Que sugestões daria para outros encontros?

ANEXO

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96)

Eu, _____, RG _____, abaixo qualificada(o), DECLARO para fins de participação em pesquisa, na condição de sujeito objeto da pesquisa/representante legal do sujeito objeto da pesquisa, que fui devidamente esclarecida(o) do Projeto de Pesquisa intitulado: PERCEPÇÃO DA GRAVIDEZ EM GRUPO DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS DE PARACATU – MG desenvolvido pela aluna, Rosângela Malard Neves Rocha do Curso de Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Franca, quanto aos seguintes aspectos:

Você está sendo convidada(o) a participar de uma pesquisa que estudará a gravidez na adolescência. Este Termo de Consentimento pode conter palavras que você não entenda. Peça explicação das palavras ou informações não compreendidas completamente.

Você foi selecionada(o) por ser representante legal da adolescente grávida ou por estar grávida e sua participação não é obrigatória. O objetivo do projeto é estudar a sexualidade das adolescentes na atualidade, na cidade de Paracatu-MG, identificar as representações que as adolescentes fazem da maternidade, analisar o contexto e os efeitos da maternidade na vida das adolescentes e, se possível, intervir no conhecimento sobre sexualidade vivida pelas adolescentes, no intuito de capacitá-las a viverem-na de maneira equilibrada, sem os riscos de uma gravidez precoce ou de contágios de DST/Aids.

Para participar deste estudo solicito a colaboração da gestante em participar de uma entrevista sobre a sua gravidez. Posteriormente, a gestante participará de quatro encontros, onde serão debatidos temas relacionados a essa fase de sua vida. Após os encontros será efetuada nova entrevista com intuito de verificar a avaliação das participantes. Será mantido segredo da identificação das participantes e não haverá riscos para as mesmas. Espera-se como resultado deste estudo, melhorar o atendimento e esclarecimento de dúvidas das adolescentes quanto à promoção de saúde e prevenção de doenças relacionadas.

Você não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo e também não receberá pagamento pelo mesmo. Os resultados do estudo serão sempre apresentados como o retrato de um grupo e não de uma pessoa. Dessa forma, você não será identificada(o) quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa, e, se for necessário utilizar nomes, serão nomes “inventados”.

Sua participação neste estudo é muito importante e voluntária. Você tem o direito de não querer participar ou de sair deste estudo a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício ou cuidados a que tenha direito no serviço em que é atendida. Em caso de você decidir retirar-se do estudo, favor notificar à pesquisadora.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecida(o) pela pesquisadora e ter entendido o que foi explicado, consinto voluntariamente em participar/que meu dependente legal participe desta pesquisa.

Paracatu, ____/____/____.

QUALIFICAÇÃO DO DECLARANTE
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Objeto da Pesquisa:

PERCEPÇÃO DA GRAVIDEZ EM GRUPO DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS DE
PARACATU – MG

RG:.....Data de nascimento:..... / / Sexo: M () F ()
Endereço: nº Apto:
Bairro:.....Cidade:.....Cep:.....Tel.:.....

(nome por extenso)
Assinatura do Declarante

Representante legal:.....

Natureza da Representação:

RG:.....Data de nascimento:...../...../..... Sexo: M () F ()
Endereço:.....nº.....Apto:.....Bairro:.....
Cidade:.....Cep:.....Tel.:.....

(nome por extenso)
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR

DECLARO, para fins de realização de pesquisa, ter elaborado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cumprindo todas as exigências contidas no Capítulo IV da Resolução 196/96 e que obtive, de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do declarante acima qualificado para a realização desta pesquisa.

Paracatu, ___/___/___.

(nome por extenso)
Assinatura do Pesquisador