

**FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ
FACENE/ RN**

PATRÍCIA DE PAULA LIMA VIEIRA MAIA

FATORES QUE INFLUENCIAM A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

MOSSORÓ / RN

2018

PATRÍCIA DE PAULA LIMA VIEIRA MAIA

FATORES QUE INFLUENCIAM A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^a. Me. Giselli dos Santos Costa Oliveira

MOSSORÓ / RN

2018

M217f

Maia, Patrícia de Paula Lima Vieira.

Fatores que influenciam a gravidez na adolescência/ Patrícia de Paula Lima Vieira Maia. – Mossoró, 2016.
49f.

Orientador: Prof. Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

1. Gravidez na adolescência. 2. Políticas Públicas.
3. Enfermagem. I. Título. II. Martins, Patrícia Helena de Moraes Cruz.

CDU 614

PATRÍCIA DE PAULA LIMA VIEIRA MAIA

FATORES QUE INFLUENCIAM A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Monografia apresentada pela aluna Patrícia de Paula Lima Vieira do curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Me. Giselle dos Santos Costa Oliveira
Orientadora

Prof^a. Esp. Márcia Jaqueline de Lima
Membro

Prof^a. Esp. Alana Rebouças de Carvalho Castelo
Membro

À minha mãe Iraci.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus, que iluminou meu caminho, pois sem Ele não teria forças pra prosseguir durante essa caminhada, agradeço aos meus professores e aos meus colegas que trilharam comigo dia a dia, dividindo e compartilhando alegrias, tristezas, dores e saudades, agradeço em especial aos que me ajudaram na conclusão da monografia.

À minha família, por sua capacidade de acreditar em mim e investir em mim, pela força que me passaram quando mais precisei, pois, o amor de vocês, foi fortaleza inabalável nos momentos em que o cansaço surgiu, a compreensão foi alento, quando a urgência dos afazeres parecia me tomar todo o tempo, e vocês souberam como nunca conviver com a minha ausência.

Sobretudo a minha mãe Iraci, pois, com seu cuidado, dedicação e determinação não mediu esforços para que eu concluísse essa etapa da minha vida. Mãe, obrigada pela paciência, pelo incentivo, pela força e principalmente pela esperança e confiança que me depositou por todos esses anos. Por você valeu a pena toda a distância, todas as noites de sono mal dormidas, todo o sofrimento, todas as renúncias...

Valeu a pena esperar... Hoje estamos colhendo, juntas, os frutos do nosso empenho! Essa vitória é muito mais sua do que minha. Obrigado por existirem na minha vida.

“Um sonho que se sonha só, é só um sonho que se sonha só,
mas o sonho que se sonha junto é realidade”.

(Raul Seixas)

RESUMO

A adolescência é uma fase de profundas transformações físicas e emocionais, caracterizada pelo início das relações afetivas e o despertar das atividades sexuais, onde a precocidade e o despreparo das jovens podem resultar numa gravidez indesejada. A gestação na adolescência é um fenômeno complexo e multifatorial. Nesse sentido, é importante ressaltar a importância de se conhecer os diferentes fatores e a interação entre os mesmos que possibilitam a ocorrência de gestação na adolescência para a elaboração e desenvolvimento de programas de prevenção, promoção e atendimento a essa população. O trabalho tem como objetivo geral. Analisar fatores que influenciam na gravidez na adolescência, e descrever os objetivos específicos caracterizar o perfil socioeconômico e obstétrico das gestantes adolescentes; Identificar os fatores que influenciam na gravidez na adolescência; descrever a percepção da adolescente grávida sobre a gravidez. O estudo trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, quanti-qualitativa, seguindo a proposta do Discurso do Sujeito Coletivo, os dados foram coletados através de formulários, transcritos, organizados e seguidos para análise, a população consiste em um conjunto de indivíduos que compartilham de, pelo menos, uma característica comum a amostra se restringiu a 5 adolescentes, a pesquisa respeita e pratica o que está descrito nas resoluções CNS 466/12 e COFEN 311/20017. Quanto aos resultados, pesquisa mostrou que a média de idade vai dos 13 e 16 anos (60%), 60% é solteira, 60% tem entre 4 e 8 anos de estudo, 40% tem como ocupação “do lar”, 100% estava na fase gestacional e 80% iniciou sua vida sexual entre 13 e 16 anos. Os discursos das participantes apontaram os seguintes resultados, que o contexto social em que estão inseridas as adolescentes determina a sua reação perante a descoberta da gravidez, que embora com as dificuldades encontradas elas vivenciam um momento bom, que tiveram que abandonar os estudos devido a gestação e que embora acompanhadas dos medos e das mudanças acarretadas, estão satisfeitas com a gravidez. As adolescentes têm uma visão positiva da gravidez mesmo com os percalços que esta possa trazer, entretanto se faz necessárias políticas públicas específicas a fim de amenizar esta situação que é considerada um problema de saúde pública.

Palavras-chave: Adolescente. Gravidez. Políticas Públicas. Enfermagem.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Quanto a faixa etária das participantes da pesquisa	28
Gráfico 2 –	Quanto ao estado civil das participantes da pesquisa	29
Gráfico 3 –	Quanto a escolaridade das participantes da pesquisa	30
Gráfico 4 –	Quanto a ocupação das participantes da pesquisa	31
Gráfico 6 –	Quanto a paridade das participantes da pesquisa	31
Gráfico 5 –	Quanto a idade em que iniciou a vida sexual das participantes	32

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – DSC das participantes da pesquisa quanto ao questionamento: Como você se sentiu ao descobrir que estava grávida?	33
Quadro 2 – DSC das participantes da pesquisa quanto ao questionamento: Qual o maior desafio para uma adolescente grávida?	33
Quadro 3 – DSC das participantes da pesquisa quanto ao questionamento: O que mudou em sua vida após a gravidez?	34
Quadro 4 – DSC das participantes da pesquisa quanto ao questionamento: Porque você acha que ocorreu sua gravidez?	35

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 JUSTIFICATIVA E PROBLEMÁTICA	11
1.2 HIPOTESE	12
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 POLÍTIICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS AO ADOLESCENTE	14
3.2 POLÍTIICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA SAÚDE DA MULHER	17
3.3 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	20
4 METODOLOGIA	24
4.1 TIPO DE PESQUISA	24
4.2 LOCAL DA PESQUISA	24
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	25
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	25
4.5 MÉTODO PARA COLETA DE DADOS	25
4.6 MÉTODO DE ANÁLISE E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS	26
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	27
4.8 FINANCIAMENTO	27
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	28
5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONOMICA E OBSTÉTRICA DAS PARTICIPANTES	28
5.2 DISCUSSÃO SOBRE FATORES DESENCADEANTES DA GESTAÇÃO NA ADOLESCENCIA	33
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	39
APÊNDICES	43
APÊNDICE A	44
APÊNDICE B	46
APÊNDICE C	47
ANEXO	48
ANEXO A	49

1 INTRODUÇÃO

A adolescência corresponde ao período da vida entre os 10 e 19 anos, no qual ocorrem profundas mudanças, caracterizadas principalmente por crescimento rápido, surgimento das características sexuais secundárias, conscientização da sexualidade, estruturação da personalidade, adaptação ambiental e integração social (YAZLL, 2011).

É nessa fase de transição que o jovem assume mudanças na imagem corporal, de valores e de estilo de vida, afastando-se dos padrões estabelecidos por seus pais e criando sua própria identidade. O desenvolvimento da sexualidade acompanha essa transição, fazendo parte do crescimento do indivíduo, em direção a sua identidade adulta. Modificações do padrão comportamental dos adolescentes, no exercício de sua sexualidade, vêm exigindo maior atenção dos profissionais de saúde, devido a suas repercussões, entre elas a gravidez precoce (FIGUEIREDO, 2013).

A gravidez neste grupo populacional vem sendo considerada, em alguns países, problema de saúde pública, uma vez que pode acarretar complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e o recém-nascido, bem como problemas psicossociais e econômicos, ou seja, efeitos deletérios (CANAVARRO; PEREIRA, 2011).

Pesquisas mostram que a gravidez na adolescência é uma medida oriunda da área da saúde, onde a adolescência tem sido alvo de preocupação de técnicos e governantes, tanto nos países subdesenvolvidos como nos desenvolvidos. As análises das taxas de fecundidade em adolescentes é encontrado com maior evidências nas áreas geográficas e pelos diversos grupos sociais, afetando mais regiões rurais e mulheres de baixa condição econômica e menor nível de instrução (LIMA; FELICIANO; CARVALHO, 2012).

Dentre a complexidade de fatores de risco para analisar esta questão, destacam-se os aspectos socioeconômicos. Apesar de o fenômeno atingir e estar crescente em todas as classes sociais, ainda há uma forte relação entre pobreza, baixa escolaridade e a baixa idade para gravidez. Além disso, fatores como a diminuição global para a idade média para menarca e da primeira relação sexual compõem um cenário de risco que colabora para o aumento dessas taxas (FIGUEIREDO, 2011).

A perspectiva de que a gravidez deverá surgir num contexto de planejamento, estabilidade econômica e afetiva é uma visão que não inclui a diversidade de adolescências que podem ser vividas nem as possibilidades que os diversos contextos fornecem para o seu desenvolvimento. Com isso, a análise dos casos de gravidez adolescente deve contemplar o histórico e o retrato da situação referente à relação destes jovens com a escola, o trabalho e a família e as múltiplas variáveis associadas a um percurso individual de vida (YAZLL, 2011).

O surgimento desta gravidez compromete também a capacidade de autonomização, por parte da adolescente, relativamente às figuras parentais introduzindo certa ambivalência na relação, já que ao ser mãe há uma precipitação desta autonomia, embora na maioria dos casos, persista a dependência relativamente aos seus pais, nomeadamente a nível econômico (BRASIL, 2010).

Contudo, também se verifica que quando a jovem possui capacidade maturativa, a gravidez permite a aquisição de ganhos significativos, nomeadamente relativamente à construção da identidade sexual e de uma autonomização relativamente aos seus próprios pais. Neste sentido, a gravidez poderá ser considerada como um fator protetor do ponto de vista evolutivo da adolescente (LIMA; FELICIANO; CARVALHO, 2012).

1.1 JUSTIFICATIVA E PROBLEMÁTICA

A escolha do tema justifica-se pelo interesse e a percepção da pesquisadora associada pelos estudos referentes à saúde do adolescente. Este estudo institucionaliza um novo olhar sobre o adolescente, apresentando arcabouço teórico que estimula a reflexão sobre novos conceitos, estratégias e ações na área de promoção da saúde voltada para esse grupo etário.

A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública de ordem crescente no mundo. Quanto mais precoce ocorrer a gravidez, mais prejuízo ela trará tanto para a adolescente quanto para o bebê, diminuindo as perspectivas de futuro de ambos.

Os estudos nessa área tornam-se fontes importantes de informações que podem embasar e direcionar as Políticas de Saúde do Adolescente e contribuir para o desenvolvimento de programas e estratégias de atenção e promoção à saúde do adolescente.

Diante dessa discussão, obteve-se o seguinte problema, quais os fatores que influenciam na gravidez na adolescência?

1.2HIPÓTESE

Acredita-se que a gravidez no período da adolescência acontece devido a esta está inserida num meio de vulnerabilidade social e que além das curiosidades, vivências amorosas e de sedução, a relação sexual precoce desprovida de métodos contraceptivos, baixa escolaridade, favorecendo a ociosidade, também colaboram com este problema e saúde pública.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar fatores que influenciam na gravidez na adolescência.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil socioeconômico e obstétrico das gestantes adolescentes;
- Identificar os fatores que influenciam na gravidez na adolescência;
- Descrever a percepção da adolescente grávida sobre a gravidez.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS AO ADOLESCENTE

No Brasil, ao longo da história, demarcada pela criação de leis e decretos, a trajetória das políticas públicas voltadas para o adolescente foi se constituindo de forma muito complexa, com objetivos nem sempre claros para os executores das políticas, tomando assim um sistema pouco centralizado em meio a tantas mudanças e descontinuidades (HORTA; SENA, 2010).

As políticas sobre o adolescente teve sua promulgação com afirmação a partir de 5 de outubro de 1988 na Constituição da República Federativa do Brasil com tendo como preceitos assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade pluralista e sem preconceitos (DELFINI; REIS, 2010).

No entanto, é importante ressaltar que a legislação muitas vezes acaba não garantindo a qualidade das mudanças que são propostas, e o Estado utiliza-se destas como um instrumento para manter-se no controle das ações burocráticas voltadas a classe jovem (COSTA, et al, 2013).

Atenção integral à saúde de adolescentes e jovens decorre da mudança de paradigma expressa na concepção ampliada de saúde como direito social e dever do Estado e na doutrina da proteção integral preconizada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA (BRASIL, 2011).

Este estatuto reconhece os adolescentes como sujeitos de direitos e portadores de necessidades especiais, institucionaliza um novo olhar sobre o adolescente, apresentando arcabouço teórico que estimula a reflexão sobre novos conceitos, estratégias e ações na área de promoção da saúde voltada para esse grupo etário. Nesse sentido, este marco legal configura uma perspectiva de análise para contextualização dos direitos da adolescência e juventude no âmbito da saúde (TORRES, 2010).

A Política Nacional de Saúde do Adolescente e Jovem preconiza a atenção integral a esse segmento populacional, considerando as necessidades específicas de adolescentes e jovens, as características socioeconômicas e culturais da comunidade à qual pertencem, bem como as diferenças de gênero, raça e religião (BORGES; MATOS, DINIZ, 2011).

Desse modo, o modelo de atenção à saúde do adolescente e jovem, resultante de uma política pública integrada à Política Nacional de Saúde e articulada a outros setores

governamentais e não governamentais, reflete a perspectiva de intervenção do Estado na garantia e efetivação dos direitos sociais regulamentados pelo marco legal da Lei 8.080/90, que dispõe sobre os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde- SUS, e da Lei 8.069/90, do Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA (BRASIL, 2010).

Contudo, as atuais dimensões da violação dos direitos sociais e as situações de vulnerabilidade são expressões contundentes das transformações decorrentes da crise estrutural do capitalismo contemporâneo, evidenciadas pela fragilização das ações de proteção pública do Estado brasileiro expressa na focalização e privatização das políticas sociais, bem como pela transferência de responsabilidades com a execução dos gastos sociais para o terceiro setor (DELFINI; REIS, 2012).

No tocante a referência para a doutrina da proteção integral estabelecida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente traz as mudanças na legislação do adolescente, decorrentes da elaboração e aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente, consubstanciadas na doutrina de proteção integral, assinalam uma nova etapa na história dos direitos da criança e do adolescente, ao tempo em que elevam os adolescentes à condição de cidadãos e sujeitos de direitos, tal como preceitua o ECA, em seu Art. 1º: “Esta lei dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente” (TORRES, 2010).

A garantia do direito à Saúde remete à efetivação da política de atendimento para a adolescência, conforme as diretrizes estabelecidas pelo ECA. Não obstante, a efetivação do direito à saúde pressupõe a articulação de uma rede regionalizada e descentralizada dos serviços de saúde, os quais devem ser regidos pelos princípios de universalidade, integralidade e igualdade, conforme previsto na legislação do SUS (BRASIL, 2011).

Sob este aspecto holístico, a gravidez na adolescência merece destaque especial no debate sobre o direito à saúde de adolescentes e jovens. Atualmente, a “captação precoce de adolescentes grávidas” é recomendada como uma estratégia eficaz para prevenção da mortalidade materna e neonatal e preconizada pelo Ministério da Saúde e pela área técnica responsável pela Política de Atenção à Saúde do Adolescente. Contudo, na maioria das vezes, é inviabilizada pelo despreparo dos profissionais e pela desqualificação dos serviços de saúde para o atendimento diferenciado ao adolescente. Ou seja, comumente, as adolescentes e jovens do sexo feminino são atendidas nos serviços de pré-natal, parto e puerpério, integrantes da rede SUS, sem que haja uma assistência qualificada e diferenciada para usuárias adolescentes (HORTA; SENA, 2010).

O direito constitucional à saúde, a asserção de prioridade absoluta pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, os avanços preconizados pelo SUS e a legislação de saúde ainda não alcançaram de forma efetiva essa parcela populacional. Esse descompasso entre as garantias legais à saúde e a realidade cotidiana de adolescentes e de jovens se deve a

múltiplos fatores, dentre os quais se desta, a tradicional ênfase em programas de saúde direcionados à mulher e à criança (DELFINI; REIS, 2010).

Essa política reflete uma nova linha de reflexão da atenção à saúde do adolescente, principalmente por evidenciar a integralidade da atenção em consonância com um dos princípios do SUS, o que pressupõe o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e a organização de serviços para a execução dessas práticas de saúde, destacando a importância da promoção da saúde e a necessidade de estabelecer processos de trabalho Inter setoriais e interdisciplinares (BORGES; MATOS; DINIZ, 2011).

Atualmente, a saúde do adolescente tem representado um desafio para profissionais de diversas áreas, que, por meio de atuação multidisciplinar, buscam programar uma metodologia eficaz para o atendimento desse segmento populacional (TORRES, 2010).

A implementação dessa metodologia de ação supõe a operacionalização das diretrizes de uma política de atenção integral à saúde do adolescente e jovem, a qual preconiza uma mudança significativa na forma de prestação e organização dos serviços de saúde, para que estes ofereçam um conjunto de ações resolutivas e de qualidade aos adolescentes e jovens, respeitando as suas características biopsicossociais, seus problemas e necessidades de saúde (COSTA et al, 2013).

A mudança estratégica proposta por esse modelo de atenção destaca a importância das ações de promoção da saúde. A política de saúde do adolescente recomenda que “as ações de saúde destinadas a adolescentes e jovens serão permeadas por práticas educativas numa perspectiva participativa, emancipatória, multiprofissional, voltadas para a equidade e cidadania” (BRASIL, 2011).

As questões prioritárias de atenção à saúde de adolescentes e jovens são: o crescimento e desenvolvimento saudáveis; a saúde sexual e reprodutiva; e a redução da morbimortalidade por violências e acidentes (BORGES; MATOS; DINIZ, 2011).

A promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis remete ao acompanhamento sistemático dos adolescentes pelas Unidades Básicas de Saúde, subsidiado pela utilização da Caderneta de Saúde do Adolescente, reconhecida como instrumento de cidadania para essa população. Além disso, as ações Inter setoriais devem complementar a integralidade da atenção no SUS e compor as estratégias desse modelo de atenção (DELFINI; REIS, 2012).

A saúde sexual e reprodutiva está fundamentada na garantia e no reconhecimento dos adolescentes enquanto sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos, capazes de assumir com responsabilidade e autonomia as próprias escolhas (COSTA et al, 2013).

Para tanto, cabe aos serviços de saúde à prestação de uma assistência de qualidade e o desenvolvimento de ações educativas que abordem a saúde sexual e reprodutiva, os métodos contraceptivos e preservativos, oferecendo um serviço de contracepção e planejamento familiar específico para adolescentes e com acesso facilitado a estes (HORTA; SENA, 2010).

3.2 PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA SAÚDE DA MULHER

A criação do PAISM (Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher) na década de 1980 inaugura uma perspectiva diferenciada no que diz respeito à saúde da mulher. Nessa direção, o PAISM deveria refletir o conceito de assistência integral à saúde da mulher preconizado pelo Ministério da Saúde: ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional e de aplicação ampla no sistema básico de assistência em saúde (DINIZ, 2009).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do SUS (OSIS, 2010).

A proposta de assistência integral à saúde da mulher anunciada pelo PAISM incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (CORRAL, 2009).

Tendo em vista a necessidade de mudanças no cenário nacional referente às políticas voltadas à saúde da mulher, que englobe os pressupostos da promoção da saúde, foi formulada a PNAISM (Política Nacional de Atenção Integral a Saúde

da Mulher) para nortear as ações de atenção à saúde da mulher de 2004 a 2007 (FREITAS, et al. 2009).

A PNAISM, pelo Ministério da Saúde, no ano de 2004, remete ao processo de criação e implantação do próprio Sistema Único de Saúde (SUS). Cabe observar que a criação do SUS foi assegurada pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Em consonância com o Art. 196 da Constituição Federal, as condições de possibilidade de tal criação decorrem da concepção de saúde como direito: “A 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” (BRASIL, 2010).

Dessa forma, a PNAISM se fundamenta nos princípios doutrinários do SUS (integralidade, universalidade e equidade) e na inclusão da discussão de gênero, com ênfase no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, no combate à violência doméstica e sexual, e de portadoras de doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2009a).

As Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher contemplam questões relativas à educação, com ênfase na veiculação de informações voltadas à promoção e prevenção em saúde. A PNAIS contempla ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento dos principais agravos e problemas de saúde que afetam as mulheres, como câncer de colo do útero, câncer de mama, gravidez de alto risco, violência contra a mulher, dentre outros (BRASIL, 2009b).

A PNAISM objetiva intervir em questões relativas à atenção obstétrica e neonatal, ao planejamento familiar, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/AIDS, redução da morbimortalidade por câncer na população feminina. A efetivação dessa política demanda, igualmente, ações de promoção e prevenção em saúde, as quais podem ser observadas em propostas educativas. Em outros termos, significa dizer que a política produz os sujeitos que representa e sua efetivação requer necessariamente o controle, a normatização e normalização de identidade (BRASIL. 2009b).

Tal política reforça a humanização da atenção em saúde, reconhecendo que humanização e qualidade da atenção são aspectos indissociáveis. Nesse sentido, é imprescindível considerar que humanizar é muito mais do que tratar bem, com

delicadeza ou de forma amigável, devendo ser consideradas questões de acessibilidade ao serviço nos três níveis da assistência, provisão de insumos e tecnologias necessárias, formalização de sistemas de referência e contra referência, disponibilidade de informações e orientação da clientela e a sua participação na avaliação dos serviços (CORRAL, 2009).

A mulher, a partir de então, é vista em sua integralidade, como sujeito autônomo e participativo no processo de decisão para a formulação de políticas públicas, tendo em vista que à medida que a mulher é incluída nesse processo, há garantia do atendimento de suas reais necessidades aumentando a qualidade da assistência (FREITAS, et al. 2009).

Tendo em vista a aplicação destas políticas de atenção à saúde da mulher elas formularam nacionalmente amplas e complexas discussões, trouxeram contribuições imprescindíveis para o processo de transformação sobre o paradigma da saúde da mulher. Apesar dos avanços extraordinários, esse processo é dinâmico e acompanha a transformação da sociedade e, por isso, inexaurível. Cada política trouxe consigo um avanço singular no processo geral pela busca da saúde da mulher (OSIS, 2010).

Embora tenham sido observados avanços em relação à implementação dessas políticas, percebe-se ainda a exclusão de certos segmentos da sociedade, tendo em vista, que grupos como o das prostitutas, que representa uma população extremamente vulnerável a vários agravos, continuam excluídos das propostas de atenção à saúde (DINIZ, 2009).

Tal regulamentação implica não apenas uma nova política de saúde, mas modos de a saúde produzir subjetividades por meio de práticas que estabelecem valores, como o de cidadania e de sujeito de direitos, a partir de um dever do Estado. A saúde, então, passa a ser uma realidade que opera determinados processos existenciais ao mesmo tempo em que só é possível a partir de determinadas operações, de certos campos de conhecimento e atuação (FREITAS, et al. 2009).

A integralidade aparece tecendo o próprio PAISM, propondo articulações entre diferentes níveis de administração como estratégia de consenso em temas controvertidos, por exemplo, a forma de atendimento e a ligação entre os serviços e o modo de ensino e controle da saúde. Com isso o PAISM passa a ser direcionado

nos preceitos de integralidade a pensar a formação, pois indica que esta não é só técnica, devendo compreender cultura, sistema e relação (DINIZ, 2009).

Na atenção à saúde das mulheres, compreendemos a integralidade como a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça, cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres (CORRAL, 2009).

3.3 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência corresponde ao período da vida entre os 10 e 19 anos, no qual ocorrem profundas mudanças, caracterizadas principalmente por crescimento rápido, surgimento das características sexuais secundárias, conscientização da sexualidade, estruturação da personalidade, adaptação ambiental e integração social (FONSECA; MELCHIOR, 2010).

Nos padrões de comportamento as mudanças experimentadas pelos adolescentes revelam problemas que repercutem nos aspectos biopsicossociais deste grupo nas últimas décadas, sendo sem dúvida, a de maior repercussão aquela relacionada aos padrões que envolvem a atividade sexual (BIGRAS; PAQUETTE, 2007).

Como consequência das mudanças relacionadas ao exercício da sexualidade, pode-se registrar o alarmante aumento no índice de gravidez entre adolescentes. Diversos fatores podem ter contribuído para tanto, entre eles: menarca precoce; casamento tardio; deficiência na educação sexual; estilo de vida urbana e quase total ausência de serviços de saúde especializados em adolescentes (DESSEN, 2009).

Adolescente é considerada por muitos autores como uma gestante de alto risco. Esse risco maior a que a adolescente está exposta decorre, principalmente, de uma desproporção céfalo pélvica como também, complicações tanto orgânicas como psicossociais. Entretanto os riscos associados a esse fenômeno não são resultado apenas das condições fisiológicas e psicossociais intrínsecas à adolescência, mas

estão ligados a fatores sócios demográficos que aumentam os riscos da gravidez e maternidade em qualquer idade (MARTINEZ, 2010).

A gravidez na adolescência vem adquirindo proporções significativas. Estima-se que de 20 a 25% do total de gestantes no Brasil sejam adolescentes, ou seja, em média, há uma adolescente entre cada cinco mulheres grávidas. Dados do DATASUS no último ano no Brasil mostram que a incidência da gravidez nesta faixa etária conta com cifras que vão de 16,27 a 25,96%ano (BIGRAS; PAQUETTE, 2007).

A gravidez na adolescência é uma crise que se sobrepõe à crise da adolescência. Para a adolescente, o evento da gravidez pode estar relacionado com uma tentativa de enfrentar qualquer uma de suas tarefas evolutivas. Segundo estudos publicados, em muitos casos existe um desejo inconsciente, ou mesmo consciente, de engravidar. Tal desejo de ter um bebê pode estar ligado a determinados fatores como: provar a fertilidade, solidificar o relacionamento com o parceiro, ter alguém para amar e cuidar, mudar o *status* na família para adquirir independência, demonstrar uma atitude rebelde contra a família ou libertar-se de um ambiente familiar abusivo (BIGRAS; PAQUETTE, 2007).

A vulnerabilidade dos adolescentes com relação à gravidez envolve vários aspectos, dentre os quais se destaca o fato de a mãe adolescente, na maioria das vezes, não estar preparada para o ato materno. A gravidez na adolescência é focalizada como problema social e de saúde pública, podendo produzir efeitos nocivos à saúde da mãe e do concepto e contribuir para a manutenção da pobreza (DESSEN, 2009).

Quando esta ocorre na faixa etária de 10 a 14 anos, os transtornos são ainda maiores, pois a maior parte não é planejada, sendo interrompida pelo aborto, praticado, frequentemente, em péssimas condições técnicas e de higiene, com risco de apresentar complicações e graves sequelas, podendo levar a adolescente à morte (FONSECA; MELCHIOR, 2010).

A gravidez na adolescência constitui desafio para as políticas públicas no contexto da promoção da saúde e traz à tona questões relevantes sobre esse problema, no momento em que há o desafio de fornecer aos adolescentes subsídios para viver sua sexualidade de forma plena e com planejamento de anticoncepção ou concepção, no âmbito da promoção da saúde (SILVA, 2010).

A atuação do enfermeiro, como de toda a equipe de saúde, tem as ações centradas na tríade promoção, prevenção e assistência, sendo as duas primeiras de maior relevância no processo de trabalho que vai ao encontro dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. As ações de promoção da saúde são consideradas de grande relevância, para corresponsabilidade e fortalecimento do vínculo na relação enfermeiro adolescente. A promoção da saúde permeia transversalmente todas as políticas, programas e ações da saúde, com o desafio de constituir a integralidade e equidade (DOMINGOS, 2010).

A abordagem educativa na prevenção da gravidez na adolescência tem intensa relação com as cartas da promoção da saúde, principalmente com a de Ottawa, pela correlação com os cinco campos de ação da promoção da saúde propostos, destacando-se três de maior atuação: a criação de ambientes favoráveis à saúde, os temas de saúde ambiente e desenvolvimento humano, os quais não podem estar separados (MARTINEZ, 2010).

O desenvolvimento implica a melhoria da qualidade de vida e saúde. Promover um ambiente saudável é compreender o adolescente como sujeito no seu ambiente físico, social, econômico ou político, suas relações com as redes de suporte social. Trata-se de nova perspectiva acerca da prevenção da gravidez na adolescência dentro das quatro dimensões social, política, econômica e do potencial humano. Cumpre identificar as desigualdades sociais em que se encontram esses adolescentes e o acesso à educação, esporte e lazer, às redes de suporte social e a ações promotoras de saúde (DESSEN, 2009).

Existe uma grande preocupação com as consequências que a maternidade precoce pode acarretar à saúde, à educação e ao desenvolvimento econômico e social. Isso se deve ao fato de esta dificultar o desenvolvimento educacional e social da adolescente, assim como a sua capacidade de utilizar todo o seu potencial individual. Como resultado, observa-se uma taxa maior de evasão escolar, desajustes familiares e dificuldade de inserção no mercado de trabalho (LIMA, 2011).

Segundo Bigras; Paquette (2007) analisa que precisamos contextualizar individualmente cada gestação na adolescência a partir dos seus próprios sujeitos e situações envolvidas e não apenas lida com a gravidez na adolescência como uma forma invariável de sofrimento. Como visto em alguns artigos publicados, não podemos generalizar que nos dias atuais, todos os adolescentes não tenha

conhecimento e ou não tenha recebido informações sobre como evitar uma gravidez.

A maternidade precoce deve ser analisada em diferentes perspectivas, pois cada adolescente está inserido em um perfil social diferente, apresentando, portanto, perfis, classes sociais, conhecimentos, valores e atitudes diferentes um dos outros (BIGRAS; PAQUETTE, 2007).

Podemos perceber então, que em um contexto social, onde é normal engravidar precocemente, a gravidez na adolescência entra num ciclo de pobreza viciosa. Pois na maioria das vezes os jovens têm conhecimento sobre os métodos anticonceptivos, porém não se preocupam em fazer uso, movido talvez, pelo desejo inconsciente de engravidar (RESTA, 2010).

4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

4.1 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de campo do tipo exploratória, com abordagem quanti-qualitativa.

Marconi e Lakatos (2007) trazem como pesquisa de campo à observação de fatos e fenômenos exatamente como ocorrem espontaneamente, à coleta de dados referentes aos mesmos e, finalmente, à análise e interpretação desses dados, com base numa fundamentação teórica consistente, objetivando compreender e explicar o problema pesquisado.

Para Severino (2007) as pesquisas exploratórias focalizam-se em um tipo de estudo ao qual se busca a compreensão do problema do sujeito no ambiente onde o evento ocorre atentando-se ao seu contexto social de acordo com a vivência do sujeito. Consideram a pesquisa exploratória como de imediato, em seu primeiro contato em relação ao tema é prontamente empregada, com isto este tipo de pesquisa possibilita maior familiaridade com o meio da pesquisa e sua população pesquisada.

Abordagem da pesquisa é quanti-qualitativa, que é um método que associa dados qualitativos e quantitativos em um mesmo estudo, o mesmo permite que se tenha o melhor de cada método, privilegiando assim uma melhor compreensão do tema a ser estudado facilitando desta forma a interpretação dos dados obtidos. Segundo Polit e Hungler (1995, p, 277 apud FIGUEIREDO, 2004, p.108) a “abordagem quanti-qualitativa é aquela que permite a complementação entre palavras e números, as duas linguagens fundamentais da comunicação humana”.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde Bom Nome, localizada no Bairro Bom Nome, Zona Urbana de Limoeiro do Norte, no estado do Ceará. Nesta unidade atua uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), conforme escrita nas normas regulamentadora do Sistema Único de Saúde- SUS. A escolha deste local se deu pelo fato da UBS situar em uma área distinta do município, sendo está acrescida por um número considerável de gestantes adolescentes.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

População consiste em um conjunto de indivíduos que compartilham de, pelo menos, uma característica comum. É o conjunto de todos os elementos ou resultados sob investigação, onde define-se como uma coleção de unidades individuais, que podem ser pessoas ou resultados experimentais, com uma ou mais características comuns, que se pretendem estudar. A amostra consiste em um subconjunto representativo, ou seja, em um conjunto de indivíduos retirados de uma população, a fim de que seu estudo estatístico possa fornecer informações importantes sobre aquela população (MORAIS, 2005).

Diante do exposto a pesquisa terá como população mães adolescentes grávidas e mães adolescentes com idade entre 14 a 19 anos, que esteja vinculado na área de abrangência desta UBS. A amostra retirada dessa população será composta por 06 adolescentes grávidas e mães adolescentes que se enquadrarem aos critérios de inclusão e exclusão.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram adolescentes grávidas e mães adolescentes com idade entre 14 e 19 anos que sejam assistidas e cadastradas pela ESF do Bom Nome, que aceitaram participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Assentimento. Já os critérios de exclusão foram: não se enquadrar nos critérios de inclusão citados.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados foi um roteiro de entrevista semiestruturada com perguntas abertas, atendendo aos objetivos propostos da pesquisa. Segundo Minayo (2010) é o documento com campos pré-impressos onde são preenchidos os dados e as informações, que permite a formalização das comunicações, o registro e o controle das atividades das organizações. A atividade de organização e métodos é a que fornece os subsídios para a elaboração e o controle dos formulários.

4.5 MÉTODO DE COLETA DE DADOS

A entrevista foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com a Escola de Enfermagem Nova Esperança- FACENE/ FAMENE- PB; e o recebimento de autorização para a pesquisa, adolescentes grávidas e mães adolescentes com idade entre 14 e 19 anos assistidos e cadastrados pela ESF do Bom Nome. A coleta dos dados foi realizada através do contato direto com estas adolescentes grávidas e mães adolescentes, logo que foram apresentados os objetivos, a justificativa e os possíveis danos causadores da pesquisa; as com abordagem direta ao público em pesquisa na própria UBS (Bom Nome), sendo o trabalho intensificado no dia do atendimento exclusivo da criança, realizado pelos profissionais: médico, enfermeiro e cirurgião dentista, de acordo com o cronograma da UBS.

4.6 MÉTODO DE ANÁLISE E ORGANIZAÇÃO DE DADOS

Os dados foram analisados no modo quanti-qualitativo os dados quantitativos foram apresentados em gráficos com análise estatística no EXCEL, como também os dados qualitativos foram analisados pela técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Lefèvre e Lefèvre (2005) abordam o DSC como uma técnica que sucede a um conjunto de procedimentos que realça as expressões chaves das falas dos entrevistados demonstrando o pensamento em forma de síntese, sendo assim possibilitam para a interpretação da fundamentação dos resultados. O DSC é assim, uma estratégia metodológica que, utilizando uma estratégia discursiva, visa tornar mais clara uma dada representação social, bem como o conjunto das representações que conforma um dado imaginário.

O DSC consiste em um discurso síntese elaborado com pedaços de discursos de sentido semelhante reunidos num só discurso. Consiste em analisar depoimentos provenientes de questões abertas, agrupando os estratos dos depoimentos de sentido semelhante em discursos- síntese redigida na primeira pessoa do singular, como se uma coletividade estivesse falando. Em suma é a reunião em um discurso- síntese de expressão- chave que manifestam a mesma ideia central. A proposta dessa técnica consiste basicamente em analisar o material coletado, extraíndo de cada um das respostas em vários discursos coletivos que

expressam à representação social acerca de um determinado tema da coletividade as quais pertencem (LEFEVRE; MARQUES, 2009).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa obedeceu à resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Ele agrupa sob a visão do indivíduo e da coletividade, os quatro referenciais principais da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e tende garantir os direitos e deveres que articulam em respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao Estado.

Os aspectos éticos provenientes do código de ética dos profissionais de enfermagem foram garantidos, mediante cumprimento dos princípios éticos e legais da profissão, em cujo, art. 98 da resolução 311/ 07 COFEN, que dispõe sobre o código de ética para o profissional da especificidade e enfermagem, ressalta a importância de acatar as leis vigentes para a pesquisa abrangendo seres humanos, conforme a especificidade da investigação.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa FACENE/FAMENE sob protocolo nº 176/2015 e CAAE: 50849215600005179.

O referido estudo pode apresentar risco(s) como medo e constrangimento em responder aos questionamentos, mas, os benefícios de contribuir com a academia e a sociedade sobre o assunto superaram esse(s) risco(s).

4.8 FINANCIAMENTO

Todas as despesas decorrentes da realização desta pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora associada, conforme a previsão do orçamento. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, disponibilizou seu acervo bibliográfico, orientações fornecidas pela bibliotecária, bem como orientador e banca examinadora.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

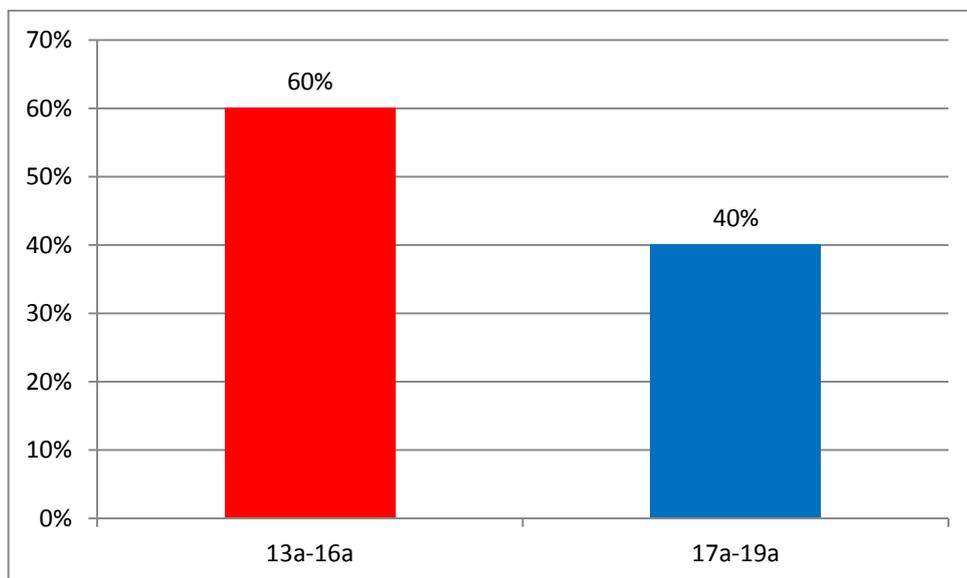
A seguir serão apresentados os resultados quanto aos fatores que influenciam a gravidez na adolescência, os dados coletados foram organizados e analisados em duas fases: quantitativa apresentada em forma de gráficos e qualitativa a partir da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONOMICA E OBSTÉTRICA DAS PARTICIPANTES

A seguir será apresentada a caracterização das participantes da pesquisa objetivando mostrar, a partir dos dados quanto a faixa etária, estado civil, escolaridade, ocupação, paridade e início a vida sexual.

O gráfico 1 apresenta a faixa etária das participantes da pesquisa, pode-se observar que 60% das adolescentes pesquisadas compreendiam a faixa dos 13 aos 16 anos, enquanto 40% tinha de 17 a 19 anos.

Gráfico 1 – Quanto a faixa etária das participantes da pesquisa



Fonte: Pesquisa de campo (2015)

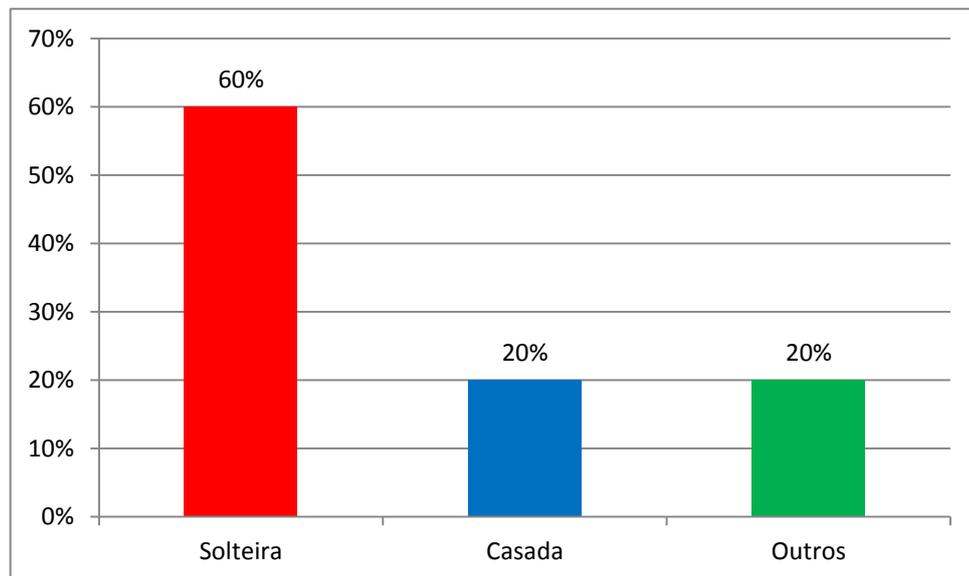
Para Yazalle, Franco e Michelazzo (2009) o período da puberdade e da adolescência caracteriza-se pelo crescimento acelerado, tanto físico quanto mental o que pode vir a gerar instabilidade emocional e necessidade de aceitação.

Assim, entende-se o período da adolescência como uma fase que requer atenção, em diversos aspectos do desenvolvimento, visto que,

Este período de transição da infância para a fase adulta é marcado por transformações físicas e psicossociais, bem como por conflitos relacionados às incertezas, inseguranças, construção e conhecimento da imagem corporal e a identificação de pares, além das instabilidades familiares e sociais (DANIELI, 2010, p.14)

O gráfico 2 apresenta a condição enquanto estado civil das pesquisada e este mostrou que 60% são solteiras, 20% casadas e 20% encontra-se da condição de outros.

Gráfico 2 – Quanto ao estado civil das participantes da pesquisa.

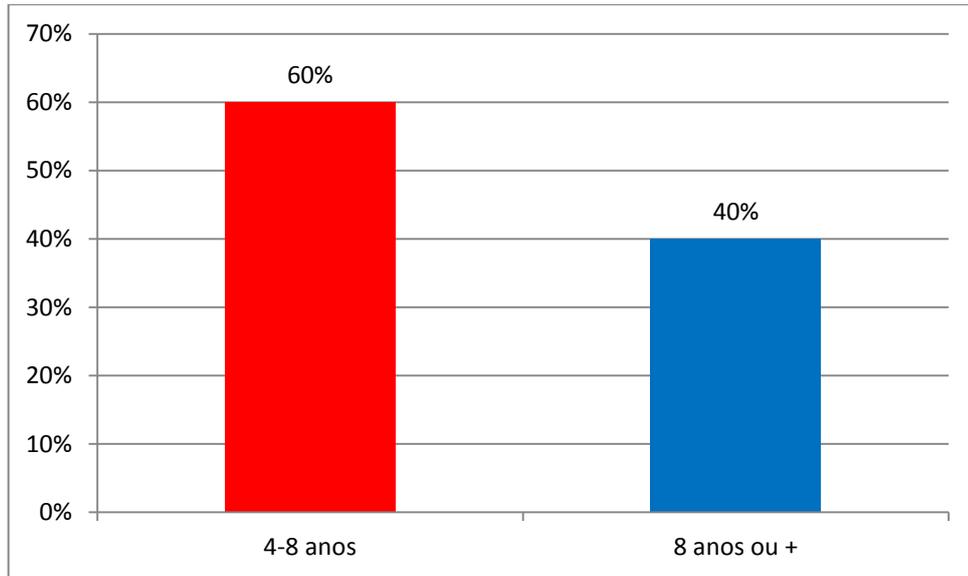


Fonte: Pesquisa de campo (2015)

Lessa et al (2006) apresenta em seu estudo que há uma propensão às adolescentes grávidas a não ter companheiro e isso pode esta relacionado a pouca idade ou a própria gravidez visto que, o parceiro pode se sentir pressionado e acabar se afastando do convívio da gestante.

O gráfico 3 apresenta dados quanto a escolaridade das pesquisadas, observou-se que as adolescentes possuíam em sua maioria, 60%, tinham de 4 a 8 anos de instrução enquanto somente 40% possuíam 8 anos ou mais.

Gráfico 3 – Quanto a escolaridade das participantes da pesquisa



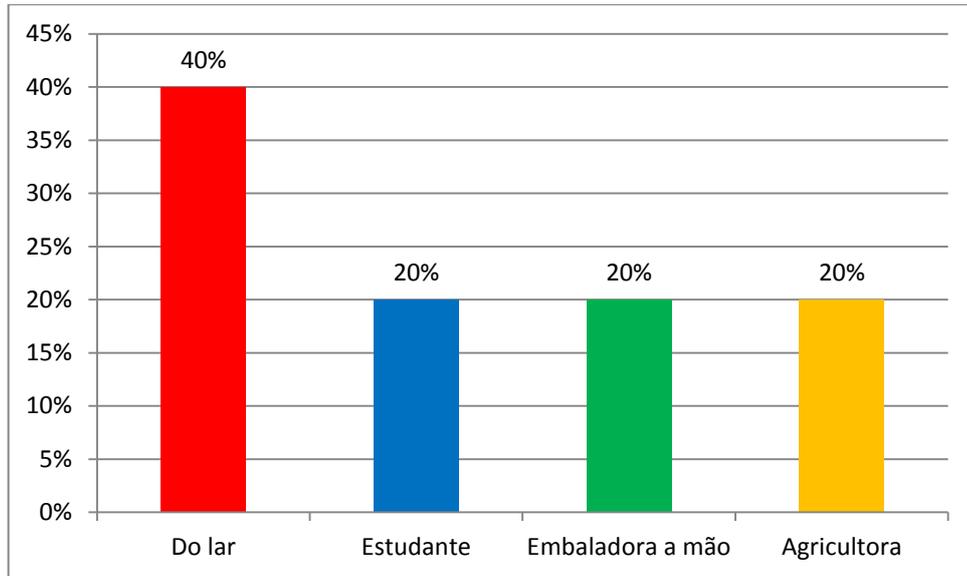
Fonte: Pesquisa de campo (2015)

O nível escolar, ou seja, a baixa quantidade de informação que a adolescente obteve pode ser um fator que auxilie para a gravidez precoce, visto que a aquisição de informação auxilia no processo de retardo da gravidez, “visto que a escola tem um papel preventivo importante, pois através dela são transmitidas informações sobre o corpo e também sobre métodos preventivos de gravidez” (OLIVEIRA et al, 2011¹).

O gráfico 4 apresenta dados quanto a ocupação das pesquisadas, estas se dividiram em 4 categorias, “Do lar” 40%, “Estudante” 20%, “Embaladora a mão” 20% e “Agricultora” 20%.

¹ Documento eletrônico não paginado.

Gráfico 4 – Quanto a ocupação das participantes da pesquisa

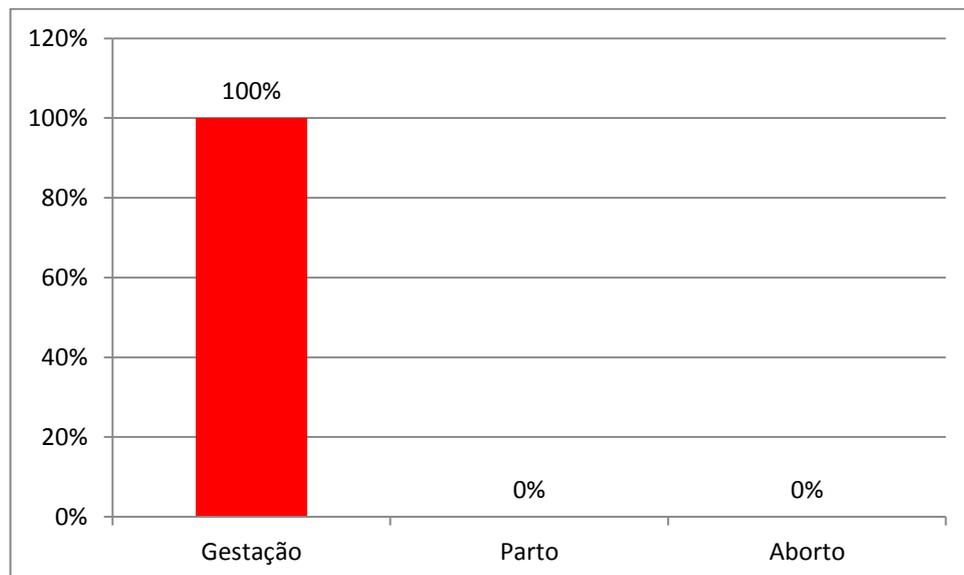


Fonte: Pesquisa de campo (2015)

Observando os resultados entende-se que a maior parte das adolescentes gestantes necessita de adultos que se responsabilizem por seu sustento assim como, o de seu bebê. E ainda, devido ao abandono da vida estudantil e a dificuldade de qualificação contribuirá para renda e poder aquisitivo menor.

O gráfico 5 apresenta informações sobre a paridade das adolescentes, quanto ocorrência de aborto, parto e gestação.

Gráfico 5 – Quanto a paridade das participantes da pesquisa

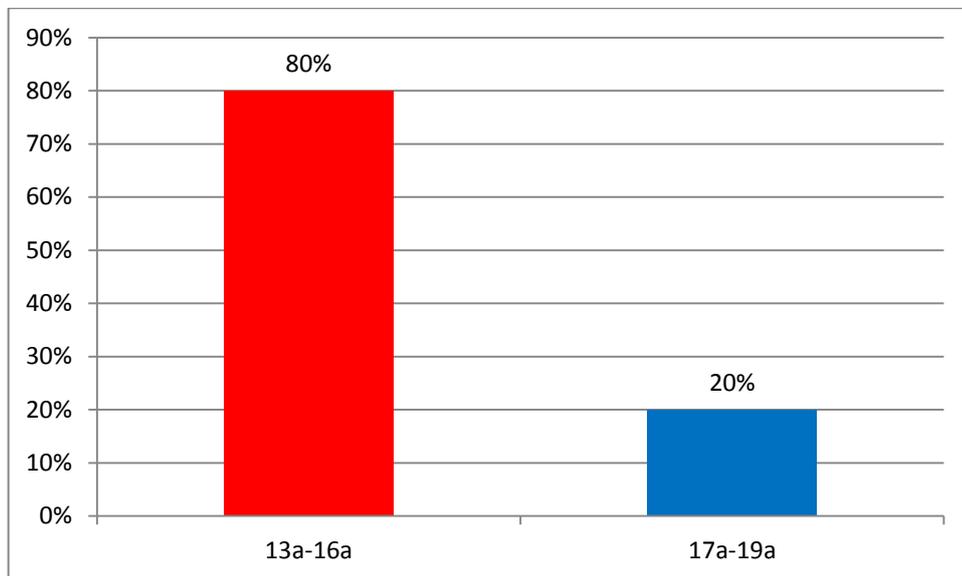


Fonte: Pesquisa de campo (2015)

Quanto a paridade, obteve-se que todas as participantes (100%) estavam no período gestacional, nenhum aborto e parto foi relatado, entende-se dessa forma que todas as adolescentes participantes eram primíparas. Acredita-se que grande fator deste resultado está relacionado ao início da vida sexual descrita no gráfico a seguir.

O gráfico 6 apresenta informações quanto ao início da vida sexual das participantes, observou-se que 80% destas iniciaram sua vida sexual entre 13 e 16 anos enquanto somente 20% deu início entre 17 e 19 anos.

Gráfico 6 – Quanto a idade em que iniciou a vida sexual das participantes.



Fonte: Pesquisa de campo (2015)

A iniciação sexual sempre gera inquietações e curiosidade, além de despertar sentimentos distintos como: medo, prazer, desejo de conhecer algo novo. Na maioria das vezes essa iniciação acontece sem o conhecimento dos pais e sem um preparo anterior, sob pressões de amigas, do parceiro, permeada de medo e a falta de informação sobre o uso dos meios contraceptivos, além de, não raro, a vontade inconsciente de engravidar para testar a sua fertilidade e galgar um espaço na sociedade. (AMARAL; FONSECA, 2005; BRANDÃO; HEILBORN, 2006 apud LÔBO; MEDRADO; BORGES, 2008, p.55).

O início precoce da vida sexual das meninas influencia muito na ocorrência de uma gravidez também precoce, visto que uma vida sexual ativa, pouca informação ou mesmo a vontade de ser mãe, mesmo que tão jovem, possibilitam e por vezes aumentam o risco de uma gravidez na adolescência.

5.2 DISCUSSÃO SOBRE FATORES DESENCADEANTES DA GESTAÇÃO NA ADOLESCENCIA

Este capítulo visa apresentar os discursos das participantes organizados a partir da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), quanto aos sentimentos, desafios mudanças e ocorrência da gestação. As participantes foram denominadas de "A" e ordenadas sequencialmente de 1 a 5, a fim de garantir seu anonimato.

Quadro 1 – DSC das participantes da pesquisa quanto ao questionamento: Como você se sentiu ao descobrir que estava grávida?

Ideia central I	Expressões-chave
Sentimentos de felicidade	"Fiquei Feliz" A1 "Achei bom, depois que fiz o exame e comprovei" A3
DSC: Fiquei Feliz. Achei bom, depois que fiz o exame e comprovei	
Ideia central II	Expressões-chave
Sentimentos de tristeza	"Doida, preocupada, porque foi uma gravidez indesejada" A2 "No momento fique triste" A4
DSC: Doida, preocupada, porque foi uma gravidez indesejada. No momento fique triste	

Fonte: Pesquisa de campo (2015)

O quadro 1 que indaga as participantes quanto ao sentimento em relação a descoberta da gravidez resultou em duas ideias centrais, a alegria e a tristeza.

O sentimento envolvido na descoberta da gravidez na adolescência depende da situação social em que a adolescente está envolvida, embora para algumas este seja um projeto de vida como relata a ideia central, o contexto determina, pelo menos inicialmente, o sentimento positivo ou não em relação a gestação (ROCHA; MINERVINO, [2008?]).

Quadro 2 - DSC das participantes da pesquisa quanto ao questionamento: Qual o maior desafio para uma adolescente grávida?

Ideia central I	Expressões-chave
Preconceito, exclusão social e aceitação familiar	<p data-bbox="842 277 1401 394">“O preconceito, pois achei que todos iriam falar de mim por ser uma menina de menor já grávida”A2</p> <p data-bbox="842 443 1401 607">“Meus amigos falando que achava eu muito nova para engravidar, a minha família não aceitava, a exclusão por algumas pessoas”A4</p> <p data-bbox="842 656 1401 728">“A aceitação da família e da sociedade” A5</p>
<p data-bbox="263 741 1401 900">DSC:O preconceito, pois achei que todos iriam falar de mim por ser uma menina de menor já grávida. Meus amigos falando que achava eu muito nova para engravidar, a minha família não aceitava, a exclusão por algumas pessoas. A aceitação da família e da sociedade.</p>	

Fonte: Pesquisa de campo (2015)

O quadro 2 apresenta o DSC das participantes quanto aos desafios da gravidez na adolescência, estas relataram o preconceito, a exclusão social e a aceitação familiar como os maiores a serem enfrentados.

Dentro desse contexto, a adolescente vivencia o momento prazeroso de ser mãe e ao mesmo tempo presencia as críticas, preconceitos e descaso da sociedade em que vive, passando por crises e sentimentos adversos. Logo, a adolescente não mede as consequências dos fardos e privações que a maternidade traz consigo, só pensando no prazer de ser mãe (EDUARDO et al, 2005, p.215).

Neste sentido observa-se a fragilidade do contexto em que está inserida, além dos anseios intrínsecos aos períodos da gestação e da adolescência ela se depara com as questões sociais e familiares em relação a sua gestação precoce.

Quadro 3 - DSC das participantes da pesquisa quanto ao questionamento: O que mudou em sua vida após a gravidez?

Ideia central	Expressões-chave
Parar os estudos, criar responsabilidade	<p data-bbox="842 1895 1401 2051">“Tive que parar os estudos, não posso mais sair de casa, não posso mais dormir até tarde, não tenho mais tempo pra nada, tive que criar</p>

	<p>responsabilidade”A1</p> <p>“Tudo. rejeição dos familiares e afastamento de alguns amigos, parei meus estudos e comecei a trabalhar para cuidar e sustentar a mim e a minha filha” A2</p> <p>“Tudo” A3</p> <p>“Tive que parar de estudar, tenho que ter mais responsabilidade por que vou ter um filho, vir embora da cidade que eu morava com minha família para vir morar com meu marido na cidade dele” A4</p>
<p>DSC:Tive que parar os estudos, não posso mais sair de casa, não posso mais dormir até tarde, não tenho mais tempo pra nada, tive que criar responsabilidade. Tudo. rejeição dos familiares e afastamento de alguns amigos, parei meus estudos e comecei a trabalhar para cuidar e sustentar a mim e a minha filha. Tive que parar de estudar, tenho que ter mais responsabilidade por que vou ter um filho, vir embora da cidade que eu morava com minha família para vir morar com meu marido na cidade dele.</p>	

Fonte: Pesquisa de campo (2015)

O quadro 3 apresenta o DSC das participantes quanto a mudanças ocorrida após a descoberta da gravidez, estas relatam que parar de estudar foi a maior mudança, visto que estão em idade escolar a gestação interfere no desenvolvimento estudantil, fazendo com que muitas optem pelo abandono escolar. O início de uma atividade profissional também foi relatado como mudança na vida da adolescente assim como a responsabilidade a ser desempenhada com a chegada do filho.

Segundo Nascimento, Xavier e Sá (2011), as mudanças relacionadas a gravidez no período da adolescência, principalmente o abandono dos estudos é uma realidade de difícil adaptação que envolvem a vida destas e resultam quase sempre na baixa qualificação passando a ser um obstáculo nos seus projetos de vida.

Quadro 4 - DSC das participantes da pesquisa quanto ao questionamento: Porque você acha que ocorreu sua gravidez?

Ideia central I	Expressões-chave
Vontade de ser mãe	<p>“Por que eu quis. me achava nova, mas já tinha o desejo de ser mãe e foi o que aconteceu. parei de usar camisinha e engravidei” A1</p> <p>“Não me previni, por que eu queria” A5</p>
DSC: Por que eu quis. me achava nova, mas já tinha o desejo de ser mãe e foi o que aconteceu. parei de usar camisinha e engravidei. Não me previni, por que eu queria.	
Ideia central I	Expressões-chave
Descuido, surpresa	<p>“Por descuido, pois não pensei nas possibilidades de acontecer comigo”A2</p> <p>“Foi uma surpresa eu não esperava” A3</p> <p>“Por que a camisinha estourou, ainda não me sentia preparada para engravidar, mas meu marido queria e aconteceu”A4</p>
DSC: Por descuido, pois não pensei nas possibilidades de acontecer comigo. Foi uma surpresa eu não esperava. Por que a camisinha estourou, ainda não me sentia preparada para engravidar, mas meu marido queria e aconteceu.	

Fonte: Pesquisa de campo (2015)

O quadro 4 nos apresenta o DSC das participantes quanto a causa da gravidez, este questionamento gerou duas ideias centrais, a primeira está relacionada a vontade de ser mãe, a interrupção do uso do preservativo de forma propositada com o objetivo da gestação. Já a segunda ideia central retrata o oposto, apresenta o descuido, a surpresa da confirmação da gestação.

Para Rocha e Minervino ([2008?]), algumas adolescentes fazem da gravidez um projeto de vida, idealizam nesta o sonho da maturidade, de ser visto como um adulto. Entretanto, como relatado na ideia central II para algumas adolescentes gestar pode ser uma situação de conflito, e até desagradável que gera medo e incertezas diante do que virá.

Além disso, Eduardo et al (2005) ressalta que embora acompanhadas de medos e incertezas “as garotas que viram mães nesta fase da vida desenvolvem o vínculo mãe-bebê e nutrem sentimentos como o amor em relação ao seu bebê de forma similar a de uma mãe adulta”.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adolescência é um período de grandes transformações biopsicossociais, fase de transição para a vida adulta em que estes se sentem confusos e com grande necessidade de aceitação. É neste período também que o adolescente vive as mais complexas experiências, seja do ponto de vista fisiológico e/ou social.

O foco deste estudo está voltado a gravidez na adolescência e aos fatores que influenciam o acontecimento desta, a garota que vivencia esta situação, aponta a pesquisa, tem de forma geral entre 13 e 16 anos, ou seja, está no início do adolescer, é solteira, tem entre 4 e 8 anos de estudo, é “do lar” não possui ocupação externa, está (no período da coleta dos dados) na fase gestacional e iniciou sua vida sexual entre 13 e 16 anos, o que coincide com a faixa etária de maior recorrência. Entende-se dessa forma que, as adolescentes que engravidaram no início de sua vida sexual, tem baixa instrução.

A partir das falas das participantes obtiveram-se os seguintes resultados, que o contexto social em que estão inseridas as adolescentes determina a sua reação perante a descoberta da gravidez, que embora com as dificuldades encontradas elas vivenciam um momento bom, que tiveram que abandonar os estudos devido a gestação e que embora acompanhadas dos medos e das mudanças acarretadas, estão satisfeitas com a gravidez.

Assim, observou-se durante a pesquisa que os fatores que mais influenciam na gravidez são a pouca idade, na fase adolescente não se tem ao certo a consciência de tudo que virá junto com a gestação e baixa escolaridade, fator importante no que concerne ao acúmulo de informações, neste caso, voltados a prevenção e conscientização do que uma gravidez precoce pode trazer.

Os objetivos propostos pelo estudo foram alcançados e a hipótese foi confirmada dessa forma a necessidade de políticas públicas mais eficientes voltadas para esse público, assim como, serviços de saúde preparados para acolher este público.

REFERÊNCIAS

BIGRAS, M.; PAQUETTE, D. Estudo pessoa-processo-contexto da qualidade das interações entre mãe adolescente e seu bebê. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.5, p.1167-1174, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n5/07.pdf>>. Acesso em 10 out. 2014.

BORGES, A; MATOS, M.G, DINIZ, J. A. Processo adolescente e saúde positiva: âmbitos afetivo e cognitivo. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.24, n.2, p.281-291, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v24n2/09.pdf>>. Acesso em 10 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Textos elaborados pela Área Técnica de Saúde da Mulher**. Brasília, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ação para o período 2004 a 2007**. Brasília, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco teórico e referencial da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília. 2010. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br>. Acesso em: 7 nov. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sobre o SUS**. Brasília, 2009c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1395>. Acesso em: 10 nov. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **O direito de ser adolescente: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades**. Brasília, 2011.

CANAVARRO, M. C. PEREIRA, A. I. Gravidez e maternidade na adolescência: perspectivas teóricas. **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**, Coimbra, 2011.

CORRAL, T. Agenda social. In: **Agenda de desenvolvimento humano e sustentável para o Brasil do Século XXI**. Brasília: PNUD, 2009.

COSTA, A.G.M. da *et al.* Imagens e concepções de adolescentes moradores de zonas rurais sobre saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n8/v29n8a19.pdf>>. Acesso em: 7 out. 2014

DANIELI, Guimar Luciana. **Adolescentes grávidas: percepções e educação em saúde**. 111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2010. Disponível em: <http://coral.ufsm.br/ppgenf/Dissert_Guimar.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2015

DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de

Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v28n2/14.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2014

DESSEN, M. A. **Pesquisando a família: instrumentos para coleta e análise de dados**. Curitiba: Juruá, 2009.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Interface comunitária da saúde e educação**, 2009.

DOMINGOS, A. C. **Gravidez na adolescência: enfrentamento na estratégia saúde na família**. Uberaba: [s.n.], 2010.

DORVALINO, J. S. **Gravidez na adolescência e métodos anticoncepcionais: um retrato na produção científica no Brasil**. Joáima: [s.n.], 2010.

EDUARDO, Kylvia Gardênia Torres et al. Reações da adolescente frente à gravidez. **Esc Anna Nery R Enferm.**, v.9, n.2, ago. p. 214-220, 2005. Disponível em: <http://www.revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=9561>. Acesso em: 5 dez. 2015

FERREIRA, L. O. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n4/28.pdf>>. Acesso em: 7 nov. 2014

FIGUEIREDO, B.; Maternidade na adolescência: consequências e trajetórias. **Análise Psicológica**. Paraná. 2011.

_____, B. Maternidade na adolescência: do risco à prevenção. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, Paraná, 2013.

FONSECA; M. da S.; MELCHIOR, L. E. **Adolescentes: maternidade, riscos e proteção: Gravidez e maternidade na adolescência**. São Paulo: Editora UNESP, 2010.

FREITAS, G.L.et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista eletrônica enfermagem**, 2009.

HORTA, N. de C.; SENA, R. R. de. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. **Physis**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n4/28.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2014

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul: UDUCS, 2005.

LESSA, Flávia Soares et al. A adolescência como fator de risco social na gravidez. **Adolescência & Saúde**, v.3, n.2, abr. 2006.

LIMA, A. P. C. **Estratégia de Saúde da Família e gravidez na adolescência**. Minas Gerais, 2011.

LIMA, C. T. B. *et al.* Percepções e Práticas de Adolescentes Grávidas e de Familiares em Relação à Gestação. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n1/19983.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2014

LÔBO, Nieuma; MEDRADO, Milena; BORGES, Cláudia. Gravidez na adolescência: motivos, perspectivas e percepções dessa realidade, para as adolescentes do Município de Madre de Deus – BA. **Fisioscience**, 2008. Disponível em: <http://revistas.unijorge.edu.br/fisioscience/pdf/2013_1_Artigo7.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2015

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia do Trabalho Científico**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTÍNEZ, J.*et al.* Padrões de crescimento na infância precoce e ocorrência de menarca antes de doze anos de idade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 249-260, abr. 2010. ISSN 1518-8787. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/32764>>. Acesso em: 10 out. 2014.

MEDEIROS, P. F; GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Revista Estudos Feministas**. São Paulo, 2009.

MORAIS, C. M. **Escalas de Medida, Estatística Descritiva e Inferência Estatística**. Bragança, 2005. Apostila. Disponível em: <<http://www.ipb.pt/~cmmm/conteudos/estdescr.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2014

NASCIMENTO, Mirlene Garcia; XAVIER, Patricia Ferreira; SÁ, Rafaella Domingos Passos de. Adolescentes grávidas: a vivência no âmbito familiar e social. **Adolescência e saúde**, v. 8, n. 4, out./dez. 2011. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=294>. Acesso em: 5 dez. 2015

OLIVEIRA, Sheyla Costa de et al. Análise do perfil de adolescentes grávidas de uma comunidade no Recife-PE. **Rev Rene**, Fortaleza, v.12, n.3, p. 561-567, jul./set. 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3_html_site/a16v12n3.htm>. Acesso em: 5 dez. 2015

OSIS, M.J.M.D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. 2010.

RESTA, D. G.*et al.* Maternidade na adolescência: significado e complicações. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, 2010.

ROCHA, Laura Cittadino; MINERVINO, Carla Alexandra Moita. Ser mãe adolescente: sentimentos e percepções. **Psicologia em pediatria**, p.242-247, [2008?]. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3940>. Acesso em: 5 dez. 2015

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, L.L. **Gravidez na adolescência**: um problema biopsicossocial. São Roque de Minas, 2010.

TORRES, C.A. et al. Health and popular education with adolescents. **Revista RENE**, 2010.

YAZLLE, M. E. H. D. **Gravidez na Adolescência**. São Paulo: [s.n], 2011.

YAZLLE, Marta Edna Holanda Diogenes; FRANCO, Rodrigo Coelho; MICHELAZZO Daniela. Gravidez na adolescência: uma proposta para prevenção. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.31, n.10, p.477-479, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n10/01.pdf>>. Acesso em: 6 dez. 2015

APÊNDICES

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezadas Senhoras,

A presente pesquisa intitulada **FATORES QUE INFLUÊNCIAM NAGRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA** desenvolvida por Patrícia de Paula Lima Vieira, pesquisadora associada e alunado Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, sob a orientação da pesquisadora responsável, a professora Profa. Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins tem como objetivo geral. Analisar fatores que influenciam na gravidez na adolescência; Caracterizar o perfil socioeconômico e obstétrico das gestantes adolescentes; Identificar os fatores que influenciam na gravidez na adolescência; Descrever a percepção da adolescente grávida sobre a gravidez.

Justifica-se pelo interesse e a percepção da pesquisadora associada pelos estudos referente à saúde do adolescente. Este estudo institucionaliza um novo olhar sobre o adolescente, apresentando arcabouço teórico que estimula a reflexão sobre novos conceitos, estratégias e ações na área de promoção da saúde voltada para esse grupo etário.

Os estudos nessa área tornam-se fontes importantes de informações que podem embasar e direcionar as Políticas de Saúde do Adolescente e contribuir para o desenvolvimento de programas e estratégias de atenção e promoção à saúde do adolescente.

Será utilizada como instrumento para a coleta de dados, a aplicação de um roteiro de entrevista.

Desta forma, venho, através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, solicitar a sua participação nesta pesquisa e a autorização para utilizar os resultados para fins científicos (monografia, divulgação em revistas e eventos científicos como congressos, seminários, etc.).

Convém informar que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa. Você não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pelo

pesquisador participante. Informamos também que a pesquisa apresenta riscos mínimos às pessoas envolvidas, porém os benefícios superam os riscos.

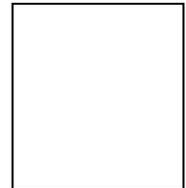
Os pesquisadores¹ e o Comitê de Ética em Pesquisa desta IES² estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Eu, Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins, declaro que entendi os objetivos, a justificativa, riscos e benefícios de minha participação no estudo e concordo em participar do mesmo. Declaro também que o pesquisador participante me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/ FAMENE. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pelo pesquisador responsável, em duas vias, de igual teor, documento ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador responsável.

Mossoró, ____/____/ 2015..

Profa. Esp. Patricia Helena de Moraes Cruz Martins

Pesquisador Responsável



Participante da Pesquisa

¹**Endereço residencial da Pesquisador Responsável:** Av. Presidente Dutra, 701- Alto São Manuel.

Mossoró/RN. CEP 59628-000 Fone: /Fax : (84) 3312- 0143. E-mail: PatriciaHelena@facenemossoro.com.br

²**Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:** R. Frei Galvão, 12. Bairro Gramame – João Pessoa/PB. Fone: (83) 2106-4790 e-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICE B- Termo de Assentimento

TERMO DE ASSENTIMENTO

Através deste termo esclareço que aceito participar da pesquisa Fatores que Influenciam na Gravidez na Adolescência, coordenada pela professora Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins.

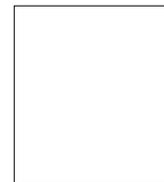
Como sou menor de idade, meu responsável legal assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido onde o pesquisador responsável explica a maneira como a pesquisa será realizada, todos os meus direitos, riscos e benefícios que terei ao participar dessa pesquisa.

Nesse mesmo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o pesquisador responsável declarou que cumprirá tudo que ele esclareceu e prometeu.

Juntamente com o meu representante legal recebi, de forma que entendi, explicações sobre essa pesquisa e os endereços onde devo tirar minhas dúvidas sobre a pesquisa e se a mesma é eticamente aceitável.

Depois de conversar com meu representante legal, resolvi voluntariamente participar dessa pesquisa.

Mossoró-RN, ____ de _____ de 2015.



Impressão
datiloscópica do
participante

APÊNDICE C- Instrumento de Coleta de Dados

ROTEIRO DE ENTREVISTA**PARTE I – CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONOMICA E OBSTÉTRICA DAS PARTICIPANTES**

1- DADOS DA GESTANTE

1.1 Idade: _____

1.2 Estado civil:

 casada solteira viúva separada vive com companheiro

1.3 Escolaridade

 analfabeto até 4 anos de estudo 4-8 anos de estudo 8 anos de estudo ou +

1.4 Ocupação: _____

Paridade: G: _____ P: _____ A: _____

Início da vida sexual: _____

PARTE II – QUESTÕES SOBRE FATORES DESENCADEANTES DA GESTAÇÃO NA ADOLESCENCIA

- 1- Como você se sentiu ao descobrir que estava grávida?
- 2- Qual o maior desafio para uma adolescente grávida?
- 3- O que mudou em sua vida após a gravidez?
- 4- Porque você acha que ocorreu sua gravidez?

ANEXO

ANEXO A – Certidão



Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 10ª Reunião Ordinária realizada em 18 de Novembro 2015 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, **APROVADO**, o projeto de pesquisa intitulado **"FATORES QUE INFLUENCIAM NA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA"**, Protocolo CEP: 176/2015 e CAAE: 50849215.6.0000.5179, Pesquisadora Responsável: **Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins** e das Pesquisadoras Associadas: **Patrícia de Paula Lima Vieira Maia, Kalidia Felipe de Lima Costa e Giselle dos Santos Costa Oliveira.**

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/03/2016, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 18 de Novembro de 2015

Rosa Rita da Conceição Marques
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE