

LYRIA MARIA DOS REIS



GRAVIDEZ E MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA

**UM ESTUDO NO MUNICÍPIO DE UBERABA
ESTADO DE MINAS GERAIS – BRASIL**

Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde

Orientadora: Professora Doutora Natália Ramos

Universidade Aberta

Lisboa 2007

Foto: Hans von Manteuffel

Jornal O Globo

Dedico este trabalho

*Ao meu marido José,
Aos meus pais Hugo e Eleuza,*

*O meu muito obrigado pelo amor, apoio e incentivo constantes.
Sem vocês os caminhos seriam muito mais difíceis.
Com vocês tudo fica muito mais colorido.*

Agradecimentos

Agradeço

A Deus pela vida;

Ao meu marido pelo amor, apoio, estímulo e ajuda constantes;

Aos meus pais, que mesmo estando longe, sempre me deram amor,
incentivo e apoio incondicionais, sou eternamente grata;

Aos meus irmãos, cunhadas, sobrinhos e sobrinhas
por serem essas pessoas especiais que moram no meu coração;

À minha orientadora, Professora Doutora Natália Ramos
pela orientação, disponibilidade e incentivo;

Às mãezinhas, jovens adolescentes que colaboraram
com tão boa vontade para que eu pudesse realizar este estudo;

Aos profissionais dos serviços de saúde que colaboraram com o meu trabalho e
as instituições que abriram as portas para a realização deste estudo;

Aos colegas e amigos, mesmo os distantes, e a todos
que colaboraram e contribuíram para a minha chegada a este porto.

A realização de um trabalho de Dissertação de Mestrado muitas vezes é um caminho
solitário. Sozinhos não fazemos nada. Sempre tive a certeza que mesmo distantes,
muitas pessoas estiveram muito presentes. Meu muito obrigado de coração!

RESUMO

REIS, Lyria Maria dos (2007) **Gravidez e Maternidade na Adolescência – Um estudo no município de Uberaba, estado de Minas Gerais, Brasil**. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.

Trata-se de um estudo sobre a gravidez e a maternidade na adolescência no município de Uberaba, estado de Minas Gerais, Brasil. A gravidez e a maternidade na adolescência são considerados um problema de saúde e social nos países ocidentais desenvolvidos, que pode afectar a saúde das jovens, dos seus filhos e o seu percurso de vida. O número de nados vivos de mães adolescentes em Uberaba no ano de 2005 foi de 700 bebés, uma percentagem de 18,59% do total de nados vivos do município. O objectivo geral deste estudo foi conhecer e compreender a realidade da gravidez e maternidade na adolescência, nas diferentes dimensões de saúde, socioeconómicas e culturais no município de Uberaba. O enquadramento teórico incidiu sobre a saúde, seus determinantes e desenvolvimento humano; sobre a adolescência, sua construção ao longo dos tempos e as transformações biológicas e psicológicas que ocorrem nesta fase da vida; sobre a sexualidade, a contracepção e a comunicação em saúde e educação sexual e sobre a gravidez e a maternidade na adolescência nas diferentes dimensões sanitárias, psicossociais, económicas e culturais no município de Uberaba. O estudo empírico comporta duas partes: a primeira, apresenta uma análise histórica e sociodemográfica dos nascimentos ocorridos no município nos anos de 2001 a 2005, através da análise das bases de dados do SINASC – “Sistema de Informações de Nascidos Vivos”. Foram feitas análises dos nascimentos de bebés de mães de 10 a 19 anos comparativamente aos nascimentos de bebés de mães com 20 anos e mais; a segunda parte apresenta os resumos das histórias de vida de 25 adolescentes gestantes e a análise de conteúdo das entrevistas. Os principais resultados obtidos da análise dos nascimentos e das entrevistas são os seguintes: a percentagem de nados vivos de mães adolescentes variou de 21,69% no ano de 2001 para 18,59% no ano de 2005, demonstrando uma tendência decrescente. As jovens são na maioria solteiras, têm entre 4 e 11 anos de escolaridade e a maior parte não trabalha ou é estudante. Os partos realizados foram 100% hospitalares com uma percentagem de partos por cesariana variando entre 41% (2003) e 48,6% (2005). As mães adolescentes realizaram menos consultas de pré-natal e os seus bebés nasceram com peso mais baixo que os filhos de mães com 20 anos e mais. A jovem que engravida tem em média 17 anos, na maioria dos casos é solteira ou vive em união de facto com seu namorado. Relativamente à escolaridade, 56% das jovens têm o ensino fundamental incompleto e apenas 12% completaram o ensino médio. Em 76% dos casos as mães destas adolescentes também foram mães antes dos 20 anos de idade. Os pais dos bebés eram, em média, 3 a 6 anos mais velhos do que as mães. O rendimento mensal familiar era de 2 salários mínimos. A maioria das jovens não trabalhava ou tinha emprego precário. Na maioria das jovens a menarca ocorreu aos 13 anos e a primeira relação sexual aos 15 anos. 100% das jovens conheciam 2 métodos contraceptivos, o preservativo e a pílula anticoncepcional, sendo a escola e a família as principais fontes de informação acerca da questão. Quanto ao desejo da gravidez, 48% responderam afirmativamente, enquanto que 52% não desejaram a gravidez. As jovens que desejaram a gravidez relataram sentimentos positivos enquanto as jovens que não desejaram relataram principalmente sentimentos negativos. Os apoios/suportes sociais foram, na maioria dos casos os informais, sendo a família e o pai do bebé os mais importantes. Quanto aos apoios/suportes sociais formais, os serviços de saúde aparecem

em primeiro lugar, porém com uma frequência de apenas 6 casos. O início do acompanhamento pré-natal foi mais frequente na idade gestacional de 1 mês e meio e 3 meses de gravidez, tendo sido adiado pelo medo da jovem em contar aos pais a situação de gravidez. O principal projecto de vida anterior à gravidez era o estudo, seguido do trabalho e casamento/filhos. Em relação às perspectivas futuras, 11 jovens ainda não ponderaram a questão, enquanto que 8 têm uma perspectiva positiva a respeito do futuro. Conclui-se que estas jovens mães adolescentes de Uberaba fazem parte de um grupo de jovens inseridas em famílias caracterizadas por precariedade social e desorganização familiar, com poucas oportunidades de escolarização, que tiveram necessidade de trabalhar, ainda que trabalho precário, para obterem algum rendimento financeiro. As jovens têm alguns conhecimentos acerca de contracepção mas não o suficiente para utilizarem um método contraceptivo adequadamente. Buscam através da maternidade um novo papel para as suas vidas e visualizam nos filhos, uma oportunidade para se sentirem amadas e seguras. Conclui-se que estas jovens necessitam de mais informação, conhecimento e orientação a respeito da sexualidade e da contracepção e de mais apoio familiar e de serviços de saúde e sociais adequados às suas necessidades, para que possam fazer a opção pela maternidade no momento mais adequado das suas vidas. As adolescentes necessitam também de aumentar a sua auto-estima, de ter acesso a educação e saúde de qualidade, a actividades sociais, culturais e de lazer e a formação adequada de forma a aumentar as oportunidades de realização pessoal e profissional, reduzindo o ciclo de perpetuação da pobreza, aumentando o nível de desenvolvimento humano e a qualidade de vida e bem-estar.

Palavras-chave: Desenvolvimento Humano e Saúde; Adolescência; Sexualidade; Educação Sexual; Contracepção; Gravidez e Maternidade na Adolescência; Sistemas de Informação em Saúde; Comunicação em Saúde.

ABSTRACT

REIS, Lyria Maria dos (2007) **Pregnancy and Motherhood in the Adolescence - A study in the city of Uberaba, state of Minas Gerais, Brazil**. Dissertation of Master of Science degree in Health Communication. Lisboa: Universidade Aberta.

This is a study about pregnancy and motherhood in adolescence in the city of Uberaba, state of Minas Gerais, Brazil. Pregnancy and motherhood in adolescents are considered both social and health problems in developed industrial countries that can affect the mother's health and his life perspective and the child's health. The numbers of adolescent mothers' born alive children in Uberaba during the year of 2005 were 700 babies, 18.59% of total born alive babies in the city. The main objective of this study was to know and to understand the reality of teen pregnancy and motherhood in their different dimensions: health, cultural and socioeconomic in Uberaba. The theoretical formulation was focused on health and its determinants on human development; on adolescence, its construction along time and the biological and psychological transformations that occur in this period of life; on sexuality, contraception and sex education and health communication in this context; and on the pregnancy and motherhood in adolescence and their health and psychosocial dimensions. The empirical study includes two parts: the first one presents a historical, social and demographic analysis of births occurred in Uberaba from 2001 to 2005, based on analysis of databases of the SINASC (Born Alive Information System; "Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos"). The numbers of babies born from 10 to 19 year-old mothers was compared to the number of babies born from mothers over 20. The second part summarizes the life histories of 25 pregnant adolescents and presents the results of interviews realized. The main results of the analysis of the births and the interviews are: the percentage of born alive babies from adolescent mothers ranged from 21.69% in the year of 2001 to 18.59% in the year of 2005, demonstrating a decreasing tendency. The young mothers were in the majority single ones; they studied between 4 and 11 and most of them were not working or studying. The childbirths had been 100% in hospital, with a caesarian birth varying from 41.0% (2003) to 48.6% (2005). The adolescent mothers had gone to few prenatal consultations and its babies had been born with lower weight than the ones whose mothers were more than 20 years old. The mothers got pregnancy at 17 average age, being in the majority single or living together with their boyfriends. With respect to schooling, 56% of the young women have incomplete elementary education and only 12% had completed secondary education. In 76% of the cases the mothers of these adolescents had also been mothers before the 20 years of age. The babies' fathers were, in average, 3 to 6 years older than the mothers. The family monthly income was of 2 minimum salaries. The majority of the young women didn't work or had no stable job. The young mothers had (in average) their menarche at the age of 13 and their first sexual intercourse occurred at 15. 100% of the young women knew 2 contraceptive methods: the condom in first place and the contraceptive pill. Their knowledge concerning contraception was got mainly in school and afterwards with their families. When questioned if they desired the pregnancy, 48% had answered affirmatively, while 52% hadn't desired the pregnancy. The young women that desired the pregnancy referred to positive feelings while the young women that didn't desired it referred to negative feelings. An important social support was given by the family and the baby's father. As for public social support it was reported in the first place the Health Services, but only for 6 teen mothers. The beginning of prenatal follow-up appointments, that is since the first month of gestation

period up to 3 months of pregnancy, was postponed because of the fear of the young women in telling their parents about being pregnant. Their main life project before they found out they were pregnant was to study followed by working, and get married and have children. In relation to future perspectives, 11 young women had still not thought about what to do, while 8 ones had a positive perspective regarding the future. We conclude that these teenage mothers in Uberaba are part of a group of young women belonging to families hit by high rates of poverty, social precariousness and family disorganization, with poor chances of schooling and needed to work to get some financial income. These young women have some knowledge about contraception but not enough to use correctly a contraceptive method. Motherhood seems to be like a search for a new role in their lives and they view their children as chance to be felt loved and safe. We also conclude that these young women need more information, knowledge and guidance regarding sexuality and contraception, more family, social and health services to their necessities, so that they can make an option for the motherhood at the right moment of their lives. Teenage mothers also need to increase their self-esteem, to have access to quality education and health services, to have social, cultural and leisure activities, that contribute to their formation to increase their chances of personal and professional success, reducing the cycle of everlasting poverty, and at the same time, can they increase the level of human development and quality of life and well-being.

Key-words: Human Development and Health; Adolescence; Sexuality; Sex Education; Contraception; Pregnancy and Motherhood in the Adolescence; Health Information Systems; Health Communication.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	16
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1 – DESENVOLVIMENTO E SAÚDE	22
1.1 – Desenvolvimento humano e saúde	23
1.2 – Saúde e seus determinantes	27
2 – ADOLESCÊNCIA	32
2 – Adolescência – Perspectiva Geral	33
2.1 – Abordagem histórica – A construção social e cultural da adolescência	35
2.2 – Fase de transformações – Aspectos biológicos e psicológicos	38
2.3 – Adolescência e Projecto de Vida	43
3 – SEXUALIDADE	48
3.1 – Sexualidade na adolescência	49
3.2 – Contracepção na adolescência	52
3.3 – Comunicação e informação em saúde sexual na adolescência	55
4 – GRAVIDEZ E MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA	61
Introdução	62
4.1 – Dimensão numérica	63
4.2 – Aspectos biológicos	68
4.3 – Aspectos económicos e educacionais	71
4.4 – Aspectos psicológicos, sociais, culturais e comportamentais	75
4.5 – Suporte social e gravidez e maternidade na adolescência	83
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	93
1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO BRASIL	94
1 – Apresentação do Brasil	95
2 – A Saúde no Brasil	97
2.1 – O Sistema Único de Saúde – SUS	97

2.2 – Estatísticas de saúde no Brasil	99
2.3 – Sistemas de informação em saúde no Brasil	102
2.3.1 – “Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos” – SINASC	103
2 – O MUNICÍPIO DE UBERABA	107
2.1 – Caracterização sócio-demográfica	108
2.2 – Saúde em Uberaba	111
2.2.1 – Rede de atenção à saúde pública em Uberaba	111
2.2.2 – Informações epidemiológicas	115
3 – METODOLOGIA DO ESTUDO	118
3.1 – O problema	119
3.2 – Tipo de estudo	119
3.3 – População	120
3.4 – Recolha dos dados	120
3.5 – Variáveis em estudo	121
3.6 – Métodos de análise das informações	122
4 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	124
Introdução	125
4.1 – Apresentação, análise e discussão do SINASC em Uberaba – 2001 a 2005	125
4.1.1 – Local da ocorrência do parto	129
4.1.2 – Estado civil da mãe	129
4.1.3 – Escolaridade da mãe	130
4.1.4 – Ocupação da mãe	131
4.1.5 – Duração da gestação	133
4.1.6 – Tipo de parto	135
4.1.7 – Número de consultas de pré-natal realizadas	137
4.1.8 – Peso da criança ao nascimento	139
4.1.9 – Anomalias congénitas	140
4.2 – Apresentação resumida das histórias das gestantes	141
4.3 – Resultados das entrevistas – Apresentação e discussão	159
4.3.1 – Caracterização da amostra	159
4.3.2 – Residência	159
4.3.3 – Origem étnica	161

4.3.4 – Estado civil e coabitação	161
4.3.5 – Presença paterna ao longo da vida da jovem	162
4.3.6 – Escolaridade	163
4.3.7 – Religião	164
4.3.8 – História familiar de maternidade	165
4.3.9 – Idade do pai do bebé	166
4.3.10 – Rendimento familiar	167
4.3.11 – Trabalho da jovem	168
4.3.12 – Trabalho dos pais da jovem	170
4.3.13 – Idade da menarca	171
4.3.14 – Idade da primeira relação sexual	172
4.3.15 – Gestação e filhos	174
4.3.16 – Conhecimento e utilização de métodos contraceptivos	174
4.3.17 – Motivo da não utilização dos métodos contraceptivos	176
4.3.18 – Desejo da gravidez	177
4.3.19 – Sentimentos em relação à gravidez	177
4.3.20 – Partilha da condição de gestante e Apoios formais e informais	180
4.3.21 – Realização do acompanhamento pré-natal	181
4.3.22 – Perspectivas para o futuro antes da gravidez – Projecto de vida	183
4.3.23 – Situação actual	184
4.3.24 – Perspectivas futuras	185
CONCLUSÃO	188
BIBLIOGRAFIA	200
ANEXOS	212
Anexo nº 1: Instrumento de recolha dos dados	213
Anexo nº 2: Pedido de autorização/autorização para a pesquisa	218
Anexo nº 3: Termo de esclarecimento sobre a pesquisa	219
Anexo nº 4: Termo de consentimento após esclarecimento	220
Anexo nº 5: Quadro de metas saúde adolescente – PMS – Uberaba	221
Anexo nº 6: Portaria Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – PHPN	222

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1	– Mapa Brasil – Regiões	95
Figura nº 2	– Mapa Brasil – Estados	95
Figura nº 3	– Modelo da “Declaração de Nascido Vivo” - DN	106
Figura nº 4	– Uberaba no Brasil	108
Figura nº 5	– Uberaba em Minas Gerais (MG)	108
Figura nº 6	– Pirâmide etária da população – município de Uberaba – 2007	110
Figura nº 7	– Vista aérea do centro do município de Uberaba	111
Figura nº 8	– Localização das residências das jovens e dos serviços de saúde no município	160

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1	– Percentagem de nados vivos por idade e região de residência da mãe – Brasil e Regiões – 2001	101
Gráfico nº 2	– Gestação por faixa etária da mãe – município de Uberaba – 2001-2005	117
Gráfico nº 3	– Percentagem de nados vivos de mães adolescentes – Uberaba – 2001-2005	127
Gráfico nº 4	– Evolução do número de nascimentos por idade da mãe – Uberaba – 2001-2005	128
Gráfico nº 5	– Tipo de parto por faixa etária da mãe – Uberaba – 2001-2005	136
Gráfico nº 6	– Número de consultas de pré-natal realizadas por mães adolescentes e mães adultas – Uberaba – 2001-2005	139
Gráfico nº 7	– Distribuição por idade das jovens entrevistadas	159
Gráfico nº 8	– Situação actual de coabitação da jovem	162
Gráfico nº 9	– Idade da jovem na altura da separação dos pais	163

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1	– Percentagem de nascimentos em mães com menos de 20 anos – Brasil e regiões – 1995-2005	66
Quadro nº 2	– Nascimentos por 1000 mulheres em idade fértil (15 a 19 anos)	67
Quadro nº 3	– Percentagem de nados vivos de mães adolescentes – Brasil e Estados	102
Quadro nº 4	– População residente por sexo e faixa etária – Uberaba – 2007	109
Quadro nº 5	– População estimada pelo IBGE – Uberaba – 2000-2007	110
Quadro nº 6	– Taxa bruta de natalidade e mortalidade – Uberaba – 1998-2005	115
Quadro nº 7	– Número absoluto de nados vivos e óbitos totais – Uberaba – 1998-2005	116
Quadro nº 8	– Número de nados vivos por idade da mãe – Uberaba – 2001-2005	126
Quadro nº 9	– Percentagem de nados vivos por faixa etária da mãe – Uberaba – 2001-2005	127
Quadro nº 10	– Estado civil das mães adolescentes – Uberaba – 2001-2005	130
Quadro nº 11	– Escolaridade das mães adolescentes – Uberaba – 2001-2005	131
Quadro nº 12	– Ocupação das mães adolescentes – Uberaba – 2001-2005	132
Quadro nº 13	– Percentagem da duração da gestação (em semanas) das mães adolescentes (10 a 19 anos) – Uberaba – 2001-2005	134
Quadro nº 14	– Percentagem da duração da gestação (em semanas) das mães adultas (20 anos e mais) – Uberaba – 2001-2005	134
Quadro nº 15	– Análise comparativa da duração da gestação nas mães adolescentes e mães adultas – Uberaba – 2001-2005	134
Quadro nº 16	– Tipo de parto por faixa etária da mãe – Uberaba – 2001-2005	135
Quadro nº 17	– Tipo de parto por faixa etária da mãe adolescente (10 a 14 e 15 a 19 anos) – Uberaba – 2001 a 2005	136
Quadro nº 18	– Número de consultas de pré-natal realizadas por mães adolescentes (10 a 19 anos) – Uberaba – 2001-2005	137
Quadro nº 19	– Número de consultas de pré-natal realizadas por mães adultas (20 anos e mais) – Uberaba – 2001-2005	138
Quadro nº 20	– Análise comparativa, percentagem de consultas de pré-natal realizadas por mães adolescentes e adultas – Uberaba – 2001-2005	138
Quadro nº 21	– Frequência e percentagem do peso da criança ao nascimento – mães adolescentes – Uberaba – 2001-2005	140

Quadro nº 22	– Frequência e percentagem do peso da criança ao nascimento – mães adultas – Uberaba – 2001-2005	140
Quadro nº 23	– Análise comparativa do peso da criança ao nascimento, entre mães adolescentes e mães adultas – Uberaba – 2001-2005	140
Quadro nº 24	– Análise comparativa sobre a percentagem de bebés nascidos com anomalias congénitas por faixa etária das mães – Uberaba – 2001-2005	141
Quadro nº 25	– Idade das mães das entrevistadas ao primeiro filho	166
Quadro nº 26	– Idade das irmãs das entrevistadas ao primeiro filho	166
Quadro nº 27	– Diferença de idade entre a mãe e o pai do bebé	167
Quadro nº 28	– Rendimento mensal familiar	168
Quadro nº 29	– Idade da jovem ao primeiro emprego/trabalho	169
Quadro nº 30	– Condição e situação profissional dos pais das adolescentes	170
Quadro nº 31	– Idade do aparecimento da menarca	172
Quadro nº 32	– Idade da primeira relação sexual	173
Quadro nº 33	– Primeira fonte de informação sobre métodos contraceptivos	175
Quadro nº 34	– Métodos contraceptivos utilizados	176
Quadro nº 35	– Não utilização de contracepção	177
Quadro nº 36	– Sentimentos acerca da gravidez	178
Quadro nº 37	– Sentimentos acerca da gravidez (jovens desejaram a gravidez)	179
Quadro nº 38	– Sentimentos acerca da gravidez (jovens não desejaram a gravidez)	179
Quadro nº 39	– Partilha do conhecimento da gravidez	180
Quadro nº 40	– Suporte social formal e informal	181
Quadro nº 41	– Data do início do acompanhamento pré-natal	182
Quadro nº 42	– Motivo da data de início do acompanhamento pré-natal	182
Quadro nº 43	– Projecto de vida antes da gravidez	183
Quadro nº 44	– Percepção acerca da situação de vida actual	185
Quadro nº 45	– Perspectivas quanto ao futuro	185
Quadro nº 46	– Planos e desejos para o futuro	186
Quadro nº 47	– Principal desejo para o futuro	187

LISTA DE SIGLAS

ABRACE – Associação Brasileira de Reabilitação e Alfabetização de Crianças Especiais
ACD – Associação de Apoio à Criança Deficiente
ADEFU – Associação dos Deficientes Físicos de Uberaba
AIS – Acções Integradas de Saúde
APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CAISM – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CAMM – Central de Atendimento Multiprofissional do Município
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-D – Centro de Atenção Psicossocial ao Dependente Químico
CBO – Classificação Brasileira de Ocupações
CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*
CEMIG – Centrais Eléctricas de Minas Gerais
CENEPI – Centro Nacional de Epidemiologia
CRIA – Centro de Referência à Infância e Adolescência
CS – Centro de Saúde
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento
DAB – Departamento de Atenção Básica
DAE – Departamento de Atenção Especializada
DASIS – Departamento de Análise da Situação de Saúde
DASIS-SVS – Dep. de Análise da Situação de Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DGS – Direcção Geral da Saúde
DIU – Dispositivo Intra-uterino
DN – “Declaração de Nascido Vivo”
DO – Declaração de Óbito
DSI – Distrito Sanitário I
DSII – Distrito Sanitário II
DSIII – Distrito Sanitário III
ESF – Equipas de Saúde da Família
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
FUNEPU – Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba

GRAVAD – Gravidez e Maternidade na Adolescência – Estudo Multicêntrico

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

INE – Instituto Nacional de Estatística

MS-Brasil – Ministério da Saúde do Brasil

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PDR – Plano Director de Regionalização

PHPN – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PIB – Produto Interno Bruto

PMS – Plano Municipal de Saúde

PMS-URA – Plano Municipal de Saúde de Uberaba

PNAD – Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIA-SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAN – Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação

SINASC – “Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos”

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNIUBE – Universidade de Uberaba

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A gravidez e a maternidade quando acontecem na adolescência são considerados um problema social e de saúde nos países ocidentais desenvolvidos. Uma condição que pode afectar a vida das jovens, a sua saúde e a dos seus filhos, o seu percurso de vida e das suas famílias. A incidência da gravidez e maternidade na adolescência constitui um tema de grande relevância e tem sido objecto de muitos estudos em vários países e também em Portugal e no Brasil nas últimas décadas. As taxas de gravidez adolescente são altas em muitos países do mundo, tanto desenvolvidos como em desenvolvimento. No Brasil no ano de 2004 esta taxa foi de 35,8 nascimentos por cada 1000 mulheres em idade fértil (MS-Brasil, 2006b).

A gravidez e a maternidade na adolescência são um objecto de estudo complexo, multidimensional, directamente ligado ao meio, à cultura, ao desenvolvimento social e às condições socioeconómicas que podem afectar as condições de saúde física, mental e psicológica dos indivíduos directamente ligados à questão.

Embora a gravidez e a maternidade na adolescência sejam considerados um problema por alguns profissionais de saúde nem sempre aparece como tal nos programas e projectos de saúde e educação e não é visto pelas famílias como um problema quando a gravidez da adolescente acontece num contexto de união estável e casamento, situação que ocorre mais precocemente no Brasil.

Esta dissertação é parte dos requisitos para a obtenção do grau de mestre em Comunicação em Saúde pela Universidade Aberta e a opção por este tema baseou-se na nossa experiência prévia num serviço de informação em saúde, na Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba, no serviço onde era realizada a gestão dos sistemas de informação em saúde do Ministério da Saúde ao nível municipal e também eram realizadas actividades como a construção de indicadores de saúde por áreas de abrangência do município com o objectivo de se conhecer a realidade sanitária e para o planeamento de acções em saúde. O trabalho realizado anteriormente levou ao interesse de se conhecer mais profundamente a questão da gravidez e da maternidade na adolescência no município em estudo.

Através dos questionamentos iniciais pretendeu-se, como objectivo geral desta pesquisa, conhecer e compreender a realidade da gravidez e maternidade na adolescência, nas diferentes dimensões sanitárias, socioeconómicas e culturais no município de Uberaba, estado de Minas Gerais – Brasil.

Foram propostos os seguintes objectivos específicos:

- Descrever o perfil da adolescente que engravida e se torna mãe num município brasileiro;
- Estudar as características da gravidez e maternidade adolescente, nos aspectos sanitários, socio-económicos, culturais e familiares;
- Conhecer, identificar e analisar os contextos e as determinantes psicossociais e culturais da gravidez e maternidade adolescente;
- Conhecer a origem e o contexto familiar da jovem adolescente que engravida;
- Evidenciar a importância dos sistemas de informação em saúde para melhor conhecer as realidades sanitárias e para utilização no planeamento de acções;
- Fazer sugestões para a educação para a saúde adolescente e dar um contributo para melhorar a informação e a comunicação em saúde na redução dos problemas encontrados neste contexto;

Este trabalho teve como objectivo abordar o tema da gravidez e maternidade na adolescência nas suas várias dimensões e os aspectos em estudo foram o perfil da adolescente, a sua estrutura familiar, a idade da menarca, o desejo da gravidez, o início das práticas sexuais, a informação em saúde e o conhecimento e utilização de métodos contraceptivos, os suportes sociais, a história familiar de gravidez na adolescência e a presença parental ao longo da vida da jovem.

O trabalho foi elaborado em duas partes. A primeira parte, o enquadramento teórico é composta por quatro capítulos sendo: desenvolvimento e saúde, adolescência, sexualidade e gravidez e maternidade na adolescência.

No primeiro capítulo foram abordados assuntos relativos ao desenvolvimento humano, à saúde e os seus determinantes. As condições em que vivem as pessoas afectam directamente a sua saúde. A gravidez e a maternidade na adolescência são um problema de múltiplas causas, que estão fortemente ligados às condições culturais e psicossociais em que nascem, crescem e vivem as crianças, adolescentes e jovens. Desse modo, é necessário conhecer e compreender o contexto integral da gravidez e maternidade na adolescência, em que condições acontece e em que aspectos podem ser prevenidas. Em geral, contextos de pobreza, precariedade, desorganização familiar e de poucas alternativas além da maternidade, são facilitadores para a ocorrência de uma gravidez na adolescência.

No segundo capítulo foram introduzidos alguns conceitos teóricos sobre a adolescência e realizada uma abordagem histórica sobre a mesma, a sua construção social e

cultural ao longo dos tempos e as transformações que ocorrem nesta fase da vida, tanto nos aspectos biológicos como psicológicos. O modo como as sociedades constroem e vivenciam cada fase do ciclo da vida e do desenvolvimento humano estão relacionados com o modo como são percebidos cada “problema” nas sociedades actuais. Também foi abordado o tema projecto de vida na adolescência.

No terceiro capítulo falou-se sobre a sexualidade na adolescência, os métodos contraceptivos, a contracepção na adolescência e também sobre a importância da informação e comunicação em saúde sexual nessa fase da vida. Todos os actores envolvidos devem estar atentos e conscientes da sua importância para o bom desenvolvimento das crianças e adolescentes, tanto informando-os como facilitando o seu conhecimento e aprendizagem acerca das questões relativas à sexualidade e contracepção para a vivência de sua vida sexual saudável e responsável.

No quarto capítulo, a gravidez e maternidade na adolescência foram abordadas sobre as suas várias dimensões, os números no mundo, os efeitos sobre a saúde das jovens e dos seus filhos, sobre o seu percurso escolar, as causas e consequências das condições socioeconómicas e culturais que participam no contexto e também da importância do suporte social para a jovem grávida ou mãe.

No enquadramento teórico foi realizada uma abordagem sobre o desenvolvimento humano e a saúde, a adolescência, a sexualidade, a informação e a comunicação neste contexto e a gravidez e maternidade nos seus vários aspectos como base para esse problema complexo que é o tema deste trabalho de dissertação.

A segunda parte do trabalho, a investigação empírica, também é composta por quatro capítulos. No primeiro capítulo foi realizada a contextualização da região em estudo, sendo inicialmente apresentado o Brasil nos seus aspectos geográficos, demográficos, históricos e sanitários. O Brasil, um país com cerca de 500 anos de história, com mais de 8 milhões de quilómetros quadrados de área, é um país em desenvolvimento e de contrastes. Tem uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, para o ano de 2007 de 189.335.187 habitantes (www.ibge.gov.br), com 19.517.138 habitantes do sexo feminino na faixa etária dos 10 aos 19 anos, correspondendo a 10,3% da população total, com uma percentagem de nascidos vivos de mães adolescentes entre 15 e 30% (variando conforme a região do país) dos nascidos vivos brasileiros, sendo a gravidez nessa fase da vida, uma importante matéria a ser estudada e compreendida. Posteriormente falou-se sobre o Sistema Único de Saúde, o SUS, seus princípios orientadores e funcionamento. Foram ainda apresentadas estatísticas e indicadores de

saúde tais como a taxa de mortalidade infantil, a mortalidade geral por causas, a fecundidade e os indicadores sobre nascidos vivos de mães adolescentes. Em seguida foram abordados os sistemas de informação em saúde no Brasil, a sua importância e os vários sistemas em funcionamento no SUS, dando-se especial importância ao “Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC”, cujas bases de dados foram essenciais na construção empírica deste trabalho.

No segundo capítulo do trabalho empírico foi apresentado o município em estudo, Uberaba, situado no estado de Minas Gerais, na região sudeste do Brasil. Foi realizado um breve relato da sua história, a sua localização geográfica e suas características principais. Em seguida falou-se da saúde em Uberaba, iniciando com a rede de atenção à saúde, do seu funcionamento e algumas informações epidemiológicas como as taxas brutas de natalidade e mortalidade, as principais causas de óbito no município e a frequência de nascimentos por idade da mãe.

No terceiro capítulo foi apresentada a metodologia realizada neste trabalho sendo, a primeira parte, uma análise das bases de dados do SINASC nos anos 2001 a 2005 e a segunda parte as entrevistas realizadas com as adolescentes gestantes e mães que aceitaram responder à entrevista realizada. Foi apresentado o problema em estudo, o tipo de estudo, a população a ser estudada, como foi realizada a coleta dos dados, quais as variáveis em estudo e os métodos de análise das informações obtidas.

No quarto capítulo foram apresentados, analisados e discutidos os resultados obtidos da observação de algumas variáveis da “Declaração de Nascido Vivo – DN”, contidas nas bases de dados do SINASC, referentes aos anos de 2001 a 2005, a apresentação dos resumos das histórias das gestantes e os resultados e análises das entrevistas realizadas.

Após a apresentação, análise e discussão dos resultados foi realizada a conclusão do trabalho, com algumas sugestões acerca da questão em estudo no município de Uberaba.

A gravidez e a maternidade na adolescência é uma realidade que acomete cerca de 20% das adolescentes do município de Uberaba e um dos desafios neste contexto é fazer com que estas jovens e estes jovens que se tornam mães e pais precocemente possam ter uma vida normal, prosseguir os seus estudos e que possam ter condições de não reproduzir a pobreza pela falta de oportunidades. Este estudo pretende evidenciar um pouco da realidade existente neste contexto e sugerir algumas propostas para melhorar as condições e a qualidade de vida desta população.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – DESENVOLVIMENTO E SAÚDE

1.1 – Desenvolvimento humano e saúde

Em sentido amplo a palavra desenvolvimento significa crescimento, cultura intelectual, civilização, educação, progresso, prolongamento e o acto ou efeito de desenvolver que significa apresentar um aumento, melhoramento ou bom funcionamento.

Segundo Carmo (1999) o desenvolvimento é um processo dinâmico e inacabado que deve ser sempre avaliado em termos de custos e benefícios e está directamente ligado à noção de solidariedade intra e inter nações e que só é conseguido com a participação de todos indo-se à raiz da estrutura social.

Segundo Boudon (1990) no princípio, a ideia de desenvolvimento identificava a sociedade como um ser vivo que se transforma segundo um processo de maturação progressiva em todos os sectores. Pode-se verificar o desenvolvimento em vários contextos tais como económico, político e social de uma determinada região em estudo.

O desenvolvimento económico acontece quando se passa de uma agricultura de subsistência a uma economia de mercado e pela industrialização, com um aumento do produto interno bruto de um país. O desenvolvimento económico também leva a consequências sociais. O desenvolvimento económico não pode ser visto separado do ser humano. O desenvolvimento deve resultar do crescimento económico acompanhado de melhoria na qualidade de vida, ou seja, deve também melhorar os indicadores de bem-estar económico e social reduzindo a pobreza, o desemprego, a desigualdade entre as pessoas, com melhores condições de saúde, alimentação, educação e habitação.

À partir dos anos 90 do século passado, o relatório do Banco Mundial sobre desenvolvimento relata que o mesmo deve ser sustentado e equitativo e é uma tarefa difícil que as sociedades enfrentam. Apesar dos progressos alcançados nas últimas gerações ainda existem milhões de pessoas em todo o mundo que sobrevivem em condições de pobreza e precariedade, com nenhum ou insuficiente acesso aos serviços de educação, saúde, habitação, saneamento e rendimentos que necessitam para uma vida digna. Para aumentar o desenvolvimento humano é necessário dar oportunidades e condições a esses milhões de pessoas de terem acesso aos bens necessários.

Partindo dessa concepção, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, a partir dos anos 90 estabeleceu o conceito de Desenvolvimento Humano Sustentável, que surgiu como uma nova metodologia de combate à pobreza e ao

enfrentamento dos problemas sociais. Compreende todas as potencialidades humanas em todas as sociedades e abrange o indivíduo em todas as etapas do seu desenvolvimento.

O desenvolvimento deve começar a partir das metas de longo prazo que uma sociedade pretende alcançar, sendo o mesmo realizado em torno das pessoas e para as pessoas. O desenvolvimento deve ser visto como um processo complexo de mudanças e transformações nos sectores económico, político e principalmente social e humano.

A partir dessas percepções foi elaborado um indicador, o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, criado pelos economistas Mahbub ul Haq e Amartya Sen, em 1990, que permite comparar as condições de vida nos diferentes países e mesmo dentro de um mesmo país e um mesmo município, utilizando indicadores de rendimentos, longevidade e educação. Aponta para o facto de que a pobreza não deve ser medida unicamente pelo nível de rendimentos da população mas também através de outros indicadores de qualidade de vida como, por exemplo, o nível de escolaridade (analfabetismo) e a saúde (esperança de vida ao nascer). Dá ênfase assim, à relação entre pobreza e precariedade ou falta de acesso da população aos bens e serviços essenciais para a qualidade de vida.

O IDH é representado através de um número que varia de 0 a 1 e quanto maior, mais alto é o grau de desenvolvimento humano de determinada comunidade e não está directamente ligado à faixa de rendimentos de uma população. A classificação é feita em 3 grupos de acordo com os progressos obtidos sendo: desenvolvimento humano elevado (IDH igual ou superior a 0,800), desenvolvimento humano médio (IDH entre 0,500 e 0,799) e desenvolvimento humano baixo (IDH inferior a 0,500) (PNUD, 2006). Um país pode ter uma faixa de rendimentos alta e ter um IDH não tão elevado, enquanto outro país pode ter um IDH mais elevado e um rendimento per capita mais baixo.

Segundo o Relatório do Desenvolvimento Humano 2006 (p. v) “*o desenvolvimento humano tem a ver, em primeiro lugar e acima de tudo, com deixar as pessoas viverem a vida que valorizam e permitir-lhes realizar todo o seu potencial como seres humanos*”.

O IDH tem como objectivo comparar o progresso de uma população e para isso não se deve considerar apenas a dimensão económica, mas também outras características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade da vida do ser humano. O IDH contrapõe-se a outro indicador, o Produto Interno Bruto – PIB – per capita, que considera apenas a dimensão económica do desenvolvimento. O IDH deve servir como um instrumento sensível para guiar os investimentos e as políticas públicas dos agrupamentos humanos.

Vários são os indicadores utilizados para se analisar o desenvolvimento humano tais como:

- Saúde: esperança de vida ao nascer, mortalidade até um ano, mortalidade até 5 anos, taxa de fecundidade total, percentagem de profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, etc;
- Educação: taxa de alfabetização, percentagem de crianças e adolescentes na escola, percentagem de crianças e adolescentes fora da escola, percentagem de adultos alfabetizados, percentagem de adultos com acesso e frequência no ensino superior, taxa de alfabetização, percentagem de professores do ensino fundamental com curso superior, etc;
- Rendimentos: rendimento per capita, grau de desigualdade na distribuição dos rendimentos, intensidade de pobreza, percentagem de crianças de 10 a 14 anos que trabalham, etc;
- Habitação: percentagem de pessoas que vivem em casas com adequadas condições sanitárias, existência de recolha de lixo, saneamento, energia eléctrica, etc;
- População: população total, densidade demográfica, percentagem da população por faixas etárias, percentagem da população rural e urbana, percentagem de adolescentes de 10 a 14 anos com filhos, percentagem de adolescentes entre 15 e 17 anos com filhos, etc;

Uma série de factores estão envolvidos para que uma pessoa, um grupo, uma comunidade possam ter saúde, qualidade de vida e um alto índice de desenvolvimento humano. Como se pode observar, a condição da gravidez e maternidade na adolescência faz parte do conjunto de indicadores utilizados para se avaliar o nível de desenvolvimento de determinado grupo.

Portugal, no ano de 2004 está em 28º lugar no Índice de Desenvolvimento Humano com um IDH de 0,904 enquanto o Brasil, no mesmo ano, ficou em 69º lugar com o IDH de 0,792 (PNUD, 2006).

A pobreza e a desigualdade social formam uma das características mais desumanas da sociedade, não se restringindo às áreas rurais dos países. Estão presentes também nas periferias das grandes cidades, reunindo grande quantidade de pessoas em situação de precariedade e exclusão. Esses indivíduos convivem com a insuficiência, a precariedade e a ausência de serviços públicos tais como educação, saúde, infra-estrutura urbana, cultura, lazer e segurança pública e ainda com problemas habitacionais e ambientais.

Quando as pessoas são sistematicamente excluídas dos serviços, dos bens e garantias oferecidos ou assegurados pelo Estado, pensados como direitos de cidadania, revela-se uma clara manifestação de injustiça de distribuição na sociedade, que afecta a vida das pessoas em todos os sentidos.

As más condições de vida, a ausência de escolaridade, as crianças fora da escola, a má qualidade do ar e do meio ambiente, o desemprego, a insuficiência e precariedade dos postos de trabalho, o trabalho informal, o rendimento per capita baixo, os baixos indicadores de educação e saúde, o analfabetismo entre adultos, a desnutrição, a gravidez na adolescência, as péssimas condições de habitação, a ausência ou precariedade nas condições de saneamento e ambiente, a escassez de oportunidades culturais e de lazer, revelam a falta ou insuficiência de serviços dirigidos ao atendimento das necessidades essenciais dos seres humanos.

As políticas públicas devem exercer um papel fundamental, reinserindo os excluídos, promovendo a cidadania e principalmente evitando a reprodução e perpetuação das condições de exclusão. Nesse contexto, o aumento do acesso à escolaridade e aos serviços de saúde, das estruturas de lazer e cultura, do aumento da auto-estima e das oportunidades para a construção do projecto de vida são necessários para ampliar o desenvolvimento social dos indivíduos, dos grupos, dos município e dos países.

O desenvolvimento local, a melhoria da qualidade de vida e o reforço da cidadania são um desafio contínuo para todos. Pensar estratégias de desenvolvimento local e promoção da saúde e de direitos básicos de cidadania são desafios constantes. Devem ser utilizadas estratégias capazes de contribuir para a orientação de acções de desenvolvimento local e incentivar a participação comunitária, visando o fortalecimento da auto-estima e da consciência de cidadania.

Para se alcançar o desenvolvimento local das comunidades deve-se pensar programas baseados na concepção ampliada de desenvolvimento com participação de todos os sectores e da parceria interinstitucional, que sejam capazes de desencadear mudanças mais consistentes, tanto na rede social local como na saúde e qualidade de vida das pessoas envolvidas. Deve-se salientar a importância da mobilização e participação de todos para a implantação de programas de saúde e sociais que sejam abrangentes o que é conseguido através de um diagnóstico participativo com a realização de um mapa inicial dos projectos, acções e equipamentos sociais existentes localmente. Com a participação e acesso de todos às condições dignas de vida pretende-se aumentar o desenvolvimento humano, das pessoas, das comunidades e dos países.

1.2 – Saúde e seus determinantes

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças ou enfermidades. Todo ser humano tem direito à saúde e qualidade de vida.

Pode-se observar a partir desse conceito que a saúde deve ter uma definição mais ampla, com uma visão também social e que envolve vários factores. Para se ter saúde são apontados vários factores tais como a alimentação, a higiene pessoal, o lazer e a cultura, as condições de habitação e o meio ambiente, a prática religiosa, a busca por uma vida mais saudável. A saúde não pode ser observada somente do ponto de vista físico mas também em relação aos factores ligados à qualidade de vida e aos relacionamentos com a família e os amigos. Os indivíduos e os grupos devem ser considerados na sua totalidade, em todos os seus aspectos biológico, psicológico, social e cultural.

Os determinantes sociais da saúde são constituídos pelas condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham e apresentam um impacto directo na situação de saúde da população tanto a nível individual como colectivo. As questões de género também são importantes visto que, certos factores comportamentais, mais do que biológicos, favorecem ou propiciam a maior frequência de determinadas doenças ou mesmo maior mortalidade em um determinado sexo.

Alguns factores tais como a pobreza e a exclusão estão ligados e interferem directamente com as condições de saúde das pessoas e das comunidades, afectando profundamente o potencial de desenvolvimento físico e psicológico dos indivíduos.

Nos factores sociais determinantes da saúde pode-se observar as desigualdades sociais, regionais, étnico-raciais e de género na morbimortalidade e seus factores de risco. Também devem ser observados os hábitos e comportamentos relacionados à saúde nos diferentes grupos sociais e regionais tendo em vista o impacto desses nas estratégias de promoção da saúde. Também se observam os determinantes sociais da saúde ao longo da vida e do ciclo de vida e seus efeitos intergeracionais.

O processo saúde-doença, para além do contexto biológico e individual é determinado por e manifesta-se de forma decisiva no contexto socioeconómico e cultural em que nascem, crescem, vivem e morrem as pessoas.

As características do meio e as condições sociais, habitacionais, de escolarização, sanitárias e de trabalho em que as pessoas vivem influenciam directa e indirectamente o seu desenvolvimento e a sua saúde (Ramos, 2004, 2005, 2006).

No século XX, ocorreu uma grande evolução nos transportes e nas comunicações, o que reduziu muito o tempo e as distâncias entre os países, facilitando a comunicação e o deslocamento das pessoas entre as regiões da terra. Com o aumento e facilidade dos transportes e viagens internacionais existe também a possibilidade de aumento das doenças transmissíveis, com a possibilidade de transporte rápido de microrganismos, através de pessoas, animais, insectos e alimentos, de um país a outro em um curto espaço de tempo. Ocorreu também, em geral, uma melhoria nas condições de vida das populações, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento, porém as desigualdades entre os povos, a exclusão, a pobreza e a precariedade também aumentaram no mundo e principalmente nos países em desenvolvimento.

A pobreza não pode ser observada apenas do ponto de vista monetário mas também na condição de vida das pessoas, impedindo-as de satisfazer as necessidades fundamentais de alimentação, saúde, escolaridade e habitação que reflecte na própria pessoa e na sua capacidade de desenvolver todas as suas potencialidades como indivíduo. A pobreza traduz mais que a falta de rendimentos. Manifesta a falta de oportunidades e opções mais básicas para o desenvolvimento humano, como a oportunidade para levar uma vida criativa e desfrutar de um nível de vida decente e com auto-estima.

A pobreza e a degradação das condições sociais e habitacionais em que vivem muitas pessoas no mundo influenciam a sua saúde e estão na origem de diversas doenças (Ramos, 2004, 2005, 2006). Pode-se observar em lugares onde o saneamento básico é precário ou inexistente, um maior número de internamentos por diarreias e problemas gastrointestinais e também um maior número de problemas respiratórios. A má nutrição também está associada à pobreza. Nos países em desenvolvimento muitas crianças ainda sofrem de desnutrição que pode elevar a taxa de mortalidade infantil e de crianças com menos de 5 anos, que desnutridas ficam mais susceptíveis às doenças transmissíveis.

A mortalidade infantil está associada não só aos factores biológicos, mas também aos socioeconómicos, comportamentais e culturais, porém uma boa parte das mortes de menores de 5 anos poderiam ser evitadas dando melhores condições de alimentação, saúde, habitação e acesso a serviços de saúde, educação e ao aumento do nível socioeconómico. Quase 20% dos óbitos no mundo inteiro são de crianças com menos de 5 anos de idade. A mortalidade infantil representa um terço do total dos óbitos em países da África subsariana

e do sul da Ásia, enquanto representam menos de 1% nos países desenvolvidos (PNUD, 2006). Grande parte desses óbitos de crianças estão relacionados com a falta de acesso a água potável e condições adequadas de saneamento básico, o que leva a milhares de crianças a sofrerem de diarreias. A nível global a diarreia mata mais pessoas que a tuberculose ou a malária. A existência de água potável e saneamento básico por si só já são poderosos preventivos na luta pela redução da mortalidade infantil (PNUD, 2006).

Outro factor importante é a desigualdade de acesso aos serviços de saúde e de suporte social e a qualidade dos serviços oferecidos. É importante para a saúde das populações que sejam combatidas as desigualdades sociais e no acesso aos serviços de saúde.

Outro problema ainda existente nos países em desenvolvimento são as altas taxas de morte materna, que geralmente ocorrem pela insuficiência de acompanhamento da saúde materno-infantil, nenhum ou precário acesso aos serviços de saúde e também as gestações precoces. Em Portugal, a taxa de mortalidade materna é muito baixa e a percentagem de nascimentos de bebés filhos de mães adolescentes (mulheres com menos de 20 anos) foi de 5% no ano de 2005 (DGS, 2007). No Brasil, a mortalidade materna ainda é considerada um problema, com altas taxas, principalmente nas regiões norte e nordeste, onde são mais precárias as condições sanitárias. A percentagem de nascimentos de bebés de mães com menos de 20 anos também é alta, com percentuais variando de 24,8% para a região norte e 18,4% para a região sudeste, no ano de 2005 (IBGE, 2006a).

O analfabetismo é outro entrave ao desenvolvimento integral do indivíduo que dificulta a sua integração social e laboral. O analfabetismo ou a pouca escolaridade de muitas pessoas que vivem nos países em desenvolvimento também são factores importantes na saúde dos indivíduos. Nesses países, a baixa escolaridade das jovens leva a um estatuto social mais baixo, a uma diminuição da auto-estima fazendo com que se crie uma situação de desigualdade de acesso às condições de emprego e uma submissão ao parceiro. Geralmente as jovens não vão a escola ou abandonam-na precocemente, trabalham em empregos desqualificados com baixa remuneração desde muito jovens, têm a tendência de casarem-se ou unirem-se em uniões de facto com seus namorados/companheiros muito precocemente e acabam por terem filhos também muito jovens, continuando por repetir o ciclo de pobreza, desigualdade e exclusão.

A ausência de escolaridade nessas jovens faz com que sejam mais susceptíveis aos problemas de saúde. Estudos demonstram que mulheres com mais anos de escolaridade

tem menos filhos e filhos mais saudáveis que as mulheres menos instruídas (Ramos, 2004, 2005, MS-Brasil, 2006b).

Adolescentes do sexo feminino, com alto nível de vulnerabilidade, vivendo em situações e contextos de vida onde existe precariedade de serviços básicos de educação e saúde, altos índices de abandono escolar, relações familiares fortemente marcadas pela hierarquia de género e de geração opressoras e ausência de perspectivas e oportunidades académicas ou profissionais, limitam a consolidação de projectos de vida que ultrapassem a inserção no mercado informal de trabalho e facilitam apenas o desempenho dos tradicionais papéis sexuais de ser mulher e mãe, gerando um ciclo de dependência e submissão, de reprodução da pobreza que tendem a perpetuar, e dos riscos aos quais as adolescentes se encontram expostas particularmente a violência e a exclusão social, com restrito acesso aos recursos materiais ou simbólicos necessários ao seu pleno desenvolvimento.

Todo o cidadão deve ter acesso à educação, saúde, cultura, lazer e habitação dignos para o seu bem-estar e para a sua saúde. Todas as pessoas devem ter direito a um nome e uma nacionalidade, o que nem sempre acontece nas regiões mais precárias do globo, onde algumas crianças não chegam a ser registadas, não existindo como cidadãos e não tendo os direitos que todas as pessoas devem possuir para ter uma vida digna.

O direito de cidadania, de ter um nome, uma identidade, uma existência legal é fundamental para a participação na sociedade e ter acesso a serviços de saúde e educação. A exclusão social é a negação da cidadania. Estar inserido na sociedade e ter suporte social são fundamentais para a saúde e o bem-estar das pessoas.

É muito importante que se realize a promoção da saúde e a prevenção das doenças, e para que isso aconteça, além de consciência e acções individuais, depende também da implantação de políticas públicas de saúde e sociais, de simplificação e promoção do acesso à educação, da mobilização da sociedade em torno do objectivo comum de desenvolvimento humano do grupo. Um factor importante para alcançar o objectivo de saúde para todos é o combate às iniquidades sociais, nomeadamente no acesso à saúde.

As iniquidades em saúde existem entre países e regiões do mundo e entre ricos e pobres em cada país. A diferença na esperança de vida ao nascer alcança 28 anos entre os países mais ricos e mais pobres. A mortalidade infantil em alguns países em desenvolvimento é bastante alta chegando a mais de 150 óbitos de menores de um ano por cada 1000 nados vivos no Afeganistão, Angola, Libéria, Níger e Serra Leoa, enquanto o mesmo indicador em países desenvolvidos tais como Áustria, Bélgica, Canadá e

Dinamarca é de 5 ou menos óbitos de menores de um ano por cada mil nados vivos (UNICEF, 2006).

Nos países em desenvolvimento também há muita desigualdade em saúde entre pessoas ricas e pobres e ocorrem tanto nos níveis de saúde e nutrição como também no acesso aos serviços sociais e de saúde. Estudos revelam que a mortalidade infantil está relacionada com os rendimentos das famílias, com o nível de educação e instrução das mães, com as condições de habitação e do local onde vivem, além da situação social da família e da criança. A pobreza, a exclusão e as iniquidades económicas e sociais repercutem com grande impacto sobre a saúde individual e colectiva.

Para a resolução destes problemas são necessárias abordagens preventivas e intervenientes, com equipas multiprofissionais que actuem nos vários aspectos dos problemas, com o objectivo e condições de promover o desenvolvimento económico e principalmente social dos grupos e comunidades, com políticas públicas de inserção social, acesso à educação, saúde, emprego, habitação e rendimentos.

A promoção do desenvolvimento humano, da saúde e dos factores protectores do crescimento e do desenvolvimento, bem como da prevenção, durante todas as fases da vida, antes mesmo do nascimento, contribuem para uma adolescência saudável e a continuidade dessas acções durante a adolescência contribuem para uma vida adulta mais saudável.

2 – ADOLESCÊNCIA

2 – Adolescência – Perspectiva geral

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, adolescente é o indivíduo que se encontra entre os dez e os dezanove anos de idade. A OMS considera a existência de uma adolescência inicial (entre os 10 e os 14 anos), a puberdade, onde ocorrem as mudanças fisiológicas e de uma adolescência tardia (entre os 15 e os 19 anos), centrando-se as mudanças que ocorrem nesta fase da vida, sobretudo, na consciencialização e expressão da sexualidade e da individualidade.

Nem sempre a adolescência foi vista da mesma forma. A adolescência foi reconhecida e estudada como uma fase distinta do desenvolvimento humano, depois de estudada e reconhecida a infância. Constitui um período mais ou menos longo, de acordo com cada cultura, que separa a infância da idade adulta. Neste trabalho serão utilizados os termos adolescente e jovem para designar os indivíduos com idades entre os 10 e 19 anos e mães adolescentes às mães com menos de 20 anos, objectos do presente estudo.

G. Stanley Hall foi um dos precursores do estudo da adolescência nos Estados Unidos. Com seus estudos, Hall concluiu que a adolescência era um estágio evolutivo do desenvolvimento do ser humano (Sprinthall & Collins, 1994). Hall defendia teorias e ideias arrojadas e, por esse motivo foi criticado por outros pesquisadores. Mesmo assim, os anos de estudo mostraram que muitos de seus conceitos sobre a fase da adolescência estavam correctos. Nesta fase ocorrem as principais transformações psicológicas e fisiológicas que alteram a qualidade dos processos cognitivos e emocionais. O crescimento físico tende a ser assimétrico durante esta fase. Este período tende a ser de alguma tensão.

Sigmund Freud também considerava a adolescência como um período difícil e turbulento. Freud descreveu o desenvolvimento humano como uma série de estádios psicosssexuais, que passam por três (oral, anal e fálico) e que se completariam por volta dos 6 anos. Para Freud, em termos psicológicos, dos 6 anos até a puberdade, há um estágio de latência no desenvolvimento psicosssexual, que se constitui um período importante para aprender a cultura, os papéis e as relações sociais. Após esse período de latência, vem a adolescência, vista por ele como um período turbulento e os adolescentes como imprevisíveis, inconstantes e atormentados (Sprinthall & Collins, 1994).

Para Freud, a turbulência da adolescência é uma experiência inevitável. O indivíduo não pode controlar as dificuldades ligadas ao desenvolvimento biológico e as alterações

ambientais, tais como as mudanças nas relações sociais, que contribuem para as dificuldades sentidas durante essa fase da vida.

Hall e Freud desenvolveram os seus estudos em culturas ocidentais. Em alguns estudos realizados em outras culturas por antropólogos culturais, a transição para a vida adulta pode ser suave em vez de turbulenta, diferente da agitação e tensão, relatada por Hall e Freud nas suas teorias maturacionistas, elaboradas pela psicologia.

Nos anos 20 do século passado, Margaret Mead estudando os nativos de Samoa descreveu a adolescência como uma experiência de crescimento tranquila e livre de pressões. A aprendizagem das tarefas diárias, dos deveres que lhes eram atribuídos dentro da comunidade, tinha início ainda na infância. Mead defendia a ideia que as normas e expectativas culturais ajudam a determinar a natureza da adolescência. Esta ideia tem sido bastante defendida por estudos realizados em várias culturas (Sprinthall & Collins, 1994).

As teorias elaboradas sobre a adolescência pela antropologia cultural estão directamente relacionadas com a época e cultura em que estão inseridas. Pode-se, neste sentido, dizer que o conceito de adolescência representa uma construção social elaborada nas diferentes culturas a partir do que biologicamente é a puberdade.

Na perspectiva de Hill, citado em Sprinthall & Collins (1994), a adolescência é vista como um conjunto de mudanças primárias que actuam através de certos contextos sociais a fim de produzir importantes mudanças secundárias no indivíduo em desenvolvimento. As mudanças primárias incluem as alterações na definição social que os outros formam em relação ao adolescente, resultado das transformações fisiológicas da puberdade. Aqui incluem-se as transformações físicas do corpo como tamanho e forma, que provocam alguma dificuldade na auto-imagem e as transformações cognitivas. Essas modificações ocorrem no contexto da família, da escola e dos pares. A interacção entre as mudanças primárias e os diversos contextos produziriam as mudanças secundárias, consideradas como um conjunto de transformações que podem causar problemas psicológicos aos adolescentes. Dentre as mudanças secundárias podemos observar modificações nas relações familiares, a necessidade de uma maior autonomia ou independência, um maior sentido de identidade, da necessidade de realização através de novos objectivos e metas para o futuro e por fim, uma transformação no modo de enfrentar a intimidade e a sexualidade (Sprinthall & Collins, 1994).

Nas sociedades primitivas não há adolescência no sentido em que hoje a entendemos. Em algumas culturas primitivas as crianças alcançam o estatuto de adulto praticamente de um dia para o outro. No período da puberdade, quando surgem as

mudanças biológicas e físicas, os jovens passam por uma cerimônia ritual, os “rituais de iniciação”, segundo cada grupo étnico, que visam a integração na sociedade adulta. Nas sociedades ocidentais a adolescência é uma fase do ciclo da vida de grandes modificações.

O adolescente é um ser em transformação e experimentação. É uma fase evolutiva da vida que merece atenção de todos interessados em saúde e se caracteriza por muitas transformações tanto físicas como psicológicas. É um período de experimentação, reconhecimento e consolidação do conhecimento adquirido. É também um período de crescimento e desenvolvimento do ser humano, com características e marcas muito específicas, não só fisiológicas mas também psicológicas.

Segundo Sprinthall & Collins (1994) alguns acontecimentos sociais e culturais parecem ter propiciado o aparecimento da adolescência como um período distinto do desenvolvimento humano. As alterações fisiológicas e psicológicas desta fase da vida sempre existiram em cada pessoa jovem, independente do período da história mas, a cultura e o meio em que o indivíduo vive, a sociedade adulta, nem sempre reconheceu as características específicas da adolescência.

Durante muitos séculos pensou-se que por volta dos 7 anos a criança já estaria preparada para ser um adulto. A criança era vista como um adulto em miniatura e desempenhava as mesmas tarefas que os adultos. Trabalhavam nos campos, lutavam nas guerras e com a industrialização trabalhavam nas fábricas com exceção de algumas poucas crianças ricas. O reconhecimento da infância como uma fase distinta da vida, pelos adultos das sociedades ocidentais, só ocorreu nos últimos 150 anos. Esse reconhecimento levou a muitas mudanças e criação de leis de bem-estar e saúde para as crianças. O reconhecimento da adolescência só veio posteriormente.

2.1 – Abordagem histórica – A construção social e cultural da adolescência

Segundo Grossman (1998) a ideia do que hoje chamamos de adolescência surge a partir do século XVIII.

Na Grécia clássica, as crianças cresciam no gineceu, ouvindo canções e histórias inspiradas na mitologia. Em Esparta, a educação dos rapazes era assumida pela cidade logo ao atingirem os 7 anos. Aos 16 anos o jovem já podia falar nas assembleias e até aos 20 anos passava por rituais de iniciação que incluíam inclusive matar um escravo. Em Atenas, os adolescentes não saíam do gineceu e aprendiam com as mulheres, a arte dos trabalhos domésticos. Os rapazes recebiam educação a partir dos 7 anos frequentando uma escola e

também em casa com um mestre (pedagogo). A preocupação básica era inspirar sabedoria e afastá-los do mal. A maioridade civil era atingida aos 18 anos.

No Império Romano, aos 12 anos os destinos de meninos e meninas separavam-se. Os romanos com um nível social mais elevado, aos 12 anos passavam do ensino elementar para os estudos dos autores clássicos e mitologia, aos cuidados de um professor de literatura. Aos 14 anos deixavam os trajes infantis e já tinham o direito de fazer tudo que os jovens gostam de fazer. Aos 16, 17 anos já podiam optar pela carreira pública. Não havia maioridade e sim impúberes, que o deixavam de ser quando seu tutor assim o considerasse. O romano púbere mal “mudava as vestimentas”, iniciava sua vida sexual. Por outro lado, as meninas, aos 12 anos estavam prontas para o casamento e este se consumava, no máximo aos 14 anos, quando então eram consideradas adultas.

Ao longo do século II, a moral confinava a prática sexual ao casamento. O sexo não era considerado um prazer mas um perigo, visto desse modo por um princípio higienista e não moralista. Os médicos prescreviam a ginástica e os estudos filosóficos para tirar dos jovens a “energia venérea”. Nessa época passa a existir uma nova moral e então uma mudança jurídica, o jovem “impúbere” passa a “menor legal” que, no direito romano, o rapaz permanecia sob a autoridade paterna até a morte do pai, quando então se transformava em “pai de família”.

Na Idade Média, os indivíduos são inseridos em sociedades colectivas, feudais e comunitárias. A comunidade enquadrava e limitava o indivíduo, constituindo-se em um meio familiar, onde todos se conheciam e se vigiavam. Na sociedade medieval o sentimento da infância não existia. Não havia distinção entre a criança e o adulto. A infância estava ligada à dependência e a saída desta era o ingresso pleno no mundo dos adultos. Essa determinação de idade estendia-se a todas as actividades sociais.

Sob a influência de Aristóteles, as “idades da vida” surgem nas enciclopédias da Idade Média. As idades corresponderiam a um período de sete anos, sendo divididos da seguinte forma:

1 – Infância: desde o nascimento até aos 7 anos;

2 – Pueritia: dos 7 aos 14 anos;

3 – Adolescência: chamada assim porque a pessoa seria suficientemente grande para procriar. Segundo Constantino terminaria no 21º ano e segundo Isidoro duraria até aos 28 anos podendo ser estendido até aos 30-35 anos:

4 – Juventude: idade que a pessoa estaria na plenitude de sua força que duraria até aos 50 anos;

5- Velhice: idade em que os sentidos já não estariam tão bons.

A visão do mundo neste período era baseada na teologia cristã, nos dogmas religiosos mas também sofria influência da filosofia grega de Platão. O crescimento era um fenómeno quantitativo e não qualitativo. Dessa forma, assim que a criança superava o alto risco de mortalidade, ela já se misturava com os adultos.

Na transição da Idade Média à modernidade a principal mudança comportamental na sociedade é a passagem de uma experiência colectiva para uma individual. Essa transformação é manifestada através de uma nova atitude na relação dos indivíduos com o seu próprio corpo e em relação ao corpo do outro. Nesse movimento surge a necessidade de proteger as crianças e jovens dos encantamentos da vida. A escola passou a ser uma instituição essencial à sociedade.

Surge uma nova relação familiar onde a família deixa de ser apenas uma unidade económica para se tornar um lugar de afectividade, onde os filhos pequenos proporcionam diversão e alegria. Nessa altura, o Estado e a Igreja se encarregam do sistema educativo criando colégios. A infância e a adolescência são então enquadradas em lugares separados sob a autoridade de especialistas adultos. A educação destinava-se à faixa etária dos 10 aos 25 anos, sem salas de aulas separadas por idades. Nessa fase, a segunda infância não se distinguia da adolescência. Havia então uma longa duração da infância onde eram indiferentes os fenómenos biológicos propriamente ditos, a puberdade. Não havia a ideia do que hoje chamamos adolescência.

No século XIX, nas cidades, a sociedade torna-se uma vasta população anónima. É um período marcado pela redefinição dos papéis sociais de mulheres e crianças. Em relação à família, há um duplo investimento crescente no filho como futuro da família e como objecto de amor. A criança passa a ser identificada como uma pessoa. Nesse momento a adolescência passa a ser reconhecida como uma fase distinta do desenvolvimento humano e a figura do adolescente é definida. Para o menino estende-se desde a primeira comunhão ao bacharelato e para a menina da primeira comunhão ao casamento. A adolescência passa a ser considerada como um “momento crítico” da existência humana. É vista como uma fase de riscos para o indivíduo e torna-se presente como tema de estudos de médicos e educadores. É vista também como um período de turbulência e contestação no seio da família.

Nessa altura a escolaridade estende-se às meninas que até então eram educadas em casa ou em conventos onde recebiam basicamente instrução religiosa. Entre os 15 e 18 anos as adolescentes eram enviadas aos internatos onde concluíam a sua educação moral e

eram preparadas para o casamento. Nessa fase há uma vigilância constante dos adolescentes. As jovens tinham sempre uma amiga íntima ou escreviam diários para ter a sua privacidade. Os rapazes também estabeleciam intensas amizades. As famílias tinham uma preocupação com as paixões femininas, com o controlo do desejo, o que por outro lado estimulava o casamento precoce.

A família ocidental no século XIX caracterizava-se por ser nuclear, heterossexual, monogâmica e patriarcal. Dominada pela figura do pai, a mulher e os filhos eram subordinados e deveriam sempre submeter suas escolhas às necessidades familiares. No século XX ocorreram muitas mudanças no mundo ocidental. Os jovens tiveram e tem uma participação importante como transformadores da realidade.

O que podemos observar da adolescência hoje em dia é que ela principia cada vez mais cedo, termina cada vez mais tarde e abrange uma percentagem crescente de indivíduos de ambos os sexos.

2.2 – Fase de transformações – Aspectos biológicos e psicológicos

A adolescência é um período do desenvolvimento humano onde ocorrem muitas transformações físicas, psíquicas e sociais e pode-se dizer, que essas alterações psíquicas e sociais vão sendo construídas e estão directamente relacionadas com a época e a cultura em que o adolescente está inserido. Nesta fase da vida, estímulos, valores e motivações da infância já não servem e surge constantemente o desejo de afirmação e autonomia, além da procura de um sentido para a vida, criando uma escala própria de valores, se possível, diferente da dos adultos. Nesse sentido, a adolescência é um tempo dinâmico, de mudanças de atitudes, intenções e comportamentos, tempo em que se adquirem estilos de vida e se amadurecem ideais (Major, 2002).

Esta fase da vida é vivida de maneira diferente por cada pessoa. Os adolescentes procuram novas referências, testam novas potencialidades e procuram perceber os limites pessoais em todos os domínios.

Os aspectos físicos da adolescência (crescimento, maturação sexual) são os componentes da puberdade, vividos de forma semelhante por todos os indivíduos. Quanto às dimensões psicológica e social, estas são vividas de maneira diferente em cada sociedade, em cada geração e em cada família, sendo únicas até mesmo para cada indivíduo. O alcance da maturidade física nesta idade desperta um interesse em actividades sexuais.

O desenvolvimento humano é influenciado pelo biológico e pela cultura. A maturidade cognitiva apresenta-se como o resultado de interações das influências neurológicas derivadas do amadurecimento do cérebro do adolescente e das influências ambientais, os estímulos que vêm do meio em que o indivíduo se insere. A aquisição do pensamento formal é gradual e os adolescentes podem ter algumas dificuldades cognitivas nesta fase. Os adolescentes demonstram um certo egocentrismo, se sentem o centro das atenções e com sentimentos únicos. Essas características são acompanhadas pelo sentimento de invulnerabilidade, podendo estar na base dos comportamentos de risco assumidos pelos adolescentes como o sexo sem protecção e o uso e abuso de álcool e drogas (Sprinthall & Collins, 1994).

Os adolescentes muitas vezes têm um comportamento de risco. Eles tem a ideia de que são “imortais”, de que nada de mal lhes acontece e que assim, podem experimentar tudo. Não têm muito o senso de “certo e errado” e nesta fase, os modelos são muito importantes. Também os adultos, pais, professores, profissionais de saúde e todos aqueles que estão em contacto directo com adolescentes tem uma parcela de responsabilidade na orientação destes.

A adolescência é hoje vista também como um processo de maturação que permite ao adolescente, tornar-se autónomo em relação à sua família de origem, através de elementos de ordem psicológica, económica, profissional e cultural (Benoit et al., 1988 *in* Lourenço, 1998). Actualmente o conceito mais aceite é o de que não existe uma adolescência e sim várias adolescências em função do político, do social, do momento e do contexto em que está inserido o jovem. A adolescência guarda ainda especificidades em termos de género, classe e etnia. Nessa idade, os indivíduos “imitam” muitos os seus “modelos” e os “famosos” são populares e, muitas vezes os adolescentes mostram desejo de serem parecidos com esses modelos escolhidos.

A antropologia cultural pode esclarecer algumas diferenças nas relações interpessoais nas diferentes fases de desenvolvimento. Parentesco, raça, religião, situação económica, grau de educação, local de residência ou ocupação são condicionantes do processo de crescimento e de desenvolvimento dos jovens (Lopes, 2002).

A adolescência segundo Lopes (2002) passa basicamente por três fases: no início, até mais ou menos os 13 anos o jovem fica mais isolado e preocupado com as transformações que estão ocorrendo no seu corpo. Os amigos são os conhecidos da escola. Aproximadamente à partir dos 14 anos, o adolescente busca o seu espaço e autonomia diante da família e de outros adultos. Nesta fase, os grupos são importantes. Numa terceira

fase até ao final da adolescência, acontece um reforço dos traços do carácter. É a fase onde os jovens apreciam mais o “correr riscos”, uma fase de comportamentos de risco, é quando se sentem imortais e “nada acontece comigo”.

Os pais exercem um papel importante no desenvolvimento da autonomia do adolescente. Não podem se ausentar na sua autoridade parental, mas devem regulá-la e diminuí-la progressivamente, propiciando que o adolescente se torne adulto e autónomo. A presença dos pais nessa fase é tão importante como na infância. Na adolescência os pais devem estar atentos, devem apoiar nos fracassos e incentivar nos êxitos, estar com eles e respeitar sua individualização.

Há diferenças entre os jovens de ambos os sexos nas vivências da adolescência. A forma como uns e outros vivem a adolescência deve-se fundamentalmente às determinações biológicas e às suas repercussões psicológicas. Dado que a puberdade feminina é mais precoce, o processo psicológico que lhe está associado também se inicia mais cedo. O desejo de emancipação desperta mais precocemente nas adolescentes. Outra diferença fundamental está no despertar da consciência maternal e a aspiração, mais ou menos clara, à maternidade. A jovem deseja casar-se e ser mãe, cuidar de crianças, ser professora primária, cuidar dos próprios irmãos mais novos, sempre movida pelo impulso maternal. O despertar do sentido maternal e a aquisição da feminilidade dependem em grande parte como a adolescente viu viver a maternidade em seu meio familiar e de convivência (Avanzini, 1978).

Do ponto de vista biológico, a transformação primordial da adolescência baseia-se no alcance da capacidade de reprodução ou da maturidade sexual. As transformações físicas da adolescência iniciam-se quando o hipotálamo (região da base do cérebro que controla o funcionamento de importantes actividades do organismo) estimula a glândula hipófise a segregar determinados hormonas que, por sua vez estimulam os ovários, testículos e glândulas adrenais a produzir hormonas que vão estimular o rápido processo de crescimento em altura e aumento do peso, denominado “surto de crescimento” dos adolescentes. O surto de crescimento é um sinal da pubescência que constitui-se como o período quando se iniciam as transformações físicas da adolescência, que levam à maturidade reprodutiva. A puberdade é o período após a pubescência caracterizado, fundamentalmente, pelo processo de maturação das características físicas e sexuais, idade em que o indivíduo se torna biologicamente apto a procriação. A puberdade é o final da pubescência, quando então os jovens alcançam a capacidade de reprodução.

Fisicamente o seu corpo está a mudar, está a crescer de um modo mais rápido e suas formas e proporções também estão a modificar-se. O crescimento, aumento na estatura e modificação das formas deve-se ao crescimento rápido dos ossos longos do corpo, tanto dos braços como das pernas. Os adolescentes preocupam-se com essa rápida modificação do seu corpo e como esse crescimento pode afectar a sua aparência. Esse crescimento pode chegar até 12 cm por ano nas jovens e 14 cm por ano nos rapazes (Duarte, 1993). Esta fase pode ser um momento de insegurança e preocupação para os adolescentes.

Esse crescimento e alteração nas proporções do corpo processam-se de maneira diferente nos jovens do sexo masculino e feminino. Ocorre também uma alteração pronunciada no rosto. Enquanto na infância a face é menor e mais larga, com o surto de crescimento o perfil se alonga com o crescimento vertical da estrutura óssea da face. Há também modificações na capacidade e força física, com o crescimento dos músculos.

Para além das modificações no tamanho, forma do corpo e na capacidade física, resultados do surto de crescimento da puberdade, as transformações que tornam os jovens capazes de procriar são as mais evidentes. Surgem então as características sexuais primárias que são aquelas relacionadas directamente com a reprodução. Nas meninas dizem respeito ao desenvolvimento dos ovários, do útero e da vagina e nos meninos, ao desenvolvimento dos testículos, próstata e produção de esperma. As características sexuais secundárias estão ligadas ao dimorfismo sexual externo sendo, nas jovens o crescimento inicial das mamas, o aparecimento de pêlos púbicos e axilares e a menarca. Nos rapazes o início do crescimento dos testículos e pénis, o aparecimento de pêlos púbicos, axilares e faciais e as mudanças no tom/nível da voz (Duarte, 1993).

Nas jovens, a menarca (primeiro período menstrual) marca o alcance da maturidade reprodutiva completa. Esse facto acontece por volta dos 13 anos, podendo variar cerca de 3 anos acima ou abaixo e também entre regiões e países. Factores associados à genética, à alimentação, ao clima e até mesmo psicológicos podem influenciar a época do aparecimento da menarca (Scaf, Freitas & Damante, 1983). Alguns estudos mostraram que a ausência do pai também pode influenciar no aparecimento da menarca e na sexualidade das jovens, provavelmente pelo *stress* emocional vivido pela adolescente (Ellis et al., 2003). Alguns estudos mostram que a menarca pode ser atrasada com a prática de alguns tipos de desporto. A partir deste momento, quando a jovem já tem a menarca, já produz óvulos, que podem vir a ser fecundados por esperma masculino e dar origem a uma gravidez.

As alterações que ocorrem durante a puberdade podem sofrer influências ambientais e nutricionais. Devido às transformações ambientais ocorridas nos últimos 100 anos houve uma antecipação na maturação física chamada de “tendência secular”. Desde 1900 que a altura média dos indivíduos tem vindo a aumentar. Os adolescentes dos anos 1980 são, em média, 16 a 24 cm mais altos que os jovens da mesma idade em 1900 (Sprinthall & Collins, 1994). Provavelmente este factor está associado a uma melhor nutrição, melhores condições sanitárias e habitacionais e a um melhor controlo sobre as doenças (Duarte, 1993). É importante observar a precocidade em que ocorre a maturação física, por exemplo, pela idade em que aparece a menarca. Esta idade diminuiu cerca de 3 a 4 meses por década, na Europa Ocidental, desde 1850 (Sprinthall & Collins, 1994). Também ocorreram modificações a nível psicológico e social ao longo dos tempos.

Devido a estas modificações, a adolescência no momento em que vivemos, é um período de tempo mais longo na sociedade ocidental industrializada. Ocorreu e ainda ocorre um aumento do tempo de escolarização e uma precocidade da puberdade. Geralmente nestas sociedades, os adolescentes permanecem dependentes mais tempo, o que tendencialmente faz com que a própria adolescência se prolongue além da segunda década da vida.

As alterações biológicas podem ou não influenciar psicologicamente os adolescentes, isso de acordo com o significado que essas alterações têm para eles, os seus pares e os adultos que o rodeiam. A auto-imagem e a auto-estima de um adolescente não são obrigatoriamente influenciadas pelos processos biológicos mas são o reflexo das reacções subjectivas dele próprio e dos outros. Essas reacções às transformações físicas variam de cultura para cultura e estão associadas às expectativas de cada um, de como enfrentam e interpretam essas modificações.

A menarca é um sinal evidente das transformações e esta pode afectar psicologicamente a adolescente, dependendo como é considerado o facto no seu meio. As jovens que tem a menarca muito cedo podem ter maior receio a este acontecimento. Outras adolescentes que tem maior conhecimento do seu corpo e são mais velhas podem encarar com mais naturalidade e se sentirem mais confiantes e interessadas na sua feminilidade (Greif, E., Ulman, K *in* Sprinthall & Collins, 1994).

As transformações físicas constituem as modificações mais evidentes da adolescência mas também acontecem transformações nas capacidades de pensar e de raciocinar, são as alterações nas capacidades cognitivas. Os adolescentes passam de um pensamento concreto na infância para um pensamento formal, uma capacidade de reflexão

abstracta. Esse processo ocorre lenta e gradualmente. Um adolescente pode também apresentar maturidade diferente nas diversas áreas de competência, sociais ou educacionais.

Relativamente ao desenvolvimento cognitivo, é importante conhecer a capacidade dos adolescentes de tomarem decisões que afectam o seu comportamento. Alguns estudos relatam que a partir dos 14 anos os adolescentes já têm capacidade de tomar decisões como adultos, enquanto outros sugerem que mesmo adolescentes com 16 anos, na sua maioria, não possuem capacidade de tomar decisões competentes (Sprinthall & Collins, 1994). A tomada de decisões na vida dos adolescentes é importante para questões relativas ao envolvimento sexual, à sua vida sexual e reprodutiva, à contracepção, ao uso e abuso de drogas, à condução de automóveis e a própria escolha de uma carreira.

Na adolescência também ocorre um desenvolvimento sócio-cognitivo onde os jovens se tornam mais capazes de considerar variadas circunstâncias como possibilidades (podendo discernir entre o real e o possível), conjugando características pessoais e motivações e, tomam consciência da diversidade de perspectivas entre as pessoas sobre determinados temas. Essas transformações sócio-cognitivas se processam lentamente podendo levar anos, no início partindo de um certo egocentrismo, um certo sentimento que os adolescentes têm de que seus sentimentos são únicos e, através das interações sociais com outros adolescentes, estimulam a maturação das capacidades sociais e cognitivas. Os adolescentes com capacidades sócio-cognitivas mais desenvolvidas teriam maior adaptação social.

Várias são as modificações que ocorrem na vida de um indivíduo que passa da infância para a idade adulta, esta fase do ciclo da vida chamada adolescência. Iniciando com as alterações hormonais, estimulando os processos biológicos da puberdade, as mudanças físicas, o crescimento e modificação da forma do corpo e as alterações psicológicas, sociais e comportamentais vão influenciar o modo como o adolescente vai dar continuidade à sua vida adulta. É importante para todos, profissionais de saúde e não só, que trabalham com adolescentes, conhecer esses processos para poder melhor compreender e contribuir para o desenvolvimento de indivíduos saudáveis e conscientes.

2.3 – Adolescência e Projecto de Vida

A gravidez e maternidade na adolescência foram investigadas sob diversos aspectos que afectam as vidas das jovens que engravidam e se tornam mães. Um aspecto importante

a ser apresentado no fenómeno da gravidez e maternidade na adolescência é sobre a construção do projecto de vida das jovens.

A passagem da infância para a fase adulta que caracteriza a adolescência é um momento na vida da jovem de desenvolvimento da personalidade, descobertas, anseios e medos. O adolescente passa por uma fase de questionamentos sobre sua identidade, sobre as suas possibilidades, sobre os seus desejos para o seu futuro, sobre o que fazer e como fazer para alcançar os seus objectivos. Os questionamentos dos adolescentes têm como base os aspectos psicológicos, as relações sociais e a própria cultura em que o jovem se insere, produtores de pensamentos, sentimentos, questionamentos e acções.

O adolescente geralmente é dependente da família, económica e afectivamente, e carente de protecção. A insegurança típica desta fase da vida é, em alguns casos, agravada pela falta de apoio familiar, dos serviços públicos e pelas dificuldades no acesso à educação.

A vida de cada pessoa é um caminho único onde cada um faz opções. Cada um pode realizar o seu projecto individual, imaginar e criar um caminho ou pode simplesmente não o fazer, deixando que os acontecimentos meramente se sucedam.

O projecto de vida é um elemento constitutivo de todo ser humano. Um projecto de vida é um plano, um caminho previamente imaginado, à partir de objectivos e metas definidos com base nos valores que se tem na vida. Esse projecto deve ser orientado de acordo com as possibilidades de cada indivíduo e com os valores de cidadania, de bem-estar e devem estar em harmonia com os sentimentos que trazem sentido à vida de cada pessoa.

Segundo Nascimento (2006) o projecto de vida abrange as aspirações, os desejos de realizações que se projectam para o futuro, com uma visão que antecipa os acontecimentos, apoiada numa realidade construída nas relações que o indivíduo estabelece com o mundo. O projecto de vida é composto por vários aspectos que compõem o campo psicossocial e tem como base a relação do indivíduo com o mundo, onde as histórias das pessoas estão entrelaçadas. Existe a participação de todos na construção do mundo e na constituição de cada um.

Os projectos de vida das crianças e adolescentes são inicialmente pensados pelos seus pais. Os pais são as pessoas que terão condições de imaginar o que querem para a vida dos seus filhos, mesmo que esse projecto seja alterado posteriormente pelos desejos e necessidades dos filhos. Como todo projecto, o projecto de vida também é sujeito a

modificações de acordo com as possibilidades de cada pessoa e deve ser flexível para incorporar as mudanças que forem necessárias de serem realizadas.

Nascimento (2006) refere que o projecto de vida e a identidade se constroem reciprocamente. Os projectos são organizados desde a infância e evidenciam-se na adolescência em função das novas necessidades biopsicossociais dos indivíduos, contudo não acabam nessa altura e vão sendo redimensionados ou modificados de acordo com a história individual e nas relações com o grupo. A construção do projecto de vida apresenta marcas pessoais, como cada um percebe-se a si próprio, aos outros e ao mundo, com o modo de viver do indivíduo e com o que aprende com os outros.

A vida diária de cada pessoa é delineada de acordo com o crescimento e desenvolvimento individual, de acordo com a saúde (física e mental), a disponibilidade e o acesso aos estudos, ao emprego, ao lazer, à família e às condições que cada um quer ter para si. Os actos de cada pessoa na construção da sua vida são realizados a partir da concepção do que o indivíduo pensou que ia ser a sua vida. Todo comportamento humano também deve ser observado à luz do contexto histórico, social e cultural.

Através do projecto de vida, um indivíduo conhece-se a si próprio e é conhecido pelos outros através dos anseios, dos planos que faz para a sua vida, das possibilidades de realizações de ter uma profissão, um emprego, de casar-se, de ter filhos e de ter acesso aos bens de consumo (Nascimento, 2006).

No estudo realizado na cidade de Marília, Brasil, por Cardoso & Cocco (2003), os autores confirmaram a importância da auto-estima na adolescência como um sentimento resultante da profunda e irrestrita aceitação de si mesmo, fundamental para o desenvolvimento pessoal e social do jovem.

Nascimento (2002) realizou um estudo com adolescentes alunos do ensino médio numa escola pública, de ambos os sexos, na cidade de São Paulo. O autor considera o projecto de vida como uma forma de inclusão do adolescente no universo social com o objectivo de alcançar o bem-estar, a felicidade e um crescente desenvolvimento individual ou colectivo. Na investigação o autor encontrou que os adolescentes têm um projecto de vida e que este projecto está apoiado sobre a tríade família, educação e trabalho.

Também são importantes as políticas públicas como factor facilitador para o desenvolvimento positivo dos adolescentes. Quando as políticas não são favoráveis, os adolescentes, afectados pela dificuldade emocional desta fase do desenvolvimento e pelas condições materiais de vida, ou ainda pela falta de oportunidades para modificar a sua vida, podem actuar à margem da sociedade. Os adolescentes necessitam superar os

conflitos existentes nessa fase e conseguem, na medida em que são auxiliados por pais e educadores e também com o suporte de políticas públicas socioeducativas efectivas, que facilitem o desenvolvimento de habilidades educativas e também de vida, para que os jovens possam visualizar a realização dos seus projectos.

A construção do projecto de vida dos adolescentes é multidimensional e compreende os aspectos cognitivos, afectivos, sociais, educativos, históricos e culturais dos jovens e reflectem as relações que estes estabelecem com o mundo. Toda e qualquer intervenção pensada para os adolescentes também deve ser planeada de acordo com o que os adolescentes pensam sobre a vida futura e de que forma planeiam a sua inserção social no mundo adulto.

Cardoso & Cocco (2003) observaram em sua investigação realizada no município de Marília, Brasil, que os jovens que estudavam em escolas públicas revelaram os seus projectos de vida representados por conquistas menos pretensiosas diante das possibilidades oferecidas no seu dia-a-dia, sendo uma busca da concretização dos direitos básicos como garantir uma escolaridade mínima, ter uma casa, um emprego ou constituir família. O mesmo estudo relata que a relação familiar em conflito influencia negativamente o adolescente nos seus planos e projectos futuros. Os adolescentes também percebem a escolarização como uma forma de melhorar a qualidade de vida no trabalho e o trabalho como fonte de sobrevivência e forma de ascensão social.

Nascimento (2006) realizou um estudo com adolescentes, em escolas no centro e na periferia da cidade de Belém, Brasil, e investigou sobre as representações sociais relacionadas com o projecto de vida presente e futuro. As adolescentes consideraram que, para realizarem o seu projecto de vida, é necessário garantir educação e trabalho para uma vida melhor. Para os adolescentes do sexo masculino, o principal na construção do projecto de vida é a educação, o trabalho e dinheiro. Também é importante observar o ambiente psicossocial em que os jovens se inserem. Para esses jovens, a escola é o caminho que pode ajudá-los no desenvolvimento de habilidades de vida e académicas, embora os adolescentes também percebam a necessidade de mudanças na escola para que ela realmente contribua para a realização dos seus projectos de vida e não seja um obstáculo.

Um ponto importante para os jovens na construção do seu projecto de vida é o trabalho. O trabalho remunerado traduz a prestação de serviços à sociedade e para os adolescentes simboliza a autonomia e a possibilidade de uma visão diferenciada de si. Para o jovem é importante tornar-se independente da sua família de origem, não só

financeiramente mas também na tomada de decisões baseadas nas suas necessidades e desejos.

No estudo realizado por Cardoso & Cocco (2003) sobre o projecto de vida, as jovens desejaram engravidar e ter filhos, sem planear a formação de um núcleo familiar, provavelmente devido a relacionamentos familiares conflituosos, que exclui o papel do pai na formação e educação dos filhos. No estudo percebeu-se que os jovens, muitas vezes, reproduzem o modelo familiar no que se refere à gravidez precoce. A literatura sugere que as jovens que engravidam na adolescência não teriam um projecto de vida mas, o que se percebe é que ser mãe, muitas vezes é o projecto de vida das jovens que se tornam mães nessa fase de desenvolvimento.

A construção do projecto de vida individual é um factor muito importante na organização da vida pessoal. A família é o primeiro actor neste contexto. A organização da família, o apoio que a família consegue proporcionar para as crianças e adolescentes é de fundamental importância para o desenvolvimento adequado dos indivíduos e para que eles alcancem uma juventude saudável e com os direitos e deveres que todo cidadão deve ter na sua sociedade.

Os profissionais e serviços de saúde também podem colaborar com os pais, sendo estes serviços um espaço fora da residência, para discutir as suas dificuldades em lidar com os filhos e na promoção da saúde dos adolescentes e não somente nos cuidados às doenças.

A escola é percebida pelos adolescentes como um espaço que propicia o alcance de uma condição de vida melhor, possibilita melhorar o seu padrão de vida, aumentando as suas capacidades de ter melhores opções de trabalho e emprego, com possibilidade de um futuro melhor do que tiveram os seus pais. Nesse sentido, a escola faz parte dos projectos de vida dos adolescentes e deve ser adequada ao contexto em que se situa. A escola deve ter projectos socioeducativos que contemplem as necessidades dos adolescentes, para que estes possam usufruir do que a escola pode oferecer-lhes e que lhes garantam oportunidades de construir os seus projectos de vida e de se tornarem cidadãos.

É importante que as crianças e os adolescentes de ambos os sexos possam sonhar o seu projecto de vida e que a família, a escola e os serviços de saúde e sociais através de políticas públicas inclusivas e formadoras de cidadãos, possam dar suporte aos jovens para que estes se tornem adultos conscientes e cidadãos com deveres e direitos na sociedade.

3 – SEXUALIDADE

3.1 – Sexualidade na adolescência

A sexualidade nos seus múltiplos e variados aspectos é um tema que tem merecido a atenção de diversos autores da área das ciências humanas ao longo das últimas décadas. Tem grande importância no desenvolvimento dos indivíduos, uma vez que é um todo complexo, que se refere ao modo como cada um se relaciona consigo próprio e com os outros, na procura de amor, contacto e intimidade.

A sexualidade tem influência sobre sentimentos, comportamentos e interacções, podendo a sua acção afectar igualmente a saúde física e mental dos indivíduos. Nesse sentido, pode-se verificar que as atitudes pessoais e crenças no que diz respeito aos aspectos mais específicos da sexualidade se revestem de particular importância uma vez que são factores que podem influenciar a saúde dos indivíduos.

Estas questões são importantes em qualquer fase da vida, revestem-se de características específicas e merecem especial atenção durante a adolescência. O comprometimento da saúde e bem estar dos indivíduos nesta fase do desenvolvimento acarreta consequências que se repercutem, não só ao nível psicológico e emocional do próprio indivíduo e de quem o rodeia, mas também ao nível social e, em último grau, ao nível económico das sociedades em que estes fenómenos ocorrem.

Sexualidade é mais do que sexo. É um aspecto importante da vida das pessoas e envolve sexo, papéis sexuais, orientação sexual, erotismo, prazer, envolvimento emocional, amor e reprodução. A saúde sexual, a habilidade de mulheres e homens para expressar e desfrutar de sua sexualidade, sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis, de gestações não desejadas e livre de imposições, violência e discriminações, é um factor importante na vida das pessoas.

A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na auto-estima. Para tanto, é importante uma abordagem positiva da sexualidade humana desde a infância e a adolescência, com o estímulo ao respeito mútuo nas relações interpessoais. A sexualidade é vivida e expressada por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. A sexualidade envolve, além do corpo, a história, os costumes, as relações afectivas e a cultura.

Em muitas sociedades, as expressões da sexualidade são alvo de normas morais, religiosas ou científicas, que vão sendo aprendidas pelas pessoas desde a infância.

Segundo Lerner & Spanier (1980) a socialização sexual é o processo em que o adolescente se torna um ser sexual, adota uma identidade de género, aprende papéis sexuais, compreende o comportamento sexual e adquire o conhecimento e competências que lhe permitam funcionar sexualmente em determinada cultura. A sexualidade desenvolve-se através de um longo processo de socialização sexual em que as atitudes se formam e se alteram pela infância, adolescência até à terceira idade. Esta mudança nas atitudes em conjunto com a mudança das capacidades físicas constitui como a base para novos comportamentos. A socialização sexual atinge um ponto importante na adolescência, quando ocorrem as mudanças biológicas e novos sentimentos e formas de relacionamento são experimentadas. Estas mudanças ocorrem em simultâneo com desenvolvimentos essenciais a nível social e psicológico. O adolescente deve integrar os aspectos físicos, sociais e emocionais da sexualidade a outros domínios do desenvolvimento.

Nesta socialização sexual, nomeadamente na aquisição de valores, conhecimento e competências de ordem sexual, os pais e a escola são veículos formais que funcionam como importantes fontes de aprendizagem sobre sexualidade embora, grande parte desta aprendizagem seja feita no contexto do grupo de pares. Os pares nem sempre são uma fonte segura de informação e os adolescentes adquirem mitos sobre sexo e aprendem valores e comportamentos impróprios ao mesmo tempo que aprendem competências interpessoais.

Segundo Lopes (2002) o sexo é um dos actos relacionados com a saúde e a vida das pessoas que afectam toda a gente, no entanto a maior parte das pessoas está completamente distante das múltiplas questões que implica. Esta ambivalência da maioria dos pais, educadores, técnicos de saúde, políticos e outros, é talvez um dos grandes responsáveis pela elevada taxa de gravidez na adolescência em alguns países, tanto em Portugal como no Brasil. Portugal é o segundo país, logo após ao Reino Unido, com o maior número de mães com idade inferior a 19 anos. Segundo as estatísticas do INE, 7% dos partos em 1999 contra 12% na década de 1980, ocorreram em mães com menos de 19 anos.

No ano de 2005, nasceram 109457 bebés em Portugal, sendo que 5.519 bebés nasceram de mães com menos de 20 anos de idade, correspondendo a 5,04% do total de nados vivos (Projecto Rosa, 2007) e a taxa de fecundidade na faixa etária dos 15 aos 19 anos foi de 19/1000 (INE, 2007).

A sexualidade é um percurso variável de adolescente para adolescente, sujeitos à influência de numerosos factores sociais, culturais e ao desenvolvimento físico, psíquico e afectivo, percurso que começa na puberdade – marcada pela primeira menstruação na

menina e a possibilidade de ejacular no rapaz – e que das sensações sexuais, sonhos, fantasias, relações sexuais, caminha para a possibilidade de estabelecimento futuro de um relacionamento sexual adulto.

O reconhecimento da importância da sexualidade dos jovens tem sido um assunto polémico, nomeadamente em sociedades com uma moral rígida, onde a sexualidade só é aceitável quando tem por fim a reprodução. As gerações mais avançadas têm uma certa dificuldade em aceitar a sexualidade dos jovens que ainda não estão casados ou que não têm como objectivo principal a constituição de uma família (Pais, 1998). Essa mentalidade conservadora pode “não reconhecer” a sexualidade dos jovens e com isso não os preparam para uma vida sexual saudável e responsável, o que pode acarretar gravidez adolescente não desejada e também um aumento das doenças sexualmente transmissíveis.

De facto, persiste ainda a ideia de que abordar o assunto da actividade sexual, encoraja os jovens a iniciarem a sua vida sexual. No entanto, a informação e a educação sexual não conduzem a um início precoce das relações sexuais, mas tem como objectivo capacitar os jovens a ter relações com maior responsabilidade. Alguns estudos mostram que os jovens actualmente iniciam a sua vida sexual mais precocemente do que as gerações anteriores.

Os adolescentes devem ser informados, educados e orientados para possuir informação e esclarecimento suficientes sobre sexualidade, sendo esta uma forma de desenvolver relações interpessoais saudáveis nas áreas psicossocial e “psico-sexual”.

A sexualidade na juventude apresenta-se com uma das esferas de aquisição de autonomia individual em relação à família de origem. Segundo Heilborn et al. (2006) a construção desse espaço privado pressupõe uma aprendizagem sobre relacionamento afectivo e sexual.

O contexto e a valorização das actividades sexuais entre adolescentes dependem das condições socioeconómicas e culturais, sendo diferentes entre adolescentes do sexo masculino e feminino. Nos adolescentes masculinos, frequentemente, aceita-se que eles tenham um forte instinto sexual e a necessidade de realizar experiências na área sexual. Quase não existem restrições, pelo fato de pensarem que as consequências não desejadas, no caso de uma gravidez, só aparecer nas adolescentes.

Nos países em desenvolvimento onde os casamentos são mais precoces, a sociedade em geral aprova as actividades sexuais das jovens mulheres casadas com menos de 20 anos de idade. A gravidez é desejada, sendo o objectivo principal ter filhos. Porém, grande parte das sociedades desaprova as actividades sexuais antes do casamento. No período entre a

menarca e o casamento é prática comum controlar as actividades sexuais e possíveis consequências indesejadas, com ajuda de uma série de regras e hábitos.

Pode-se considerar que a sexualidade adolescente começa com as transformações biológicas e são acompanhadas pela cultura envolvente. É também o reflexo de expectativas sociais e culturais ou de padrões de comportamento aprendido pelos adolescentes. Alguns autores, observando várias culturas, concluíram que factores sociais e culturais têm um importante papel no aparecimento da sexualidade na adolescência (Ford & Beach *in* Sprinthall & Collins, 1994).

As diferenças a nível das atitudes culturais acerca da sexualidade também levam a diferenças ao nível psicológico. Em sociedades onde o sexo é proibido ou muito restrito antes do casamento, os adolescentes com vida sexual activa experimentam o sentimento de culpa, o que acontece menos frequentemente em sociedades mais permissivas em relação à expressão da própria sexualidade.

Para a maioria dos adolescentes, a expressão da própria sexualidade é ditada não somente pelos próprios impulsos biológicos mas principalmente pelas expectativas e pelo significado social associado. A cultura e o meio em que os adolescentes vivem influenciam o seu comportamento sexual. Rapazes e raparigas vivem diferentemente a sua sexualidade. A vivência da sexualidade pelos adolescentes começa pelas transformações físicas da puberdade e se complementam com as expectativas sociais, culturais e de comportamento aprendidos. Pais, professores, escola, profissionais de saúde, todos que convivem e se interessam pelo desenvolvimento saudável das crianças e adolescentes devem informar, orientar e educar para uma vivência saudável da sexualidade pelos indivíduos do seu meio.

3.2 - Contraceção na adolescência

A contraceção na adolescência é um tema importante considerando a relevância social da ocorrência de uma gravidez nessa faixa etária e pela exposição dos jovens às doenças sexualmente transmissíveis e ao Vírus da Imunodeficiência Humana – VIH e à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA.

A contraceção é a utilização de um ou mais métodos anticoncepcionais com objectivo de prevenir ou reduzir as probabilidades de uma mulher engravidar. A utilização pelas mulheres de métodos para evitar a gravidez é antiga. Existem registos históricos que mulheres egípcias já utilizavam uma espécie de supositório vaginal feito com substâncias ácidas que agiam como espermicidas. O preservativo surgiu por volta do século XVII e o

Dispositivo Intra-uterino – DIU por volta de 1900. Somente à partir da metade do século passado, com o conhecimento do ciclo menstrual e das hormonas é que foram desenvolvidos contraceptivos hormonais e aperfeiçoados os métodos anticoncepcionais.

Os métodos anticoncepcionais podem ser físicos ou comportamentais. Podem ser citados diversos métodos contraceptivos tais como os preservativos masculino e feminino, a pílula anticoncepcional, o diafragma, o anel vaginal, os espermicidas (cremes, sprays, geleias, óvulos e esponjas cervicais), o adesivo contraceptivo, a contracepção hormonal injectável, o implante sub-epitelial hormonal, o dispositivo intra-uterino, a contracepção de emergência, os métodos considerados naturais tais como o método do calendário, do muco cervical, da medição da temperatura basal, do coito interrompido, a abstinência sexual e ainda os métodos considerados definitivos tais como a laqueação das trompas, a vasectomia e a somatória de métodos com o mesmo fim, evitar a gravidez (MS-Brasil, 2006a).

Em geral, culturalmente a opção e utilização de métodos para prevenção da gravidez é responsabilidade feminina. A participação masculina na escolha do método contraceptivo, principalmente na adolescência não é muito observada.

Nem todos os métodos contraceptivos podem ser utilizados pelos adolescentes. A laqueação das trompas e a vasectomia, por serem métodos considerados definitivos, não devem ser utilizados em adolescentes. O método ideal para cada jovem deve ser avaliado pelo seu médico assistente e os mais indicados são o preservativo masculino e as pílulas anticoncepcionais de baixa dosagem ou mesmo a contracepção hormonal injectável.

Para a utilização de métodos contraceptivos não são necessários somente informação e conhecimento a respeito. Informação e acesso aos métodos contraceptivos não são garantia de que os adolescentes os irão utilizar. Conhecimentos sobre sexualidade, contracepção e reprodução não conduzem, necessariamente, a que os jovens pratiquem sexo seguro. Há um certo “pensamento mágico” na adolescência que faz com que os jovens corram riscos e não utilizem correctamente os métodos contraceptivos. Em alguns casos porque não conhecem e/ou não compreendem a própria fisiologia da reprodução, o seu período fértil, o modo correcto da utilização dos métodos contraceptivos, embora já tenham conhecimento de sua existência.

A utilização ou não de métodos contraceptivos pelos adolescentes pode estar relacionada com a dificuldade de diálogo com o parceiro, com a tipo de informação e conhecimento que os adolescentes têm a respeito da contracepção e da própria fisiologia da reprodução e do conhecimento e modo de utilização dos métodos anticoncepcionais

(Vieira et al., 2006). Apesar das altas percentagens de conhecimento sobre pelo menos dois métodos anticoncepcionais demonstrados pelos adolescentes em vários estudos realizados, eles ainda não fazem uso adequado dos mesmos. A utilização de métodos contraceptivos demonstra uma atitude positiva frente à sexualidade, vivida com maturidade, auto-estima e responsabilidade.

Segundo Pais (1998) a utilização de métodos contraceptivos está largamente difundida entre os jovens portugueses. Os métodos mais utilizados para evitar a gravidez são o uso da pílula anticoncepcional e do preservativo masculino, acompanhados a uma larga distância, pelo coito interrompido. Com o aumento da idade, aumenta a utilização da pílula, pelo que o autor sugere que, para os jovens mais velhos, a principal preocupação é mais contraceptiva do que a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Quando se consideram as justificações para a não utilização destes métodos surge a referência ao decréscimo do prazer como razão suficiente, no caso do preservativo, e alguns mitos associados à utilização da pílula como o aumento de peso.

Uma série de pesquisas demonstra que os adolescentes têm conhecimento a respeito da contraceção. Em estudos realizados no Brasil, cerca de 98% dos adolescentes conhecem pelo menos um método de contraceção (Almeida et al., 2003, Belo & Silva, 2004), entre eles o preservativo e a pílula anticoncepcional oral. Porém, saber enumerá-los ainda não representa uma garantia do uso correcto pelos entrevistados. No estudo realizado por Belo & Silva (2004) apenas cerca de 11,5% das jovens conseguiram identificar o seu período fértil, o que de algum modo dificulta muito a percepção por essas jovens, tanto do modo de acção como a própria utilização de métodos de prevenção da gravidez. Como as jovens podem prevenir a gravidez se elas não sabem exactamente quando podem engravidar? O conhecimento acerca de métodos naturais de contraceção também é baixo.

De um modo geral, as mulheres abaixo dos 20 anos de idade usam métodos anticoncepcionais com menos frequência do que as mais velhas. Existem algumas razões possíveis para esse facto. Em muitos países, os serviços de planeamento familiar restringem o atendimento aos casais, dificultando o acesso dos adolescentes não casados. Mesmo que estes serviços estejam abertos aos adolescentes, eles sentem-se pouco acolhidos. Frequentemente, os métodos anticoncepcionais são caros para os adolescentes. Muitas vezes, os conhecimentos acerca da sexualidade e reprodução são inadequados. Ignora-se o facto que uma única relação sexual pode levar à gravidez. Prevalecem ideias erradas sobre os cálculos do período fértil. Os contactos sexuais entre adolescentes,

frequentemente, não são planeados e dependem de uma oportunidade, de modo que também não se planeia a contracepção. Uma conversa sobre o uso de métodos anticoncepcionais com um parceiro novo parece difícil.

Num estudo realizado por Pereira & Taquette (2007) constatou-se que nas idades mais precoces (15 e 16 anos), a baixa escolaridade e a relação conflituosa das adolescentes com suas famílias, são factores que estão significativamente associados à adesão aos métodos contraceptivos e ao abandono da utilização de pílulas anticoncepcionais pelas jovens. Nesse estudo, cerca de 32,1% das adolescentes que utilizavam pílula anticoncepcional abandonaram o método por utilização incorrecta do mesmo. A maior escolaridade está associada à maior e mais precoce adesão aos métodos contraceptivos. Jovens com cinco ou mais anos de escolaridade são menos prováveis de ter a primeira relação sexual na adolescência, mais propensas a usar métodos contraceptivos e apresentam menos riscos de uma gravidez não planeada na adolescência.

Alguns estudos mostraram que a realização de palestras informativas, orientações sobre sexualidade, prevenção da gravidez e disponibilização de métodos anticoncepcionais são importantes para os adolescentes mas, para se atingir objectivos concretos, essas actividades devem ser inseridas em estratégias de promoção à saúde bastante próximas das necessidades do contexto sociocultural em que vive o adolescente (Vieira et al., 2006). Outros estudos também demonstraram que filhos de mães com maior escolaridade têm mais probabilidade de utilizarem preservativos logo na primeira relação sexual e que este facto também é importante para a maior utilização de preservativos e outros métodos contraceptivos (Teixeira et al., 2006).

Vários estudos realizados sobre sexualidade e adolescência demonstram a necessidade de uma abordagem livre, sem preconceitos, envolvendo o jovem, a família, a comunidade, a escola, os serviços de saúde e sociais sobre estes temas, com intuito de desenvolver estratégias que permitam aos adolescentes a compreensão da importância da saúde sexual e reprodutiva e facilitar aos jovens, condições de tomada de decisões conscientes e responsáveis, garantindo uma juventude saudável.

3.3 - Comunicação e informação em saúde sexual na adolescência

Os processos comunicacionais são muito importantes em todas as áreas da vida do ser humano. Uma boa comunicação é uma ferramenta fundamental para a vida de qualquer

pessoa. É uma habilidade que o indivíduo adquire que compreende a fala, a escrita, a postura e também, suas atitudes, crenças e valores. Cada pessoa necessita, dependendo da situação, de maior ou menor habilidade para falar, escrever, comunicar e interagir.

A comunicação é um dos aspectos mais importantes das relações humanas. Inclui emoções e sentimentos, negativos e positivos. Conversar é uma forma de resolver problemas, encontrar soluções. A comunicação tem sempre dois lados, envolve sempre mais do que uma pessoa. É importante saber como comunicar bem e alcançar seu objectivo com o modo como se comunica. Uma boa comunicação é indispensável para qualquer contexto social e torna possível a disseminação de informações de maneira eficaz.

A comunicação humana é influenciada por diversos factores. Quanto mais uma pessoa se informa, realiza leituras, mais ela aumenta a sua base para uma melhor comunicação. Uma pessoa que tem mais acesso às condições de educação aumenta o seu potencial de comunicação. Indivíduo com pouco acesso a educação tem mais dificuldade de comunicação. Pessoas que vivem em condições de vida degradadas com pouco acesso à educação também apresentam dificuldades de comunicação.

Uma comunicação eficiente e eficaz também é muito importante para a saúde dos indivíduos. Para isso considera-se a comunicação em saúde como uma estratégia para fazer chegar a informação sobre a saúde nos seus diversos espaços e sujeitos. Comunicar saúde é promover saúde em sentido amplo, para o indivíduo, os grupos e a comunidade.

A informação é uma parte do processo educativo e o compartilhar de conhecimentos e boas práticas em saúde podem contribuir para a conquista de melhor qualidade de vida. Uma informação de qualidade, divulgada de forma adequada e no momento oportuno, com utilização de uma linguagem clara e objectiva, é um instrumento importante para a promoção da saúde. O processo de comunicação deve ser ético, transparente, atento aos valores, opiniões, tradições, culturas e crenças das comunidades, respeitando, considerando e reconhecendo as diferenças, baseando-se na apresentação e avaliação de informações educativas, interessantes, atractivas e compreensíveis. Nesse sentido, os profissionais de saúde e não só, devem estar atentos e aptos a todas as formas de comunicação para melhorar a saúde e qualidade de vida dos indivíduos e da sua comunidade.

A comunicação entre pais e filhos é imprescindível. Desde o nascimento os pais comunicam-se com os filhos para manifestar o seu amor, transmitir conhecimentos, atitudes e comportamentos. Os filhos sentem a necessidade do amor e de aprovação dos pais, de segurança, de protecção e de pertença ao grupo familiar, para desenvolverem a sua

auto-estima e auto-confiança. A comunicação entre pais e filhos deve ser sempre estimulada, desde o nascimento da criança, durante a infância e também a adolescência, sendo realizada de acordo com cada fase do desenvolvimento do indivíduo. Na fase da adolescência, a comunicação entre pais e filhos pode tornar-se, às vezes, um pouco conturbada. Alguns pais podem experimentar dificuldades para agir perante os filhos, com algum medo e insegurança perante as atitudes que deve ter diante dos filhos adolescentes tendo, ao mesmo tempo, de os orientar e corrigir, mas também dando a eles uma autonomia progressiva e necessária.

Os pais devem dar autonomia progressivamente aos filhos. Os adolescentes têm necessidade de se tornarem independentes e autónomos frente ao poder dos pais. Os pais devem compreender esta condição, essa necessidade dos jovens para que a comunicação entre ambos não seja conturbada e percebida como falta de respeito e amor. Os pais devem procurar ter estratégias participativas de comunicação em que as situações diárias sejam discutidas com sentido de responsabilidade e com a preocupação dos adultos de considerar os adolescentes como pessoas, com as suas próprias opiniões e capacidades. Não é possível ter boa comunicação com os adolescentes se as estratégias forem permissivas ou autoritárias demais. Quando são muito permissivas ou autoritárias os adolescentes não as consideram. As estratégias participativas ajudam a estruturar a personalidade, dão sentido de responsabilidade e conferem segurança e auto-confiança ao jovem e podem ser utilizadas em todas as faixas etárias. Os pais devem procurar desenvolver e manter o hábito de conversar com os filhos desde a infância sobre os seus actos e comportamentos.

Outro ponto importante para os adolescentes é serem reconhecidos pelos da mesma idade como suficientemente bons e que permite aos mesmos reforçarem a sua segurança e auto-estima e sentirem-se suficientemente capazes para se tornarem independentes. O processo de independência é feito em relação aos pais, que podem facilitar ou dificultar o processo. A adolescência será mais tranquila quanto maiores forem os factores de protecção (aqueles que reforçam a auto-estima dos adolescentes) e menores os factores de risco (aqueles que dificultam e culpabilizam). Tudo que pode aumentar a auto-estima de uma criança ou de um adolescente é um factor protector (Projecto Face, 1995). Muito daquilo que os jovens são se deve ao contexto onde nasceram, cresceram, se desenvolveram e que tipo de comunicação tiveram com os outros, família, amigos, colegas, escola, etc.

A maioria dos pais de adolescentes, tanto em Portugal como no Brasil, fazem parte de uma geração onde ocorreram muitas transformações no modo de abordagem da

sexualidade e eles próprios não têm conhecimento suficiente ou capacidade para abordar esses assuntos com os seus filhos. A sexualidade, como parte integrante de todos, está presente nas formas e representações nas diferentes áreas do ser humano tais como corporal, emocional, social, religiosa, moral, ética e nas relações que os filhos estabelecem com os pais, irmãos, outros membros da família e da sociedade em geral. Os pais devem ter consciência que os filhos crescem, se desenvolvem e descobrem o mundo. Os pais têm a função de acompanhá-los nesse processo, dando condições dos filhos irem se tornando autónomos e responsáveis, em todos os sentidos. Educar os filhos é também ensinar-lhes sobre todos os temas. As crianças e jovens tem curiosidade acerca da sexualidade e isso faz parte do seu crescimento e desenvolvimento normal. Por isso, os pais devem enfrentar o tema de modo natural, mesmo que essa não seja uma tarefa fácil, mas que os canais de comunicação entre pais e filhos não se fechem e a sexualidade seja desmistificada e não seja tratada como um tabu dentro das famílias.

A falta de informação dos pais ou a dificuldade em transmiti-la aos filhos adolescentes está relacionada com a forma como eles próprios viveram o desenvolvimento da sua sexualidade. Nas famílias onde a sexualidade foi um tabu, não deu aos pais de hoje uma experiência onde se apoiar, uma referência de conduta ou um roteiro a seguir, embora esse facto possa ser contornado por outras fontes de informação confiáveis para os jovens.

Cardoso & Cocco (2003), num estudo realizado em Marília, Brasil, verificaram que a maioria das famílias não está preparada para discutir assuntos pertinentes a sexualidade e drogas com os seus filhos. Essa informação acaba sendo delegada para os profissionais de saúde, nos serviços de saúde e para os professores nas escolas. O mesmo estudo relata que os profissionais da educação e da saúde precisam conhecer a preocupação dos adolescentes com relação ao corpo e à sexualidade, para ajudá-los a vivenciar as experiências com mais conhecimento.

O papel dos pais também é importante para a educação dos filhos a respeito da sexualidade e a família tem uma responsabilidade dentro do processo de educação sexual por ser o primeiro grupo educador dos valores e da cultura. Em algumas culturas e também dependente do nível de escolaridade, os pais ainda têm alguma dificuldade em falar e conversar abertamente com os seus filhos a respeito da sexualidade, de relacionamentos sexuais, reprodução e contracepção. Actualmente alguns pais ou outros membros da família não se sentem informados o suficiente nem aceitos pelos adolescentes para aconselhá-los a este respeito. Em geral, os adolescentes buscam a informação entre os seus pares e nem sempre essa informação é a mais adequada.

Um modo como os pais podem tentar trabalhar a sexualidade com os seus filhos é partindo da própria curiosidade da criança e do jovem. Quando os canais de comunicação são abertos, quando os diálogos são facilitados desde a infância, é mais acessível para os pais continuarem a participar na educação sexual dos seus filhos, como parte natural e integrante do indivíduo, tranquilizando-os a esse respeito e permitindo dialogar sobre outros assuntos relacionados à sexualidade, a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e das gravidezes não desejadas na adolescência.

Pessoas que vivem em regiões degradadas e pobres das grandes cidades tem mais problemas de *stress* quotidiano e duras condições de vida e podem apresentar problemas psicológicos, familiares, sociais e comunicacionais. Os pais que vivem nesse meio podem não exercer as suas competências afectivas, de apoio, supervisão, controlo e autoridade junto aos seus filhos e também podem ter dificuldades de comunicação e na educação dos filhos (Ramos, 2004, 2005).

Outro ponto importante a observar é o problema do abandono escolar precoce, que está correlacionado com maiores riscos de envolvimento em situações problemáticas para os adolescentes tal como o uso e abuso de substâncias tóxicas. Outro factor associado ao abandono precoce da escola é a ocorrência de uma gravidez na adolescência. Apesar das limitações que a escola tem ela parece fornecer alguns factores de protecção aos jovens. A escola é formadora de comportamentos e atitudes e é um espaço e um tempo importantes e privilegiados para a incorporação de valores determinantes na construção da personalidade.

Cardoso & Cocco (2003) analisando a história de vida dos adolescentes, observou que a maioria dos jovens gostaria que a escola estivesse mais preparada na orientação sexual e na discussão sobre drogas e gravidez, uma vez que os familiares têm dificuldade em lidar com esses temas que geram conflitos no relacionamento em casa. Com a falta de acção por parte da família e da escola, o adolescente manifesta reacções individuais ou comportamentos sugeridos pelo grupo de pares no que diz respeito às doenças sexualmente transmissíveis, iniciação sexual, utilização de métodos contraceptivos e a gravidez.

A comunicação e informação em saúde no contexto da gravidez e da maternidade na adolescência podem ser observadas sobre vários aspectos, entre eles, a dificuldade de abordar o assunto da sexualidade, tanto por pais, pelos professores e mesmo por profissionais de saúde, para os adolescentes e mesmo da informação e conhecimento que deve ser transmitido aos jovens à respeito de reprodução, concepção e métodos anticoncepcionais. Segundo o estudo de Dias & Gomes (1999) os pais ainda encontram-se confusos em relação aos valores relacionados à sexualidade de suas filhas e ao seu próprio

papel na educação sexual das jovens, por consequência a comunicação era inadequada entre pais e filhas, onde os pais percebiam o que estava acontecendo com a vida sexual das filhas mas não conseguiam meios efectivos para orientação.

O uso responsável e consciente de métodos anticoncepcionais pode ser um meio possível de diminuir o número de gravidezes indesejadas. Porém, ainda existem muitos obstáculos para a utilização correcta dos métodos anticoncepcionais pelos adolescentes. Pode-se considerar que alguns profissionais de saúde acreditam que os jovens conhecem efectivamente os meios para evitar uma gravidez, mas será que os adolescentes têm realmente a capacidade de utilização dos métodos existentes? Num estudo realizado a respeito do comportamento sexual e reprodutivo de jovens brasileiros, a totalidade dos entrevistados “conhecia” algum método contraceptivo e a maioria já havia utilizado algum. A pesquisa também mostrou que o conhecimento dos jovens estava relacionado ao facto de “ter ouvido falar”, sem detalhar a questão da utilização adequada dos mesmos (Cabral, 2003).

Mais uma vez fica-se diante da dificuldade de comunicação sobre esse assunto. Os jovens dizem que “conhecem” mas não utilizam adequadamente os métodos contraceptivos. “Ter ouvido falar” não pode ser considerado realmente conhecimento a respeito de alguma matéria.

Os profissionais envolvidos com o trabalho com crianças e adolescentes devem ter em mente a importância da informação, da comunicação e da educação ao nível da sexualidade e para o ensino e aprendizagem da mesma pelos adolescentes, para o desenvolvimento de uma vida sexual e reprodutiva saudável e responsável. Considera-se que há necessidade de melhorar a informação e a comunicação em saúde por parte dos profissionais de saúde, no sentido de melhor capacitar os jovens sobre sexualidade e contracepção. Os pais devem se informar e se orientar mais adequadamente para poderem ajudar melhor no desenvolvimento integral dos seus filhos. A escola também é um importante espaço de aprendizagem desta temática.

Para o seu desenvolvimento psicossocial e sua formação intelectual, moral e espiritual, o adolescente precisa definir suas relações e processos de identidade, sua sexualidade, sua autonomia e principalmente desenvolver a auto-estima, a criatividade e seu projecto de vida. Para se desenvolver programas que satisfaçam a saúde integral dos adolescentes estes devem absorver todas essas necessidades.

4 – GRAVIDEZ E MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Introdução

A gravidez e maternidade na adolescência não são factos novos e sempre estiveram presentes na história da humanidade, contudo é um tema que tem sido bastante relevante nos últimos anos e vários estudos têm sido realizados em muitos países do mundo. Tanto países em desenvolvimento como países desenvolvidos enfrentam este “problema”. A gravidez e a maternidade na adolescência são importantes objectos de análise por afectarem as jovens, seus filhos e suas famílias nos aspectos médicos, de saúde e sobretudo social.

A gravidez e a maternidade sempre foram valorizadas ao longo do tempo, em quase todas as culturas, principalmente pela conservação da espécie e a continuidade cultural. Actualmente são consideradas como um dos “ritos de passagem” da vida, como o casamento ou a morte. A gravidez, na vida da mulher, corresponde a um período que envolve alterações a vários níveis e é também um período que vai facilitar a sua preparação para a maternidade, para treinar as tarefas maternas, estabelecer vínculos afectivos com o bebé, aceitar o filho como um indivíduo separado da mãe e incorporar na sua identidade, a realidade de ser mãe (Canavarro, 2001).

A gravidez e a maternidade na adolescência são consideradas um problema de saúde pública em vários países e são percebidos como um problema de várias causas onde vários componentes estão envolvidos. Pode-se considerar como problema de saúde pública porque causa um impacto na saúde do indivíduo e de sua família e também um impacto na sociedade. O modo como a gravidez e a maternidade afectam a adolescente, a sua família e a sociedade envolvente está relacionada com a sua própria cultura.

A gravidez na adolescência é vista como um problema multifacetado nas sociedades ocidentais desenvolvidas, constituindo-se também como um problema social, visto que ocorre numa fase de desenvolvimento das jovens que tem como objectivo a preparação para a vida adulta, geralmente interrompida e dificultando esta fase de desenvolvimento (Lereno, Gomes & Faria, 1996, Oliveira, 1998, Simões, 2004).

Vários factores são apontados para a ocorrência de uma gravidez na adolescência e entre eles estão o adiantamento da puberdade, a desorganização familiar, o início cada vez mais precoce das relações sexuais, a vulgarização do sexo pelos meios de comunicação social, a não incorporação dos métodos contraceptivos pelos adolescentes, a sociedade que estimula a actividade sexual e erotismo do corpo, a baixa escolaridade, a ausência de um

projecto de vida, a baixa auto-estima, a promiscuidade e mesmo o desejo da gravidez em algumas jovens, pelo facto de lhes conferir um novo estatuto social perante os adultos. Também se pode dizer da falta ou inadequada informação ou conhecimento dos jovens a respeito dos métodos contraceptivos ou, mesmo tendo o conhecimento, a utilização inadequada dos mesmos por vários motivos.

Considerado como um problema multifacetado, plurifactorial, pretende-se compreender o fenómeno através da interacção de vários pontos de análise. A gravidez e a maternidade na adolescência são um problema complexo que podem ser observados separadamente em várias dimensões que serão aqui detalhadas. Também será descrito neste capítulo, a importância e a necessidade dos suportes sociais na vida das crianças e adolescentes nos contextos estudados.

4.1 – Dimensão numérica

A gravidez e maternidade na adolescência têm altas taxas em muitos países tanto desenvolvidos como em desenvolvimento. Ao considerar-se a dimensão quantitativa da gravidez na adolescência será realizado nesta parte do trabalho, um relato das taxas de gravidez adolescente em várias regiões do mundo. Segundo o relatório da OMS “*Adolescent Pregnancy: Issues in Adolescent Health and Development*” de 2004, a taxa de gravidez na adolescência é muito variada. Esta taxa é apresentada pelo número de nados vivos por cada 1000 adolescentes (mulheres com menos de 20 anos) que tiveram bebés, em determinado espaço geográfico e tempo. A maternidade na adolescência também pode ser apresentada pela percentagem de nados vivos, filhos de mães com menos de 20 anos de idade sobre o número total de nados vivos de determinada área geográfica e tempo.

Nos países da África subsaariana, a taxa média de nascimentos entre jovens de 15 a 19 anos é de 143/1000, variando de 45/1000 nas Ilhas Maurício para 229/1000 na Guiné. É uma taxa muito alta quando comparada à média mundial de 65/1000. Em alguns países africanos, 30 a 40% de todas as adolescentes experimentam a maternidade antes dos 18 anos. Alguns números da taxa de nascimentos de jovens entre 15 a 19 anos de outros países da região: Etiópia 168/1000 (Yoseph, 1989 *in* WHO, 2004), Uganda 179/1000 e Zâmbia 132/1000 (WHO, 2004).

Nos países do Oriente Médio e norte da África a taxa média de nascimentos de bebés de mães entre 15 a 19 anos é de 56/1000, variando de 18/1000 na Tunísia a 122/1000 em Oman. Em alguns países houve declínio desta taxa entre os anos 70 e 90 (Singh, 1998

in WHO, 2004). Em Israel, no distrito de Haifa, a taxa de nascimentos entre mães com idade de 15 a 19 anos é de 19/1000. É uma taxa relativamente baixa. No Kuwait a taxa é de 31/1000. Na Arábia Saudita a taxa é de 114/1000. Neste país, a idade média do casamento para as mulheres é de 14 anos e a média de idade da primeira gravidez é de 16 anos (Khwaja et al., 1986 in WHO, 2004). No Sudão a taxa é de 52/1000. Um grupo de mulheres de uma zona rural acompanhadas durante os anos de 1985 a 1988 revelou uma percentagem de 13% de mães adolescentes.

Na Ásia e Pacífico a taxa média é de 56/1000 variando de 4/1000 no Japão a 115/1000 em Bangladesh. Desde os anos 70 tem sido observado um decréscimo dessa taxa em países do sul da Ásia (Singh, 1998 in WHO, 2004). O casamento precoce é comum entre adolescentes no sul da Ásia e entre 25 a 35% das adolescentes no Paquistão, Bangladesh, Índia e Nepal começam a ser mães por volta dos 17 anos de idade (UNFPA, 2001 in WHO, 2004). Em Bangladesh, 69% das adolescentes entre os 15 e 19 anos de idade são casadas. A maioria dos casamentos acontece logo após a menarca. Esses casamentos precoces resultam em uma elevada proporção de primeiras gestações antes dos 19 anos (Rahman et al., 1989 in WHO, 2004). Na Índia, a taxa de nascimentos de bebês de mães adolescentes é de 107/1000 mas existem consideráveis diferenças entre as regiões rurais e urbanas sendo de 121/1000 nas zonas rurais e de 36/1000 em Deli (NFSH-2, 1998-99 in WHO, 2004). No Paquistão a taxa é de 89/1000. No Sri Lanka a taxa é de 20/1000. Na Austrália a taxa recente é de 19,8/1000 nascimentos mas tem uma taxa de abortos de 23,8/1000. (Singh & Darroch, 2000 in WHO, 2004). Na Nova Zelândia a taxa de nascimentos entre adolescentes é de 34/1000 (Singh & Darroch, 2000 in WHO, 2004).

Na América Latina, a taxa média de nascimentos entre adolescentes (15 a 19 anos) é de 78/1000, variando de 56/1000 no Chile a 149/1000 na Nicarágua (UNFPA, 1998 in WHO, 2004). Na maioria dos países não há indicação de decréscimos nestas taxas e em alguns deles tem sido verificado um aumento da mesma. Em algumas partes da América Latina 30 a 40% das adolescentes experimentam a maternidade antes dos 18 anos. (Senanayake & Ladjali, 1994 in WHO, 2004). No México, trabalhos recentes mostram uma taxa de 77/1000 nascimentos. Na Nicarágua a taxa é de 149/1000. Neste país, 24% da população é adolescente e por volta dos 15 anos de idade, 25% dos jovens, de ambos os sexos, são sexualmente activos e por volta dos 17 anos, 25% das jovens já tiveram sua primeira gravidez (Zelaya et al., 1997 in WHO, 2004). No Brasil, as taxas de fecundidade vêm decrescendo em todas as regiões desde 1970, atingindo em 1999, a média de 2,2 filhos por mulher. A fecundidade ainda é alta entre as adolescentes. A maior proporção de mães

adolescentes foi observada na Região Norte (30%) e a menor na região Sudeste (20%) (MS-Brasil, 2001).

Na América do Norte, os Estados Unidos apresentaram uma das maiores taxas de gravidez adolescente entre os países desenvolvidos. Nos anos 90, a taxa de gravidez era de 83,6/1000. Também há uma grande diferença entre os estados americanos tendo o estado de Nevada uma taxa de gravidez de 140/1000 e Dakota do Norte com 50/1000. Muitos estados também apresentam altas taxas de aborto (WHO, 2004). No Canadá, embora perto e culturalmente semelhante aos Estados Unidos, as taxas de gravidez adolescente são bem mais baixas ficando em torno de 45,4/1000 (adolescentes de 15 a 19 anos) com uma taxa de abortos de 21,2 e de nascimentos de 24,2 (WHO, 2004).

Na Europa, a taxa média de nascimentos entre adolescentes (15 a 19 anos) é de 25/1000, variando entre 4/1000 na Suíça e 57/1000 na Bulgária. A República Checa tem uma taxa de gravidez de 32,4/1000 e de nascimentos de 20,1/1000 (Singh & Darroch, 2000 *in* WHO, 2004). Na Grécia, a taxa de nascimentos de bebês de mães de 15 a 19 anos é de 18/1000. Na Irlanda esta taxa é de 15/1000. Os países escandinavos têm as taxas mais baixas de gravidez adolescente e a Suécia, Noruega e Dinamarca tiveram um decréscimo de suas taxas devido ao aumento da disponibilidade de métodos contraceptivos para adolescentes. No Reino Unido as taxas de gravidez adolescente são relativamente elevadas comparadas com outros países da Europa, tendo este país uma taxa de gravidez adolescente de 46,9/1000, de abortos de 18,6/1000 e de nascimentos de 28,4/1000. Em Portugal, a percentagem de nascimentos de bebês de mães adolescentes foi de 6,24% para o ano 2000 e de 5,04% para o ano de 2005. Embora seja observada uma incidência decrescente de nascimentos de bebês de mães adolescentes, a maternidade na adolescência ainda configura-se como um problema na medida em que podem afectar negativamente as jovens em vários níveis psicológico, biológico, social, educativo e económico (Projecto Rosa, 2007). A percentagem de nados vivos de mães adolescentes em Portugal é mais alta que em outros países da Europa dos 15.

Um factor que pode ser observado relativamente às taxas de gravidez e maternidade nos diferentes continentes é o diferente modo de percepção sobre o tema, relativamente à cultura de cada país. Nos países desenvolvidos da Europa, o casamento geralmente acontece em idades mais avançadas, e a gravidez igualmente. Em Portugal, segundo o Instituto Nacional de Estatística – INE, a idade média do casamento no ano de 2005, para o sexo masculino era de 31,3 anos e para o sexo feminino de 28,9 anos. A idade média da mulher ao nascimento do primeiro filho era de 27,8 anos e a idade média da mulher ao

nascimento de um filho era de 29,6 anos (INE, 2006). Nos países menos desenvolvidos, na maioria dos países da América Latina os casamentos acontecem mais precocemente. No Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, a idade média do casamento no ano de 2005, para o sexo feminino era de 26,8 anos e para o sexo masculino de 30,2 anos (IBGE, 2006a). Um factor importante a observar é que, nas classes sociais com mais baixo rendimento, ocorre muito mais frequentemente a união de facto, que não é contabilizada pelo IBGE para o cálculo da idade média do casamento, já que este cálculo é feito a partir das informações dos cartórios de registo civil.

Segundo o IBGE (2006b), houve uma redução da fecundidade nas últimas décadas no Brasil, excepto na faixa etária dos 15 aos 19 anos. Após 2002, ocorreu uma estabilização da proporção de registos de nados vivos de mães menores de 20 anos, em torno de 20% dos nascimentos. Em 2005 ocorreu um declínio da percentagem em alguns estados e regiões. Este tema é de grande relevância em termos biológicos (para as jovens que são mães em idades muito precoces e seus filhos) e em termos sociais, por atingir uma grande proporção de adolescentes de classes sociais menos favorecidas economicamente, e ainda em período de formação e educação básica (IBGE, 2006b).

No quadro nº 1, pode-se verificar a percentagem de nascimentos de bebés de mães com menos de 20 anos, nos anos de 1995 a 2005, de acordo com os registos de nascimentos, dos cartórios de registo civil. Essa informação, a partir dos registos de nascimentos pode ser diferente da informação observada através das fontes de informação dos serviços de saúde, especificamente o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, do Ministério da Saúde do Brasil.

Quadro nº 1: Percentagem de nascimentos em mães com menos de 20 anos – Brasil e regiões – 1995-2005

Ano	Brasil	Regiões				
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste
1995	18,8	21,9	19,3	17,8	18,4	23,1
1996	19,9	22,8	20,7	18,8	19,2	23,9
1997	20,4	23,8	21,5	19,3	19,5	24,2
1998	21,1	23,1	22,6	19,7	20,2	24,8
1999	21,1	23,7	23,3	19,6	20,2	24,5
2000	21,3	25,3	23,5	19,5	20,3	24,5
2001	21,2	25,7	23,5	19,2	20,2	23,7
2002	20,8	25,6	22,9	18,5	19,7	22,8
2003	20,8	25,8	23,3	18,1	19,5	22,7
2004	20,6	25,4	23,9	17,7	19,1	22,1
2005	20,7	24,8	23,7	18,4	19,0	21,7

Fonte: IBGE, Directoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estatísticas do Registo Civil. 1995-2005

Pode-se observar no quadro nº 2, o número de nascimentos por 1000 mulheres em idade fértil, nos vários países e continentes.

Quadro nº 2: Nascimentos por 1000 mulheres em idade fértil (15 a 19 anos)

Table 1: Births per 1000 females age 15–19 years (UNICEF, 1998)									
Sub-Saharan Africa		M. East & N. Africa		East/South Asia & Pacific		Americas		Europe	
Mauritius	45	Tunisia	18	Japan	4	Canada	24	Switzerland	4
Rwanda	54	Israel	19	Korea Rep	4	Chile	49	Netherlands	7
South Africa	70	Algeria	24	China	5	Trinidad	51	France	8
Botswana	83	Lebanon	26	Korea Dem	5	Haiti	53	Italy	8
Kenya	101	Morocco	28	Singapore	8	Peru	57	Belgium	9
Namibia	104	Kuwait	31	Cambodia	15	USA	60	Denmark	9
Zimbabwe	114	Turkey	43	Sri Lanka	20	Uruguay	60	Spain	10
Ghana	115	Jordan	44	Australia	22	Argentina	64	Sweden	10
Togo	119	Syria	44	Papua N Guin	24	Cuba	65	Finland	11
Mozambique	124	Iraq	45	Malaysia	26	<i>Reg. average</i>	<i>68</i>	Germany	13
Tanzania	124	Sudan	52	Myanmar	31	Mexico	69	Ireland	14
Eritrea	128	<i>Reg. average</i>	<i>56</i>	N Zealand	32	Brazil	71	Norway	16
Zambia	132	Egypt	62	Viet Nam	33	Ecuador	71	Greece	18
C. Afr. Rep.	134	U Arab Emir	73	Mongolia	39	Colombia	74	Austria	21
Congo	136	Iran	77	Philippines	40	Paraguay	76	Lithuania	22
Nigeria	138	Yemen	101	Lao Rep	50	Bolivia	79	Portugal	22
Cameroon	140	Libya	102	<i>Reg. average</i>	<i>56</i>	Panama	81	Belarus	24
Madagascar	142	Saudi Arabia	114	Indonesia	58	Dom. Rep.	88	Poland	25
Senegal	142	Oman	122	Thailand	70	Jamaica	88	<i>Reg. average</i>	<i>25</i>
<i>Reg. average</i>	<i>143</i>			Bhutan	84	Costa Rica	89	Estonia	27
Gambia	153			Nepal	89	El Salvador	92	Slovenia	27
Burkina Faso	157			Pakistan	89	Venezuela	98	Bosnia/Herzeg.	29
Malawi	159			India	109	Guatemala	111	Hungary	29
Ethiopia	168			Bangladesh	115	Honduras	113	Latvia	30
Chad	173					Nicaragua	133	Albania	31
Gabon	175							Croatia	31
Uganda	179							UK	31
Guinea Bissau	180							Moldova Rep.	32
Mali	181							Czech Rep.	35
Sierra Leone	201							Slovakia	35
Congo Dem Rp	206							Ukraine	36
Liberia	206							Yugoslavia	38
Niger	206							Russian Fed.	39
Somalia	208							Macedonia	40
Angola	212							Romania	43

Fonte: WHO, 2004

4.2 – Aspectos Biológicos

A gravidez e maternidade na adolescência são um objecto de estudo multifacetado. Dentro dos factores individuais que poderão contribuir para a ocorrência da gravidez e maternidade estão os determinantes de ordem biológica e psicológica, onde se enquadram os factores físicos, sociais, cognitivos, emocionais, o comportamento sexual e contraceptivo das jovens e a realização escolar e profissional.

Biologicamente, verifica-se uma tendência das jovens alcançarem a maturação física mais precocemente. A idade em que surge a puberdade e o aparecimento da menarca é influenciada pela origem étnica, clima e outros factores relacionados com as condições de vida, com as adolescentes atingindo o período de fertilidade mais precocemente. Scaf (1983) cita que a genética, o clima, o stress, o nível socio-económico, a origem étnica, a prática de desportos e factores psico-emocionais, em diversos níveis, podem influenciar o aparecimento da menarca. Segundo Ellis et al. (2000, 2003) a presença parental e especialmente a ausência paterna pode influenciar no aparecimento ou não de uma gravidez na adolescência. A maturidade sexual acontecendo mais precocemente poderia contribuir para o início precoce da actividade sexual e, de acordo com o comportamento sexual da adolescente, surgir o risco de uma gravidez na adolescência.

Segundo relatos da literatura, uma gravidez na adolescência pode afectar a saúde da jovem e do seu filho. De acordo com vários autores que já estudaram o mesmo tema, filhos de mães adolescentes têm maior probabilidade de apresentar baixo peso ao nascer, maior probabilidade de ter problemas de saúde e, conseqüentemente maior probabilidade de morte prematura do que filhos de mães com idade acima dos 20 anos. Esses riscos devem-se em parte a factores como a imaturidade fisiológica e o desenvolvimento incompleto da ossatura pélvica e do útero da adolescente (Beretta, 1995 *in* Oliveira, 1998). Segundo outros autores, também podem ocorrer mais complicações obstétricas, prematuridade, atrasos de desenvolvimento cognitivo, menor rendimento escolar e problemas comportamentais (Figueiredo, 2000). Outros problemas que podem ocorrer são a toxemia gravídica, que aparece nos três últimos meses de gestação e principalmente na primeira gravidez da adolescente, podendo também ocorrer pré-eclâmpsia e eclâmpsia com risco de morte para a mãe e para o bebé.

Os estudos revelam também que podem ocorrer alterações no desenvolvimento físico dos filhos de mães adolescentes no primeiro ano de vida, nomeadamente em relação

ao peso, altura e presença de doenças infecciosas e problemas respiratórios (Osofsky & Osofsky, 1970 *in* Justo, 2000). Porém, outras investigações revelam uma ausência entre a idade materna e problemas de saúde no bebê no período neonatal, pelo que os resultados negativos encontrados junto de filhos de mães adolescentes poderão estar mais relacionados com o nível socioeconômico do que com a idade materna (César et al., 2000). Logo, mais importante que a idade da mãe, estão outras variáveis como a ausência de cuidados pré-natais e deficits nutricionais. Lourenço (1998) no seu estudo relacionou os riscos de saúde da mãe e do filho com a procura tardia de cuidados pré-natais.

Segundo relatório da OMS sobre o tema, divulgado em 2004, algumas complicações da gravidez podem ocorrer mais frequentemente nas adolescentes do que nas grávidas adultas, embora vários trabalhos cite que os problemas que ocorrem são geralmente nas jovens com menos de 15 anos. Os problemas podem afectar principalmente as adolescentes mais novas, com idades mais baixas, que ainda não têm o seu próprio corpo completamente desenvolvido.

A anemia é uma complicação que geralmente ocorre em mulheres grávidas e em alguns estudos a sua prevalência é maior entre as grávidas adolescentes enquanto em outros estudos, não foram encontradas diferenças entre adolescentes e adultas. Como a causa da anemia está geralmente na deficiência nutricional e em doenças infecciosas (por ex. malária), a anemia pode ser tratada quando a gestante realiza o seu acompanhamento pré-natal adequadamente (WHO, 2004).

Alguns estudos realizados em países desenvolvidos relatam que não há diferenças no trabalho de parto entre grávidas adolescentes e adultas. A literatura refere que adolescentes grávidas realizam uma percentagem maior de partos normais. Vários factores podem influenciar a opção das mulheres pelo tipo de parto a ser realizado. Fabri et al. (2002) realizou um estudo em Uberaba, Brasil, em dois hospitais, um público e um privado, e concluiu que as mulheres com escolaridade mais alta realizavam mais partos cesarianas. O estudo realizado por Barbosa et al. (2003), em duas maternidades no município do Rio de Janeiro, Brasil, uma pública e outra convencionada, indicou que a maioria das mulheres estudadas não quer o parto cesariana. Partos normais ou cesarianas são realizados mais de acordo com a opção dos obstetras e das próprias adolescentes gestantes. A informação disponível nos países desenvolvidos leva à conclusão que os partos nas adolescentes não são mais complicados que nas mulheres adultas. Alguns estudos realizados em países em desenvolvimento, em regiões muito pobres, relatam que mães adolescentes muito jovens (menores de 16 anos) podem apresentar ossos pélvicos e

canal de nascimento ainda imaturos que podem causar uma obstrução para o parto e/ou outras complicações (WHO, 2004).

Vários estudos realizados em países desenvolvidos e em desenvolvimento mostraram que há uma maior probabilidade de nascimento pré-termo entre as gestantes adolescentes. Uma possível causa para este parto pré-termo pode estar mais relacionada à falta ou ao inadequado acompanhamento pré-natal realizado pela adolescente do que propriamente à sua idade. Geralmente as adolescentes adiam a procura pelos serviços de saúde para o início da vigilância da gravidez.

Nos países em desenvolvimento, as adolescentes podem estar em condições sociais de privação, podem ser fisicamente abusadas e também o tabagismo pode ser uma causa para o parto pré-termo. Esses factores sociais e comportamentais podem afectar adversamente a gestação, levando a um parto precoce. Em outros estudos o risco de parto pré-termo em adolescentes está relacionado com a imaturidade de desenvolvimento físico da adolescente no momento da gravidez. Adolescentes que engravidam menos de dois anos após a menarca têm maiores probabilidades de terem parto pré-termo e bebés com baixo peso ao nascimento.

Outra questão associada à gravidez/maternidade na adolescência é a mortalidade materna. A mortalidade materna é muito baixa nos países desenvolvidos enquanto é mais elevada nos países em desenvolvimento. Um estudo realizado na Nigéria (Harrison et al., 1985 *in* WHO, 2004) mostrou que havia uma taxa mais elevada de mortes entre mães adolescentes (menores de 15 anos) que entre mães adultas (20 a 24 anos). Uma das possíveis causas dessa mortalidade nos países em desenvolvimento são anemia, malária, hipertensão gravídica, septicemia puerperal e septicemia por aborto. Essa mortalidade está basicamente relacionada às mães que não realizaram o acompanhamento pré-natal adequado. Num estudo realizado na Índia foi observado uma maior proporção de óbitos entre mães mais jovens (15 a 19 anos) e as mulheres que morreram eram de um estatuto social significativamente baixo, com pouca escolaridade, tinham baixo nível educacional e faziam pouca utilização dos serviços de saúde, especialmente cuidados pré-natais (WHO, 2004). A mortalidade materna parece estar mais associada a factores socioeconómicos e de ausência ou precária atenção à saúde, que propriamente à idade materna.

Embora possam ocorrer problemas de saúde tanto para a mãe adolescente como para o bebé, trabalhos científicos já demonstraram que quase todos os problemas de saúde podem ser resolvidos se a adolescente procurar os serviços de saúde e fizer o acompanhamento pré-natal adequadamente. Isso geralmente não acontece porque a

adolescente demora a reconhecer a sua situação, algumas vezes esconde a gravidez e adia a procura dos serviços de saúde até quando não pode mais esconder a gravidez.

Dos problemas envolvidos com a gravidez precoce, a dimensão biológica parece ser a menor e mais contornável. Uma assistência pré-natal especializada, precoce e preferencialmente multiprofissional é capaz de minimizar os riscos para a saúde tanto da mãe adolescente como para o seu bebé (Souza, 2002).

4.3 – Aspectos económicos e educacionais

Os factores relacionados com o sucesso académico e a carreira profissional também devem ser analisados quando se estuda a gravidez e maternidade na adolescência. Jovens com baixo desempenho académico, aspirações escolares baixas e abandono escolar são mais vulneráveis à ocorrência de uma gravidez precoce e a mais problemas escolares (Justo, 2000). Jovens com poucas ambições profissionais e objectivos de vida pouco definidos também apresentam maior risco de gravidez.

A escolaridade é influenciada por factores socioeconómicos e não se poderá fazer uma análise desses factores sem ter em consideração os recursos sociais à disposição das adolescentes, o que quer dizer que as jovens irão construir as suas aspirações de futuro académico e profissional, com base na percepção que têm das oportunidades ao seu alcance. Deste modo, quando se apresentam poucas opções para a vida das adolescentes, estas poderão ter menor motivação para investir nos estudos, tornando-se assim, mais vulneráveis à ocorrência de uma gravidez.

Alguns autores relatam que as adolescentes engravidam quando já se encontram fora do contexto escolar (Lereno, Gomes & Faria, 1996, Canavarro & Pereira, 2001), não existindo um projecto de vida ou mesmo, para algumas adolescentes, a maternidade surge como um projecto de vida. A jovem, dispendo de poucas possibilidades de futuro, entre o não querer e o não poder continuar a estudar e vislumbrando poucas oportunidades de emprego, vê-se diante de um quadro onde a maternidade surge como uma oportunidade de dar sentido à vida e assegurar um papel activo na sociedade (Figueiredo, 2001).

As adolescentes procurariam na gravidez um caminho alternativo de satisfação e realização pessoal, alternativo a outras possibilidades com as quais a jovem não se identifica e nem se sente recompensada como a virgindade ou a afirmação escolar. Desse modo, a maternidade se constituiria como um projecto de vida para a adolescente, que se

vê diante de escassas alternativas e pobres perspectivas ao nível escolar e profissional e ausência de formação profissional (Simões, 2004).

A gravidez e maternidade na adolescência acontece em todas as classes sociais, mas é mais grave nas populações mais carentes. O rigor religioso e os tabus morais internos das famílias, a ausência de alternativas culturais, de lazer e de orientação sexual específica contribuem para aumentar o problema. Por causa da repressão familiar, algumas adolescentes grávidas fogem de casa, abandonam os estudos e com isso, interrompem o seu processo de socialização e abrem mão da sua cidadania.

Estudos mostram que quanto maior o rendimento familiar per capita ou o número de anos de educação, menor é a taxa de natalidade. Em relação à educação formal, os resultados mostram que quanto mais anos de estudo tem uma mulher, menor é a sua taxa de fertilidade (MS-Brasil 2006b, Ramos, 2004). Psicólogos, assistentes sociais, médicos e pedagogos concordam que a liberalização da sexualidade, a desinformação sobre o tema, a desagregação familiar, a urbanização acelerada, as precariedades das condições de vida e a influência dos meios de comunicação, que transmitem padrões de comportamento inadequados são responsáveis pelo número de adolescentes grávidas.

O nível socioeconómico baixo é um factor destacado por inúmeros autores, onde as adolescentes pertencentes a contextos desfavorecidos estariam mais vulneráveis à ocorrência de uma gravidez. Adolescentes provenientes de situações socioeconómicas desfavorecidas ou pertencentes a minorias étnicas têm sido caracterizadas como iniciando mais precocemente a sua actividade sexual com menos utilização de métodos contraceptivos, com menos tendência a retardar a maternidade, comparativamente as adolescentes com nível socioeconómico mais elevado. Nos ambientes familiares onde aparece a pobreza, há poucas oportunidades educativas, geralmente a escola é desvalorizada e as jovens são forçadas a tornarem-se profissionalmente activas para contribuir com as despesas familiares (Canavarro & Pereira, 2001). Os estudos mostram que a gravidez na adolescência está associada a meios desfavorecidos, a habitações carenciadas com famílias numerosas e várias gerações coabitando a mesma casa, baixos níveis de escolaridade da adolescente e dos seus familiares, ausência de formação profissional da adolescente e dos seus pais e factores associados à pobreza (Justo, 2000).

Pode-se observar o impacto adverso da gravidez precoce quando se examina a relação entre educação, pobreza e maternidade precoce. Adolescentes cujo rendimento familiar se classifica entre os mais pobres têm pouco acesso à educação, ou acesso

dificultado e quase não têm oportunidades de completar o ensino após o nascimento de um filho.

A baixa escolaridade, o abandono da escola e do trabalho e a iniciação sexual precoce representam um risco social, económico, psicológico e também um risco para a saúde sexual e reprodutiva dos jovens. Muitas vezes a gravidez na adolescência passa a ser um projecto das jovens, uma forma de transição para a vida adulta. Já durante a gravidez algumas adolescentes abandonam a escola e o emprego. Quando muito estudam ou trabalham até ao sétimo mês de gravidez. Constrangimentos e pressões podem estar entre os factores que determinam a saída da escola antes do nascimento do filho.

Após o nascimento, o abandono da escola é a saída que se impõe às mães jovens, sejam as que necessitam pagar com o seu trabalho doméstico a família que a abriga e ao seu filho, sejam as que necessitam ganhar o sustento para ambos. A adolescente que não tem uma formação adequada acaba por encontrar apenas empregos com baixa remuneração, o que acaba por perpetuar um problema.

O apoio da família, em especial nos estratos de baixo rendimento, em alguns casos significa uma diluição, ou atenuação, da legitimidade da autoridade da mãe adolescente sobre o filho/filha. Quando não conseguem apoio familiar, e também não conseguem apoio nas instituições, tais como creches para os seus filhos, muitas vezes ainda têm que destinar parte do seu baixo rendimento a outra jovem que cuidará de seu filho durante o seu trabalho.

Jovens oriundas de famílias com maior poder económico e que aceitam a gravidez ainda podem visualizar a possibilidade de completar os seus estudos e retomar o seu projecto de vida. A não continuidade dos estudos significará uma menor qualificação, portanto, menores oportunidades de competir num mercado de trabalho cada vez mais exigente e com menos ofertas, além da submissão ao trabalho informal e mal remunerado.

Um ponto que deve ser observado na dimensão económica e educacional é a questão da paternidade na adolescência, menos estudada que a maternidade na adolescência. A paternidade na adolescência tem sido relatada com características semelhantes com a maternidade adolescente nos aspectos educacionais, sociais e económicos. Jovens do sexo masculino com maior escolaridade, mais opções e recursos poderão sentir que tem mais a perder com a paternidade precoce e utilizar mais eficazmente os métodos contraceptivos, enquanto que jovens em situações menos favorecidas economicamente, com menos opções de vida, poderão visualizar a paternidade, mesmo que precoce, como a aquisição de um papel positivo.

Segundo a literatura, os jovens que se tornam pais na adolescência têm normalmente baixo índice de escolaridade e profissões pouco qualificadas, são provenientes de famílias com poucos recursos sociais e económicos e apresentam uma maior incidência de problemas comportamentais e académicos. Alguns estudos ainda revelam que a maior parte dos adolescentes pais não completa tantos anos de escolaridade como os seus pares não pais, abandonando a escola precocemente. Cabral (2002) realizou um estudo na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, com entrevistas em profundidade efectuadas com adolescentes que foram pais, onde são destacados os contextos de vida dos jovens no que toca ao processo de escolarização e à entrada no mercado de trabalho e suas interfaces com a gravidez. Segundo o estudo, o abandono escolar pelos jovens dá-se entre os 14 e 18 anos, quando ainda não completaram o ensino fundamental (9º ano em Portugal), e as principais justificativas são porque buscam trabalho, por causa da gravidez da parceira quando se torna impossível continuar a estudar e ainda o desinteresse pelos estudos.

O trabalho é importante na trajectória dos jovens das camadas populares e também é um elemento relevante na construção da identidade masculina. A entrada dos rapazes das camadas populares no mercado de trabalho acontece por volta dos 14 anos, cuja idade simboliza uma quase maioridade (Heilborn, 1997 *in* Cabral, 2002). A gravidez não representa uma mudança no percurso escolar dos rapazes e não é a principal justificativa para a interrupção dos estudos mas provoca a necessidade no jovem em buscar um trabalho prioritariamente ao estudo (Cabral, 2002). Segundo o estudo realizado por Dias & Aquino (2006) em três municípios brasileiros, o abandono escolar dos rapazes acontece anteriormente à gravidez da sua parceira e 47,8% dos rapazes já estavam fora do sistema escolar quando nasceu o primeiro filho.

Quando se examina o padrão de fertilidade, é provável que ele seja estabelecido na adolescência, pois mulheres que começam a ter filhos mais cedo, geralmente, têm mais filhos. O “Levantamento Mundial de Fertilidade” realizado no final da década de 1980 encontrou que, em 27 dos 29 países abrangidos, mulheres que se casavam com 22 anos ou mais tinham em média 0,5 filho a menos do que mulheres que se casavam aos 18 ou 19 anos (OMS, 1994). Em muitos casos a jovem mãe acaba por engravidar novamente antes mesmo do primeiro filho completar 3 anos de idade e assim, a adolescente acaba por acentuar a sua condição de dependente e subordinada.

Uma outra face da relação entre escolaridade e gravidez na adolescência é a que aponta significativas influências do nível de escolaridade na ocorrência desse tipo de

gravidez. A menor escolaridade é uma característica geral das adolescentes que tiveram filho, independentemente de seu nível de rendimento ou sua residência (áreas urbanas ou rurais). Geralmente as jovens oriundas de zonas rurais têm uma maior tendência ao casamento e maternidade precoces devido à falta de outras oportunidades além do trabalho no campo.

Os baixos níveis de escolaridade de uma população acabam por reforçar a não preparação das jovens para o mercado de trabalho. A ausência de qualificação profissional agrava essa não preparação afastando as jovens do mercado de trabalho. Geralmente a média de anos de escolaridade é baixa entre as adolescentes grávidas. A relação entre anos de estudo e nível de renda (ou anos de estudo e desemprego) é bastante conhecida.

A fertilidade, em geral, apresenta uma relação inversa com nível educacional das mulheres: mulheres sem educação formal têm, em média, o dobro do número de filhos do que aquelas com sete ou mais anos de escolaridade (OMS, 1994, Ramos, 2004). Segundo um impresso da Sempreviva Organização Feminista (Organização não Governamental Brasileira) publicado em 1997, aponta que entre as meninas que ficam mais de cinco anos na escola, 5 em cada 100 engravidam antes de fazer 19 anos. Entre as meninas sem instrução, a proporção sobe para 17 em cada 100. Para as autoras, esses dados podem significar que a escola está ensinando algo sobre corpo, sexualidade e relações afectivas. Uma outra hipótese é que o facto de continuar os estudos aumente a auto-estima e proporcione à adolescente projectos de vida profissional mais amplos que o de ser apenas esposa e mãe.

Segundo alguns autores, a continuidade dos estudos da adolescente ao contribuir para um melhor nível socioeconómico e emprego, um número reduzido de filhos e o casamento, antes ou depois de o bebé nascer são variáveis que funcionariam como protectores do desenvolvimento positivo dos filhos de mães adolescentes (Furstenberg et al., 1987 *in* Figueiredo, 2000)

4.4 – Aspectos psicológicos, sociais, culturais e comportamentais

De acordo com a literatura, uma gravidez quando acontece na adolescência, está relacionada com o meio cultural, com aspectos psicológicos e com o meio social em que as jovens se encontram inseridas.

Várias são as possíveis leituras psicológicas para o fenómeno da gravidez e maternidade na adolescência, dependendo da orientação teórica e empírica dos autores.

Alguns autores abordam o tema de forma simplista tentando explicar o problema com uma única causa, enquanto outros o consideram um fenómeno complexo que deveria ser estudado de um modo holístico. Vários autores estão de acordo com o facto da dificuldade de se criar um filho nas melhores condições se a mãe não tiver concluído o seu processo maturativo, traduzido em uma independência económica, com trabalho estável, apoio familiar e da sociedade (Cordeiro, 1987). Porém, os factores sócio-culturais do contexto de pertença do indivíduo não deverão ser esquecidos na análise de uma gravidez na adolescência.

A ocorrência de uma gravidez na adolescência pode interferir no desenvolvimento psicológico maturativo normal da jovem, na construção da sua identidade própria, podendo a gravidez ser um factor desorganizante. Em situações onde a jovem experimenta sentimentos de vazio acompanhados de uma vivência depressiva, a adolescente enveredaria para relações sexuais na tentativa de se sentir segura. Como a personalidade da adolescente ainda não está totalmente organizada, a gravidez, contrariamente ao que a adolescente idealizava imaginariamente, pode levá-la a sentir que perdeu uma parte de si própria, sendo dominada por um sentimento de vazio. A adolescente, na tentativa de preencher o vazio, procura um novo objecto de afecto, amor e carinho, na medida em que se sente carente. A gravidez também pode constituir-se como uma tentativa da adolescente para entrar na vida adulta e fazer parte do grupo das mulheres, que passariam a ser os seus pares.

A adolescência é uma fase do desenvolvimento onde podem surgir algumas crises e, a adolescente ao engravidar pode viver uma dupla crise de desenvolvimento. Por um lado a crise da adolescência e por outro a crise da maternidade, que exige da jovem transformações e ajustamentos duplamente exigentes, que poderão contribuir para um desequilíbrio emocional da adolescente.

O grupo de adolescentes que engravida é heterogéneo e cada uma pode reagir de um modo diferente mas sabe-se que as mães adolescentes e os seus filhos apresentam condições desvantajosas frente às mães mais velhas, com mais habilitações literárias. A jovem pode não reunir as melhores condições, principalmente ao nível psicológico, para enfrentar as tarefas da gravidez e maternidade que lhe são exigidas. Nesse sentido as jovens necessitam em grande parte, do suporte social, tanto formal como informal.

Os aspectos sócio-afectivos podem contribuir para a ocorrência de uma gravidez na adolescência onde, algumas adolescentes poderiam procurar uma gravidez para que pudessem ter alguém para amar e alguém que as amasse. Nesse sentido, Cordeiro (1987)

apresenta a gravidez como uma gratificação narcísica em que as adolescentes, vulneráveis emocionalmente, procurariam preencher um vazio psicológico e relacional, recorrendo à gravidez e maternidade como solução para o seu problema.

Vários podem ser os aspectos psicológicos que poderão contribuir para uma gravidez nesta fase da vida, sendo eles: domínio de fantasias edípicas, de substituição do pai pelo namorado; desejo de igualizar a mãe; necessidade de vingança na família; desejo de mostrar maturidade aos pais; necessidade de carinho e ternura, fantasiando que a gravidez lhe satisfará essas necessidades; ver o bebé como uma fonte de amor incondicional que a jovem sente falta (Correia & Alves, 1990 *in* Simões, 2004). Para a adolescente, a gravidez poderá preencher um vazio, garantir o aumento da auto-estima, ou contribuir para a resolução dos problemas de identificação feminina (Figueiredo, 2001).

A ocorrência da gravidez na adolescência poderá ser um período de muitas dificuldades, mas também uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento, na medida em que a jovem terá a oportunidade de amadurecer psicologicamente e, ao mesmo tempo poderá contribuir para o amadurecimento dos elementos da sua família (Justo, 2000).

Um ponto importante também a ser observado no contexto psicológico e comportamental é o comportamento sexual dos adolescentes. A partir do surgimento dos métodos contraceptivos mais eficazes o comportamento sexual modificou-se. A partir dos anos 70 e 80 ocorreu uma maior liberalização na esfera sexual e conduziu a um início mais precoce da primeira relação sexual e a uma maior experimentação sexual na adolescência.

São vários os factores que podem contribuir para o início de actividade sexual dos jovens, tanto factores individuais como também sociais, económicos, biológicos e relacionais, ao nível da família e dos pares. Alguns estudos revelam que adolescentes que possuem menos recursos, provenientes de condições socioeconómicas desfavorecidas, com níveis mais baixos de educação, pertencentes a famílias menos estáveis e com oportunidades de vida mais escassas, têm maiores probabilidades de se tornarem sexualmente activos em idades mais precoces. Normas culturais e padrões comportamentais também se relacionam com a actividade sexual precoce, ao mesmo tempo que baixos níveis de religiosidade e aspiração de educação (Simões, 2004).

Também deve ser observado o comportamento contraceptivo dos adolescentes, que geralmente fazem uso irregular dos métodos contraceptivos. Muitos adolescentes têm conhecimento superficial e inadequado da sexualidade, da reprodução humana e da utilização de contraceptivos (Figueiredo, 2001). Sugere-se que o uso pouco frequente e

irregular de contraceptivos por adolescentes sexualmente activos esteja associada a uma tendência de algumas adolescentes em negar a si próprias e aos outros a sua actividade sexual, resultando em sentimentos de culpa e atitudes negativas dos adolescentes em relação ao comportamento sexual. Almeida et al. (2003) encontrou no seu estudo realizado na Bahia, Brasil, que rapazes que iniciavam mais tardiamente a prática sexual utilizavam mais frequentemente o preservativo. Adolescentes de ambos os sexos tendem a menor utilização de contracepção quando a iniciação sexual é abaixo dos 15 anos. Para o sexo feminino, há uma tendência à não utilização do uso do preservativo masculino quando o parceiro é conhecido e estável (Almeida et al., 2003). Jovens de ambos os sexos que têm melhor comunicação com os seus pais e mães sobre sexualidade e métodos contraceptivos também fazem uso mais frequente dos mesmos.

O sentido de responsabilidade social também não está totalmente desenvolvido nas adolescentes que, muitas vezes não têm a capacidade de prever cognitivamente os resultados das suas acções na sua vida futura (Lourenço, 1998) como, por exemplo, a não utilização de contracepção, que poderá conduzir a uma gravidez não desejada.

Outro factor importante a ser analisado na questão da gravidez e maternidade na adolescência é a cultura. A cultura, em sentido lato, é o aspecto da vida social que se relaciona com a produção do saber, a arte, o folclore, a mitologia e os costumes. Corresponde às formas de organização de um povo, seus costumes, suas tradições, transmitidas de geração a geração, à partir das vivências e tradições comuns e se apresenta como a identidade de um povo. A cultura é simbólica, abstracta, está na mente das pessoas, nos seus símbolos, nos seus padrões e construções sociais. A cultura também é adaptativa e cumulativa. As modificações trazidas por uma geração passam à geração seguinte, de modo que se transforma, perdendo alguns aspectos e incorporando outros mais adequados à sobrevivência. Nesse sentido, a própria cultura vai sendo construída de geração a geração.

Nesse sentido, a cultura é um aspecto importante quando falamos de gravidez e maternidade na adolescência. Em algumas sociedades tradicionais ser mãe adolescente não é visto com um problema. Faz parte do “papel da mulher”, ser mãe. Em alguns contextos culturais, a maternidade em idades precoces não se apresenta como dissonante ou como uma rotura mas, é aceita, apoiada e valorizada pelas famílias e pela sociedade, onde se promove desde cedo o processo de autonomia e independência em relação aos pais (Simões, 2004).

Em vários países da Ásia e África, os casamentos são muito precoces, muitas vezes logo após a menarca, e as adolescentes tornam-se mães muito jovens. Também nas civilizações antigas, nas sociedades tradicionais, primitivas, indígenas amazônicas por exemplo, tão logo aparecem os primeiros sinais da puberdade, a jovem é considerada apta para o casamento (Souza, 2002) e conseqüentemente para a maternidade. Portanto, a gravidez adolescente é uma prática sem outros problemas visto que as meninas são preparadas desde a infância para o papel de mulher e mãe. Em muitas sociedades indígenas a menina já é “prometida em casamento” desde o seu nascimento e quando acontece a menarca, ela participa de um “ritual de passagem” (diferente em cada etnia indígena) onde o grupo passa a considerá-la um adulto jovem, uma mulher apta para viver o papel adulto feminino. Deste modo, ela está apta para a vida adulta. Está pronta para ser mãe. Faz parte da própria cultura que a jovem seja mãe adolescente, visto que nas sociedades tradicionais primitivas esta fase do desenvolvimento não é concebida da mesma forma que nas sociedades mais desenvolvidas. Nas sociedades mais primitivas, a criança deixa de ser criança para ser um adulto jovem, após os rituais de passagem de cada grupo étnico. O facto da jovem engravidar não impede a ocorrência de alguns efeitos adversos de uma gravidez nessa fase do desenvolvimento da jovem.

As sociedades ocidentais industrializadas em geral encaram a maternidade na adolescência como um problema, tendo em conta que a dependência económica dos jovens em relação aos pais é cada vez mais prolongada, com uma necessidade de maior formação e um alargamento da escolaridade.

O início da “vida sexual activa” apresenta-se como um rito de passagem da infância para a idade adulta. Este momento é muito importante para as jovens que deveriam estar preparadas para tal facto. A iniciação sexual dos adolescentes quando ocorrem em idades mais precoces geralmente está associada a pressões externas, principalmente do grupo de pares. A desigualdade de poder nas relações entre homens e mulheres é um dos motivos da dificuldade que ambos têm em conversar sobre formas seguras de exercer a sua sexualidade.

Contextos familiares desorganizados e instáveis, no qual se mantêm níveis elevados de *stress*, pressão e conflito, maior disfuncionalidade e rigidez, bem como o abuso físico, sexual e emocional poderão contribuir para uma gravidez na adolescência (Canavarro & Pereira, 2001). As famílias desorganizadas e negligentes, a falta de limites e de amor, que não favorecem o desenvolvimento da auto-estima como importante factor de protecção também são factores determinantes de risco de iniciação sexual precoce e de uma gravidez

na adolescência. As adolescentes grávidas são muitas vezes oriundas de famílias disfuncionais, numerosas e com problemas socioeconómicos. Relacionamentos pobres, distantes e com uma comunicação deficiente da adolescente com a sua família, principalmente com a mãe, são factores também apontados como contribuintes para um início precoce da actividade sexual, que poderá conduzir a uma gravidez não planeada (Canavarro & Pereira, 2001).

A maternidade na adolescência é um problema que também está associado às condições socioeconómicas adversas e poucas oportunidades para a jovem mãe adolescente. No México, 26% das mães adolescentes vivem na pobreza contra apenas 4% das mães adultas (WHO, 2004). Mães adolescentes provenientes de famílias pobres são especialmente afectadas por essas condições socioeconómicas adversas. Um dos determinantes da pobreza pode ser o facto de que, em muitos países, a maternidade adolescente está associada com a saída precoce da escola, principalmente em países do médio oriente, norte de África, África subsaariana e América Latina (WHO, 2004).

Em estudos realizados nos Estados Unidos foram observadas grandes diferenças nas taxas de nascimento entre brancos, negros e latinos. No grupo de jovens mães adolescentes (10 – 14 anos) a taxa de nascimentos é desproporcionalmente alta na população de origem negra, com uma taxa de 4,29/1000 contra 0,59/1000 para a população branca. Em 1997, as taxas de nascimento entre adolescentes (15 a 19 anos) foram:

- 36/1000 – Brancos não latinos;
- 88,2/1000 – Negros;
- 71,8/1000 – Americanos nativos;
- 97,4/1000 – Latinos.

Nos Estados Unidos, a origem étnica é um prognóstico de pobreza. Na população abaixo dos 18 anos vivendo em condições de precariedade social, 17% é de origem branca, 47% de origem afro-americana e 40% de origem latina. A interacção entre origem étnica, privação social e fertilidade também é grande (WHO, 2004).

Estudos realizados na América Latina (Barbados, Chile, Guatemala e México) mostraram que a maternidade adolescente está associada com condições económicas adversas e poucas oportunidades para a jovem mãe (Buvinic, 1998 *in* WHO, 2004). O círculo vicioso da pobreza para mulheres com baixos rendimentos e seus filhos começa com a maternidade entre adolescentes pobres. Um dos determinantes da pobreza pode ser o facto de, em muitos países, a maternidade adolescente estar relacionada com o abandono precoce da escola.

Mas não é só nos países em desenvolvimento que a maternidade adolescente predispõe a problemas socioeconómicos de longa duração. Num estudo longitudinal realizado na Suécia, observando-se mulheres que deram à luz de 1941 a 1970, os autores puderam observar que aquelas que foram mães adolescentes tiveram um aumento significativo da probabilidade de ter condições socioeconómicas desfavoráveis ao longo da sua vida (Otterblad Olausson et al., 2001 *in* WHO, 2004).

A maternidade adolescente pode levar à exclusão social ou a exclusão social pode levar à maternidade adolescente? A exclusão social é um problema que afecta diariamente as grandes cidades e as cidades portuguesas e brasileiras não são excepção. É cada vez maior o número de pessoas que vive com grandes carências sociais, profissionais, habitacionais e a nível da saúde. O facto é que jovens que engravidam na adolescência podem se sentir excluídas, podendo assim a maternidade afectar negativamente a sua vida e o seu futuro.

A dificuldade de realização pessoal dessas jovens através da escola deixa-as mais vulneráveis à realização pessoal através da maternidade. Mesmo que os estudos demonstrem que a maternidade na adolescência traga algum prejuízo para a saúde das jovens e de seus bebés, para elas é uma oportunidade de realização de algum sonho na sua vida. Por isso aspiram aos papéis femininos mais tradicionais, ser esposas e mães.

A situação afectiva e psicológica de algumas adolescentes parece ser beneficiada pela maternidade, assumindo um projecto de formação de uma família, com a aquisição de um estatuto familiar e social maternal e doméstico, situação que ocorre em substituição da construção de uma carreira escolar e profissional. Em meios sociais desfavorecidos a família assume um plano central na vida das jovens e a maternidade vai conferir-lhe um estatuto social de mulher adulta, permitindo-lhe um reforço da sua identidade (Simões, 2004).

Grande parte das jovens que decidiram engravidar também tinha mãe que experimentou a maternidade antes dos 20 anos (Dias & Aquino, 2006), o que demonstra uma tendência intergeracional. Na Pesquisa GRAVAD (Gravidez na Adolescência: Estudo Multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil), 52,5% das adolescentes mães declararam que as suas mães também tiveram o primeiro filho antes dos 20 anos (Dias & Aquino, 2006). Tem sido sugerido que uma adolescente que tenha uma mãe que foi mãe adolescente, ou tenha uma irmã com história de gravidez na adolescência, reunirá maiores probabilidades de ter uma gravidez precoce (East & Jacobson *in* Simões, 2004), o que sugere que a mãe e a irmã podem se constituir como modelos de socialização ao nível

da gravidez e maternidade para a adolescente. A ascensão social dessas jovens no seu meio, através da maternidade também é um factor importante, deixando de ter um papel de filha para assumir o papel de mãe.

Comportamentos parentais caracterizados por uma relação consistente, afectuosa e de encorajamento e apoio, reduzem a probabilidade dos seus filhos enveredarem por comportamentos de risco na infância e adolescência, tanto directamente como indirectamente, através da influência nos contextos sociais importantes no desenvolvimento dos adolescentes. Assim, pais que apresentam comportamentos afectuosos e que demonstram um envolvimento significativo e apropriado na vida dos adolescentes resultarão em menos afiliações a grupos de pares desviantes, maior sucesso escolar e menor exposição a comportamentos de risco pelos adolescentes (Simões, 2004).

A monoparentalidade tem sido citada por vários autores como um factor importante a ser considerado na probabilidade de ocorrer uma gravidez na adolescência. Na maioria das vezes a adolescente vive apenas com a mãe. Justo (2000) no estudo realizado em Portugal, concluiu que quase metade da amostra não mantinha relações próximas com o pai, colocando a hipótese da ausência de relações com a figura paterna poder ter implicações ao nível das dificuldades psicológicas que as adolescentes grávidas demonstram. Ellis et al. (2003) também concluiu que a presença paterna é um factor importante na regulação da maturação sexual da adolescente como também no seu comportamento sexual. Mesmo que os pais estejam presentes, esse relacionamento com a adolescente deve ser benéfico. Pais com comportamentos desviantes, alcoolismo, toxicoddependência, violência doméstica não desempenham um papel estimulante e saudável para o desenvolvimento das jovens.

O relacionamento com os pares também é muito importante para os adolescentes e estes podem ser a principal fonte de informação sexual, tendo uma grande influência, exercendo um papel fundamental no tipo de comportamento e atitudes sexuais dos adolescentes, dependendo do tipo de normas dentro do grupo, mais permissivas ou restritivas. Muitos adolescentes podem encarar o início da prática sexual como uma forma de integração e aceitação no seu grupo de pares, principalmente quando as suas amigas já iniciaram a sua actividade sexual (Canavarro & Pereira, 2001).

Os estudos sobre gravidez e maternidade na adolescência têm trabalhado menos sobre o jovem, parceiro sexual da adolescente que engravida, havendo menos bibliografia sobre os pais adolescentes. É menos frequente os jovens serem pais na adolescência, tendo em conta que, pelo menos metade dos parceiros das mães adolescentes tem mais de 20

anos. O pai do bebé, a maior parte das vezes, é mais velho que a mãe, de dois a quatro anos (Canavarro & Pereira, 2001). Os jovens, pais adolescentes, têm normalmente mais baixos níveis de escolaridade e profissões menos qualificadas, são provenientes de famílias com poucos recursos sociais e económicos e apresentam uma maior incidência de problemas comportamentais (Simões, 2004). Alguns autores sugerem que, engravidar uma jovem pode ser percebido como uma marco de maturidade masculina (Goodyear et al., 2000 *in* Simões, 2004).

Os factores psicológicos, sociais e culturais constituem-se em aspectos bastante significativos quando se estuda a gravidez e maternidade na adolescência, devendo assim ser valorizados e trabalhados quando se pensa na prevenção de gravidezes indesejadas na adolescência.

4.5 – Suporte social e gravidez e maternidade na adolescência

Os contextos sociais e relacionais de vida das pessoas têm assumido um lugar de relevância nos últimos anos, evidenciando-se o suporte social como uma dimensão bastante estudada, nomeadamente ao nível da saúde mental (Simões, 2004). O conceito de suporte social foi sendo construído nos campos da psicologia social e da saúde comunitária em torno de duas ideias, uma do estabelecimento de vínculos interpessoais, grupais ou comunitários próximos, proporcionando um sentimento de protecção e apoio às pessoas envolvidas e também na repercussão desses vínculos na integridade física e psicológica dos indivíduos. Os estudos sobre o suporte social têm despertado o interesse dos investigadores pela importância da relação do suporte social com indicadores de presença/ausência de diversos problemas relacionados à saúde. Alguns estudos apontam a associação entre o suporte social e níveis de saúde, onde o suporte social funcionaria como agente protector face ao risco de doenças induzidas pelo *stress* (Matsukura, Marturano & Oishi, 2002).

Todo o indivíduo está em interacção constante com o meio físico e social envolvente, numa relação de influência mútua. Nesse sentido, os indivíduos devem ser compreendidos considerando sempre o seu contexto social e cultural alargado. Nos finais dos anos 30, as variáveis socioculturais como a pobreza, a desintegração social e o isolamento passaram a ter especial significado na origem, diagnóstico, tratamento e prevenção da doença mental (Rios et al., 1992 *in* Simões, 2004, Ramos, 2004, 2005).

A história do suporte social e dos conceitos relacionados é relativamente recente, surgindo os primeiros trabalhos no princípio do século XX. O primeiro autor a contribuir

para o desenvolvimento do conceito foi o sociólogo Emile Durkheim, que foi um dos primeiros autores a assumir que os problemas das sociedades se baseiam na relação indivíduo-grupo, destacando a importância das relações sociais (Sarason, 1990 *in* Simões, 2004).

Os estudos sobre suporte social basearam-se na análise dos mecanismos de actuação do apoio social sobre a saúde e bem-estar do indivíduo, podendo ser agrupados em dois modelos: o modelo do efeito principal e o modelo do efeito protector. O efeito principal contextualiza o apoio como exercendo um efeito directo na saúde e no bem-estar, podendo constituir-se como um indicador da integração social do indivíduo e será influenciado pelos efeitos acumulativos das interacções sociais passadas e presentes. Segundo o modelo protector, o apoio social funcionaria como um amortecedor em situações que constituem desafios à capacidade de adaptação aos acontecimentos da vida causadores de *stress* (Simões, 2004).

As primeiras bases teóricas e empíricas sobre suporte social foram realizadas por John Cassel, Cobb e Caplan na década de 70. Cassel relacionou factores ambientais com saúde e doença, ao identificar pessoas que pareciam não ser afectadas pelo ambiente externo por terem acesso a processos psicossociais protectores da saúde, processos esses considerados como suportes sociais proporcionados por grupos primários de maior importância para o indivíduo (Campos, 2006). Caplan introduziu o termo “*sistema de apoio social*” (Simões, 2004), que seria um padrão duradouro de vínculos intermitentes e contínuos, com determinado impacto ao nível físico e psicológico ao longo da vida do indivíduo e seria constituído pela família, amigos, vizinhança e outros serviços informais, bem como os serviços formais prestadores de serviço comunitário tais como centros paroquiais, clubes, associações de voluntários, entre outros. Para Caplan, os sistemas de suporte implicam padrões duradouros de vínculos que contribuem de maneira significativa para a manutenção da integridade física e psicológica do indivíduo. Para Cobb, o suporte social trata-se de uma determinada forma de relacionamento de um grupo em que prevalecem as trocas afectivas, os cuidados mútuos e a comunicação franca e precisa entre as pessoas (Campos, 2006). O sistema de suporte pode fornecer prestação de ajuda material, prestação de ajuda em actividades e apoio na mobilização de recursos psicológicos que facilitem a gestão de problemas pessoais. As pessoas poderão ser muito importantes na resolução de uma situação de crise, com referência à importância do papel dos profissionais de saúde no desenvolvimento de intervenções preventivas, envolvendo os sistemas de suporte dos indivíduos na comunidade (Simões, 2004).

Não se pode apresentar uma única definição de suporte social mas o mesmo pode ser percebido como sendo qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecidos por grupos e/ou pessoas, com os quais temos contactos constantes, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Pode-se considerar que o suporte social é um processo interactivo, em que acções particulares ou comportamentais podem ter um efeito positivo no bem-estar psicológico ou social dos indivíduos.

O apoio social cria uma sensação de coerência da vida e de controlo sobre a mesma, o que, segundo Valla (1999) afecta o estado de saúde das pessoas de uma forma benéfica. Segundo Valla (1999), as pessoas ao terem menor oportunidade de participar no processo de tomada de decisões, podem gerar um sentimento de falta de controlo e conseqüentemente, afectar a sua morbidade e mortalidade, e ainda, a sensação de não poder controlar a sua própria vida juntamente com a sensação de isolamento podem ser relacionados com o processo de saúde-doença (Valla, 1999).

Segundo Valla (1999), é fundamental que os serviços de saúde contemplem as necessidades sociais da população, sendo necessário para isso, levar em conta o que as pessoas pensam sobre os seus problemas e quais as soluções que buscam, de forma espontânea. De um lado, o apoio social fornece a possibilidade de realizar a prevenção através da solidariedade e do apoio mútuo, de outro, oferece também uma discussão para os grupos sociais sobre o controlo do seu próprio destino e autonomia das pessoas perante o domínio médico, através da concepção do homem como uma unidade. Valla (1999) ainda considera que o envolvimento comunitário pode ser um factor psicossocial significativo na melhoria da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas. A participação social pode reforçar o sistema de defesa do corpo e diminuir a susceptibilidade às doenças.

O apoio social pode ser avaliado através da rede social, do apoio recebido e do apoio percebido pelos indivíduos. Várias são as definições de rede social e pode-se considerar que, em resumo, a rede social implica um conjunto de interacções ou ligações de um indivíduo a outros indivíduos, agrupamentos ou unidades sociais, que poderão ter diferentes tipos de relacionamentos entre si. A rede social pode ser considerada como uma estrutura que promove recursos essenciais ao indivíduo, comportando uma função de apoio em situações de crises e revelando-se como um elemento importante na construção da identidade individual e do bem-estar. Suporte social e rede social são considerados conceitos distintos embora tenham uma relação muito próxima entre si. A maioria dos autores relaciona os dois conceitos e sintetizam como rede social, o conjunto de indivíduos

que prestam apoio social. As redes sociais teriam como principal objectivo fornecer suporte social, *feedback* e um conjunto de valores e normas ao indivíduo, contribuindo para a sua adaptação à comunidade (Simões, 2004).

As redes sociais poderão ser fontes de apoio social formal ou informal. O apoio social informal é constituído por familiares, amigos, vizinhos ou outros elementos significativos, considerados individualmente e ainda, os grupos sociais tais como igrejas, clubes, etc. Das fontes de apoio social formal fazem parte as organizações que têm uma existência oficial e formal, com objectivos de cumprir funções ou prestar serviços definidos, como são os serviços de saúde, os profissionais tais como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros (Ramos, 2004).

Do ponto de vista estrutural as redes de suporte social podem ser observadas a vários níveis tais como a dimensão, a densidade, a homogeneidade/heterogeneidade, a composição e a dispersão. O tamanho da rede social é importante para a percepção do suporte que ela oferece. Nas redes sociais mais densas, as pessoas encontram-se fortemente interligadas e o suporte emocional parece mais efectivo entre elas. A homogeneidade nas redes sociais pretende observar a semelhança ou diferença dos elementos em relação a determinadas características como sexo, idade, profissão, etc. As redes mais homogéneas parecem promover interacções mais fortes entre os indivíduos e são fonte de suporte afectivo. A dispersão da rede deve ser analisada visto que a distância geográfica pode dificultar o suporte oferecido embora, nos tempos actuais, as tecnologias de informação e comunicação facilitam o contacto entre as pessoas através de telefones, telemóveis e Internet.

Do ponto de vista funcional, o suporte social pode ser avaliado através das várias funções das relações sociais tais como o suporte emocional, instrumental e informativo. Numa perspectiva funcional, observam-se várias formas de apoio das redes, tais como empréstimo de objectos, de dinheiro, fazer companhia, prestação de pequenos serviços e mesmo demonstração de afecto e preocupação. A rede social tem funções de apoio emocional, apoio informativo, companhia social, acesso a novos contactos, controlo social e apoio técnico ou de serviços (Sluzki, 1996 *in* Simões, 2004). O apoio emocional diz respeito à disponibilidade para ouvir, compreender, dar pequenos conselhos, afecto e carinho. Este apoio permite a expressão de sentimentos, de amizade e segurança e permite à pessoa sentir-se amada e respeitada, permitindo assim um aumento da auto-estima (Barrón, 1996 *in* Simões, 2004). O apoio material fornece recursos e modos de resolução de problemas tais como a limpeza da casa, o cuidado de crianças e idosos e até empréstimo

de dinheiro e bens. O apoio informativo aborda principalmente a função de aconselhamento. O apoio técnico ou de serviços tem como base o conhecimento técnico de profissionais e são prestados basicamente por elementos pertencentes a serviços formais.

O suporte social ainda pode ser estudado como o suporte recebido e o suporte percebido. Alguns autores relatam o apoio recebido como a dimensão comportamental do apoio social e o apoio percebido como a dimensão cognitiva do mesmo. O apoio terá sempre um efeito mais marcado e generalizado se vier de pessoas significativas com as quais quem recebe o apoio mantém uma relação próxima (Cohen, 1992 *in* Simões, 2004). O apoio emocional parece ser o mais facilmente influenciado pela qualidade da relação entre receptor e prestador de apoio. O apoio percebido diz respeito às percepções subjectivas de suporte e tem sido pensado mais como uma característica interna do indivíduo do que como uma característica do contexto.

Comparando-se o apoio recebido e o apoio percebido, observa-se que o apoio percebido se encontra mais fortemente associado à saúde física, mental e ao bem-estar e adaptação do indivíduo que o apoio recebido e também mais fortemente relacionado com a qualidade do que com a quantidade de apoio social (Sarason et al., 1990 *in* Simões, 2004). A falta de percepção de suporte e atenção por parte de pessoas significativas contribui para a formação de uma baixa auto-estima, sendo o inverso também verdadeiro.

A adolescência é uma fase de transformações e nesta fase os indivíduos reorganizam a sua rede social no que diz respeito às figuras de influência e à natureza das relações. Nesse período, os papéis sociais e o apoio social sofrem algumas alterações. A relação dos adolescentes com os pares, onde se incluem os amigos íntimos e os parceiros amorosos, assume um grande domínio na vida do mesmo, sendo o grupo de pares uma fonte importante de apoio social, desenvolvendo a capacidade de lidar com acontecimentos causadores de *stress* ligados a esta fase de desenvolvimento e às tarefas da adolescência. O apoio social tem sido intensamente referido como um factor protector quando o indivíduo é confrontado com situações de *stress* e que envolvem risco para o indivíduo (Figueiredo, 2000).

A rede social dos adolescentes é constituída por uma complexidade de relações, com os pais, os irmãos, outros elementos da família, os vizinhos, os amigos e colegas da escola, os professores e outras pessoas do contexto escolar, etc. Os pais parecem ter um papel central na vida relacional dos adolescentes, funcionando como figuras de apoio generalizado, sendo o vínculo estabelecido mais forte do que qualquer outra relação íntima e responsável pela prestação de elevados níveis de suporte emocional e material. As fontes

de suporte emocional na adolescência são basicamente o apoio familiar, o apoio formal (a escola) e o apoio informal (amigos e outros adultos) (Simões, 2004). Os pais são identificados como figuras de apoio generalizado e são o mais importante. Os amigos e irmãos fornecem o apoio emocional e companheirismo e os professores situam-se na função de apoio informativo.

O apoio social também pode variar de acordo com a idade e o sexo. As jovens tendem a receber mais apoio emocional e informativo enquanto os rapazes recebem mais apoio racional e material. Relativamente ao apoio social na maternidade na adolescência, as adolescentes mais velhas recorrem mais frequentemente ao apoio dos seus pares do que as mais novas mas, em todas as idades as adolescentes valorizam o apoio dos seus pais. Já no final da adolescência, os parceiros ocupariam um lugar de destaque (Pereira, 2001).

A gravidez e a maternidade na vida de uma mulher está associada à vivência de algum *stress*, onde as redes de apoio social actuariam na diminuição do *stress* e, especificamente na maternidade na adolescência, onde ocorre um *stress* acrescentado, o apoio social assume um papel de fundamental importância (Jongenelen, 1998 in Simões (2004).

Nas últimas décadas, a gravidez e a maternidade na adolescência têm sido estudadas considerando os factores individuais e intra-psíquicos das adolescentes. Actualmente considera-se de fundamental importância, os contextos sociais como determinantes das trajetórias desenvolvimentais das crianças e dos jovens. Assim, mais recentemente, o suporte social tem sido considerado como um elemento importante no contexto da gravidez e maternidade na adolescência. O apoio social, o apoio recebido e o apoio percebido pela adolescente e a rede social têm aspectos importantes no contexto em estudo (Simões, 2004).

Num estudo realizado em Portugal sobre o papel da família no apoio à maternidade/paternidade, os apoios observados foram: prestação de serviços, apoios financeiros, apoio material e apoio na informação. Os parentes próximos (pais, irmãos e cônjuges) respondem às necessidades, sendo a função da mãe e irmãs mais voltada para os cuidados do bebé. O papel de esclarecimento de dúvidas é essencialmente dos técnicos de saúde e o apoio material, dos pais para os filhos (Portugal, 1995 in Simões, 2004).

A maternidade na adolescência tem alguns contornos diferentes da maternidade que ocorre na vida adulta de uma mulher. O apoio social à adolescente gestante tem sido indicado como o factor que mais contribui para o ajustamento psicológico da adolescente à gravidez. As grávidas adolescentes experimentam um sentimento de dependência forte em

relação aos elementos significativos da sua rede de apoio social e percebem elevados níveis de apoio social, instrumental e emocional, duas dimensões do apoio social associadas positivamente à adaptação da adolescente à gravidez.

As adolescentes que se tornam mães, para reduzirem os efeitos negativos da maternidade nessa fase do desenvolvimento, necessitam de conhecimentos, suporte financeiro, apoio no cuidado aos seus filhos, capacidade de tomada de decisão e apoio emocional da família e dos amigos. Os estudos têm verificado que o suporte social na maternidade adolescente contribui positivamente para o bem-estar psicológico, para o término da formação escolar, para a construção de uma carreira profissional e para a estabilidade conjugal. O apoio social aparece como facilitador da adaptação da adolescente à gravidez e maternidade, principalmente o apoio proveniente da família e do pai do bebê (Barrera, 1981 *in* Simões, 2004).

O suporte social sentido pela jovem, por parte do pai do bebê, aumenta a auto-estima e a eficácia maternal da jovem mãe. O apoio familiar facilita o bem-estar afetivo da adolescente, mas os familiares não devem assumir a maior parte dos cuidados ao bebê, o que dificultará a aprendizagem da jovem e lhe tirará a oportunidade de viver experiências importantes da maternidade (Simões, 2004).

Mães adolescentes pertencentes a ambientes familiares sólidos, em que beneficiam de apoio financeiro e emocional, apresentam taxas elevadas de frequência escolar, comparativamente com as adolescentes pertencentes a famílias desagregadas ou separadas da família de origem (Corbett & Meyer *in* Canavarro & Pereira, 2001) pelo que, o apoio familiar é uma variável essencial na continuidade da escolaridade da mãe adolescente.

O apoio social é um factor protector muito importante, diminuindo o impacto adverso de uma maternidade precoce na adolescente e no seu filho, tal como foi evidenciado em diversos estudos (Figueiredo, 2000). Consequentemente, a falta de apoio familiar e do companheiro pode constituir-se como um factor de risco.

Vários estudos apontam que níveis mais elevados de suporte social instrumental aliviam o *stress* e motivam a mãe adolescente a desenvolver o seu papel maternal adulto e a estabelecer uma vinculação segura com a criança. As mães adolescentes necessitam do suporte social para serem mães eficazes (Simões, 2004).

A família da adolescente grávida é uma importante fonte de apoio social para a mesma. Estudos mostram que o apoio dado pela mãe da adolescente contribui favoravelmente no ajustamento da mãe e do bebê, aumentando a probabilidade de sucesso no desenvolvimento do papel maternal, disponibilizando informação e aprendizagens. As

avós também podem funcionar como modelo positivo sobre ser mãe, como recurso informativo essencial e de transmissão de conhecimentos sobre a maternidade.

Os efeitos dos apoios sociais tanto para a mãe adolescente como para o seu filho também estão associados à condição de habitação da adolescente mãe. Alguns estudos sugerem que lares multigeracionais podem beneficiar as adolescentes, especialmente se as mães as ajudam a prosseguir os estudos (Unger & Cooley *in* Simões, 2004). A coabitação da mãe adolescente com a sua mãe, em algumas condições, pode trazer vantagens, sendo facilitadoras de melhores resultados escolares, promovendo um maior nível educacional e uma redução na probabilidade de pobreza, de casamentos prematuros e de gravidezes posteriores. As adolescentes mães que beneficiam de um apoio sólido por parte da sua família têm maior probabilidade de seguir os estudos e concluir a escolaridade, com possibilidades de ter um futuro mais promissor.

Outros estudos demonstram que o excesso de apoio familiar emocional ou instrumental pode ser percebido pela adolescente com uma intrusão na sua independência, podendo levar a consequências negativas. A ajuda excessiva da avó do bebé pode causar uma influência desfavorável no comportamento parental da mãe adolescente e no desenvolvimento do bebé, na medida em que a avó pode competir no papel de mãe com a adolescente, o que pode ameaçar a confiança da jovem.

O apoio social por parte do pai do bebé também é importante para a jovem adolescente gestante ou mãe. Estudos desenvolvidos junto de famílias nucleares, constituídas por pai, mãe adolescente e bebé, concluíram que o parceiro é a fonte mais importante de apoio para a nova mãe (Jongenelen, 2004 *in* Simões 2004), influenciando as atitudes e o comportamento maternos e, indirectamente, o comportamento da criança.

Os estudos relativamente ao pai do bebé, companheiro da jovem grávida e mãe, são escassos. Os pais do bebés constituem um grupo heterogéneo, onde se pode encontrar pais distantes, que não participam da gravidez e outros que participam e se envolvem com as suas responsabilidades parentais durante a gravidez e a maternidade da adolescente, pelo que serão uma fonte importante de suporte social para a jovem mãe. Um estudo realizado em Portugal (Jongenelen, 1998 *in* Simões, 2004) constatou que as grávidas adolescentes citavam o seu companheiro como sendo a pessoa mais importante na prestação de apoio. Em outro estudo posterior, realizado em 2004, os cônjuges também foram indicados como a figura mais significativa na prestação de apoio, seguindo-se a mãe (Simões, 2004).

No estudo realizado por Lourenço (1998) em Coimbra, Portugal, foi constatado que as jovens recorrem em primeiro lugar à mãe e só depois ao pai do bebé, para receber o

apoio emocional e financeiro. As investigações têm sugerido que, quando os pais dos bebês se envolvem nos cuidados parentais e participam com apoio material e financeiro, as mães adolescentes promovem um ambiente mais favorável e cuidados mais eficazes aos seus filhos. O suporte emocional e instrumental por parte do pai da criança terá um efeito positivo no ambiente familiar, reduzindo o *stress* da jovem mãe.

Há que considerar que uma parte das adolescentes que engravidam são solteiras e não vivem com os pais dos seus bebês. Nesses casos, as jovens tendem a procurar apoio instrumental e emocional junto de outras fontes potenciais como a família, os amigos, os serviços públicos e seus profissionais.

Uma outra fonte de apoio importante para os adolescentes está no grupo de pares. Ao pertencer a um grupo de amigos da sua idade o adolescente adquire a oportunidade de desenvolver relações de vinculação com outras pessoas que não as da sua família. O relacionamento com os pares contribui para o desenvolvimento de competências afectivas, sociais, cognitivas e intelectuais. O grupo de pares confere sentimentos de segurança e ligação emocional e, pode também ser fonte de suporte social para a jovem em alguns contextos específicos.

Há menos informação relativamente ao suporte social dado pelos pares às adolescentes gestantes. Lourenço (1998) no seu estudo constatou que as adolescentes grávidas centravam as suas interações principalmente no contexto familiar e menos no grupo de pares, onde as amigas encontravam-se pouco presentes na rede de apoio social da jovem, tanto na gravidez como na maternidade. Contudo, o apoio social fornecido pelo grupo de pares, quando este se encontra presente, é importante para a adolescente principalmente na adaptação à gravidez e maternidade. As amigas prestam apoio emocional à gestante adolescente.

O impacto de uma gravidez na adolescência no contexto do grupo de pares será diferente conforme a gravidez na adolescência é sentida e vivida social e culturalmente pelo grupo, podendo os pares terem reacções distintas de acordo como compreendem a gravidez nesta fase de desenvolvimento (Canavarro & Pereira, 2001).

Outro ponto a observar é a importância da presença de apoio social na diminuição dos riscos desenvolvimentais das adolescentes e dos seus filhos, levando a efeitos positivos na saúde das crianças. Filhos de mães adolescentes vão apresentar um desenvolvimento mais positivo se beneficiarem do apoio de outros adultos, principalmente as avós. O nível de apoio social mais elevado funcionaria como protector, que minimiza os efeitos

prejudiciais no desenvolvimento do bebê, de práticas educativas menos adequadas por parte das adolescentes (Soares et al., 2001 *in* Simões 2004).

O suporte social ou apoio social constitui-se como um factor fundamental na adaptação da mãe adolescente à gravidez e à maternidade, na qualidade do comportamento parental, na saúde mental, no desenvolvimento do bebê e na relação entre mãe e filho. Todos os sujeitos da rede social da adolescente são importantes no suporte social informal mas destacam-se principalmente a mãe da adolescente e o pai do bebê. Na rede de suporte formal, os profissionais como médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais também são relevantes no apoio prestado à mãe adolescente, essencialmente para obter informações e esclarecer dúvidas para a sua vivência plena da maternidade.

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO BRASIL

1 – Apresentação do Brasil

O Brasil (República Federativa do Brasil) é um país continental. É o terceiro maior país do mundo em área (8.514.876,599 km²) e o segundo mais populoso das Américas. É o quinto maior em população do mundo. Tem uma grande área territorial mas apresenta uma densidade populacional muito baixa, com a população concentrando-se ao longo do litoral, com grandes vazios demográficos no seu interior.

O Brasil encontra-se geograficamente dividido em cinco grandes regiões: Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul, regiões estas divididas em vinte e seis estados e um Distrito Federal. Na região Norte estão os estados de Rondônia (RO), Acre (AC), Amazonas (AM), Roraima (RR), Pará (PA), Amapá (AP) e Tocantins (TO). Os estados da região Nordeste são: Maranhão (MA), Piauí (PI), Ceará (CE), Rio Grande do Norte (RN), Paraíba (PB), Pernambuco (PE), Alagoas (AL), Sergipe (SE) e Bahia (BA). Na região Centro-oeste estão os estados de Mato Grosso (MT), Mato Grosso do Sul (MS), Goiás (GO) e o Distrito Federal, onde se situa Brasília, a capital do país. Na região Sul estão os estados do Paraná (PR), Santa Catarina (SC) e Rio Grande do Sul (RS). Na região sudeste situam-se os estados de São Paulo (SP), Rio de Janeiro (RJ), Espírito Santo (ES) e Minas Gerais (MG). Os estados são divididos em municípios e estes são autónomos. O Brasil tem 5.563 municípios (www.brasil.gov.br).

Figura nº 1: Mapa Brasil – Regiões



Fonte: Internet

Figura nº 2: Mapa Brasil – Estados



Fonte: Internet

O Brasil foi descoberto por Portugal, pela esquadra de Pedro Álvares Cabral, que aportou em suas terras, em Porto Seguro, em 22 de Abril de 1500. Foi colônia de Portugal durante 322 anos, quando então foi proclamada a sua independência em 7 de Setembro de 1822, por D. Pedro I, D. Pedro IV em Portugal. Após a independência, o Brasil continuou a ser uma monarquia e D. Pedro I foi sucedido por D. Pedro II que manteve o reinado até a Proclamação da República em 15 de Novembro de 1889, regime político mantido até hoje no Brasil.

O Brasil é o único país das Américas que tem a língua portuguesa como língua oficial. A religião predominante é o catolicismo. Outras religiões coexistem e convivem entre si sem maiores problemas. Há grupos protestantes, evangélicos, espíritas, budistas, etc.

A sociedade brasileira é multicultural, há uma grande diversidade cultural. A população original é indígena de várias etnias, de dois grandes troncos linguísticos Tupi e Macro-Jê, que ainda comportam várias famílias linguísticas. Ainda há muitas outras famílias linguísticas, línguas e dialectos, usados por cerca de 220 povos indígenas, que tem ainda hoje uma população de aproximadamente 370.000 indivíduos, que falam mais de 180 línguas diferentes.

A primeira vaga migratória para o Brasil foi constituída pelos portugueses. Depois chegaram os negros de África, vindos em navios negreiros e, na altura considerados escravos. A população negra no Brasil ficou concentrada mais na região nordeste e sudeste. Outros povos chegaram ao Brasil ao longo da sua existência, tais como os holandeses e os franceses no nordeste, ainda no começo da colonização brasileira. Mais tarde outros europeus, tais como os italianos e os alemães, que se concentraram na região sul e foram para o trabalho na lavoura após o término da escravidão no Brasil, por volta de finais do século XIX. No início do século XX houve também a imigração japonesa. Ainda há colônias menores de imigrantes da Ásia e Oriente Médio. O Brasil em geral não tem problemas com a integração dos seus imigrantes, sendo bem aceites pela população.

O Brasil, no censo 2000, tinha uma população total de 169.799.170 habitantes sendo 83.576.015 (49,2%) do sexo masculino e 86.223.155 (50,8%) do sexo feminino (www.ibge.gov.br) e uma população estimada para o ano de 2007 de 189.335.187 habitantes.

Tem um PIB total estimado para 2005 de US\$ 1.577 triliões e um rendimento per capita de US\$ 8.049 (IBGE, 2006b).

As regiões brasileiras apresentam muito contraste entre si. As regiões norte, nordeste e centro-oeste são as menos desenvolvidas. As regiões sudeste e sul são as mais desenvolvidas e onde estão localizadas as maiores cidades brasileiras tais como São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, entre outras.

É um país de contrastes onde coexistem grande pobreza e riqueza. Nas regiões norte e nordeste brasileiras, há ainda muitas pessoas que vivem numa economia de subsistência, assim como também nas favelas (área de barracas) das grandes cidades.

2 – A Saúde no Brasil

2.1 – O Sistema Único de Saúde – SUS

A 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em Março de 1986, é considerada um marco histórico na saúde brasileira e estabelece os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Em 1987, foi implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como uma consolidação das Acções Integradas de Saúde (AIS), precursores do actual serviço de saúde pública brasileiro, o SUS – Sistema Único de Saúde.

A última Constituição Brasileira, promulgada em 1988, determina que "*a saúde é direito de todos e dever do Estado*" (art. 196) e ressalta alguns aspectos fundamentais na questão da saúde tais como: um direito social universal decorrente do exercício de cidadania plena, vista como uma articulação de políticas sociais e económicas, integrada no espaço mais amplo da segurança social e da necessidade de criação de um Sistema Único de Saúde – SUS, seguindo as directrizes de descentralização.

Assim, foi criada a Lei Orgânica da Saúde, composta por duas leis complementares, leis básicas que regulamentam o SUS, a Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, protecção, recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e a Lei 8.192 de 28 de Dezembro de 1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, o controle social, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Essas duas leis são as principais referências do SUS e disciplinam a descentralização político administrativa do serviço, dando ênfase aos seus aspectos de gestão e financiamento, regulamentando as condições para a sua promoção, protecção, recuperação e

financiamento e a participação da comunidade, bem como as transferências intergovernamentais dos recursos financeiros.

Os princípios norteadores do SUS são a universalidade, a integralidade, a equidade e a participação popular. Os princípios organizativos são a descentralização, a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde, com comando único e financiamento em cada esfera de governo, com a participação complementar da iniciativa privada. As relações internas entre as três esferas de governo (municipal, estadual e federal) para a gestão do SUS foram disciplinadas por Normas Operacionais Básicas – NOB. Já foram publicadas as NOB nos anos 1991, 1992, 1993, 1996 e a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS, nos anos 2001 e 2002 (Saúde, 2006).

O SUS prevê três níveis de atendimento para o utente sendo:

- Básico: Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Equipas de Saúde da Família (ESF);
- Secundário: Ambulatórios distritais;
- Terciário: Hospitais públicos, universitários e privados convencionados.

A porta de entrada ao serviço é realizada preferencialmente através das UBS e ESF. As ESF são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As UBS e ESF executam o atendimento primário, a chamada “Atenção Básica à Saúde”, com a realização de procedimentos de enfermagem, clínica médica (médico generalista), medicina dentária, ginecologia e pediatria. Em alguns serviços de saúde básicos também há psicólogos. As ESF são geralmente compostas por um médico, um enfermeiro e 5 agentes comunitários de saúde, que são pessoas da comunidade que receberam formação para o trabalho em saúde, dentro da equipa de profissionais de saúde. A Estratégia de Saúde da Família, antes denominada Programa de Saúde da Família, está hoje inserida no Departamento de Atenção Básica – DAB, do Ministério da Saúde brasileiro e vem sendo incorporado aos serviços municipais de saúde há cerca de 10 anos.

Há um nível intermediário, o nível secundário, onde se encontram os ambulatórios distritais, onde são realizadas as consultas de especialidades médicas. E um nível terciário, o nível hospitalar, para onde são encaminhados os pacientes atendidos nos outros dois níveis e que necessitam de procedimentos mais complexos e intervenções cirúrgicas. Os ambulatórios e hospitais estão ligados ao Departamento de Atenção Especializada – DAE, do Ministério da Saúde brasileiro, que é o departamento que elabora e avalia as políticas públicas de saúde de média e alta complexidade, ambulatoriais e hospitalares do SUS e

também regula e coordena as actividades do Sistema Nacional de Transplante de Órgãos, Urgência e Emergência.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-2001 prevê que a organização dos serviços de saúde deve ser apresentada através do Plano Director de Regionalização – PDR, documento que regulamenta o processo de regionalização da assistência à saúde. O PDR define o perfil assistencial dos municípios e estabelece o sistema de referência e contra-referência, que significa o encaminhamento de pacientes dos serviços de saúde primários para serviços de maior complexidade e o retorno dos pacientes aos serviços de origem. Tem como objectivos garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e acções de saúde, de acordo com as suas necessidades.

O Plano Nacional de Saúde – PNS – “Um pacto pela saúde no Brasil”, Portaria nº 2.607 de 10 de Dezembro de 2004, prevê como directriz a promoção da saúde do adolescente e do jovem de forma articulada com outras políticas intersectoriais e como metas nacionais a atingir no período de 2004 a 2007, implementar o cartão do adolescente (destinado ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento), implementar o calendário de vacinação do adolescente em 100% dos municípios e aumentar em 25% o serviço de atendimento a adolescentes vítimas de violência familiar. No PNS actual não é abordada a questão específica da gravidez e maternidade na adolescência.

2.2 – Estatísticas de saúde no Brasil

Em termos de saúde, o Brasil está em 69º lugar no Índice de Desenvolvimento Humano de 2006 (PNUD, 2006), com uma esperança média de vida ao nascer de 72,19 anos. Tem uma taxa de mortalidade infantil de 25,8 óbitos de menores de um ano por mil nados vivos (www.datasus.gov.br).

A taxa de mortalidade infantil apresenta alguma variação entre as 5 regiões brasileiras sendo de 52,4/1000 na região nordeste e de 15,1/1000 na região sul (MS-Brasil, 2001). Há também alguma diferença na taxa de mortalidade infantil entre os centros urbanos e as zonas rurais, e também no interior da região nordeste onde o acesso a saneamento básico e serviços de saúde são mais precários.

A mortalidade geral no Brasil apresentou mudanças importantes nas últimas décadas, tanto no perfil etário como na distribuição por grupos de causas. A taxa de mortalidade passou de 6,3/1000 habitantes em 1980 para 5,6/1000 habitantes em 2001 (MS-Brasil, 2001), embora ainda exista uma grande variação dessa taxa entre as regiões.

As regiões norte e nordeste têm ainda um grande número de óbitos por doenças infecciosas enquanto nas regiões sul e sudeste as principais causas de óbito são as decorrentes de doenças do aparelho circulatório, respiratório e as neoplasias.

A mortalidade infantil também teve uma redução significativa nas últimas décadas. Nos anos 1980 as principais causas estavam relacionadas às doenças infecto-contagiosas, que sofreram um declínio. Actualmente os óbitos infantis estão mais relacionados com as causas perinatais, decorrentes da gravidez, do parto e do puerpério. As taxas de mortalidade infantil passaram de 45,3/1000 nados vivos em 1990 para 27,5/1000 nados vivos em 2001 (Simões, 1997 *in* MS-Brasil, 2004).

A taxa de fecundidade no Brasil também teve um decréscimo desde os anos 70, estando em 5,8 em 1970, 4,4 em 1980, 2,9 em 1991 e 2,3 em 2000 (MS-Brasil, 2004). Os principais factores intervenientes neste decréscimo foram as mudanças no comportamento reprodutivo das mulheres, a crescente participação no mercado de trabalho e uma maior utilização de métodos contraceptivos com uma consequente diminuição do número de filhos. As taxas de fecundidade tiveram uma acentuada redução em todas as idades, excepto na faixa etária de 15 a 19 anos, o único grupo etário que teve aumento da taxa específica de fecundidade (MS-Brasil, 2004).

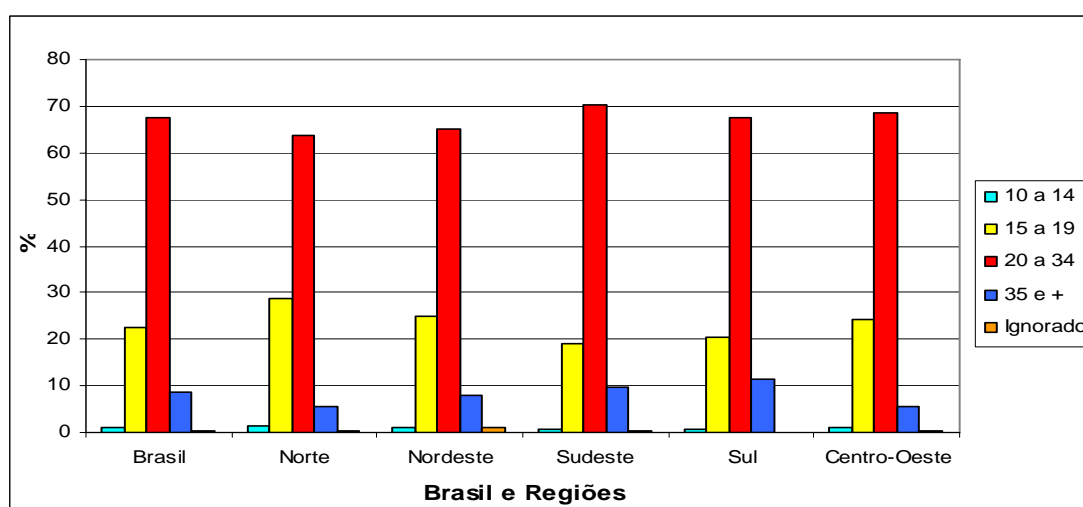
A gravidez e maternidade na adolescência ainda apresentam altas taxas no Brasil, variando muito de região para região. O Ministério da Saúde brasileiro, através do documento “Saúde Brasil 2004”, fez uma análise da fecundidade no país nas últimas décadas, destacando as particularidades regionais e por grupos de idade. Os dados foram obtidos através do “Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC”. Em 2001, 23,3% dos nascimentos registados no SINASC foram de mães adolescentes entre 10 e 19 anos, sendo a maior percentagem registada no estado do Maranhão com 31,9% dos nascimentos. Dos nascimentos de bebés de mães adolescentes, 0,9% foram de jovens com idades entre os 10 e os 14 anos. Esse perfil também é diferenciado entre as regiões, com a região norte apresentando cerca de 1,4% dos nascimentos bebés de mães com idades entre 10 e 14 anos e a região sudeste com a proporção de 0,6% de mães nesse grupo de idade.

Também foram feitas análises sobre o acompanhamento da gravidez pelo número de consultas de pré-natal realizadas pelas gestantes, relativamente ao baixo peso ao nascer e ao tipo de parto realizado. Os dados mostraram que entre o grupo de mães adolescentes houve uma maior proporção de partos vaginais, sendo cerca de 73% dos partos realizados nessa faixa etária. Nas faixas etárias dos 20 aos 34 anos o parto vaginal representou 59% do total de partos e, acima dos 35 anos ficou em 50,9%. Outro factor importante a observar

nas informações deste estudo é que, em todas as faixas etárias observadas, as maiores proporções de parto vaginal foram verificados entre as mães que declararam não possuir nenhuma escolaridade.

A proporção de nados vivos segundo a idade da mãe, no Brasil, no ano de 2001 pode ser observado no gráfico nº 1. Pode-se observar diferenças entre as regiões do Brasil, ficando a região norte com a maior proporção de mães adolescentes e a região sudeste com a menor, seguida pela região sul.

Gráfico nº 1: Percentagem de nados vivos por idade e região de residência da mãe – Brasil e Regiões – 2001



Fonte: MS-Brasil 2004

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE é o órgão público brasileiro que trata das informações estatísticas, correspondendo ao Instituto Nacional de Estatística – INE de Portugal. É quem realiza os censos populacionais e que disponibiliza a informação demográfica oficial. As estatísticas de saúde são um trabalho conjunto entre o IBGE e o Departamento de Informática do SUS – DATASUS.

O IBGE, divulgou no ano de 2006, um estudo intitulado “Síntese dos Indicadores Sociais 2005”, realizado através da Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios – PNAD, que tem por finalidade a produção de informações básicas para o estudo do desenvolvimento socioeconómico do Brasil. De acordo com este documento, no Registro Civil de 2004, 19,9% das crianças nasceram de mães adolescentes (15 a 19 anos) no Brasil, proporção esta mais elevada nos estados do Maranhão (27,5%), Tocantins (26,1%) e Pará (25,5%). As percentagens mais baixas estão no Distrito Federal (15,6%) e nos estados de São Paulo (16,4%), Rio Grande do Sul (17,4) e Minas Gerais (17,6%) abaixo da média

nacional. Em todos os estados brasileiros houve um aumento do número de mães adolescentes entre os anos de 1991 e 2004, conforme se observa no quadro nº 3.

Segundo os dados do IBGE (2006b), desde 1980 o número de adolescentes grávidas entre 15 e 19 anos aumentou 15%. Desse total, 1,3% são partos realizados em meninas de 10 a 14 anos.

Quadro nº 3: Percentagem de nados vivos de mães adolescentes – Brasil e Estados

Estados	Ano	
	1991	2004
Rondônia	21,8	24,6
Acre	20,1	25,1
Amazonas	13,9	20,7
Roraima	20,1	24,0
Pará	18,8	25,5
Amapá	20,2	24,4
Tocantins	20,3	26,1
Maranhão	20,3	27,5
Piauí	13,5	23,9
Ceará	12,3	21,3
Rio Grande do Norte	14,8	22,1
Paraíba	15,6	22,0
Pernambuco	16,1	21,7
Alagoas	18,3	23,8
Sergipe	16,1	20,5
Bahia	16,4	23,5
Minas Gerais	14,2	17,6
Espírito Santo	15,7	19,7
Rio de Janeiro	14,1	17,8
São Paulo	16,1	16,4
Paraná	17,5	19,4
Santa Catarina	16,5	18,1
Rio Grande do Sul	14,6	17,4
Mato Grosso do Sul	21,5	22,9
Mato Grosso	21,2	23,8
Goiás	22,2	21,7
Distrito Federal	15,3	15,6
Brasil	16,0	19,9

Fonte: IBGE, Directoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estatísticas do Registro Civil 1991/2004

2.3 – Sistemas de informação em saúde no Brasil

No Sistema Único de Saúde no Brasil existem 6 principais sistemas de informação em saúde sendo:

- “Sistema de Informações sobre Mortalidade” – SIM;
- “Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos” – SINASC;

- “Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação” – SINAN;
- “Sistema de Informações Hospitalares do SUS” – SIH-SUS;
- “Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS” – SIA-SUS;
- “Sistema de Informação da Atenção Básica” – SIAB.

Existem também outros sistemas de informação em saúde em funcionamento e entre eles pode-se citar o SisPreNatal que é o sistema informático para o acompanhamento do Programa Nacional de Humanização ao Parto e Nascimento, que inclui todo o acompanhamento pré-natal realizado pelas gestantes que são atendidas no SUS. Nem todos os municípios brasileiros têm todos os sistemas de informação em funcionamento. O SisPreNatal é um dos sistemas que não está activo em todos os municípios, pois o mesmo tem a função de realizar o acompanhamento das gestantes nos municípios em que já foi implantado o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.

A informação em saúde tem como objectivo identificar problemas sanitários individuais e colectivos de uma população, proporcionando elementos para análise da situação de saúde e contribuindo para a busca de possíveis soluções para os problemas. A informação é uma ferramenta importante para o conhecimento da realidade em saúde de uma população e para a vigilância em saúde. Um dos objectivos básicos dos sistemas de informação em saúde no SUS é possibilitar a análise da situação de saúde ao nível local.

Os sistemas SIM e SINASC são de âmbito geral e fornecem as informações sobre estatísticas vitais para a construção dos indicadores que utilizam o número de nascimentos e de óbitos ocorridos em determinada área geográfica, num determinado período no tempo. Todos os indivíduos que nascem e que morrem têm um registo nestes sistemas. O SIH-SUS e o SIA-SUS são para acompanhamento dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares realizados no âmbito do SUS. A informação sobre os procedimentos clínicos realizados nos serviços de saúde privados não está incorporada nestas bases de dados. O SIAB é o sistema informático para o acompanhamento da estratégia de saúde da família.

2.3.1 – “Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos” – O SINASC

O “Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC” foi implantado pelo Ministério da Saúde no Brasil, a partir de 1990, com o objetivo de reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional. A sua implementação ocorreu de forma lenta e gradual em todos os estados e, em muitos municípios, já apresenta um número de registos maior do que o publicado pelo IBGE, com

base nos dados dos Cartórios de Registo Civil. A partir de 1992 foi criado um programa de computador para introdução das informações relativas aos nascimentos ocorridos em território brasileiro. Foi implantado em todos os estados em 1994 e descentralizado, sendo a sua gestão realizada pelos municípios. A descentralização da informação possibilita uma maior proximidade da notificação ao local da ocorrência do evento, reduzindo erros de notificação, proporcionando oportunidade de análise e facilitando acções e intervenções precoces (Funasa, 2001b).

O documento básico deste sistema de informação é a “Declaração de Nascido Vivo” – DN, documento padrão em todo Brasil. Todo nado vivo recebe uma DN, preenchida na Unidade de Saúde onde ocorreu o nascimento. No caso do parto ocorrer no domicílio a DN é preenchida no Cartório de Registo Civil da área de residência da mãe.

Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde – OMS, “Nado Vivo” é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efectivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança viva (www.datasus.gov.br). Os nados mortos não recebem uma DN. Nestes casos apenas a Declaração de Óbito – DO é preenchida, documento que faz parte do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Por intermédio desses registos é possível subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do Sistema Único de Saúde, como acções de atenção à gestante e ao recém-nascido. O acompanhamento da evolução das séries históricas do SINASC permite a identificação de prioridades de intervenção, o que contribui para efectiva melhoria do sistema. Há uma padronização na recolha, fluxo e organização de dados sobre os nascimentos ocorridos no Brasil. Embora exista a obrigatoriedade do preenchimento da DN para todas as crianças que nascem, estima-se que o SINASC tenha um sub-registo de cerca de 7% dos nascimentos, sub-registo este que ocorre provavelmente em regiões de mais difícil acesso no Brasil, nas regiões norte e nordeste, onde muitas crianças podem nascer nos seus domicílios e não receberem uma DN.

A gestão nacional do SINASC é realizada pelo Centro Nacional de Epidemiologia – CENEPI e este é vinculado à Fundação Nacional de Saúde – FUNASA. Os dados obtidos


são disponibilizados pela FUNASA e pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, vinculado à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde Brasileiro.

A DN é impressa em três vias previamente numeradas, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Análise da Situação de Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde – DASIS-SVS. O documento é distribuído gratuitamente às Secretarias Estaduais de Saúde que o fornece às Secretarias Municipais de Saúde. As Secretarias Municipais por sua vez, devem distribuir aos estabelecimentos de saúde onde ocorrem os nascimentos e cartórios. A DN é preenchida no serviço de saúde onde ocorreu o nascimento da criança e a via branca é enviada à Secretaria Municipal de Saúde, para compor a base de dados do SINASC, a via amarela é entregue ao pai da criança para que este, com esta via e obrigatoriamente com este documento, vá ao cartório e faça o registro do bebê e a via rosa fica arquivada junto ao processo clínico da mãe, no estabelecimento de saúde onde ocorreu o nascimento (Funasa, 2001a). O SINASC é a base de dados de registro de todos os nascimentos ocorridos no Brasil. A informação demográfica relativamente ao número de nascimentos divulgada pelo IBGE é realizada através da informação dos registros de nascimentos feitos em cartório de registro civil.

O SINASC foi implantado em Uberaba, município onde o estudo foi realizado, no último trimestre do ano de 1994. Nesse ano, apenas os nascimentos ocorridos nos meses de Outubro, Novembro e Dezembro foram registrados no sistema. Isso ocorreu desta forma para que os hospitais e maternidades onde se realizavam os partos se adequassem e oferecessem formação ao seu pessoal para o preenchimento do documento. A partir de 1995, todos os estabelecimentos de saúde do município onde ocorrem nascimentos, realizam o preenchimento da DN por cada criança nascida viva e posteriormente encaminham a primeira via do documento à Secretaria Municipal de Saúde que organiza a base de dados.

Posteriormente à esta data de implantação do sistema, não foram mais realizados outras formações para o preenchimento da DN, o que de certa forma pode comprometer a informação obtida à partir deste sistema, visto que é possível haver distorções do modo do preenchimento dos formulários. Para minimizar estes efeitos o Ministério da Saúde divulga duas publicações sobre o SINASC: o “Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Nascidos Vivos” e o “Manual de Procedimentos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos”, elaborados pela Coordenação Geral de Análise de Informação em Saúde para orientar os profissionais envolvidos na operacionalização do sistema.

Figura nº 3: Modelo da “Declaração de Nascido Vivo”


República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Nascido Vivo Nº **5094011**

Cartório Código Registro Data

Município UF

Local da Ocorrência:
 1 - Hospital 2 - Outros estabelec. saúde 3 - Domicílio 4 - Outros 9 - Ignorado

Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência da mãe (Rua, praça, avenida, etc) Número Complemento CEP

Bairro/Distrito Código **Município de ocorrência** Código UF

Nome da mãe RIG

Idade (anos) **Estado civil** **Escolaridade** **Ocupação habitual e ramo de atividade** **Núm. de filhos tidos em gestações anteriores**

1 - Solteira 2 - Casada 3 - Viúva 4 - Separada judicialmente 5 - União consensual 9 - Ignorado

1 - Nenhuma 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 7 4 - De 8 a 11 5 - 12 e mais 9 - Ignorado

1 - Nenhuma 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 8 4 - 7 e mais 9 - Ignorado

Residência da mãe Número Complemento CEP

Bairro/distrito Código **Município** Código UF

Duração da gestação (em semanas) **Tipo de gravidez** **Tipo de parto** **Número de consultas de pré-natal**

1 - Menos de 22 2 - De 22 a 27 3 - De 28 a 31 4 - De 32 a 36 5 - De 37 a 41 6 - 42 e mais 9 - Ignorado

1 - Única 2 - Dupla 3 - Tripla e mais 9 - Ignorado

1 - Vaginal 2 - Cesáreo 9 - Ignorado

1 - Nenhuma 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 8 4 - 7 e mais 9 - Ignorado

Nascimento Data Hora Sexo M - Masculino F - Feminina I - Ignorado

Raça/cor **Peso ao nascer** **Índice de Apgar**

1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Polegar direito da mãe **Pé direito da criança**

Responsável pelo preenchimento Nome Função Identidade Órgão Emissor Data

ATENÇÃO : ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO
 O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.
 Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.

2 – O MUNICÍPIO DE UBERABA

2.1 – Caracterização sócio-demográfica

O município onde o estudo foi realizado chama-se Uberaba e localiza-se na região do Triângulo Mineiro, no estado de Minas Gerais, Brasil. Uberaba está equidistante dos principais centros urbanos brasileiros. Situa-se entre São Paulo e Brasília (capital do Brasil) estando a cerca de 500 Km de cada uma destas importantes cidades brasileiras, conforme as figuras nº 4 e nº 5, abaixo.

Figura nº 4: Uberaba no Brasil



Fonte: Internet

Figura nº 5: Uberaba em Minas Gerais (MG)



Fonte: Internet

A região onde hoje se situa a sede do município teve o seu começo de colonização por volta do século XVIII, como parte do processo de exploração e escoamento de minerais preciosos do Brasil Central, situando-se às margens da rota conhecida como Estrada Real que ligava São Paulo a Goiás. Nesta altura, o espaço territorial onde hoje se localiza o município pertencia ao estado de Goiás.

Em 1809, o governo do estado de Goiás nomeou o Comandante Regente dos Sertões da Farinha Podre, António Eustáquio da Silva Oliveira (Major Eustáquio), que liderando uma Bandeira¹ de 30 homens, atingiu o Rio Uberaba e se fixou à margem esquerda do Córrego das Lages. Junto com o Major Eustáquio, chegaram fazendeiros e aventureiros que passaram a comercializar com as caravanas que circulavam por esta rota.

¹ **Entradas e Bandeiras:** a expressão é usada para designar expedições empreendidas à época do Brasil Colônia, com fins diversos de exploração do território, busca de riquezas minerais, captura ou extermínio de escravos. Em geral, Entradas eram financiadas pelos cofres públicos com apoio da Coroa Portuguesa e Bandeiras eram de iniciativa privada que, com recursos próprios, buscavam obtenção de lucros.

O “arraial” de Uberaba foi elevado à condição de “Distrito de Índios” em 1811 e em 1820, com o Brasil ainda colônia de Portugal, foi elevado à categoria de Freguesia pelo rei D. João VI, com o nome de “Freguesia de Santo António e São Sebastião de Uberaba”. A elevação à condição de freguesia significou a emancipação em assuntos de ordem civil, militar e religiosa. Em 1840, tornou-se sede de Comarca, o que aumentou sua importância regional e em 1856, passou da condição de Vila para Cidade. Nesta época, já tinha grande importância como centro comercial. A inauguração da Estrada de Ferro, em 1889, representou um grande avanço econômico, atraindo imigrantes europeus e desenvolvendo a pecuária zebuína, de origem indiana, além de atividades industriais e de comércio, dando impulso à sua estruturação urbana. Em meados do século XX, já contava com faculdades de medicina, engenharia, enfermagem, filosofia e de odontologia.

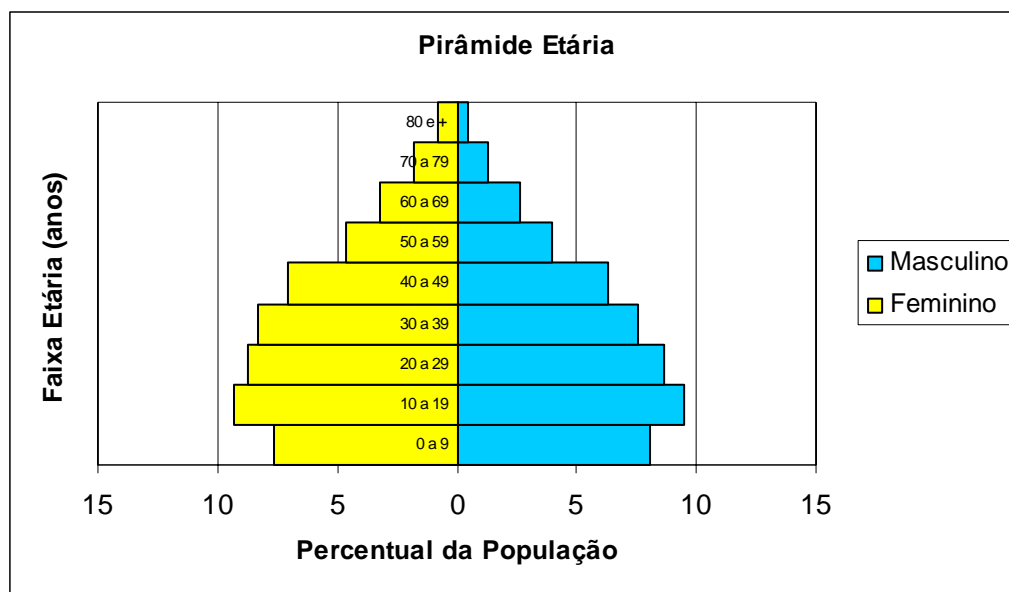
A partir dos anos 1970 aconteceu uma diversificação econômica, visando a ampliação do parque industrial, sobretudo na área de fertilizantes e defensivos agrícolas. Posteriormente, houve implementação de muitas indústrias de móveis, entre outros projetos de desenvolvimento integrados, buscando o progresso econômico desta cidade.

O município de Uberaba apresentou um crescimento populacional significativo a partir dos anos 50 do século passado, quando então contava com cerca de 42.500 habitantes para os mais de 280.000 atuais. A população do município no último censo realizado no ano de 2000 pelo governo brasileiro indicava um total de 252.051 habitantes. Segundo estimativa do IBGE, Uberaba tem em 2007 um total de 290.085 habitantes, sendo 140.813 (48,54%) do sexo masculino e 149.272 (51,46%) do sexo feminino, distribuídos por faixa etária segundo o quadro nº 4 e a Pirâmide etária, figura nº 6, abaixo.

Quadro nº 4: População residente por sexo e faixa etária – Uberaba – 2007

Faixa Etária	Masculino	%	Feminino	%	Total
Menor 1 ano	2.172	51,84	2.018	48,15	4.190
1 a 4 anos	9.064	51,07	8.684	48,93	17.748
5 a 9 anos	12.184	51,59	11.431	48,41	23.615
10 a 14 anos	13.123	50,90	12.661	49,10	25.784
15 a 19 anos	14.398	50,24	14.261	49,76	28.659
20 a 29 anos	25.112	49,89	25.224	50,11	50.336
30 a 39 anos	21.995	47,58	24.228	52,42	46.223
40 a 49 anos	18.273	47,28	20.374	52,72	38.647
50 a 59 anos	11.599	46,22	13.498	53,78	25.097
60 a 69 anos	7.687	44,97	9.408	55,03	17.095
70 a 79 anos	3.773	42,15	5.179	57,85	8.952
80 anos e mais	1.433	38,32	2.306	61,68	3.739
Total	140.813	48,54	149.272	51,46	290.085

Fonte: IBGE – Censos Demográficos e Contagem Populacional; para os anos inter censitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus.

Figura nº 6: Pirâmide etária da população – município de Uberaba – 2007

Fonte: Caderno de Informações de Saúde – Datasus 2007 (www.datasus.gov.br)

O município de Uberaba tem uma taxa de crescimento anual estimada em 2,1%, no período 2000 a 2006. Tem uma população feminina de mulheres em idade fértil – 10 a 49 anos – de 96.748, com uma proporção de 33,3% para o ano de 2007 (www.ibge.gov.br). A população feminina estimada para a faixa etária de 10 a 19 anos é de 9,3% ou seja, 26.922 adolescentes.

Quadro nº 5: População estimada pelo IBGE – Uberaba – 2000-2007

Ano	População Residente por ano	Método
2000	252.051	Censo
2001	256.539	Estimativa
2002	261.457	Estimativa
2003	265.826	Estimativa
2004	270.176	Estimativa
2005	280.061	Estimativa
2006	285.093	Estimativa
2007	290.085	Estimativa

Fonte: IBGE – Censos Demográficos, Contagem Populacional e Estimativas; para os anos inter censitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus (2007)

Segundo informações da Prefeitura Municipal de Uberaba, actualmente 98% das vias da cidade são pavimentadas, 99% das residências são abastecidas pela rede pública de água, 98% das residências são abastecidas pela rede de esgoto, 99,97% das casas urbanas são ligadas à rede eléctrica das Centrais Eléctricas de Minas Gerais – CEMIG e 98,75%

das casas rurais são ligadas à rede eléctrica da CEMIG, apontando para uma melhoria da situação, em relação a anos anteriores. Há recolha do lixo em 96,4% do município.

O rendimento mensal médio de aproximadamente 75% da população economicamente activa é inferior a 5 salários mínimos, 40% recebe menos de 2 salários mínimos e 11% até 1 salário mínimo. O PIB per capita é estimado em R\$ 11.058,17 ao ano e a população economicamente activa em 165.934 habitantes. O maior número de trabalhadores concentra-se no sector terciário, seguido pelo sector secundário e, apesar da grande extensão da zona rural, que ocupa 98% do território do município, nela concentra-se somente 2% da mão-de-obra ocupada (Uberaba, 2006c).

Figura nº 7: Vista aérea do centro do município de Uberaba



Fonte: Internet

2.2 – Saúde em Uberaba

2.2.1 – Rede de atenção à saúde pública em Uberaba

A Secretaria Municipal de Saúde é o órgão da administração pública da Prefeitura Municipal de Uberaba que tem por missão institucional estruturar a atenção à saúde no município, buscando cumprir as directrizes do SUS. Em 1997 o município adequou-se à

Norma Operacional Básica 96 – NOB96, e assumiu a Gestão Plena do Sistema Municipal que significa que o município tem autonomia de gestão da rede de atenção básica e de média e alta complexidade.

Os estabelecimentos de saúde de Uberaba podem ter abrangência municipal, micro ou macro regional. Todos os procedimentos clínicos realizados nos serviços públicos são remunerados com recursos financeiros do Fundo Municipal de Saúde. Este fundo recebe recursos financeiros do município, do estado e do governo federal.

A atenção à saúde em Uberaba é realizada de acordo com as normas do SUS. O município está dividido em 3 Distritos Sanitários e conta com uma rede municipal de atenção à saúde e uma rede convencionada. No ano de 2006, o município contava com uma rede própria de atenção básica e de especialidades e uma rede convencionada de procedimentos de média e alta complexidade. A atenção básica é realizada através das Unidades Básicas de Saúde – UBS, que são os serviços de saúde que prestam atendimento básico à saúde da população de sua área de abrangência, de forma programada ou não, com equipa multiprofissional, nas áreas de medicina, medicina dentária, enfermagem e saúde mental (Uberaba, 2006a).

Existiam no ano de 2006 em 21 áreas de abrangência, 28 Unidades Básicas de Saúde – UBS, e 12 unidades de saúde da família distribuídos em três Distritos Sanitários. Existem 41 Equipas de Saúde da Família – ESF, sendo 37 na zona urbana e 4 na zona rural. Na zona urbana, existem 15 equipas no Distrito Sanitário I – DSI, 10 no Distrito Sanitário II – DSII e 12 no Distrito Sanitário III – DSIII. Cada equipa é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um cirurgião dentista, um auxiliar de cirurgião dentista e de 5 a 8 agentes comunitários de saúde, que são pessoas da comunidade com formação ao nível do 12º ano e que receberam formação específica na área de saúde, para realizar algumas tarefas e visitas domiciliares aos utentes da área de abrangência de cada ESF.

As ESF desenvolvem acções básicas de saúde, individuais e colectivas. Estas equipas também contam com uma equipa de apoio composta por profissionais de especialidades básicas. As actividades desenvolvidas pela equipa são dirigidas às faixas etárias específicas (crianças, adolescentes, adultos e idosos). As equipas realizam o atendimento à procura espontânea pelos serviços nas UBS's e também acções de programas específicos, como Programa de Controle e Prevenção da Hipertensão e Diabetes, Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, Programa de Aleitamento Materno, Vigilância Alimentar e Nutricional, Atenção ao Recém-nascido de Risco,

Programa de Controle do Tabagismo, Programa de Prevenção e Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama, entre outros (Uberaba, 2006a).

O município contava em 2006 com 2 ambulatórios de Pronto Atendimento (urgências) e apoio diagnóstico e terapêutico sendo um de radiologia e uma farmácia com distribuição de medicamentos utilizados pelos programas de saúde e dois ambulatórios de atendimento das especialidades médicas, um no Distrito Sanitário I, o Centro Médico Dr. Antônio José de Barros e outro no Distrito Sanitário II a CAMM – Central de Atendimento Multiprofissional do Município (Uberaba, 2006a). Encontram-se em fase de construção outros 2 ambulatórios de especialidades médicas nos Distritos Sanitários I e III.

Além desses, o município ainda conta com outros ambulatórios de especialidades designadamente Ambulatório de Saúde Mental, Ambulatório de Especialidades Odontológicas Dr. Randolfo Borges Júnior, Centro de Atenção Psicossocial ao Dependente Químico – CAPS-D, Centro de Referência à Infância e Adolescência – CRIA, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher – CAISM, Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA, Centro de Saúde Professor Eurico Vilela e Centro de Fisioterapia e Neurologia (Uberaba, 2006a).

Entre os serviços contratados ou convencionados pelo município encontram-se os ambulatórios, os hospitais e outros. Compõe esta rede de atenção secundária à saúde os ambulatórios do Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM, o Ambulatório da Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba – FUNEPU, o Ambulatório Maria da Glória e o Centro de Reabilitação, todos da UFTM. Também fazem parte da rede o Ambulatório Geral do Hospital Universitário da Universidade de Uberaba – UNIUBE, e as Clínicas de Odontologia e de Psicologia, também da UNIUBE.

Além destes, também existem outros centros privados/convencionados de acompanhamento, apoio e reabilitação, ao nível secundário: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE, Fundação Caminhar ao Passo de Equoterapia, Associação Brasileira de Reabilitação e Alfabetização de Crianças Especiais – ABRACE, Associação de Apoio à Criança Deficiente – ACD, Associação dos Deficientes Físicos de Uberaba – ADEFU, entre outros.

Para o atendimento ao nível terciário, são treze os hospitais convencionados ao SUS: Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (público federal), Hospital Universitário da Universidade de Uberaba, Hospital da Beneficência Portuguesa (Maternidade do Povo), Hospital da Criança (pediatria), Hospital do Pênfigo, Hospital Dr. Helio Angotti (oncologia), Hospital e Maternidade São Domingos, Hospital Vera Cruz,

Hospital Santa Lúcia (oftalmologia), Hospital São Paulo, Casa de Saúde São José, Hospital São Marcos e Sanatório Espírita de Uberaba (doença mental), todos convencionados.

A vigilância pré-natal no serviço público de saúde é realizada pelos profissionais das UBS e das ESF. As análises e exames complementares são efectuados pelos ambulatórios e os partos são executados nos hospitais do município. As gestantes atendidas na rede municipal de saúde, na época do parto, são geralmente encaminhadas para o Hospital Escola da UFTM, referência para gestantes de risco e para o Hospital Beneficência Portuguesa, referência como maternidade no município desde o ano de 2002.

O Plano Municipal de Saúde de Uberaba 2006-2009 – PMS-URA, é um instrumento que norteia as acções de saúde que serão desenvolvidas pelo município. O PMS-URA estabelece objectivos, fornece elementos para a coordenação, articulação, negociação, programação, acompanhamento, controlo, avaliação e auditoria dos serviços de saúde. O Plano Municipal de Saúde – PMS contém o planeamento de acções de saúde ao nível municipal e as metas a serem atingidas em determinado período de tempo, metas essas estabelecidas a partir do conhecimento dos indicadores de saúde do município e orientadas por padrões previamente estabelecidos pelo Ministério da Saúde brasileiro. O PMS também tem como objectivo a procura por serviços de saúde mais resolutivos e humanizados, contribuindo para a definição de políticas de saúde e aplicação dos recursos disponíveis, com o objectivo de solucionar os problemas de saúde dos indivíduos e das comunidades, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar social da população.

O PMS é um instrumento legal e está regulamentado por legislação específica do Ministério da Saúde do Brasil. As acções de saúde propostas nos PMS estão subordinadas aos princípios do SUS. O Plano Municipal de Saúde de Uberaba, no seu quadro de metas (anexo nº 5 p. 221) estabelece como prioridades para os adolescentes:

- 1 – Qualificar a atenção à saúde do adolescente na rede de serviços de saúde através de:
 - a) implementação do protocolo de atenção à saúde do adolescente;
 - b) capacitação dos profissionais para atendimento dos adolescentes;
 - c) realização da assistência pré-natal, ao parto e à interrupção involuntária da gravidez entre adolescentes.
- 2 – Desenvolver acções através da implementação de proposta interinstitucional voltada para a problemática do adolescente, especialmente a violência, a sexualidade, a gravidez indesejada e o uso de drogas:
 - a) registo de todos os adolescentes das áreas de abrangência nas respectivas UBS;

b) fortalecimento de medidas preventivas em doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência e abuso de substâncias psicoativas, garantindo o acesso a medicamentos, métodos anticoncepcionais e vacinação.

2.2.2 - Informações epidemiológicas

O município de Uberaba, através da Secretaria Municipal de Saúde mantém actualizados os indicadores de saúde através do “Perfil Epidemiológico do Município”. Estas informações estão presentes nas propostas do Plano Municipal de Saúde de Uberaba e servem como base para o conhecimento da realidade epidemiológica e para realização de propostas de intervenção em saúde ao nível dos serviços e acções.

Estas informações são actualizadas anualmente e sempre que necessário para cumprir portarias e normas do Ministério da Saúde e do SUS. A partir do conhecimento epidemiológico são estabelecidas metas a serem atingidas para melhoria das condições de saúde, atenção e vigilância à saúde da comunidade.

São realizadas análises da situação de saúde que são processos contínuos que permitem medir, caracterizar e explicar o perfil de saúde – doença e atenção à saúde de uma população, incluindo a identificação de seus determinantes, as necessidades e a compreensão das respostas sociais em saúde e avaliação da pertinência das intervenções implementadas, para informar a tomada de decisão em saúde. São construídos indicadores de saúde a partir da informação obtida através dos sistemas de informação em saúde. As estatísticas vitais, nascimentos e óbitos, fazem parte do grupo de indicadores demográficos de uma população.

O município de Uberaba vem apresentando um decréscimo da taxa bruta de natalidade ao longo dos últimos anos, como tem acontecido também com o Brasil.

Quadro nº 6: Taxa bruta de natalidade e mortalidade – Uberaba – 1998-2005

Ano	Natalidade	Mortalidade
1998	17,08	7,11
1999	16,10	7,19
2000	15,74	6,93
2001	14,37	7,03
2002	14,29	6,93
2003	14,08	6,76
2004	13,53	7,05
2005	13,44	6,63

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba

Quadro nº 7: Número absoluto de nados vivos e óbitos totais – Uberaba – 1998-2005

Ano	Nados Vivos	Óbitos Totais
1998	4.168	1.735
1999	4.014	1.793
2000	3.968	1.747
2001	3.687	1.804
2002	3.736	1.813
2003	3.744	1.798
2004	3.655	1.906
2005	3.765	1.858

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba

No ano de 2005, 75,88% dos óbitos ocorreram em maiores de 50 anos. Este indicador denominado Razão de Mortalidade Proporcional (Índice de Swaroop e Uemura) expressa a qualidade de vida e de saúde de uma população. A percentagem de habitantes que faleceram com 50 anos e mais encontra-se acima de 75% desde o ano de 2003, estando o município de Uberaba no 1º nível de Swaroop e Uemura.

De 2001 a 2005, o grupo de doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório foram os três grupos de causa responsáveis, nesta ordem, pelo maior número de óbitos no município. Neste período, o grupo de doenças infecciosas e parasitárias e as causas externas de morbidade e mortalidade se revezaram na quarta ou quinta posição, considerando a maior frequência de óbitos (Uberaba, 2006a).

No grupo de doenças do aparelho circulatório, no ano de 2005, as doenças cerebrovasculares foram as que tiveram um maior número de óbitos, principalmente em indivíduos com 65 anos e mais de idade. Aparecem a seguir as doenças isquêmicas do coração e doença hipertensiva (Uberaba, 2006a).

As doenças neoplásicas mais frequentes foram os tumores malignos dos brônquios e pulmões, mama, estômago, esôfago, próstata, encéfalo, pâncreas e cólon (Uberaba, 2006a).

A mortalidade no grupo das doenças do aparelho respiratório aparece em primeiro lugar a pneumonia por microrganismo não especificado, seguida por óbitos decorrentes de doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC (Uberaba, 2006a).

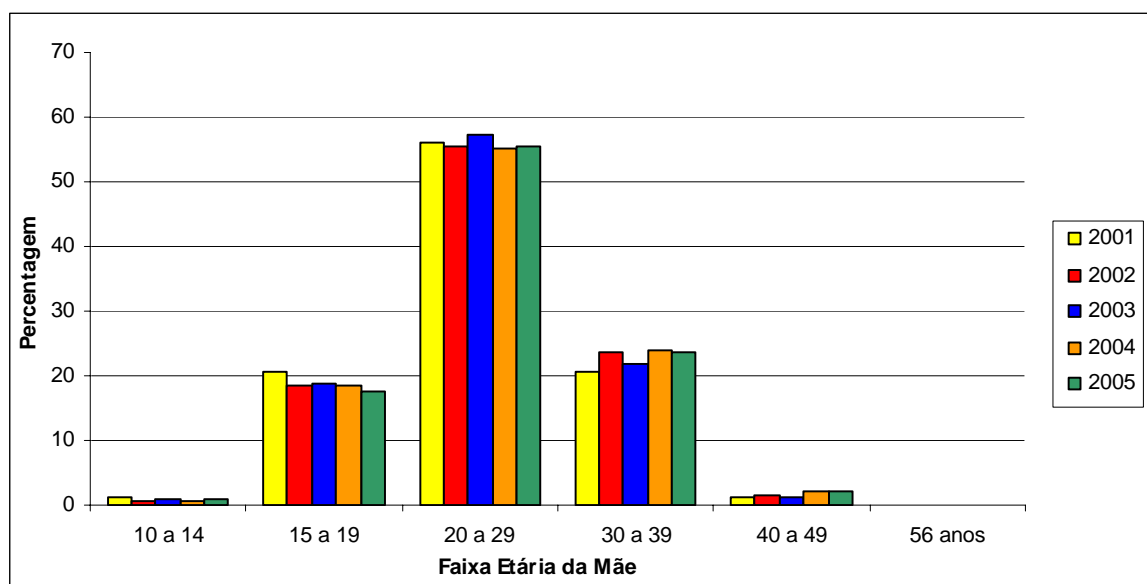
As causas externas de mortalidade no ano de 2005 corresponderam a 147 óbitos (8% do total de óbitos). Os acidentes de transporte, as agressões (principalmente por arma de fogo) e as auto-intoxicações e lesões auto-provocadas, foram as causas de óbito mais frequentes neste grupo (Uberaba, 2006a).

A taxa de mortalidade infantil no ano de 2005 foi de 17,27. O município apresentou uma taxa de mortalidade infantil de 12,82 no ano de 2003. A taxa voltou a aumentar nos

anos de 2004 e de 2005. Isto pode ter ocorrido devido a diversos factores e dentre eles uma provável desorganização da rede de serviços primários de atenção à saúde, o que pode ter influenciado negativamente na atenção à saúde materna e infantil.

O número de nascimentos têm se mantido estável no município nos últimos 5 anos. O número de nascimentos por faixa etária da mãe está representado no gráfico nº 2, abaixo. Pode-se observar que a maioria dos nascimentos ocorrem na faixa etária entre os 20 e 29 anos, seguido da faixa etária dos 30 a 39 anos. A faixa etária dos 15 aos 19 anos também é significativa, com uma percentagem de nascimentos de bebés bastante alto. Quando somados o total de nascimentos na faixa etária dos 15-19 anos a dos 10 a 14 anos, tem se mantido à volta dos 19%. Também se pode observar no gráfico nº 2, uma leve alteração no perfil de natalidade do município, com um aumento da percentagem de nascimentos de bebés nas mulheres com idades mais elevadas.

Gráfico nº 2: Gestação por faixa etária da mãe – município de Uberaba – 2001-2005



Fonte: SINASC Uberaba – 2001 a 2005

3 – METODOLOGIA DO ESTUDO

3.1 – O problema

A gravidez e a maternidade na adolescência são consideradas um problema social e de saúde pública em muitos países ocidentais desenvolvidos e em desenvolvimento. Em Portugal, a proporção de nascidos vivos de mães adolescentes (10 a 19 anos) situou-se em 5% dos nascimentos no ano de 2005 (INE, 2006). No Brasil, a percentagem de nascimentos de bebés de mães adolescentes é, em média, acima dos 20% do total de nascidos vivos (MS-Brasil, 2006b).

Pela relevância do tema, pelo modo como as adolescentes são afectadas por uma gravidez e também como a maternidade precoce pode afectar os filhos dessas jovens mães, foi proposto este trabalho, que tem como objectivo principal conhecer a realidade actual nos seus vários aspectos, da gravidez e maternidade na adolescência no município de Uberaba, no estado de Minas Gerais, Brasil.

A gravidez na adolescência em Uberaba apresenta percentagens elevadas. Situa-se em torno de 19% dos nascimentos ocorridos no município nos últimos anos e não está entre as percentagens mais elevadas do Brasil, que se encontram nas regiões norte e nordeste do Brasil.

3.2 – Tipo de Estudo

O estudo realizado é descritivo e transversal. Segundo Carmo & Ferreira (1998) é descritivo porque estuda, compreende e explica a situação actual do objecto de investigação, neste caso, a gravidez e a maternidade na adolescência num município brasileiro e transversal porque estuda um grupo ou população, as adolescentes grávidas ou mães, em um momento específico do tempo.

A investigação empírica foi executada em duas partes sendo inicialmente realizada uma análise dos nascimentos ocorridos no município nos anos de 2001 a 2005, através do estudo das bases de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Na segunda parte do trabalho empírico foram realizadas 25 entrevistas às jovens gestantes e mães adolescentes, na faixa etária entre 14 e 19 anos com o objectivo de conhecer o perfil dessas jovens, algumas questões sobre sua saúde, o seu percurso de vida e as suas perspectivas actuais e futuras.

3.3 – Amostra

Na primeira parte do estudo empírico foram analisadas as bases de dados do SINASC, nos anos de 2001 a 2005.

Na segunda parte, a amostra estudada constituiu-se de 25 jovens adolescentes entre os 10 e 19 anos, grávidas e/ou mães, que compareceram para atendimento ou consulta de acompanhamento pré-natal no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher – CAISM, unidade de referência para saúde da mulher, na Unidade Básica de Saúde Rosa Maria e em algumas residências de jovens gestantes contactadas através dos serviços de saúde em que procuraram consulta médica, no município de Uberaba, estado de Minas Gerais, durante o mês de Março de 2007. A opção por estes dois serviços de saúde deu-se através de um estudo anterior sobre a rede de atenção à saúde (Saúde, 2006) que, analisando todos os serviços onde eram realizados os acompanhamentos de pré-natal na rede pública de atendimento, verificou-se que estes dois serviços realizaram no ano de 2005, cerca de 75% do total de atendimentos de acompanhamento pré-natal da rede pública de saúde – SUS, do município, sendo assim mais acessível o encontro com as adolescentes gestantes e mães.

3.4 – Recolha dos dados

Para a primeira parte do trabalho houve autorização verbal da Directoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde, para a utilização das bases de dados do SINASC, para a construção da série histórica e análise da frequência e percentagem dos nascimentos de bebés de mães adolescentes (com idades entre os 10 e 19 anos), comparativamente aos nascimentos de bebés de mães adultas (com 20 anos e mais) residentes no município de Uberaba e que ocorreram durante os anos de 2001 a 2005.

O instrumento de recolha de dados (anexo nº 1 p. 213) da segunda parte do trabalho (inquérito por entrevista) foi previamente elaborado pela investigadora, a partir de leituras e entrevistas a informantes qualificados, profissionais de saúde que trabalham com adolescentes. Foi realizado um pré teste com o instrumento junto a um grupo de jovens para melhor adequação do mesmo e para se atingir os objectivos propostos no trabalho.

A solicitação de autorizações junto às chefias dos serviços e aplicação do instrumento de recolha de dados foi realizada durante o mês de Março de 2007, sendo o instrumento aplicado directamente pela investigadora.

Para a aplicação do instrumento foi realizada uma solicitação de autorização (anexo nº 2 p. 218) aos serviços de saúde onde foram atendidas as jovens. Inicialmente as jovens eram contactadas e informadas sobre a pesquisa e os seus objectivos, verbalmente e através de um “Termo de Esclarecimento” escrito (anexo nº 3 p. 219). Posteriormente ao esclarecimento e concordância das jovens e seus pais/mães ou responsáveis, no caso das menores de 18 anos, era solicitado às jovens e responsáveis que assinassem o “Termo de Consentimento após Esclarecimento” (anexo nº 4 p. 220). As entrevistas foram realizadas sempre individualmente, com a presença somente da investigadora e da jovem gestante, para evitar possíveis constrangimentos da jovem para responder às perguntas na presença de outras pessoas. Os critérios de inclusão na amostra adoptados nesta pesquisa foram as jovens adolescentes grávidas, com idades entre os 10 e 19 anos, que compareceram para atendimento médico nas unidades de saúde e que aceitaram colaborar com a pesquisa.

As entrevistas foram realizadas em salas de atendimento dos serviços e nas casas das jovens, às quais tínhamos realizado o contacto prévio nos serviços de saúde.

3.5 - Variáveis em estudo

Para a primeira parte do trabalho foram analisadas as variáveis contidas na “Declaração de Nascido Vivo” – DN (p. 106), com referência à mãe, tais como:

- 1 – Local de ocorrência do nascimento da criança;
- 2 – Idade;
- 3 – Estado civil;
- 4 – Escolaridade;
- 5 – Ocupação habitual;

Com referência à gestação e ao bebé foram observadas as seguintes variáveis:

- 1 – Duração da gestação;
- 2 – Tipo de parto;
- 3 – Número de consultas de pré-natal;
- 4 – Peso da criança ao nascer;
- 5 – Presença de anomalias congénitas.

Não foram analisadas todas as variáveis constantes da DN por considerar-se não apresentarem relevância para os objectivos do estudo.

Para a segunda parte do trabalho foram analisadas as seguintes variáveis:

- 1 – *Demográficas*: idade da jovem, estado civil, origem étnica, religião;

- 2 – *Socioeconómicas*: escolaridade, trabalho/emprego, rendimento familiar;
- 3 – *Familiares*: número e idade dos irmãos, situação de coabitação anterior e actual da jovem, idade da mãe da adolescente quando teve o primeiro filho;
- 4 – *De saúde e sexualidade*: idade da menarca, idade da primeira relação sexual, conhecimento e utilização de métodos contraceptivos e acompanhamento pré-natal;
- 5 – *Sobre o pai do bebé*: idade do pai do bebé;
- 6 – *Sobre a gravidez*: desejo da gravidez, sentimentos em relação à gravidez, suportes sociais formais e informais e projecto de vida.

3.6 – Métodos de análise das informações

A análise das bases de dados do SINASC foi realizada utilizando o programa informático EpiInfo 3.3.2 que é uma série de programas informáticos para uso de profissionais de saúde pública que trabalham com investigações de epidemias, administram bases de dados de vigilância epidemiológica e outras, incluindo bases de dados gerais e análises estatísticas. É um programa de domínio público e disponibilizado gratuitamente para uso, cópia, tradução e distribuição pelo CDC – *Centers for Disease Control and Prevention* – Atlanta (www.cdc.gov/epiinfo). Foram realizados quadros e gráficos referentes às frequências e percentagens das variáveis em estudo, constantes na DN, de mães adolescentes (10 a 19 anos) comparativamente às mães adultas (20 anos e mais).

A análise das entrevistas com as gestantes foi realizada através da utilização do software EpiInfo 3.3.2 para as questões fechadas e pela análise de conteúdo para as questões abertas. A técnica de análise de conteúdo segundo Berelson é “*a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação*” (Vala, 2001 p. 103). A análise de conteúdo é uma das técnicas mais comuns nas investigações empíricas realizadas pelas diferentes ciências sociais e humanas. Na análise de conteúdo, o ponto de partida é a mensagem, mas deve ser considerado em que contexto os indivíduos produziram os discursos e molda-se na concepção crítica e dinâmica da linguagem. Deve-se considerar não apenas o significado das palavras e dos enunciados mas também a interpretação do sentido em que um indivíduo atribui às mensagens.

Segundo Bardin (1977) é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, através de procedimentos sistemáticos e objectivos, a descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção das mesmas.

As entrevistas realizadas com as adolescentes foram gravadas e posteriormente transcritas e estudadas através da análise temática e categorização das falas das jovens. Foram elaboradas selecções dos temas, criadas unidades de categorização onde os elementos encontrados no conteúdo do texto foram agrupados em categorias. Dessa forma, foram realizadas distribuições de frequências à partir dos conteúdos dos textos escritos, no caso deste trabalho, dos inquéritos por entrevista realizados com as jovens adolescentes gestantes e mães.

A abordagem qualitativa também é realizada através da categorização dos elementos do texto, que com suas particularidades visam esclarecer as diferentes características e significados do discurso. A análise de conteúdo focaliza, num primeiro momento, o conteúdo evidente. Posteriormente, pode-se aprofundar a análise para se perceber os elementos ocultos ou simbólicos da mensagem. Nessa investigação os conteúdos foram organizados à partir de temas e categorias construídas à partir do objecto de análise, o discurso das jovens gestantes e mães.

4 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Introdução

Os resultados apresentados neste trabalho foram obtidos através de duas fontes sendo a primeira, as bases de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos-SINASC, para os anos 2001 a 2005 e a segunda, o inquérito por entrevista realizado com 25 adolescentes gestantes, no município de Uberaba, estado de Minas Gerais, Brasil, durante o mês de Março de 2007. Serão apresentados inicialmente os resultados da análise do total de nascimentos de bebês de mães residentes no município de Uberaba, nos anos em estudo (2001 a 2005). Posteriormente serão apresentadas as histórias de vida das gestantes entrevistadas e o resultado das análises das entrevistas.

4.1 – Apresentação e análise do SINASC em Uberaba – 2001 a 2005

A Secretaria de Saúde de Uberaba é o organismo público responsável pelas bases de dados do SINASC no município, realizando a inserção no sistema informático, dos dados contidos em cada DN de todos os bebês nascidos no município, nos serviços de saúde e nos domicílios.

Através dessa informação é possível realizar alguns estudos sobre saúde materna e infantil ao nível municipal, baseados nos registos nas bases de dados do SINASC.

Pode-se conhecer a situação histórica da gravidez e maternidade na adolescência em Uberaba, através da análise das bases de dados do SINASC, nos anos estudados. Será realizado uma análise e relato da situação histórica da gravidez adolescente através dos nascimentos de bebês de mães nas idades de 10 a 19 anos nos anos de 2001 a 2005.

A idade materna é um factor importante que pode estar associado a algumas condições de risco para os recém nascidos tais como a prematuridade e o baixo peso ao nascer que, segundo alguns autores, tendem a ser mais frequentes entre as mães adolescentes. A frequência de gravidez precoce também pode ser analisada em relação às condições sociais e económicas da população.

As informações trabalhadas nos quadros e gráficos sobre o SINASC são fonte de informação secundária que estão directamente ligadas ao preenchimento dos campos no formulário específico para a obtenção da informação, no caso a DN. As informações para o preenchimento da DN são obtidas através de perguntas à gestante e/ou a observação do Cartão de Acompanhamento de Pré-Natal da Gestante.

Os gráficos e quadros aqui expostos foram construídos pela investigadora a partir das bases de dados do SINASC referentes aos anos de 2001 a 2005. Foram utilizados os programas informáticos *Microsoft Office Word 2003*, *Microsoft Office Excel 2003* e *Epi-Info 3.3.2*. As análises foram comparativas entre as mães adolescentes (10 a 19 anos) e as mães adultas (20 anos e mais) e em alguns casos foram utilizados parâmetros de comparação preconizados pela Organização Mundial de Saúde e/ou documentos técnicos do Ministério da Saúde do Brasil.

O quadro nº 8, apresentado abaixo, refere-se ao número total de nados vivos de mães residentes no município de Uberaba nos anos estudados, por idade detalhada nas idades de 11 a 19 anos e por faixa etária de 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 anos e mais. Houve a ocorrência de somente 1 nascimento no ano de 2002 de uma mãe com mais de 50 anos.

Quadro nº 8: Número de nados vivos por idade da mãe – Uberaba – 2001-2005

Idade da Mãe - Anos	2001		2002		2003		2004		2005	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
11	0	0	1	0,03	0	0	0	0	0	0
12	1	0,03	0	0	0	0	1	0,03	1	0,02
13	5	0,13	4	0,11	11	0,29	0	0	6	0,16
14	35	0,95	21	0,56	20	0,53	16	0,44	27	0,72
10 a 14	41	1,11	26	0,69	31	0,83	17	0,46	34	0,90
15	59	1,60	52	1,39	78	2,08	55	1,50	46	1,22
16	102	2,77	95	2,54	118	3,15	117	3,20	116	3,08
17	161	4,37	148	3,96	132	3,52	140	3,83	135	3,58
18	215	5,83	170	4,55	167	4,46	171	4,68	166	4,41
19	222	6,02	224	5,99	205	5,47	189	5,17	203	5,39
15 a 19	759	20,58	689	18,44	700	18,70	672	18,38	666	17,69
10 a 19	800	21,69	715	19,13	731	19,53	689	18,84	700	18,59
20 a 29	2071	56,17	2075	55,54	2145	57,29	2012	55,05	2092	55,55
30 a 39	765	20,75	880	23,55	818	21,85	877	23,99	889	23,60
40 a 49	43	1,17	62	1,66	50	1,33	77	2,11	84	2,23
50 e +	0	0	1	0,03	0	0	0	0	0	0
Ignorada	8	0,22	3	0,08	0	0	0	0	0	0
Total de Nados Vivos	3687	100	3736	100	3744	100	3655	100	3765	100

A frequência e percentagem de nascimentos por idade da mãe em cada ano estudado foram os seguintes:

Ano de 2001 – 21 anos – 257 nascimentos, correspondendo a 7% do total;

Ano de 2002 – 21 anos – 253 nascimentos, correspondendo a 6,8% do total;

Ano de 2003 – 21 anos – 287 nascimentos, correspondendo a 7,7% do total;

Ano de 2004 – 22 anos – 231 nascimentos, correspondendo a 6,3% do total;

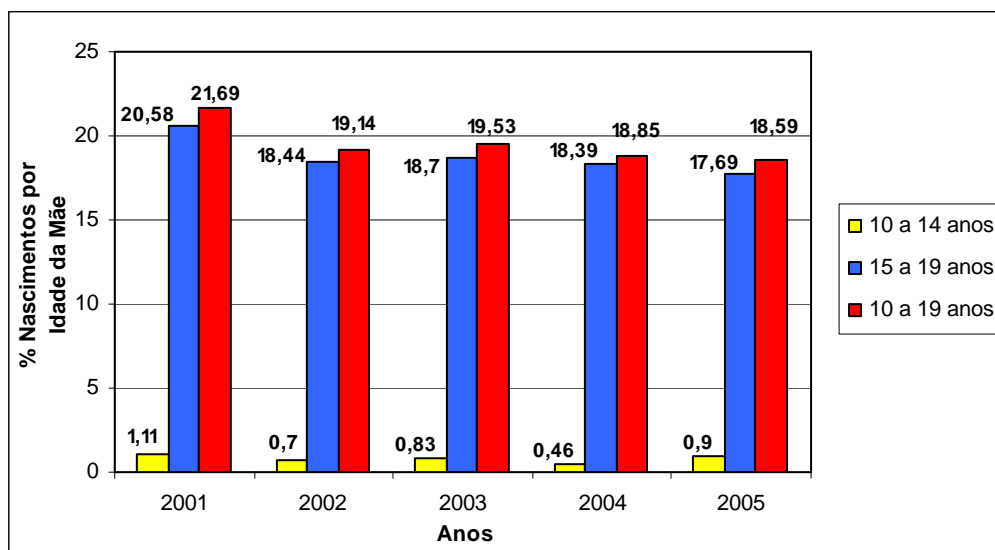
Ano de 2005 – 24 anos – 240 nascimentos, correspondendo a 6,4% do total.

Pode-se observar uma tendência de modificação no perfil de natalidade do município com o aumento da idade onde ocorreram o maior número de nascimentos nos anos estudados. A frequência e percentagem de nascimentos de bebês de mães adolescentes e adultas podem ser observados no quadro nº 9 e gráfico nº 3, abaixo.

Quadro nº 9: Percentagem de nados vivos por faixa etária da mãe – Uberaba – 2001-2005

Ano	Nados Vivos					
	Mães de 10 a 19 anos		Mães de 20 anos e mais		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
2001	800	21,69	2887	78,31	3687	100
2002	715	19,13	3021	80,87	3736	100
2003	731	19,53	3013	80,47	3744	100
2004	689	18,84	2966	81,16	3655	100
2005	700	18,59	3065	81,41	3765	100

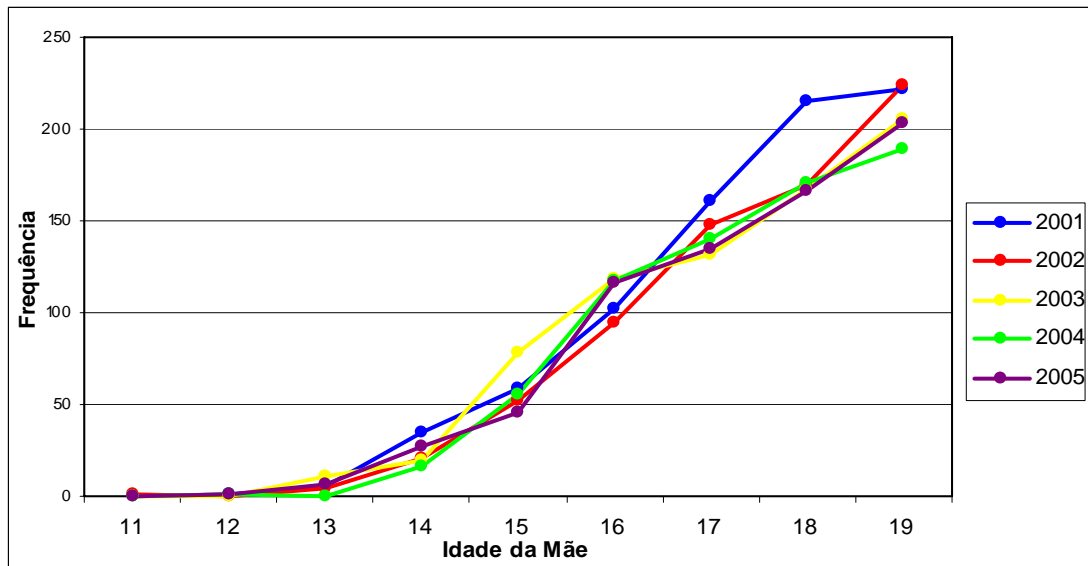
Gráfico nº 3: Percentagem de nados vivos de mães adolescentes – Uberaba – 2001-2005



Como se pode observar no gráfico nº 3, o número de nascimentos de bebês de mães adolescentes em Uberaba foi de aproximadamente 20% nos anos estudados. Embora esteja ocorrendo um leve declínio no valor total, passando de 21,69% no ano de 2001 para 18,59% no ano de 2005, ainda se apresenta com uma taxa elevada. O número de nascimentos entre as mães mais jovens (10 a 14 anos) variou de ano para ano, mas mantém-se entre 0,4 a 1,1% do total dos nascimentos, sendo uma informação importante, visto que é nessa faixa etária que uma gravidez precoce pode comprometer mais a jovem, tanto do ponto de vista psicossocial como na sua saúde.

Outro factor observado no estudo foi a redução do número de nascimentos de bebés de mães adolescentes por redução do número de nascimentos nas idades entre 17 e 19 anos, o que pode ser observado no gráfico nº 4.

Gráfico nº 4: Evolução do número de nascimentos por idade da mãe – Uberaba – 2001-2005



Considera-se que provavelmente estas jovens estão mais informadas e utilizam mais a contraceção. Poderia supor-se que essas jovens estivessem recorrendo às interrupções voluntárias da gravidez mas quando se verifica o número de internamentos realizados por motivos obstétricos, especificamente o número de actos médicos referentes ao aborto, tais como “curetagens pós aborto” na faixa etária de menores de 20 anos no município de Uberaba, pode-se verificar que no ano de 2001, de um total de 314 procedimentos realizados pelo SUS, 84 deles, ou seja, 26,7% foram realizados nas faixas etárias de 10 a 19 anos. No ano de 2005, de um total de 363 procedimentos, 63 foram realizados na faixa etária de 10 a 19 anos, correspondendo a 17% do total (www.datasus.gov.br). Por esta informação, pode-se considerar que houve uma diminuição no número de curetagens pós aborto realizadas na faixa etária dos 10 aos 19 anos, entretanto não é possível conhecer o número real de tentativas de interrupção voluntária da gravidez, nem tampouco aqueles casos onde as jovens não procuraram os serviços públicos de saúde para atendimento. Também não é possível saber, através deste tipo de acto médico realizado, em que situação ocorreu uma tentativa de interrupção voluntária da gravidez ou um aborto espontâneo. A legislação brasileira proíbe a realização de abortos excepto em casos excepcionais.

4.1.1 – Local da ocorrência do parto

Na análise das bases de dados dos nascimentos nos anos estudados, pode-se observar que 100% dos nascimentos de bebês de mães adolescentes do município de Uberaba ocorreram a nível hospitalar, nas maternidades dos hospitais, na sua maioria no Hospital da Beneficência Portuguesa e no Hospital Escola da UFTM de Uberaba. O Hospital Escola é um Hospital Universitário, vinculado ao Ministério da Educação e recebe recursos financeiros do Ministério da Educação e da Saúde (SUS), através da transferência de recursos financeiros realizados pelo município. O Hospital da Beneficência Portuguesa é uma entidade privada, sem fins lucrativos, convencionada com o SUS e referência como “Maternidade do Povo”. Os internamentos e partos realizados são pagos pelo SUS – Ministério da Saúde, através da transferência de recursos financeiros para o Fundo Municipal de Saúde do município. As adolescentes atendidas nesses serviços de saúde têm todo o atendimento gratuito.

4.1.2 - Estado civil da mãe

O estado civil utilizado na DN é: solteira, casada, viúva, separada judicialmente e em união consensual (união de facto em Portugal). Também existe o campo ignorado. A frequência e percentagem do estado civil das adolescentes podem ser observados no quadro nº 10.

Através da informação obtida nas bases de dados pode-se verificar que grande parte das mães adolescentes é solteira, variando de 42,3% no ano de 2001 até 65% no ano de 2005, com uma tendência crescente anual.

Ao observar-se as outras variáveis anuais e, principalmente no que se refere a jovens “casadas” e em “união de facto” considera-se que a informação reflecte como foi realizado o preenchimento da DN e por quem o realizou. Ao verificar-se o facto de que, no ano de 2004, nenhuma jovem relatou viver em “união de facto”, isto sugere que o preenchimento foi realizado apenas questionando a jovem quanto ao seu estado civil oficial.

A percentagem de preenchimento do campo como “ignorado” oscilou entre 10,3% e 7,4% nos anos estudados. O campo ignorado no quadro nº 10 inclui os que foram considerados ignorados e os não preenchidos.

Segundo informações dos técnicos, a Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba não ofereceu formação para o correcto preenchimento dos formulários junto aos funcionários dos serviços onde ocorrem os nascimentos. Acredita-se que, apesar da existência de um Manual de Instruções para Preenchimento da DN, documento este distribuído gratuitamente pelo Ministério da Saúde, os funcionários dos serviços de saúde que realizam este procedimento não o realizavam de forma adequada.

Como a DN é um documento que pode ser preenchido pelos funcionários administrativos dos hospitais, é provável que seja efectuado por várias pessoas sem formação prévia adequada e específica para tal.

Quadro nº 10: Estado civil das mães adolescentes – Uberaba – 2001-2005

Estado Civil	Anos									
	2001		2002		2003		2004		2005	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Solteira	338	42,3	336	47,1	379	51,9	416	60,4	455	65
Casada	172	21,5	156	21,8	151	20,6	221	32,1	165	23,5
Viúva	1	0,1	2	0,3	2	0,3	0	0	0	0
Separada Judicial	0	0	1	0,1	0	0	1	0,1	0	0
União consensual	224	28	146	20,4	144	19,7	0	0	27	3,9
Ignorado	65	8,1	74	10,3	55	7,5	51	7,4	53	7,6
Total	800	100	715	100	731	100	689	100	700	100

4.1.3 – Escolaridade da mãe

A escolaridade no Brasil encontra-se estruturada da seguinte forma: um ano pré-escolar obrigatório, o “ensino fundamental” que é a escolaridade obrigatória com duração de 8 anos, o “ensino médio” com 3 anos, equivalente aos 10º, 11º e 12º anos em Portugal. Esses 3 anos também podem ser profissionalizantes (cursos técnicos). Os alunos no Brasil em geral têm que cumprir todas as disciplinas até ao final do ensino médio. Não há diferenças sobre esta norma relativamente aos vários estados brasileiros pois a rede de educação é normalizada ao nível federal através do Ministério da Educação.

A escolaridade informada na DN é em “anos de estudo concluídos”. A orientação do Manual de Instruções para o Preenchimento da DN da FUNASA – Ministério da Saúde, de Agosto de 2001 é:

- 1 – Nenhuma: não sabe ler e escrever;
- 2 – De um a três anos: curso de alfabetização de adultos, primário ou elementar, primeiro grau ou fundamental;

- 3 – De quatro a sete anos: primário, fundamental ou elementar, primeiro grau, ginásio ou médio primeiro ciclo;
- 4 – De oito a onze anos: primeiro grau, ginásio ou médio primeiro ciclo, segundo grau, colegial ou médio segundo ciclo;
- 5 – De doze anos e mais: segundo grau, colegial ou médio segundo ciclo e superior;
- 9 – Ignorada: se não houver como saber a escolaridade.

Acredita-se que, com a complexidade do modo de informar a escolaridade, essa informação no SINASC não seja a mais próxima da realidade. Outro factor que compromete a avaliação dessa informação é a alta percentagem de campos ignorados e não informados referentes aos anos de 2001 a 2003, chegando a 19,6% neste ano, como se pode verificar no quadro nº 11.

Quadro nº 11: Escolaridade das mães adolescentes – Uberaba – 2001-2005

Escolaridade	Anos									
	2001		2002		2003		2004		2005	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Nenhuma	4	0,5	6	0,8	7	0,9	6	0,9	13	1,8
1 a 3 anos	35	4,4	28	3,9	21	2,9	18	2,6	28	4
4 a 7 anos	284	35,6	261	36,5	271	37,1	272	39,5	306	43,7
8 a 11 anos	338	42,2	221	30,9	213	29,1	289	41,9	253	36,1
12 e mais	49	6,1	72	10,1	76	10,4	72	10,4	58	8,3
Ign./não inf.*	90	11,2	127	17,8	143	19,6	32	4,7	42	6
Total	800	100	715	100	731	100	689	100	700	100

*Ign./não inf. – refere-se ao não preenchimento do campo ou preenchido como ignorado.

Como se pode observar no quadro nº 11, cerca de 40% das jovens, nos anos estudados, tem menos de 8 anos de escolaridade concluídos, o que reflecte a baixa escolaridade das adolescentes, considerando-se que, uma adolescente que tenha um percurso escolar normal no Brasil, consegue realizar a sua escolaridade fundamental aos 15 anos de idade.

4.1.4 – Ocupação da mãe

O preenchimento do campo da DN correspondente à ocupação ou situação profissional é realizado através da informação relatada pela jovem e é classificada a partir da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO.

A CBO é uma publicação brasileira que classifica as diversas actividades dos trabalhadores do país, nos mais diferentes sectores de actividades, tanto do sector público

como privado. Esta publicação é o documento normalizador do reconhecimento, nomeação e codificação dos títulos e conteúdos das ocupações do mercado de trabalho no Brasil. É uma classificação numerativa e descritiva. A sua estrutura básica foi elaborada em 1977 como resultado de um trabalho conjunto entre o Brasil e a Organização das Nações Unidas – ONU, através da Organização Internacional do Trabalho, tendo como base a Classificação Internacional Uniforme de Ocupações. O actual documento data de 2002 e divide as ocupações em grupo, subgrupo principal, subgrupo e família. As actividades informadas pelas adolescentes estão entre os grupos 3, 4 e 5 da CBO que são respectivamente:

3- técnicos de nível médio;

4- trabalhadores de serviços administrativos;

5- trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados.

As actividades informadas pelas adolescentes para os anos de 2001 a 2005 estão distribuídas de acordo com o quadro nº 12.

Quadro nº 12: Ocupação das mães adolescentes – Uberaba – 2001-2005

Ano	Ocupação
2001	74,1% - Doméstica – actividades do lar não remunerada
	15,9% - Estudante
	3,5% - Empregada doméstica
	2,4% - Vendedora
	4,1% - Outras*
2002	70,9% - Doméstica – actividades do lar não remunerada
	18,2% - Estudante
	3,4% - Empregada doméstica
	2,7% - Vendedora
	4,8% - Outras*
2003	68,6% - Doméstica – actividades do lar não remunerada
	21,8% - Estudante
	3,2% - Empregada doméstica
	2,1% - Vendedora
	4,3% - Outras*
2004	71,7% - Doméstica – actividades do lar não remunerada
	23,3% - Estudante
	1,3% - Empregada doméstica
	0,9% - Vendedora
	2,8% - Outras*
2005	74,0% - Doméstica – actividades do lar não remunerada
	23,5% - Estudante
	0,4% - Vendedora
	2,1% - Outras*

Na situação de doméstica/actividades do lar não remunerada, encontram-se a maior parte das jovens que tiveram filhos no município de Uberaba, situando-se entre 68% a 74% nos anos estudados.

Pode-se observar pelo quadro nº 12 que houve um aumento do número de jovens que informaram ser “estudantes”, passando de 15,9% no ano de 2001 para 23,5% no ano de 2005. Através dessa informação não é possível saber se a jovem ainda se encontra na escola ou se interrompeu temporariamente os seus estudos por causa da gravidez.

A percentagem de jovens que relataram o exercício de actividade remunerada ao nascimento do bebé diminuiu de 10% no ano de 2001 para 2,5% no ano de 2005.

Nos anos estudados, a maioria das jovens não exercia nenhum tipo de trabalho remunerado sendo economicamente dependentes e quando relatavam alguma ocupação/emprego, exerciam actividade remunerada não qualificada e com baixos salários, o que vai de encontro a outros estudos realizados sobre a pouca formação profissional e a gravidez na adolescência. Considera-se “outras actividades”, aquelas exercidas pelas jovens, que não se enquadraram na classificação como empregada doméstica ou vendedora mas sim, outras actividades relacionadas a serviços e comércio, correspondendo geralmente a actividades pouco qualificadas. As adolescentes buscam neste trabalho/emprego, uma fonte de rendimentos, uma necessidade para complementar os baixos níveis de rendimento de sua família.

4.1.5 - Duração da gestação

A duração da gestação informada na DN é:

- 1 – Menos de 22 semanas;
- 2 – De 22 a 27 semanas;
- 3 – De 28 a 31 semanas;
- 4 – De 32 a 36 semanas;
- 5 – De 37 a 41 semanas;
- 6 – De 42 semanas ou mais;
- 9 – Ignorado

A duração da gestação é importante para a saúde e para a vida do bebé. Bebés que nascem com menos de 37 semanas de gestação necessitam de um bom acompanhamento de saúde, com profissionais de saúde qualificados para a atenção à saúde neonatal e também de serviços de saúde com leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI, adequados aos bebés e em número suficiente para dar suporte à vida e às necessidades dos mesmos, para que eles tenham as mesmas condições de sobrevivência que um bebé que nasça com 37 semanas ou mais de gestação.

A duração da gestação nas mães adolescentes apresentou-se mais baixa em relação às mães com idades acima de 20 anos, como se pode observar no quadro nº 15. Como a informação relatada na DN é em períodos de duração da gestação, não é possível realizar uma observação mais detalhada sobre esta informação.

Neste ponto da análise pode-se observar que em geral, na faixa etária das mães adolescentes houve um maior número de nascimentos de bebês com menos de 37 semanas de gestação (observar o quadro nº 15 – análise comparativa da duração da gestação entre mães adolescentes e mães adultas).

O município de Uberaba conta com um número insuficiente de leitos de UTI neonatal (Saúde, 2006), o que faz com que o nascimento pré-termo seja de risco para a saúde do bebê.

Quadro nº 13: Percentagem da duração da gestação (em semanas) das mães adolescentes (10 a 19 anos) – Uberaba – 2001-2005

Ano	Percentagem da Duração da Gestação (em semanas) – 10 a 19 anos							Total
	- de 22	22 a 27	28 a 31	32 a 36	37 a 41	42 e +	Ign.	
2001	0	1,0	1,0	6,5	90,3	1,0	0,2	100
2002	0	1,5	1,1	6,0	89,1	1,9	0,4	100
2003	0,1	0,8	0,8	5,8	91,0	1,5	0	100
2004	0,1	0,7	1,6	8,1	87,5	1,7	0,3	100
2005	0,1	0,9	1,3	7,4	89,4	0,9	0	100

Quadro nº 14: Percentagem da duração da gestação (em semanas) das mães adultas (20 anos e mais) – Uberaba – 2001-2005

Ano	Percentagem da Duração da Gestação (em semanas) – 20 anos e mais							Total
	- de 22	22 a 27	28 a 31	32 a 36	37 a 41	42 e +	Ign.	
2001	0,1	0,2	0,7	5,6	92,0	0,9	0,5	100
2002	0,1	0,5	0,9	5,3	91,8	1,2	0,2	100
2003	0,1	0,3	0,8	6,7	90,9	1,2	0	100
2004	0,1	0,3	0,7	4,9	92,1	1,6	0,3	100
2005	0,1	0,6	0,8	6,8	90,6	1,1	0	100

Quadro nº 15: Análise comparativa da duração da gestação nas mães adolescentes e mães adultas – Uberaba – 2001-2005

Ano	Duração da Gestação – %			
	Até 36 semanas		De 37 e mais semanas	
	10 a 19 anos	20 anos e mais	10 a 19 anos	20 anos e mais
2001	8,5	6,6	91,5	93,4
2002	8,6	6,8	91,4	93,2
2003	7,5	7,9	92,5	92,1
2004	10,5	6,0	89,5	94
2005	9,7	8,3	90,3	91,7

4.1.6 - Tipo de parto

O Ministério da Saúde no Brasil, como se pode observar na DN, utiliza para os sistemas de informação em saúde, a seguinte nomenclatura para os tipos de parto: vaginal (normal, natural onde incluem-se os partos com utilização de fórceps) e cesariana.

Segundo Barbosa et al. (2003), no Brasil existe uma maior opção por partos cesarianos, opção esta influenciada pela organização de uma atenção obstétrica baseada na conveniência de uma intervenção programada, por factores institucionais de pagamentos realizados pelo SUS pelos tipos de partos e actos médicos associados ao mesmo, por utilização do parto para a realização de esterilização cirúrgica e finalmente por factores socioculturais que levaram as mulheres a optarem pela cesariana.

No município de Uberaba essa situação não é diferente e o tipo de parto mais frequente no número total de partos é a cesariana, para todas as faixas etárias e para todos os anos estudados, situando-se a menor percentagem em 56,7% no ano de 2002 e 63,2% no ano de 2005. Segundo Barbosa et al. (2003), a opção pela cesariana não é uma opção da mulher e no estudo realizado, quando as mulheres foram questionadas se queriam o parto cesariano, 75,6% responderam negativamente. Entre as mulheres de mais baixos rendimentos e menor escolaridade em geral, o tipo de parto mais frequente é o normal/vaginal.

Pode-se observar no quadro nº 16 e no gráfico nº 5, abaixo apresentados, as percentagens entre parto normal e cesarianas comparativamente às mães adolescentes e as adultas.

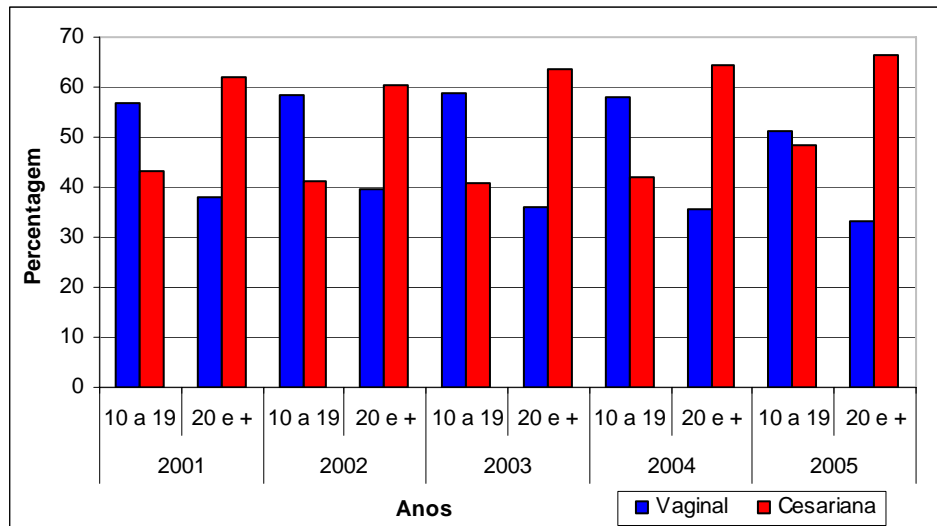
Quadro nº 16: Tipo de parto por faixa etária da mãe – Uberaba – 2001-2005

Ano	Tipo de Parto – %			
	Normal/Vaginal		Cesariana	
	10 a 19 anos	20 anos e mais	10 a 19 anos	20 anos e mais
2001	56,8	38,1	43,2	61,9
2002	58,6	39,6	41,4	60,4
2003	59	36,2	41	63,8
2004	58,1	35,7	41,9	64,3
2005	51,4	33,4	48,6	66,6

Embora o tipo de parto mais frequente no município seja a cesariana, em todos os anos observados, o parto mais frequente entre as mães adolescentes foi o normal/vaginal, em média com 56,8% dos partos, enquanto o tipo de parto mais frequente para as mães com 20 anos e mais foi a cesariana com, em média, 63,4% dos partos. Embora o tipo de

parto mais frequente entre as mães adolescentes seja o parto normal, o município ainda tem uma elevada percentagem de partos cesariana e não atinge os parâmetros recomendados pela OMS de, no máximo 15% do total de partos realizados.

Gráfico nº 5: Tipo de parto por faixa etária da mãe – Uberaba – 2001-2005



Quando se realiza a análise por faixa etária de 10 a 14 e 15 a 19 anos (quadro nº 17) verifica-se que houve maior percentagem de partos normais/vaginais nas mães mais jovens (10-14 anos). Na faixa etária dos 15 a 19 anos o parto normal também é mais frequente, embora seja em níveis mais baixos que nas idades de 10 a 14 anos. Um factor que se pode observar no quadro nº 17, é um aumento da percentagem de partos cesariana nas gestantes mais precoces passando de 26,9% no ano de 2002 para 58,8% no ano de 2005. Somente através do SINASC não é possível avaliar o real motivo que levou a este aumento dos partos cesariana entre as mais jovens.

Quadro nº 17: Tipo de parto por faixa etária da mãe adolescente (10 a 14 e 15 a 19 anos) – Uberaba – 2001-2005

Anos	Faixa etária da mãe e % do Tipo de parto realizado			
	10 a 14 anos		15 a 19 anos	
	Normal	Cesariana	Normal	Cesariana
2001	63,4	36,6	56,4	43,6
2002	73,1	26,9	58,1	41,9
2003	67,7	32,3	58,6	41,4
2004	58,8	41,2	58,0	42,0
2005	41,2	58,8	52,0	48,0

4.1.7 - Número de consultas de pré-natal realizadas

O acompanhamento pré-natal tem como objectivo a promoção da saúde da gestante e do feto, identificando situações de risco para ambos e permitindo intervenções oportunas. A qualidade da assistência pré-natal é importante para a redução da mortalidade materna e infantil. O pré-natal deve ter início precoce, ser realizado de forma periódica, atender às necessidades das gestantes e estar integrado às demais acções preventivas e interventivas de saúde. Recomenda-se o início do acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre da gravidez e a realização de no mínimo 6 consultas.

A informação sobre número de consultas na DN é: nenhuma, 1 a 3 consultas, 4 a 6 consultas, 7 e mais consultas ou ignorado. A informação contida na DN é do número de consultas relatado pela própria mãe ou as que constam no seu Cartão de Acompanhamento da Gestante. Não foi possível conhecer qual o critério adoptado pelos profissionais que realizaram o preenchimento da DN em cada estabelecimento de saúde onde ocorreram os nascimentos, pelo que pode ocorrer algum viés no número de consultas informados no SINASC, situação que somente pode ser contornada com a adequada formação para os profissionais para o preenchimento dos documentos.

Os dados são apresentados em 3 quadros. No quadro nº 18 são apresentadas as frequências e percentagens do número de consultas de pré-natal realizadas pelas gestantes adolescentes. Pode-se observar no quadro nº 18 que o número de consultas de pré-natal – de 4 a 6 consultas, realizadas pelas mães adolescentes variou de 15,8 a 24,9%, sendo que a maior percentagem ocorreu no ano de 2005. Nesse mesmo ano, a percentagem de jovens que realizaram 7 ou mais consultas ficou apenas em 65,5% do total. Pode-se observar, pelo mesmo quadro que houve um aumento do número total de consultas de pré-natal do ano de 2001 até 2004, porém voltou a diminuir no ano de 2005.

Quadro nº 18: Número de consultas de pré-natal realizadas por mães adolescentes (10 a 19 anos) – Uberaba – 2001-2005

Número de consultas	Anos									
	2001		2002		2003		2004		2005	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Nenhuma	24	3,0	24	3,4	23	3,1	20	2,9	11	1,6
1 a 3	60	7,5	38	5,3	24	3,3	17	2,5	53	7,6
4 a 6	186	23,3	142	19,8	155	21,2	109	15,8	174	24,8
7 e +	524	65,5	506	70,8	529	72,4	543	78,8	458	65,4
Ign./não inf.	6	0,7	5	0,7	0	0	0	0	4	0,6
Total	800	100	715	100	731	100	689	100	700	100

No quadro nº 19 são apresentadas as frequências e percentagens das consultas de pré-natal realizadas por mães adultas, com 20 anos ou mais.

Quadro nº 19: Número de consultas de pré-natal realizadas por mães adultas (20 anos e mais) – Uberaba – 2001-2005

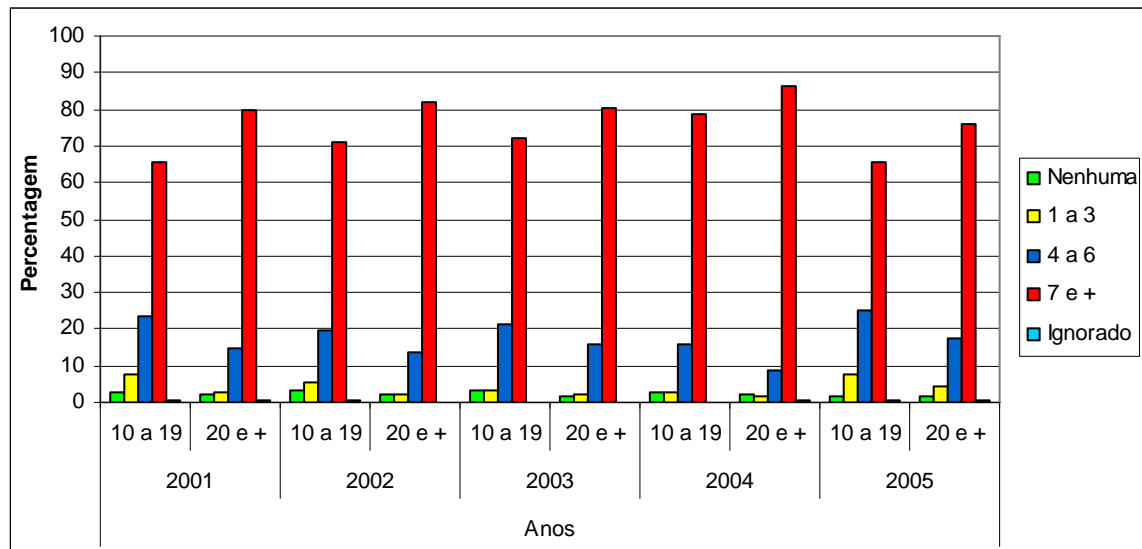
Número de consultas	Anos									
	2001		2002		2003		2004		2005	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Nenhuma	66	2,3	69	2,3	51	1,7	71	2,4	42	1,4
1 a 3	85	3	65	2,1	64	2,1	55	1,9	140	4,6
4 a 6	418	14,5	407	13,6	480	15,9	264	8,9	540	17,6
7 e +	2285	79,1	2467	81,7	2418	80,3	2566	86,5	2327	75,9
Ign./não inf.	33	1,1	10	0,3	0	0	10	0,3	16	0,5
Total	2887	100	3018	100	3013	100	2966	100	3065	3065

Quadro nº 20: Análise comparativa, percentagem de consultas de pré-natal realizadas por mães adolescentes e adultas – Uberaba – 2001-2005

Número de consultas	Anos									
	2001		2002		2003		2004		2005	
	10 a 19	20 e +	10 a 19	20 e +	10 a 19	20 e +	10 a 19	20 e +	10 a 19	20 e +
Nenhuma	3,0	2,3	3,4	2,3	3,1	1,7	2,9	2,4	1,6	1,4
1 a 3	7,5	3	5,3	2,1	3,3	2,1	2,5	1,9	7,6	4,6
4 a 6	23,3	14,5	19,8	13,6	21,2	15,9	15,8	8,9	24,8	17,6
7 e +	65,5	79,1	70,8	81,7	72,4	80,3	78,8	86,5	65,4	75,9
Ign./não inf.	0,7	1,1	0,7	0,3	0	0	0	0,3	0,6	0,5
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	3065

Através da análise comparativa (quadro nº 20 e gráfico nº 6) pode-se observar que, em geral, as gestantes adolescentes realizaram menos consultas de acompanhamento pré-natal que as mães adultas, em todos os anos estudados, o que vai de encontro com a literatura, que relata que as adolescentes grávidas realizam menos consultas de pré-natal que mães adultas. Em todos os anos estudados, as adolescentes gestantes tiveram uma percentagem mais alta do número de 4 a 6 consultas de pré-natal que as mães com 20 anos e mais, enquanto as mães adultas apresentaram uma maior percentagem de 7 e mais consultas de pré-natal que as adolescentes. Um dos factores apontados para o menor número de consultas de pré-natal por gestantes adolescentes é o facto dela “esconder” a sua condição de grávida e adiar a procura pelos serviços de saúde para vigilância da gravidez. Pela análise do SINASC não é possível conhecer em que mês de gestação a jovem iniciou a vigilância da gravidez e tampouco o motivo da realização deste número de consultas. Esta informação pode ser complementada pela segunda parte deste trabalho, na análise das entrevistas realizadas com as gestantes adolescentes.

Gráfico nº 6: Número de consultas de pré-natal realizadas por mães adolescentes e mães adultas – Uberaba – 2001-2005



4.1.8 - Peso da criança ao nascimento

O peso da criança ao nascer é um factor importante para a sua saúde. De acordo com normas da Organização Mundial da Saúde, criança com baixo peso ao nascer é aquela que nasce com menos de 2500 g. Crianças com baixo peso ao nascimento podem ter o seu crescimento intra-uterino diminuído ou serem prematuras, os quais são factores importantes na morbimortalidade neonatal e infantil.

Quanto menor o peso ao nascer, maior a probabilidade de morte precoce. Nos países desenvolvidos os valores aceitáveis de proporção de baixo peso ao nascer estão em torno de 5 a 6%. Convenções internacionais estabelecem que esta proporção não deve ultrapassar os 10%. Proporções elevadas de nados vivos com baixo peso estão associadas, em geral, a baixos níveis de desenvolvimento socioeconómico e de precária assistência materno-infantil.

Nos quadros nº 21 e 22 apresenta-se a frequência e percentagem de peso ao nascer de bebés filhos de mães adolescentes e mães adultas. Ao realizar a análise da informação obtida do SINASC (quadros nº 21 e nº 22) pode-se observar que as crianças nascidas de mães adolescentes apresentavam uma percentagem ligeiramente mais elevada de baixo peso ao nascer que os bebés filhos de mães adultas, o que vai de encontro com a literatura.

Quadro nº 21: Frequência e percentagem do peso da criança ao nascimento – mães adolescentes – Uberaba – 2001-2005

Peso	Idade da Mãe 10 a 19 anos				Total Nados Vivos
	Até 2499 g		Mais de 2500g		
Ano	Freq.	%	Freq.	%	
2001	94	11,75	706	88,25	800
2002	83	11,61	632	88,39	715
2003	82	11,22	649	88,78	731
2004	78	11,32	611	88,68	689
2005	69	9,86	631	90,14	700

Quadro nº 22: Frequência e percentagem do peso da criança ao nascimento – mães adultas – Uberaba – 2001-2005

Peso	Idade da Mãe 20 anos e mais				Total Nados Vivos
	Até 2499 g		Mais de 2500g		
Ano	Freq.	%	Freq.	%	
2001	224	7,76	2663	92,24	2887
2002	275	9,10	2746	90,90	3021
2003	288	9,56	2725	90,44	3013
2004	237	7,99	2729	92,01	2966
2005	252	8,22	2813	91,78	3065

Comparativamente apresenta-se o quadro nº 23, onde se pode observar a diferença entre a percentagem de baixo peso ao nascimento dos bebês. O peso ao nascer é desfavorável para os bebês filhos de mães adolescentes.

Quadro nº 23: Análise comparativa do peso da criança ao nascimento, entre mães adolescentes e mães adultas – Uberaba – 2001-2005

Ano	Mães Adolescentes	Mães Adultas	% Baixo Peso no município
	% Baixo Peso	% Baixo Peso	
2001	11,75	7,76	8,62
2002	11,61	9,10	9,58
2003	11,22	9,56	9,88
2004	11,32	7,99	8,62
2005	9,86	8,22	8,53

4.1.9 - Anomalias congénitas (AC)

As anomalias ou defeitos congénitos são anomalias físicas presentes ao nascimento. Cerca de 3 a 4% de todos os nados vivos apresentam algum tipo de anomalia congénita (Leite & Schuler-Faccini, 2001). Do ponto de vista biológico, as anomalias são caracterizadas por um grupo de distúrbios embrio-fetais, no qual cerca de 60% dos casos tem causa desconhecida. Muitos defeitos congénitos são descobertos apenas com o

crescimento da criança. As anomalias congénitas são um importante factor de mortalidade perinatal.

Na DN há um campo onde se faz o registo caso a criança apresente alguma anomalia congénita ao nascimento. Ao se trabalhar as informações contidas nas bases de dados pode-se observar que a incidência de malformações congénitas entre as crianças nascidas de mães adolescentes não é significativa, como se pode observar os parâmetros entre o número total de nados vivos e entre os de mães adolescentes.

O número de malformações congénitas informados pelas DN é bem mais baixo que o relatado pela literatura. Isso pode acontecer neste caso por um não preenchimento deste campo na DN, pelo médico ou auxiliar que o realiza. Outro factor apontado para esta baixa percentagem apresentada de anomalias é o facto de algumas anomalias somente serem descobertas posteriormente, com o crescimento da criança e como a DN é preenchida ainda no hospital, logo após o nascimento da criança, podem existir anomalias não detectadas durante sua permanência hospitalar. E ainda se pode considerar que grandes anomalias ou defeitos congénitos podem levar ao óbito fetal. Como a DN é somente preenchida para os nados vivos, não nos foi possível conhecer o número real de fetos que apresentaram algum defeito congénito e que foram a óbito.

Quadro nº 24: Análise comparativa sobre a percentagem de bebés nascidos com anomalias congénitas por faixa etária das mães – Uberaba – 2001-2005

Ano	Mães 10 a 19 anos			Mães 20 anos e mais			Nados Vivos Total	% AC
	Freq.	%*	Total	Freq	%*	Total		
2001	08	1,00	800	22	0,76	2887	3687	0,81
2002	05	0,70	715	23	0,76	3021	3736	0,75
2003	05	0,68	731	24	0,80	3013	3744	0,77
2004	05	0,72	689	30	1,01	2966	3655	0,96
2005	07	1,00	700	22	0,72	3065	3765	0,77

* A percentagem é sobre o total de nados vivos dentro da idade em estudo.

4.2 – Apresentação das histórias de vida das gestantes

Foram realizadas 25 entrevistas com questões fechadas e abertas relativamente aos aspectos demográficos, socioeconómicos, de saúde, do percurso de vida das jovens, dos conhecimentos e utilização dos métodos contraceptivos, dos suportes sociais e do projecto de vida. Foram entrevistadas 25 jovens entre os 14 e 19 anos. A idade considerada para este estudo foi a faixa etária dos 10 aos 19 anos, fase da adolescência de acordo com a OMS.

Nos serviços de saúde onde foram realizadas as entrevistas, as jovens eram contactadas e informadas a respeito do estudo e se aceitavam colaborar com o mesmo respondendo a um inquérito por entrevista confidencial e anónimo. Todas as jovens contactadas aceitaram responder às perguntas. Algumas jovens responderam na mesma hora e local e outras optaram por serem entrevistadas nas suas residências.

Seguidamente são apresentados os resumos das histórias de vida das jovens entrevistadas, onde se pode conhecer um pouco da realidade e do contexto de vida destas jovens. Os nomes apresentados são fictícios para preservar o anonimato das adolescentes.

01 – ANA

Ana (E01) – Tem 15 anos, é solteira e está no 8º mês de gestação. Nasceu e vive em Uberaba. Sempre viveu com os pais que viviam juntos até a data da entrevista. Os pais vivem em união de facto desde que a mãe dela ficou grávida. Ana é a filha mais velha. Tem uma irmã com 8 anos. A sua mãe ficou grávida aos 15 anos e teve a primeira filha aos 16 anos. A mãe de Ana tem actualmente 31 anos e é avó pela primeira vez. A mãe de Ana trabalha como empregada doméstica e o pai trabalha como auxiliar de serviços gerais. Ana estuda e trabalha. Ela está actualmente cursando o 11º ano e só deixou de ir à escola e ao trabalho por estar já em licença para ter o bebé. Começou a trabalhar aos 14 anos num programa social de apoio e atendimento à criança e adolescente no município.

Ana começou a namorar um colega do Programa, que é o pai do bebé, aos 14 anos. O pai do bebé tem 17 anos. Com ele, Ana teve a sua primeira relação sexual aos 14 anos e 4 meses e ficou grávida com 14 anos e 10 meses. Em relação ao conhecimento e uso de métodos de contracepção, Ana diz conhecer a pílula anticoncepcional, o preservativo e o DIU e disse que foi a mãe quem conversou com ela sobre esse assunto pela primeira vez, quando ela teve a menarca, aos 12 anos e 02 meses. Por opção dela e do namorado, eles utilizavam o preservativo como método contraceptivo mas o consideravam “*desconfortável*” e por essa razão somente o utilizavam “*de vez em quando, uma vez sim, outra não, dependendo do número de relações sexuais que tínhamos durante a semana*”.

Quando Ana soube que estava grávida teve medo da reacção dos pais e contou primeiro ao namorado, que a apoiou e a ajudou a contar aos pais. Os pais também apoiaram, embora ela e o namorado tenham demorado algum tempo para contar aos pais. Ana também diz ter recebido apoio do Programa onde trabalha. Ela iniciou o acompanhamento pré-natal no 3º mês de gestação, quando a mãe soube da gravidez.

Como projecto de vida, Ana “*pensava em terminar os estudos e ir fazer faculdade em São Paulo. Eu e meu namorado pensávamos em ir os dois para São Paulo, no ano que vem, depois que terminássemos o 3º colegial*” (12º ano em Portugal). Actualmente pensa em “*ter o bebé, terminar os estudos até ao 3º colegial, continuar no Programa e trabalhar em alguma empresa em Uberaba mesmo. Depois tentar fazer faculdade*”.

Segundo ela, daqui a um ano “*não sei como vai ser... Talvez daqui a um ano ou mais vou terminar os estudos. Eu e o meu namorado, o pai da minha filha, temos planos de morar juntos, e continuar trabalhando*” Como desejo para o futuro, Ana quer “*dar um bom futuro para a minha filha*”.

Ana foi contactada e informada do objectivo da entrevista. Aceitou e não teve dificuldades em responder a nenhuma pergunta.

02 – MARIA

Maria (E02) tem 19 anos e está no 5º mês de gestação. Nasceu e vive em Uberaba. É solteira e vive em união de facto com o namorado há 3 anos. A mãe também foi mãe solteira e ela nunca conheceu o pai. Segundo ela “*a minha mãe não tinha cabeça, não...*” Ela tinha pouco contacto com a mãe e esta já faleceu há 4 anos. A mãe de Maria teve o primeiro filho aos 19 anos.

Maria tem uma irmã (22 anos) e um irmão (18 anos). Ela morou com a madrinha até aos 11 anos. A madrinha morreu e ela foi morar com a avó materna, que já cuidava da irmã e irmão. Estudou até ao 6º ano quando então parou porque tinha que ficar em casa para a avó trabalhar. Ela não pensa em voltar a estudar. Começou a trabalhar aos 15 anos como empregada doméstica. Com 16 anos foi morar com o actual namorado. O namorado tem 27 anos. Actualmente ela não trabalha.

Teve a menarca aos 14 anos e a primeira relação sexual aos 16 anos, com o actual namorado. Em relação ao conhecimento e uso de métodos contraceptivos Maria conhece a pílula anticoncepcional e o preservativo e já utilizou a pílula por orientação do médico do Centro de Saúde – CS. Ficou grávida pela primeira vez há um ano e 3 meses mas teve um aborto espontâneo, aos 3 meses de gravidez. Está grávida pela segunda vez e sempre desejou ter o filho. Quando descobriu que estava grávida ficou “*muito emocionada, muito feliz e até chorou...*”. Contou primeiro para o pai do bebé e depois para a família. Todos deram apoio. Também relata ter tido apoio religioso. Iniciou o acompanhamento pré-natal com 6 semanas de gestação. Assim que soube que estava grávida procurou o serviço de saúde.

Antes da gravidez pensava em “*ter família e ter a casa própria*” e considera que está com a vida óptima actualmente. Pensa que daqui a um ano “*o meu filho vai estar grande, vou estar com o meu filho e a vida vai ser melhor...*” Maria não pensa em voltar a estudar. O que ela queria para a sua vida era ter família e casa própria.

Quando perguntada sobre os sonhos e desejos para o futuro ela ficou pensativa e disse não ter nenhum. A pesquisadora repetiu a pergunta e ela então disse “*quero criar o meu filho com saúde e ter saúde também*”.

03 – FLORA

Flora (E03) – Tem 17 anos e está no 3º mês de gestação. Nasceu e vive em Uberaba. É solteira e vive em união de facto com o namorado há 1 ano. Ela viveu com o pai e a mãe até aos 4 anos quando então estes se separaram. Passou a viver só com a mãe e uma irmã mais velha, actualmente com 18 anos. A mãe voltou a casar-se quando ela tinha 6 anos e teve mais dois filhos. O pai, que já morreu, também se casou mais duas vezes e teve mais 3 filhos. Flora está grávida pela primeira vez e o pai do bebé tem 28 anos. A sua irmã mais velha ficou grávida pela primeira vez aos 15 anos e teve o primeiro filho aos 16 anos. A sua mãe teve o primeiro filho aos 18 anos.

Flora concluiu o 12º ano. Começou a trabalhar ocasionalmente aos 12 anos como ama. Aos 15 passou a trabalhar como empregada doméstica. Actualmente não trabalha. Ela tem quatro irmãs (18, 13, 11 e 8 anos) e dois irmãos (13 e 9 anos). A mãe de Flora trabalha como empregada doméstica.

Flora teve a sua menarca aos 11 anos e 05 meses e a sua primeira relação sexual aos 12 anos e 11 meses com um “*amigo, quase namorado*”. Em relação ao conhecimento e uso dos métodos contraceptivos ela diz conhecer a pílula anticoncepcional, o preservativo, o DIU e o diafragma e já utilizou a pílula por orientação do médico do CS. A primeira vez que ouviu falar sobre contracepção foi através da mãe e do pai e que estes sempre diziam

“você usem ‘camisinha’ porque na hora nós não vamos estar lá para pôr a mão na frente”.

Ficou grávida porque desejava ter o filho e quando descobriu que estava grávida *“tremeu de felicidade”*. Contou primeiro para a mãe porque o marido estava viajando e depois para os outros familiares e amigos e todas as pessoas deram apoio. Também considera ter recebido apoio do CS onde realiza o acompanhamento pré-natal. Iniciou o acompanhamento pré-natal a partir da 6ª semana de gestação, assim que descobriu a gravidez.

Desde criança que tinha como sonho ter uma casa, ter um marido, uma família, filhos, cuidar da casa e da família. Flora considera que a sua vida actual está do jeito que ela quer. Pensa que daqui a um ano *“não vai ser fácil não, porque com criança é difícil e eu quero ter uns 3 filhos”*. Como desejo para o futuro pensa em *“fazer um curso de Direito para ter um bom emprego para cuidar do filho”*.

04 – CARLA

Carla (E04) tem 19 anos e está com 3 meses e meio de gravidez. Não nasceu em Uberaba mas vive na cidade desde a infância. Ela vive em união de facto com o namorado há 5 anos. Ele tem 21 anos. Antes de viver com o namorado, vivia com a avó materna. Sempre viveu com a avó materna pois a mãe faleceu quando ela tinha 2 anos. Carla tem dois irmãos (22 e 24 anos) e uma irmã (20 anos). A irmã foi mãe aos 17 anos. Ela não sabe que idade tinha a sua mãe quando teve o primeiro filho. O seu pai é trabalhador rural.

Actualmente não estuda nem trabalha. Parou os estudos no 7º ano por causa da primeira gravidez e não concluiu a escolaridade obrigatória. Não voltou a estudar desde então.

Carla conta que a avó era muito repressora e não queria que ela namorasse. Com 14 anos conheceu o actual namorado e eles decidiram *“fugir de casa”* e foram viver longe dos familiares por uns 3 meses. Depois resolveram voltar e desde então a avó aceitou a união dos dois. Eles vivem actualmente numa casa composta de quarto, cozinha e casa de banho, no mesmo terreno da casa da avó. Carla ficou grávida aos 14 anos e teve seu primeiro filho aos 15 anos. Actualmente tem um filho de 4 anos e está grávida do segundo filho. Já trabalhou por poucos meses, quando tinha 17 anos, como ajudante geral.

Carla teve a menarca aos 11 anos e 11 meses e a primeira relação sexual aos 14 anos com o namorado, seu actual marido. Teve conhecimento dos métodos contraceptivos através da avó que conversou com ela sobre o assunto quando ela teve a primeira menstruação. Diz conhecer a pílula anticoncepcional e o preservativo e já utilizou a pílula por orientação médica depois que teve o primeiro filho. Refere que sempre quis ter filhos. Quando soube que estava grávida ficou muito alegre, nas duas vezes. Contou logo para o pai do bebé e para as amigas. Sentiu o apoio do namorado e da avó. Também relata ter tido o apoio do serviço de saúde que procurou para realizar o acompanhamento pré-natal aos 3 meses e meio de gravidez.

Ela conta que antes da primeira gravidez pensava em ter um emprego. Agora ela diz *“eu queria ter um emprego, mas não vou voltar a estudar porque o meu filho é muito grudado comigo”*.

O que ela imaginava para a sua vida era casar e ter filhos. Considera que a sua vida actual está boa, que ela tem o que quer, o marido e o filho. Refere que daqui a um ano quer pôr os filhos na creche ou escola e arranjar um emprego. Para o futuro ela *“deseja saúde, paz e felicidade”*.

Carla é uma jovem bem-humorada. Durante a entrevista esteve sempre à vontade para contar a sua história de vida. Teve pouca dificuldade em responder às perguntas. Chamou a pesquisadora para ver o filho no quarto onde dormia. Ofereceu café e laranjas.

05 – MARIANA

Mariana (E05) tem 15 anos e está no 8º mês de gestação. Não nasceu em Uberaba mas vive na cidade desde criança. É solteira e vive com a mãe, na casa da avó materna, com dois tios e uma tia. Sempre viveu com esta família pois a mãe dela não se casou com o pai dela. Ela conhece o pai mas diz ter pouco contacto com ele. Tem um irmão com 10 anos, por parte de pai. A sua mãe tem 35 anos e teve a Mariana quando tinha 20 anos.

Mariana ainda estuda e diz que só não vai a escola quando estiver no hospital para ter o bebé, o que vai coincidir com as suas férias escolares. Ela está no 2º colegial (11º ano). Ela não trabalha mas conta que já trabalhou temporariamente, quando tinha 14 anos, cuidando de uma criança. A sua mãe trabalha como mulher-a-dias. Ela diz que a sua mãe e avó a vão ajudar a cuidar do seu filho. O pai do bebé é seu namorado mas eles não tem planos de viverem juntos. Ele tem 19 anos.

Mariana teve a menarca aos 13 anos e 09 meses e a primeira relação sexual aos 15 anos, com o actual namorado e pai do bebé. Conhece como métodos contraceptivos a pílula anticoncepcional e o preservativo. A primeira vez que ouviu sobre contracepção foi em um projecto da escola. Nem a mãe, nem a avó ou as tias chegaram a conversar com ela sobre o assunto. Já utilizou preservativo e não usou quando ficou grávida porque “*na hora não tinha*”.

Quando descobriu que estava grávida ficou “*muito assustada*” e contou para o namorado para que ele a ajudasse a contar para a mãe dela. Ela disse que a mãe não aceitou bem mas que depois de algum tempo aceitou e deu apoio. Ela também fala que a família dela e do namorado também a estão ajudando. Considera que o serviço de saúde onde faz o acompanhamento pré-natal também lhe dá apoio. Faz o acompanhamento pré-natal e começou quando estava no quarto mês de gestação porque foi depois de contar para a mãe.

Antes de ficar grávida ela pensava em “*ter um emprego e fazer faculdade sem pagar ou com o programa do governo*”. Ela continua com os mesmo planos, tentando ter o emprego e continuar a estudar, fazer um curso superior.

Mariana considera que a sua vida actual está boa e pensa que daqui a um ano também vai estar boa. Ela conta que tem uma proposta de emprego e que vai terminar o 3º colegial (12º ano) à noite, e pretende fazer um curso superior. Esse é o seu desejo para o futuro.

Mariana está no 8º mês de gravidez. É uma jovem bonita, conversa devagar e fala baixo. Estava com ar de cansada quando respondeu às perguntas. Tivemos a oportunidade de um segundo contacto com ela, em que se mostrou mais descontraída.

06 – ROSA

Rosa (E06) tem 19 anos e está com 8 meses e meio de gestação. Não nasceu em Uberaba mas vive na cidade desde criança. É solteira e vive em união de facto com o actual namorado/marido. Estudou até o 2º colegial (11º ano) e parou os estudos por ter ficado grávida aos 17 anos. Actualmente está com 19 anos e esta é a sua 4º gravidez. Ficou grávida pela primeira vez aos 15 anos e a segunda vez aos 16 anos. Teve 2 abortos espontâneos. Aos 17 anos ficou grávida novamente, quando o namorado a deixou e tem agora um filho de 1 ano e 7 meses. Actualmente está grávida pela 4ª vez de outro

namorado, com quem ela vive actualmente. As três primeiras vezes engravidou do mesmo namorado, que a deixou quando o filho ia nascer.

Rosa nasceu e viveu até aos 15 anos com os pais. Depois morou 4 meses na casa da avó, quando ela ficou grávida pela primeira vez. Depois, grávida, ficou a viver na rua, quando os pais a levaram novamente para casa. Ela conta que passava fome e dormiu na chuva por dois meses. Conta que quem cuida do seu filho é a mãe dela porque ela não teve condições de criar o filho sozinha. O pai do seu primeiro filho já não vive na mesma cidade e só viu o filho quando este nasceu. Faz um ano que ela vive com o actual namorado, pai do bebé actual. O actual namorado tem 26 anos, trabalha e tem um salário mínimo como rendimento mensal. Ela não trabalha actualmente e só realiza trabalhos temporários. Já costurou sapatos e cuidou de outras crianças, tendo começado a trabalhar aos 16 anos. Tem duas irmãs com 20 e 22 anos. As irmãs são solteiras e não têm filhos. A mãe dela tem 42 anos e teve a primeira filha aos 20 anos. A mãe trabalhava fora mas deixou de trabalhar quando o bebé nasceu, porque ficou cuidando do neto. O pai trabalha mas não tem emprego fixo.

Teve a menarca aos 12 anos e 06 meses e a primeira relação sexual aos 15 anos com o primeiro namorado, pai do primeiro filho.

Rosa conta que ficou sabendo sobre contracepção com os pais e professores. Antes da primeira gravidez, usou preservativo e deixou de usar por causa “*das promessas do namorado*” e engravidou. Após essa gravidez usou pílula e preservativo e quem a aconselhou foi a mãe e o médico.

A actual gravidez foi uma opção dela e do namorado e, segundo refere, eles conversaram e decidiram ter um filho por ser desejo do namorado. E ela complementou a conversa com “*agora vamos ver daqui pra frente, né*”.

A primeira gravidez não foi desejada e ela teve muito medo dos pais descobrirem. Contou primeiro para uma amiga para que ela a ajudasse. Disse não ter sentido apoio de ninguém, que se sentiu abandonada, só a mãe é que não a abandonou. Ela começou o actual acompanhamento pré-natal com 3 meses de gestação.

Rosa pensava em estudar, queria ser veterinária. Actualmente considera que a vida está boa e para o futuro quer colocar o filho na creche e ter um emprego.

07 – MARGARIDA

Margarida (E07) tem 14 anos e está no 7º mês de gestação. Nasceu e vive em Uberaba. É solteira e vive actualmente com o pai e um irmão com 13 anos. Viveu até aos 10 anos com a mãe e o pai, quando estes se separaram. Prefere viver com o pai pois a mãe casou-se novamente e ela não convive bem com o padrasto. Margarida ainda estuda e está repetindo o 7º ano. Começou a trabalhar como ama aos 14 anos. Tem outra irmã de 3 anos por parte de mãe. Não sabe que idade tem a sua mãe mas sabe que ela trabalha como empregada doméstica. O pai trabalha como operador de máquinas pesadas.

Teve a menarca aos 10 anos e a primeira relação sexual aos 12 anos com o actual namorado que é o pai do bebé. Ele também tem 14 anos. Em relação ao conhecimento de métodos contraceptivos diz conhecer a pílula anticoncepcional, o preservativo e a injeção. Quem lhe falou a primeira vez sobre esse assunto foi a mãe, que diz conversar bastante com ela. Por decisão própria e por orientação de uma tia utilizou o preservativo como método contraceptivo. Ficou grávida porque o método utilizado (preservativo) falhou e seu primeiro sentimento quando soube que estava grávida foi o medo. Teve medo de contar aos pais que estava grávida então contou para duas amigas para que elas a ajudassem a contar para os pais. Margarida refere que no começo os pais “*ficaram bravos*” mas que depois aceitaram e a apoiaram. Ela também acha que o CS a apoiou. Faz o

acompanhamento pré-natal no CS e começou no 3º mês de gestação porque demorou a contar para a família.

Antes da gravidez pensava em estudar e ser dentista. Considera que actualmente a sua vida está normal, do mesmo jeito que era antes. Quando questionada sobre como pensa que será a sua vida daqui há um ano, diz que não sabe e que ainda não pensou nisso, continuando a dizer que sonha em ser dentista. Margarida fala pouco e responde somente às perguntas feitas.

08 – JÉSSICA

Jéssica (E08) tem 19 anos e está grávida de 6 meses. Nasceu e vive em Uberaba. É solteira mas vive em união de facto com o namorado. Viveu com a mãe, pai e irmãos até aos 13 anos quando o pai morreu. Depois continuou a viver com a mãe e os irmãos até aos 16 anos quando foi viver com o namorado. Ficou grávida pela primeira vez com 15 anos e teve seu primeiro filho aos 16 anos. Vive desde então com o namorado e o seu filho. Está grávida pela segunda vez. O pai dos seus filhos tem 21 anos.

Jéssica tem três irmãos (23, 18 e 15 anos) e duas irmãs (21 e 16 anos). A sua irmã de 21 anos teve o primeiro filho aos 17 anos. A mãe teve o primeiro filho aos 20 anos e trabalha como empregada doméstica.

Jéssica não estuda. Parou os estudos no 7º ano por causa da primeira gravidez. Começou a trabalhar aos 13 anos como empregada doméstica. Actualmente não trabalha.

Teve a menarca aos 13 anos e a primeira relação sexual aos 15 anos. Conhece como métodos contraceptivos a pílula anticoncepcional e o preservativo. A primeira vez que ouviu falar sobre o assunto foi na escola. Já utilizou a pílula por 3 meses antes da primeira gravidez e nessa altura foi orientada pelo médico do CS mas deixou de utilizar porque se sentia muito mal com o “*remédio*”.

Ficou grávida porque quis, desejou ter filhos. E ficou muito feliz quando descobriu que estava grávida. Contou primeiro para o seu namorado, o pai do seu filho e ele também gostou muito e deu muito apoio porque ele também queria ter um filho. Depois contou para a mãe que também a apoiou. Também se sentiu apoiada pelo serviço de saúde. Ela faz o acompanhamento pré-natal e começou quando tinha 3 meses de gravidez porque foi quando conseguiu ter a consulta.

Jéssica antes da gravidez pensava em estudar e só depois casar-se. Considera que a sua vida actualmente está boa e pensa que vai continuar do mesmo jeito. Como desejo para o futuro pensa em voltar a estudar um dia, quando os filhos estiverem maiores. Jéssica respondeu às perguntas sem problemas mas não falou muito além do que era perguntado.

09 – LETÍCIA

Letícia (E09) tem 16 anos e está no 6º mês de gestação. Nasceu e vive em Uberaba. É solteira e actualmente vive em união de facto com o namorado há dois anos. Ele tem 22 anos e é o pai do seu bebé. Ela viveu sempre com os pais. Os pais viviam juntos até a data da entrevista. Tem 3 irmãs (22, 21 e 18 anos) e um irmão (15 anos). A sua irmã de 21 anos teve um filho aos 18 anos. A sua mãe está actualmente com 41 anos e teve a primeira filha aos 19 anos. A mãe trabalha como empregada doméstica e o seu pai é pedreiro.

Letícia não estuda. Repetiu o 6º ano e parou os estudos quando estava no 9º ano porque não gostava de estudar. Ela nunca trabalhou e não trabalha actualmente.

Teve a menarca aos 11 anos e 06 meses e a primeira relação sexual aos 15 anos, com o actual namorado. Conhece como métodos contraceptivos a pílula anticoncepcional e o preservativo. A primeira vez que ouviu falar em contracepção foi na escola. Por decisão

própria resolveu utilizar o preservativo. Disse que ficou grávida “*porque esqueceu, não tinha na hora*”.

Letícia relata que desejou a gravidez mas quando ficou sabendo que estava grávida ficou assustada. Contou primeiro para uma amiga porque era a única pessoa em quem confiava. Depois contou para as irmãs, o namorado e a mãe e diz que todos a apoiaram. Ela diz que não sentiu apoio de instituições públicas ou privadas. Faz o acompanhamento pré-natal e iniciou quando estava no segundo mês de gestação porque tinha medo de ir ao médico.

Antes de ficar grávida ela queria trabalhar. O que pensava para a sua vida é que ia trabalhar, ia casar mais velha e ter muitos filhos. Considera que sua vida actual está boa. Pensa que daqui a um ano vai estar com o bebé e o marido. Também pensa em estar trabalhando e morando em São Paulo. Para o seu futuro deseja trabalhar e quer voltar a estudar para terminar os estudos.

10 – CAMILA

Camila (E10) tem 19 anos, é solteira e está no 6º mês de gravidez. Nasceu em Uberaba. Actualmente vive em Uberaba mas já viveu na Bahia, em Brasília e em São Paulo. Viveu com os pais até aos 3 anos, quando eles se separaram. É solteira e actualmente vive com a mãe e 2 irmãos. Tem cinco irmãos sendo dois homens, de 25 e 22 anos por parte de mãe e pai, um irmão de 15 anos por parte de pai e outros dois irmãos de 15 e 11 anos por parte da mãe. Nunca viveu com o namorado, pai do seu filho e diz que actualmente o relacionamento deles é apenas de amizade por causa do bebé que vai nascer. O pai do bebé tem 25 anos.

Parou de estudar uma vez, na 7ª série do ensino fundamental (8º ano). Voltou a estudar no ano passado e actualmente faz o ensino supletivo e trabalha numa loja de concertos de costura da sua mãe, que é costureira, e não tem contrato de trabalho. Começou a trabalhar com 16 anos. A mãe tem 43 anos e teve o seu primeiro filho aos 18 anos. Os irmãos ainda não têm filhos.

Teve a menarca aos 13 anos e 6 meses e a primeira relação sexual aos 16 anos e 3 meses com o ex-namorado, pai do seu filho. Como métodos contraceptivos diz conhecer “*todos*” aos quais inclui a pílula anticoncepcional, o preservativo, a injeção, os “*anéis dentro da vagina*” e já utilizou a pílula e o anticoncepcional injectável. Começou a utilizar comprimidos por conta própria e somente depois de um tempo é que procurou o médico do CS para a orientar sobre a contracepção. A primeira vez que ouviu falar que era possível evitar a gravidez foi na escola quando tinha uns 12 anos e teve aulas de educação sexual.

Não usou nenhum método para evitar esta gravidez “*porque a gente pensa que nunca vai acontecer comigo... e aconteceu!*”. No momento não estava tomando o anticoncepcional e não usou preservativo. Mas ao mesmo tempo diz que sempre quis ter filhos, desde os seus 15 anos e que estava namorando e tentava engravidar. Quanto ao desejo da gravidez diz “*não neste momento, nem com esta pessoa, mas eu desejava ter o filho*”.

Relata que desconfiou que estava grávida e fez o teste de gravidez. Disse que quando soube o resultado ficou “*desorientada*” pensando que não ia ter apoio. Depois contou para o namorado, porque achou que era a pessoa que tinha que saber primeiro. Seguidamente contou para uma amiga e um amigo e só depois telefonou para a mãe e contou. As duas vivem na mesma casa. Refere que a mãe no momento não deu muita atenção e depois voltaram a falar por telefone. Apesar do impacto inicial, sentiu apoio da família e não sentiu apoio de instituições públicas ou privadas. Faz o acompanhamento

pré-natal e começou aos 2 meses e meio de gravidez. Procurou o serviço de saúde antes mas como era final de ano ela não conseguiu ter a consulta.

Antes da gravidez pensava em terminar os estudos, ter um emprego e mudar da cidade. Considera que a sua vida actualmente está boa mas que daqui a um ano não tem ideia como estará. Pensa que vai estar melhor, com mais responsabilidades. Como desejo para o futuro quer terminar o ensino médio (12º ano) e fazer um concurso público fora de Uberaba.

Sente-se um pouco confusa relativamente à gravidez e diz que gostaria de ter acompanhamento psicológico. Camila acha que *“toda mulher grávida deve ter acompanhamento psicológico, ou pelo menos, assim, um curso para gestantes ou um grupo onde a gente possa trocar ideias sobre o que está acontecendo com a gente. A gente vem para o pré-natal e o médico só pesa, mede e conversa pouco com a gente.”* Ela acha que as consultas do pré-natal deveriam ser de 15 em 15 dias.

11 – TACIANA

Taciana (E11) tem 19 anos, é solteira e está no 8º mês de gestação. Nasceu e vive em Uberaba. Os seus pais nunca viveram juntos. A mãe ficou grávida ainda solteira e ela conta que desde pequenina vive com a mãe e os avós maternos. Quando ela tinha 7 anos a mãe casou-se e ela foi morar com a mãe e o padrasto mas logo depois voltou a viver na casa dos avós. Tem mais 1 irmão (12 anos) por parte de mãe e, por parte de pai 1 irmão (20 anos) e uma irmã, que ela não sabe a idade. Ela conta que sempre viveu muito bem na casa dos seus avós e que estes sempre fizeram tudo por ela.

Actualmente não estuda, tendo terminado o ensino médio aos 16 anos. Relata não ter tido problemas no seu percurso escolar. Depois que terminou os estudos começou a trabalhar como balconista e auxiliar de cozinha. Nessa altura conheceu o pai do bebé, que a convidou para ir viver com ele na sua casa e ela decidiu morar com ele. Ficou vivendo durante 6 meses na casa do namorado, que tem 45 anos.

Actualmente está vivendo novamente na casa dos seus avós mas diz que vai voltar a morar na casa do pai do bebé, depois do nascimento da filha. Actualmente não trabalha pois já está em licença para ter o bebé. A sua mãe é professora e teve o primeiro filho aos 19 anos.

Teve a menarca aos 10 anos e 9 meses e a primeira relação sexual aos 16 anos e 6 meses com o actual namorado. Ela conhece a pílula anticoncepcional, o preservativo, o DIU e a injeção hormonal. A primeira vez que ouviu falar sobre “evitar a gravidez” foi na escola quando tinha uns 14 anos. Refere que *“houve uma “epidemia” de meninas grávidas na minha escola e então fizeram umas palestras”*. Ela também refere que a mãe é professora e que começa a falar com seus alunos sobre sexualidade e educação sexual no 3º e 4º anos. Quando resolveu utilizar um método de contracepção procurou um médico para a orientar.

Desejou a gravidez e parou de usar o método contraceptivo que usava (injeção mensal). Diz que *“no começo fiquei assustada. A gente deseja, espera, mas na prática quando acontece a gente assusta, mas depois acostuma”*. Primeiro contou para o pai do bebé e depois para a mãe. Sentiu o apoio de toda a família e amigos mas não relatou apoio de instituições públicas ou privadas. Iniciou o acompanhamento pré-natal aos 2 meses.

Antes de ficar grávida pensava em comprar uma motocicleta, ter casa própria e depois entrar para um curso superior. Agora a vida vai ser dedicada ao bebé. Pensa que daqui a um ano vai estar casada e continua a ter o desejo de realizar um curso superior.

Como sonho para o seu futuro deseja “*conquistar os meus sonhos, os meus objectivos... ter uma casa própria, uma vida estável e controlada, para poder dar uma boa educação para a minha filha. Eu também quero ter mais um filho.*”

12 – POLIANE

Poliane (E12) tem 18 anos, é solteira e está grávida de 6 meses. Nasceu e vive em Uberaba. Viveu com a mãe, o pai e dois irmãos até aos 3 anos. Nessa altura, os seus pais separaram-se e foi morar com a avó paterna. Tem um irmão (21 anos) e uma irmã (22 anos) por parte de pai e mãe. O seu pai voltou a casar-se e teve mais 2 filhas (11 e 9 anos). Viveu com a avó até aos 17 anos quando então foi morar com uma amiga. Vive desde então com essa amiga que tem uma filha da sua idade. A sua irmã, actualmente com 22 anos, também já é mãe e teve o seu primeiro filho quando tinha 14 anos. A mãe teve o primeiro filho quando tinha 18 anos. Poliane nunca viveu com o pai do seu bebé. Diz que ele é seu namorado mas não quis falar do relacionamento deles. Ele tem 30 anos.

Parou os estudos por causa da gravidez. Trabalhou durante 6 meses em um programa municipal de inclusão de crianças e adolescentes e começou a trabalhar aos 15 anos. A mãe trabalha como mulher-a-dias. Refere que o pai nunca foi presente, embora tenha vivido sempre perto dele, pois morava com a avó paterna numa casa ao lado da casa do pai.

Teve a menarca aos 14 anos e a primeira relação sexual aos 16 anos e 10 meses com o namorado. Como métodos contraceptivos ela conhece “*remédio*” e preservativo. A primeira vez que ouviu sobre o assunto foi na escola, no 5º ano, numa aula. Disse que a avó nunca falou com ela “*sobre essas coisas*”. Já utilizou injeção hormonal e disse que procurou a farmácia porque um amigo lhe disse que na farmácia ela podia ter a injeção. Não usou nenhum método para evitar a gravidez “*porque quando tem que ser a hora de vir o filho, vem... eu não estava usando nada para prevenir*”.

Não desejou esta gravidez e ficou “*surpresa*” quando viu que estava grávida. Também ficou com medo. Contou primeiro para a amiga onde está morando actualmente porque “*é minha amiga, me apoia e me dá muitos conselhos*”. Depois contou para a avó e a irmã que também a apoiaram mas que a mãe não lhe deu apoio e sugeriu que ela interrompesse a gravidez. Diz não ter sentido apoio de nenhuma instituição pública ou privada. Até a data da entrevista não havia iniciado o acompanhamento pré-natal por não ter conseguido marcar consulta em nenhum serviço de saúde.

Tinha vontade de trabalhar e ser policial porque parou de estudar. Considera a vida actual boa. “*Não dá para reclamar porque problema quem faz é a gente*”. Daqui a um ano não sabe como vai ser, nem imagina e ainda “*não parei para pensar*”. Tem como sonho para o futuro “*estar bem com o meu filho, com um trabalho bom, tentar voltar a fazer as coisas que eu gosto, quem sabe estudar, fazer um curso...*”

Está no sexto mês de gravidez e até então não havia conseguido iniciar o acompanhamento pré-natal embora, segundo disse, já ter procurado anteriormente outros dois serviços de saúde para realizar a vigilância pré-natal. Veio para este serviço porque estava com dores e foi solicitado ao médico que a atendesse sem ela ter a consulta marcada anteriormente. Respondeu às perguntas sem se alongar nas respostas.

13 – NAIARA

Naiara (E13) tem 16 anos, é solteira e está no 6º mês de gravidez. Nasceu na cidade de São Paulo e vive em Uberaba há 3 anos e meio. Vive actualmente com a mãe e 2 sobrinhas.

Naiara é filha do segundo casamento do seu pai. Ela tem 3 irmãs por parte de pai. Os pais dela separaram-se quando ela tinha 2 anos. O pai casou-se novamente e teve mais 3 filhos. Quando tinha 10 anos o seu pai voltou a viver com a sua mãe e ele faleceu quando ela tinha 14 anos. A irmã mais velha por parte de pai teve o primeiro filho aos 18 anos. A mãe teve a primeira filha aos 15 anos. Nunca viveu com o namorado, pai do seu bebé, que tem 17 anos.

Naiara estuda e está no 1º colegial (10º ano em Portugal). Começou a trabalhar aos 16 anos e trabalhou durante 4 meses no comércio.

Teve a menarca aos 11 anos e 10 meses e a primeira relação sexual aos 14 anos e 1 mês com o actual namorado. Ela conhece como métodos contraceptivos o preservativo, a pílula anticoncepcional, a injeção e o DIU. Quem falou com ela sobre este assunto a primeira vez foi a irmã. Disse também que se lembra de ter ouvido na escola, no 5º ano. Já utilizou o preservativo e quem disse para utilizar este método foi a irmã.

Quando perguntada porque não usou nenhum método para evitar esta gravidez diz “*porque eu sou louca...*”. Diz não ter desejado esta gravidez.

Quando soube que estava grávida não ficou triste nem feliz, ficou com medo de contar para a irmã, mais do que para a mãe. Contou primeiro para o namorado porque tinha vergonha de contar para a mãe. Diz que a irmã a apoiou mas que a mãe, a princípio não queria, mas já aceitou. Também sentiu apoio da escola.

Começou a vigilância pré-natal à partir do 4º mês de gravidez, quando teve coragem de falar com a mãe, e isso só ocorreu quando já estava no terceiro mês de gestação.

Os seus planos antes da gravidez eram “*estudar e fazer faculdade de medicina*”. Actualmente considera que está diferente. Passa mal na escola. Gosta de correr, praticar actividades físicas e desporto e que “*eu parei a minha vida com essa gravidez, não faço mais nada, só estudo*”

Ela não pensou na sua vida daqui a um ano mas quer continuar estudando e fazer um curso de enfermagem. Quando perguntada sobre que desejos teria para o futuro ela disse “*não tenho*”.

14 – ROSELI

Roseli (E14) tem 18 anos e está com 8 meses e meio de gestação. Nasceu e sempre viveu em Uberaba. Actualmente vive em união de facto com o namorado há 1 ano e 8 meses. Viveu com a mãe até um ano de idade quando então foi retirada para ser entregue a um lar de acolhimento de crianças e só voltou a viver com a mãe aos 9 anos. Ficou um ano com a mãe e foi viver com uma avó. Aos 17 anos foi morar com o namorado, pai do seu bebé, que tem 23 anos.

Estudou até ao 2º colegial (11º ano) e teve que interromper os estudos pois teve risco de aborto. Pretende retornar à escola no próximo ano.

Começou a trabalhar com 9 anos porque a mãe a colocava a vender produtos nas ruas (rebuçados e outras coisas). Trabalhou também cuidando de crianças. Tem 5 irmãos (28, 25, 24, 22 e 20 anos) e 3 irmãs (30, 26 e 15 anos). Também tem outros irmãos por parte de pai. A mãe teve o primeiro filho com 15 anos. Actualmente não tem contacto com a mãe. Raramente tem contacto com o pai, o que aconteceu quando tinha 9 e 16 anos, por iniciativa dela, que o procurou.

Roseli teve a menarca aos 10 anos e a primeira relação sexual aos 16 anos e meio com o actual namorado. Como métodos contraceptivos diz conhecer o preservativo, a pílula anticoncepcional e “*não abrir a perna nunca*”. A primeira vez que ouviu falar sobre contracepção foi na escola quando estava no 5º ano. Usou a pílula por indicação médica

para regular o seu período menstrual mas que *“passava mal com o remédio”*. Com o namorado usava preservativo mas depois de uns seis meses de namoro *“teve mais confiança e deixou de usar”*.

“Desejava mesmo essa gravidez” e foi *“muito bom”* quando soube que estava grávida. Primeiro contou para o namorado pois já vivem juntos há quase dois anos e porque tem muita confiança nele e na família dele. Toda a família a apoiou mas não relatou apoio de instituições públicas ou privadas. Faz a vigilância pré-natal desde a 6ª semana de gestação quando descobriu.

Antes pensava que a sua vida ia ser diferente. Pensava que aos 18 anos ia para o Rio de Janeiro cursar faculdade de teatro, artes cénicas, mas também sempre imaginou ter família e filhos e sempre *“batia a vontade de ser dona de casa mesmo”*. Diz também que tem um sonho mas que também vê o outro lado. Não se sente nem triste nem alegre. Durante a entrevista mostrou-se sempre bem disposta e falando sempre mais do que lhe era perguntado. Pensa que *“daqui a um ano vai ser mais difícil, vou ter mais trabalho porque meu bebé vai ter que ficar na creche e então a minha vida vai ser muito corrida”*.

Como desejos para o futuro *“pelo menos uma vez na vida eu quero participar de algum espectáculo. Quero fazer pela minha mãe e quero mostrar para ela que quando a gente quer alguma coisa a gente pode conseguir”*.

15 – VANESSA

Vanessa (E15) tem 17 anos e está grávida de 6 meses. Nasceu em Goiânia e vive em Uberaba há 3 anos. Viveu com os pais até aos 14 anos, quando estes se separaram. Tem um irmão com 12 anos. Aos 15 anos foi viver com o namorado e vivem em união de fato desde então. O pai do bebé tem 22 anos.

Parou de estudar no 7º ano porque não gosta de estudar e não quer voltar a estudar. Actualmente trabalha como empregada doméstica e começou a trabalhar aos 12 anos. Nunca teve contrato de trabalho. A mãe trabalha no comércio e teve o primeiro filho aos 18 anos. Diz que depois que os seus pais se separaram quase não teve mais contacto com ele.

Teve a menarca aos 10 anos e a primeira relação sexual aos 13 anos e 6 meses com o namorado. Como métodos contraceptivos conhece a pílula anticoncepcional e o preservativo. Já utilizou a pílula por orientação médica mas deixou de usar quando fazia 6 meses que estava com este namorado. Parou de fazer a contracepção porque desejou engravidar. Quando soube que estava grávida ficou alegre e contou para o pai do bebé porque foram juntos buscar o resultado do teste. Considera que todos familiares deram apoio. Faz a vigilância pré-natal desde o segundo mês e meio de gestação e começou nessa altura porque foi quando descobriu que estava grávida.

Refere que não tinha planos para a sua vida antes de ficar grávida. Considera que a sua vida actual está boa, que está tudo bem. Quando questionada sobre o futuro diz *“só vivendo um dia após o outro para saber”*. Sobre os seus desejos para o futuro ela disse que *“por enquanto não penso nisso. Só penso no meu filho. Eu quero continuar trabalhando para dar um futuro melhor para o meu filho, melhor que o meu”*.

Esta jovem teve alguma dificuldade para responder às perguntas. Mostrava-se muito desanimada quanto à sua vida, sem perspectivas.

16 – ROSILENE

Rosilene (E16) tem 17 anos, é solteira e está grávida de 6 meses. Nasceu e vive em Uberaba. A mãe ficou grávida aos 19 anos quando os pais eram namorados. Eles

separaram-se logo depois. Nunca viveu com o pai e tem muito pouco contacto com ele. Tem uma irmã de 9 anos. O pai casou-se com outra mulher e tem 3 filhas (17, 13 e 11 anos). Sempre viveu com a mãe e a irmã. Aos 16 anos foi morar com o namorado por 6 meses. Depois disso foi viver na casa de 2 amigas quando descobriu que estava grávida. E então voltou a morar com a mãe e a irmã. O pai do seu bebé tem 23 anos e já não são namorados.

Parou os estudos no 7º ano. Fez a matrícula para o 8º mas não voltou à escola porque já estava grávida. Actualmente não trabalha mas começou a trabalhar aos 15 anos como ama de crianças.

Teve a menarca aos 10 anos e 10 meses e a primeira relação sexual aos 15 anos com o namorado. Como métodos contraceptivos conhece a pílula anticoncepcional e o preservativo. Ouviu sobre esse assunto a primeira vez através da mãe mas também se lembra de ter ouvido na escola. Quando a mãe descobriu que ela não era mais virgem, levou-a ao médico para que ela usasse um método contraceptivo. Diz que sempre utilizava a pílula por orientação médica mas quando ficou grávida não estava usando há 2 meses. Diz que não desejou esta gravidez pois pensava em ter filhos, mas não agora.

Ficou sabendo que estava grávida aos 3 meses de gestação e disse “*eu não queria não, de jeito nenhum*”. Conta que passou muito mal e que na altura estava morando na casa de duas amigas. Contou para as amigas e depois contou para a mãe. Diz que elas a apoiaram mas não relata apoio de instituições e também falou que “nem contava que estava grávida”.

Faz a vigilância pré-natal desde os 3 meses e meio de gestação e começou nessa altura porque foi quando descobriu e quando conseguiu a consulta.

Estava estudando e pensava continuar estudando, pretendia terminar os estudos e fazer magistério. Repetiu 2 anos na escola.

Diz que a vida dela actualmente “*não está fácil não, mas está boa. A minha mãe estava desempregada, eu também não tenho emprego e o pai do meu filho não ajuda com nada*”.

Pensa que daqui a um ano “*vou estar cuidando do meu filho, trabalhando, vou arrumar um serviço e vou voltar a estudar quando o meu filho fizer um ano.*”

Como desejos para o futuro quer arranjar um emprego para poder cuidar do filho e ajudar a mãe. Durante a entrevista a jovem mostrava-se um pouco triste e desanimada quanto à sua vida, sem perspectivas.

17 – GLEICE

Gleice (E17) tem 18 anos, é casada e está grávida de 6 meses. Nasceu e sempre viveu em Uberaba. Ficou grávida pela primeira vez quando tinha 16 anos. Quando os seus pais descobriram a gravidez, fizeram o casamento dela com o namorado, pai do bebé. Viveram casados, na mesma casa durante 2 meses e se separaram, voltando a viver na casa dos pais. Depois de um tempo voltaram a namorar e ela ficou grávida novamente. Vive actualmente na casa dos pais e vai ser mãe pela segunda vez. O pai dos seus filhos tem 20 anos. Tem 2 irmãos (17 e 16 anos) e uma irmã (12 anos).

Parou os estudos no 8º ano quando ficou grávida do primeiro filho. Só voltou a estudar novamente este ano mas diz que vai parar novamente por causa da gravidez. Actualmente não trabalha e começou a trabalhar aos 17 anos num clube desportivo. A mãe não trabalha fora.

Teve a menarca aos 12 anos e a primeira relação sexual aos 14 anos com um amigo. Como métodos contraceptivos conhece a pílula e o preservativo. A primeira vez que ouviu sobre esse assunto foi na escola. Diz que a mãe nunca falou com ela sobre isso. Diz que

também ouvia das amigas e que usou o anticoncepcional por indicação de uma amiga. Não desejava ficar grávida mas não usou nada para evitar “*por falta de cabeça mesmo, porque eu achei que não ia dar em nada.*”

Quando descobriu que estava grávida a primeira vez ficou mal, muito triste e não queria ter o filho. Contou para o pai do bebé e sentiu que ele se afastou um pouco dela. Diz que não contou para a mãe mas ela desconfiou e elas falaram sobre o assunto quando já tinha 4 meses de gravidez. Foi ao CS para fazer a vigilância pré-natal aos 3 meses, sem o conhecimento da mãe.

Faz a vigilância pré-natal da actual gravidez desde os 3 meses de gestação. Começou nessa altura porque foi quando marcou a consulta.

O que queria para a sua vida era “*casar para depois ter filhos*”. Acha que a vida actual está boa mas está com mais responsabilidades. Diz que daqui a um ano “*não tenho nem ideia como vai estar, nem imagino*”. Como desejos para o futuro quer voltar a morar com o pai dos seus filhos e cuidar dos filhos. Não fala em voltar a estudar ou trabalhar.

18 – ELISA

Elisa (E18) tem 17 anos, é solteira e está grávida de 6 meses. Nasceu em Ribeirão Preto e mora em Uberaba há 11 anos. Viveu com os pais até aos 5 anos quando estes se separaram. A mãe estava grávida pela segunda vez. Nessa altura mudaram-se para Uberaba. Tem 2 irmãos (13 e 11 anos). A mãe teve a primeira filha aos 18 anos. Nunca viveu com o pai do bebé e actualmente vive com a mãe e os irmãos na casa da avó. Tem contacto com o pai dela apenas por telefone e em datas especiais.

Estuda e está no terceiro colegial (12º ano). Como o bebé vai nascer nas férias escolares ela pensa que não vai ter problemas por causa disso. Actualmente não trabalha e começou a trabalhar aos 17 anos como ajudante de cabeleireiro.

É católica e frequenta a igreja uma vez por semana, aos domingos. Dava aulas de catequese, participa da pastoral da saúde e grupo de jovens. Conta que também “*até dava aulas sobre prevenção da gravidez*”.

Teve a menarca aos 13 anos e 01 mês e a primeira relação sexual aos 14 anos com o primeiro namorado. Como métodos contraceptivos diz que conhece “*muitas, todas*” e quando pedimos para ela dizer quais ela falou “*a pílula e o preservativo*”. A primeira vez que ouviu sobre esse assunto foi através da mãe. Diz que na escola tem muitas palestras sobre o tema. Já utilizou a pílula anticoncepcional e o preservativo e a mãe sempre explicava mas foi ao médico para saber o que era melhor para utilizar. Deixou de tomar o anticoncepcional porque achou que estava engordando e esquecia-se de tomar sempre na mesma hora. Estava usando preservativo e este falhou.

Conta que não desejava ficar grávida neste momento. Quando descobriu que estava grávida ficou muito assustada e com medo de chegar em casa e falar para a mãe. Aos 3 meses desconfiou que estava grávida e foi ao médico do CS, que já nem pediu nenhum exame e já escutou o coração do bebé. Saiu da consulta chorando e encontrou-se com a madrinha no CS, tendo sido a primeira pessoa para quem ela contou. Contou depois para a mãe, que já desconfiava. Diz que a família toda lhe dá apoio mas que o pai do bebé não dá nenhum e “*eu nem quero*”. Diz ter recebido apoio da igreja e do CS. Faz a vigilância pré-natal desde os 3 meses de gestação e começou nessa altura porque tinha medo de ir à consulta e “*ter a resposta que teve*”.

Tinha muitos planos para a sua vida antes de ficar grávida. “*Meu sonho era ser modelo mas agora.... Eu acho que com filho não atrapalha mas o meu sonho agora é seguir a carreira policial. Vou continuar estudando, não vou desistir não. No ano que vem vou tentar arranjar um emprego.*” “*A minha vida actualmente está muito boa, eu estou*

muito mais feliz do que eu era”. Pensa que daqui a um ano “*vai ser diferente com um bebê para criar, eu tenho que pensar no nosso futuro.*” Deseja para o futuro “*ser muito mais feliz e ter saúde. É importante ter saúde porque sem saúde a gente não vale nada*”. Esta jovem não teve problemas em responder às perguntas.

19 – LUÍSA

Luísa (E19) tem 17 anos, é solteira e está grávida de 8 meses. Nasceu e vive em Uberaba. Sempre viveu com os pais e irmãos. Tem 3 irmãos (22, 18 e 9 anos) e uma irmã (16 anos). A mãe teve o primeiro filho aos 18 anos. Nunca viveu com o pai do seu bebê que tem 19 anos.

Estuda e está no primeiro colegial (10º ano). Nunca parou os estudos mas já repetiu o ano. Nunca trabalhou fora.

Teve a menarca aos 14 anos e a primeira relação sexual aos 15 anos com o namorado. Diz que conhece todos os métodos para evitar a gravidez porque fez um curso há um ano num serviço de saúde. Conhece a pílula anticoncepcional, o preservativo, o DIU, o diafragma, a injeção hormonal e o adesivo. Diz que a mãe sempre falou com ela sobre o assunto e na escola também, no 5º e 6º ano. Optou por utilizar o preservativo por decisão própria e segundo ela, a primeira vez que não usou engravidou. Quando questionada se desejou a gravidez ela respondeu “*mais ou menos... porque se vir é bom porque eu fico mais é sozinha mesmo...*”

O primeiro sentimento foi o susto, foi um choque. Estava com alguns problemas de saúde e a mãe estava a acompanhá-la para consultas e exames quando descobriram que estava grávida. A mãe deu apoio e o pai no começo ficava um pouco constrangido mas agora já está entusiasmado com o neto. Diz que fazia outros cursos além da escola e que teve que parar algumas actividades por causa da gravidez mas que a escola também deu muito apoio, principalmente pelo fato do pai dela não ter aceitado logo.

Faz a vigilância pré-natal desde o primeiro mês de gestação, quando descobriu.

Como planos para a sua vida “*queria estudar, arranjar um serviço e fazer a minha vida. Eu sei que o filho não vai impedir mas eu vou tentar seguir o caminho sem esquecer ele para trás*”.

Considera que a sua vida actual está boa mas não sabe e nem imagina como vai ser daqui a um ano. Como desejo para o futuro espera “*poder construir a minha vida tentando dar o melhor que eu puder para o meu bebê*”. A jovem não teve problemas em responder às perguntas.

20 – ALESSANDRA

Alessandra (E20) tem 14 anos, é solteira e está grávida de 7 meses. Nasceu e vive em Uberaba. Sempre viveu com os pais e irmãos. Tem 3 irmãos (26, 23 e 13 anos) e 3 irmãs (27, 22 e 11 anos). Tem uma irmã que teve o primeiro filho aos 16 anos. A mãe também teve o primeiro filho aos 16 anos. Nunca viveu com o pai do bebê que tem 24 anos.

Estuda e está na 8ª série (9º ano). Parou de estudar durante um ano porque o namorado lhe disse “*eu não estudei, você não precisa estudar*”, mas já retornou à escola. Começou a trabalhar quando tinha 13 anos como ama mas não trabalha actualmente.

Teve a menarca aos 9 anos e a primeira relação sexual aos 12 anos e 6 meses com o namorado. Diz conhecer como métodos contraceptivos a pílula anticoncepcional e o preservativo. A primeira vez que ouviu sobre o assunto foi na escola, no 4º ano. Optou por

utilizar o preservativo por orientação da professora mas usa só de vez em quando porque não gosta.

Desejava ter um filho mas não agora e não gostou quando soube que estava grávida. Contou primeiro para a mãe porque mora com ela e a família toda deu-lhe apoio. A escola e o CS a apoiaram. Faz a vigilância pré-natal desde um mês e meio de gestação quando a mãe desconfiou e ela foi ao médico.

Como planos para a sua vida *“queria estudar, fazer curso e trabalhar”*. *“Por enquanto nada mudou, eu quero continuar a estudar e fazer um curso de gestão de empresas ou secretariado”*.

Daqui a um ano não sabe como vai estar. Pensa que talvez vai estar casada, com o filho, estudando, cuidando de casa e do marido. Deseja para o futuro *“ter um serviço bom e ser feliz”*. A jovem não teve problemas em responder às perguntas.

21 – NOÊMIA

Noémia (E21) tem 18 anos, é solteira e está grávida de 8 meses. Nasceu e vive em Uberaba. Viveu com os pais até aos 2 anos quando estes se separaram. Continuou a viver com o pai e o avô paterno. A mãe casou-se novamente e morreu quando tinha 3 anos. O pai casou-se novamente quando tinha 10 anos mas ela continuou a viver com o avô paterno. Teve mais contacto com a tia, irmã da mãe dela. Diz também ter muito contacto com o pai. Actualmente vive na casa do avô paterno e o seu namorado também, desde há um ano. Ele tem 21 anos. O pai casou-se novamente e tem uma irmã por parte do pai, com 7 anos.

Deixou de ir à escola por causa da gravidez, porque se sentia muito cansada e tinha muitos enjoos. Parou na 8ª série (9º ano). Nunca trabalhou fora.

Teve a menarca aos 14 anos e 6 meses e a primeira relação sexual aos 15 anos e 6 meses com o namorado. Conhece como métodos contraceptivos a pílula anticoncepcional, o preservativo e o DIU. Foi o pai quem falou com ela sobre esse assunto a primeira vez e ouviu também na escola e em campanhas do CS. Foi o médico do CS que a aconselhou a utilizar a pílula anticoncepcional, o qual ela procurou depois que perdeu a virgindade, para saber o que era melhor para ela. Usou preservativo por ouvir através do pai e da escola, mas não usou desta vez *“por descuido mesmo, falta de responsabilidade, e aí veio...”*

Não desejou a gravidez e quando ficou sabendo que estava grávida ficou assustada por pensar no pai. *“Achei que meu pai não ia aceitar, ia por eu para fora de casa, alguma coisa assim. Mas aí eu contei para ele e ele achou foi bom, me deu o maior apoio e falou que agora a gente tem que cuidar, que já aconteceu”*. O namorado aceitou e gostou porque ele sempre quis ter um filho. Contou para a tia, irmã da mãe dela, com a qual tem muito contacto e muita confiança. Diz que a família lhe deu apoio mas que não sentiu apoios institucionais. Faz a vigilância pré-natal desde um mês e meio de gestação quando descobriu a gravidez.

Como planos para a sua vida antes de ficar grávida ela queria terminar os estudos e trabalhar. Agora pensa nisso só mais para frente, pensa em ter o filho, casar, ter a casa dela. Considera que a vida actual está boa, normal, do mesmo jeito de antes.

22 – RITA

Rita (E22) tem 18 anos, é casada e está grávida de 8 meses. Nasceu e vive em Uberaba. Sempre viveu com os pais e irmãos, até aos 14 anos quando os pais se separaram. Aos 15 anos conheceu um rapaz e gostou dele e quando tinha 16 anos ele foi morar na mesma casa que ela. A mãe não aceitava o relacionamento dela com o namorado e eles

resolveram “*fugir de casa*”. Nessa altura, os pais dele realizaram o casamento. É casada desde os 16 anos e o marido tem 21 anos.

Tem duas irmãs (21 e 14 anos) e um irmão (19 anos). A mãe teve o primeiro filho aos 18 anos. Parou de estudar no 7º ano porque conheceu o namorado e queria casar. Começou a trabalhar quando tinha 17 anos como empregada doméstica mas não trabalha actualmente.

Teve a menarca aos 11 anos e 6 meses e a primeira relação sexual aos 16 anos e 6 meses com o namorado. Diz que conhece como métodos contraceptivos a pílula anticoncepcional e o preservativo. A primeira vez que ouviu sobre o assunto foi na escola, no 4º ano. Nunca usou nenhum método contraceptivo e desejou ter o filho. Quando teve a primeira relação, o período atrasou e então procurou o médico para saber o que estava acontecendo. Conta que procurou o médico porque queria engravidar desde os 17 anos.

Ficou muito feliz quando soube que estava grávida, contou para o marido e cunhada e todos a apoiaram e a ajudaram. Faz a vigilância pré-natal desde os 2 meses de gestação quando ficou sabendo que estava grávida.

A vida dela antes de conhecer o marido era sair, passear e pensava em fazer faculdade. Não imaginava que ia casar-se precocemente e ter filhos. Pensava que ia ser só depois dos 20 anos.

Refere que a vida actual está muito boa, que ela, o marido e as famílias se dão muito bem e está muito feliz. Pensa que daqui a um ano vai ser melhor do que hoje. Deseja para o futuro “*ser mãe, cuidar da minha filha, cuidar da minha casa. E quem sabe eu possa voltar a estudar de novo, porque eu tenho vontade de estudar de novo*”. Quer ser professora.

23 – KÁRITA

Kárita (E23) tem 17 anos, é solteira e está grávida de 6 meses. Não nasceu em Uberaba mas vive na cidade desde 1 ano de idade. Sempre viveu com a mãe e um irmão de 6 anos. Não conhece o pai. Quando tinha 4 anos a mãe casou-se e ela teve padrasto até aos 14 anos quando eles se separaram. Nunca viveu com o pai do bebé que tem 26 anos.

Não teve problemas em seu percurso escolar e actualmente não estuda porque já terminou o ensino médio (12ª ano). Actualmente está fazendo um curso de inglês. Começou a trabalhar quando tinha 15 anos. Actualmente somente realiza trabalhos temporários e aos fins-de-semana. A mãe também foi mãe aos 17 anos.

Teve a menarca aos 13 anos e a primeira relação sexual aos 16 anos e 8 meses com um parceiro ocasional. Como métodos contraceptivos conhece a pílula anticoncepcional e o preservativo. Optou por utilizar o preservativo por escolha dela e do parceiro. Não sabe dizer o motivo da não utilização do preservativo para evitar esta gravidez.

Não desejava ter um filho agora e não teve nenhum sentimento, “*deu um branco, depois de muito tempo que foi cair a ficha mesmo...*” No dia seguinte a saber do resultado é que chorou.

Contou primeiro para uma amiga e contou para a mãe uma semana depois porque ia haver festa da formatura dela e resolveu deixar passar a data para não atrapalhar a festa. Sentiu apoio do namorado, porque ele sempre quis ter filho e não achou mal. A princípio a mãe não a apoiou, somente depois de alguns dias. A família deu-lhe apoio mas não relata apoios institucionais.

Faz a vigilância pré-natal desde os dois meses de gestação.

Antes da gravidez pensava em arranjar um emprego fixo para poder cursar faculdade, porque como actualmente é só a mãe que trabalha, ela não tem como pagar os estudos. Acha que estar grávida não atrapalhou. “*Eu posso ter o meu bebé, continuar*

trabalhando e estudar. Não é uma barreira não". Considera que a vida dela está "normal, do mesmo jeito que era antes. Eu não estou vendo a minha gravidez como uma barreira para eu sair, estudar, tanto que eu estou fazendo curso, quando eu me matriculei eu já estava grávida".

Daqui a um ano pensa que vai estar com a filha. Ela e o namorado pensam em ir morar juntos. Pensa que vai estar casada, vivendo bem, uma vida normal. Como desejos para o futuro pensa em não parar de estudar, arranjar um serviço e continuar estudando.

24 – BRUNA

Bruna (E24) tem 18 anos, é solteira e está grávida de 8 meses. Nasceu e vive em Uberaba. Os pais separaram-se quando ela tinha 10 anos de idade. A mãe casou-se novamente e ela continuou a viver com o pai. Aos 16 anos foi morar com o namorado, quando ficou grávida pela primeira vez. Teve o filho que morreu com 1 semana de vida. Voltou a engravidar e o namorado deixou-a no 6º mês de gestação. Actualmente vive na casa do pai com 3 irmãos (21, 20 e 15 anos). O pai e os irmãos querem que ela assuma a responsabilidade de cuidar da casa e da família como se fosse a mãe deles. A mãe teve o primeiro filho aos 18 anos.

Não estuda e parou na 8ª série quando ficou grávida a primeira vez. Começou a trabalhar quando tinha 15 anos como empregada doméstica mas não trabalha actualmente.

Teve a menarca aos 13 anos e a primeira relação sexual aos 15 com o namorado. Conhece como métodos contraceptivos a pílula anticoncepcional e o preservativo. A primeira vez que ouviu sobre o assunto foi na escola e já utilizou o preservativo.

Desejou ter o filho porque morava com o namorado e ele queria. Ficou feliz quando soube que estava grávida. Contou primeiro para uma amiga que ela tinha confiança. Diz que a mãe e as amigas lhe deram apoio. Também sentiu apoio religioso.

Faz a vigilância pré-natal desde 1 mês e meio de gestação quando descobriu que estava grávida.

Como planos para a sua vida queria estudar e trabalhar. Daqui a um ano não sabe como vai estar. Queria "ter um serviço bom e ser feliz", para não depender mais de ninguém.

A jovem diz que no começo da gravidez estava mais animada mas que actualmente não está muito contente. Mostra-se muito triste, sem perspectivas sobre o seu futuro e chegou a pensar em dar o seu bebé para adopção.

25 – MARÍLIA

Marília (E25) tem 15 anos, é solteira e está grávida de 6 meses. Nasceu e vive em Uberaba. Vive actualmente com a mãe e um irmão de 10 anos. Os pais separaram-se quando ela tinha 10 anos. Não tem mais contacto com o pai. A mãe teve o primeiro filho aos 19 anos. Nunca viveu com o pai do bebé que tem 19 anos.

Estuda e está no 1º colegial (10ª ano) e nunca trabalhou.

Teve a menarca aos 12 anos e a primeira relação sexual aos 14 anos e 5 meses com o namorado. Como métodos contraceptivos conhece a pílula anticoncepcional e o preservativo. A primeira vez que ouviu sobre o assunto foi através da mãe e também ouviu na escola. Por decisão própria utilizou preservativos mas ficou grávida porque não tinha na hora.

Não desejou esta gravidez e ficou assustada quando descobriu que ia ser mãe. Contou primeiro para uma amiga para que essa a ajudasse a contar para a mãe. A amiga, a mãe e o namorado a apoiaram. Também sentiu apoio religioso.

Faz a vigilância pré-natal desde os dois meses e meio de gestação porque foi quando a mãe ficou sabendo e levou-a ao médico.

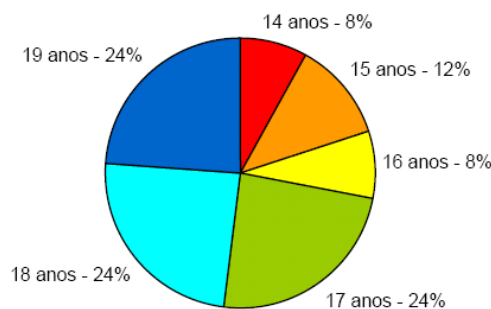
Como planos para a sua vida quer continuar a estudar, terminar o ensino médio e depois tentar fazer um curso superior, embora ainda não saiba qual o curso. Daqui a um ano pensa que vai estar na escola e quer tentar colocar o filho numa creche. Deseja para o futuro terminar os estudos, conseguir um emprego e ser feliz com o filho. A jovem não teve problemas em responder às perguntas.

4.3 – Resultados das entrevistas – Apresentação e discussão

4.3.1 – Distribuição da amostra por idade

A amostra deste estudo foi constituída por 25 jovens sendo, 2 de 14 anos (8%), 3 de 15 anos (12%), 2 de 16 anos (8%), 6 de 17 anos (24%), 6 de 18 anos (24%) e 6 de 19 anos (24%), conforme gráfico nº 7. A idade média das entrevistadas foi de 17,16 anos, sendo a idade mínima de 14 anos e a máxima de 19 anos.

Gráfico nº 7: Distribuição por idade das jovens entrevistadas



4.3.2 – Residência

Das 25 jovens entrevistadas, 18 (72%) nasceram e vivem no município onde foi realizado o estudo e 7 (28%) nasceram em outros municípios mas vivem em Uberaba há pelo menos 02 anos. Quando observado a localização do bairro e o Distrito Sanitário de residência da gestante, 13 (52%) residem no Distrito Sanitário I, 09 (36%) residem no Distrito Sanitário III e 03 (12%) residem no Distrito Sanitário II (figura nº 8).

Figura nº 8: Localização das residências das jovens e dos serviços de saúde no município

* mapa disponibilizado pela Prefeitura Municipal de Uberaba e localização das residências das adolescentes entrevistadas realizada pela investigadora

I – Distrito Sanitário I – DS-I (amarelo) – 13 entrevistas;
 II – Distrito Sanitário II – DS-II (verde) – 3 entrevistas;
 III – Distrito Sanitário III – DS-III (azul) – 9 entrevistas.

O ponto assinalado em vermelho no Distrito Sanitário I corresponde à localização da Unidade Básica de Saúde Rosa Maria e no Distrito Sanitário II corresponde ao Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher – CAISM, onde foram realizadas algumas entrevistas. Algumas entrevistas foram realizadas nas casas das adolescentes após o contacto prévio realizado nos serviços de saúde.

A divisão do município em Distritos Sanitários foi realizada por estudos prévios da Secretaria Municipal de Saúde no início dos anos 90, das áreas homogêneas, a partir dos sectores censitários do IBGE. A área central da imagem, na confluência dos três distritos corresponde ao centro do município. Observa-se que, apesar de terem sido realizadas entrevistas em apenas duas unidades de saúde, pode-se verificar pela observação da localização da residência das adolescentes grávidas entrevistadas, que elas procuram os serviços de saúde mesmo não sendo os mais próximos de sua residência.

4.3.3 – Origem étnica

A classificação étnica das jovens entrevistadas, utilizada nesta pesquisa foi a mesma utilizada pelo IBGE e DATASUS que consta na DN, e se encontra distribuída de acordo com a seguinte frequência: 13 jovens (52%) de origem branca, 5 jovens (20%) de origem negra e 7 jovens (28%) de origem parda (mulata).

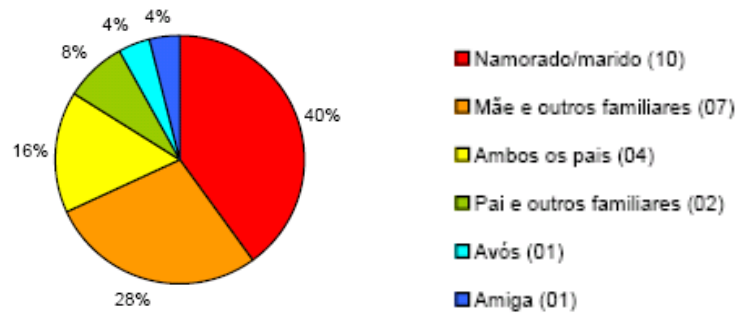
Segundo o documento do Ministério da Saúde do Brasil “Saúde Brasil 2006”, a razão entre as taxas de nascimentos nas mães brancas e nas negras nesta faixa etária para o estado de Minas Gerais é de 1,1 (22,5/1000 entre jovens brancas e 25,5/1000 entre jovens negras). Em estudos realizados no Estados Unidos foram encontradas maiores percentagens de gravidez na adolescência entre as minorias étnicas, negros e latinos vivendo na América.

No presente estudo encontrou-se uma percentagem de 52% de mães adolescentes de origem branca e 48% de origem parda e negra. Não foi encontrada nenhuma informação divulgada pelo IBGE ou outro órgão onde se pudesse conhecer a percentagem da população por origem étnica no município em estudo. Considera-se a amostra pouco representativa para realizar uma análise mais aprofundada neste sentido.

4.3.4 – Estado civil e coabitação

O estado civil empregado nessa pesquisa foi o mesmo utilizado pelo IBGE e o DATASUS, e referido pela jovem sendo: solteira, casada, viúva, divorciada, união consensual (união de facto). Relativamente ao estado civil oficial, 14 jovens (56%) são solteiras, 2 (8%) são casadas e 9 (36%) vivem em união de facto, com o namorado/marido há pelo menos um ano.

Nem sempre o estado civil relatado foi compatível com a situação de coabitação actual da adolescente. Uma das jovens entrevistadas é oficialmente casada e vive actualmente na casa dos pais, não residindo com o marido. Os resultados corroboram outros estudos realizados no Brasil, que verificam uma maior percentagem de adolescentes gestantes solteiras. Há muitas configurações familiares nas casas onde vivem e viveram as jovens ao longo de suas vidas. O gráfico nº 8 mostra a condição actual de coabitação das jovens.

Gráfico nº 8: Situação actual de coabitação da jovem

O estado civil oficial e a situação de coabitação da jovem nem sempre são coincidentes. Das jovens entrevistadas, 10 viviam com o namorado/marido há pelo menos um ano, 7 viviam com a mãe e outros familiares, 2 viviam com o pai e outros familiares, 1 vivia com os avós e 1 com uma amiga. Há uma jovem oficialmente casada que vive com os pais e não com o marido. De todas as entrevistadas, apenas 4 moravam com ambos os pais até a data da entrevista, o que demonstra rupturas e desorganização familiar na vida destas jovens. A desorganização familiar é citada por alguns autores como um factor facilitador para o surgimento de uma gravidez na adolescência.

4.3.5 – Presença paterna ao longo da vida da jovem

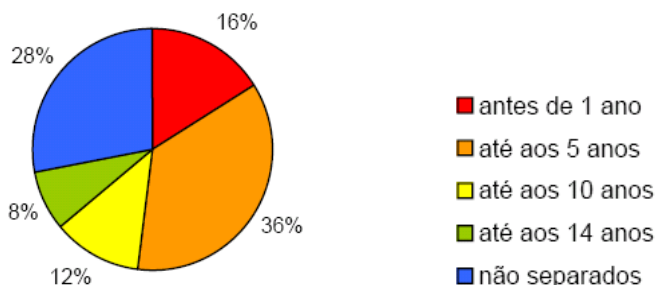
Segundo alguns autores (Ellis et al., 2000, 2003) a presença parental e especialmente a ausência paterna é um factor fortemente associado à iniciação sexual precoce e ao surgimento de uma gravidez na adolescência. Foram realizados estudos longitudinais nos Estados Unidos e na Nova Zelândia e as jovens acompanhadas desde os 5 a aproximadamente os 18 anos. Segundo o autor, as jovens tenderiam a viver em um ambiente mais causador de stress, que influenciariam nos seus comportamentos. É evidente a desorganização familiar na vida destas jovens e elas estão de alguma forma sendo afectadas por esse factor.

A maioria das jovens entrevistadas neste estudo não teve o acompanhamento paterno ao longo de sua vida. Em 7 casos (28%), os pais viviam juntos até a data da entrevista enquanto 18 jovens (72%) não tiveram o acompanhamento de ambos os pais ao longo de suas vidas.

Quatro jovens (16%) viviam com ambos os pais biológicos até a data da realização das entrevistas. Das jovens entrevistadas, 4 (16%) os pais nunca viveram juntos, 9 (36%) os pais separaram-se antes das adolescentes completarem os 5 anos de idade, 3 (12%) os

pais separaram-se quando as jovens tinham 10 anos e 2 delas (8%) os pais separaram-se quando as jovens já tinham 14 anos, como pode-se observar no gráfico nº 9, abaixo.

Gráfico nº 9: Idade da jovem na altura da separação dos pais



4.3.6- Escolaridade

A escolaridade obrigatória no Brasil, de 1971 até ao ano de 2005 era de 8 anos, equivalente ao ensino fundamental. Em Fevereiro de 2006 foi promulgada a Lei 11.274 que instituiu o ensino fundamental obrigatório de 9 anos, com a entrada das crianças para a escola aos 6 anos de idade. Muito embora a escolaridade obrigatória já seja de 9 anos (a implementação da lei deve realizar-se até ao ano de 2010), no ano de 2005, a média de anos de estudo de cada brasileiro era de 7 anos (Betto, 2007).

Uma criança inserida na escola e que tenha um percurso normal, sem perda de anos de estudos completa a escolaridade mínima exigida no Brasil aos 14 anos. Pode-se constatar neste estudo que a maioria das jovens entrevistadas não completaram sequer o ensino fundamental.

A escolaridade concluída pelas jovens entrevistadas foi:

- 14 (56%) - ensino fundamental incompleto (3º ciclo do ensino básico incompleto);
- 01 (4%) - ensino fundamental completo (3ª ciclo do ensino básico completo);
- 07 (28%) - ensino médio incompleto (ensino secundário incompleto);
- 03 (12%) - ensino médio completo (ensino secundário completo).

Das jovens entrevistadas, 11 (44%) ainda estudam e 14 (56%) interromperam os estudos. Das onze adolescentes que ainda estudam pode-se observar o nível de escolaridade actual:

- 04 (36,4%) – ensino fundamental incompleto;
- 01 (9,1%) – ensino fundamental completo;

05 (45,5%) – ensino médio incompleto;

01 (9,1%) – ensino médio completo (realiza actualmente curso de inglês).

Das 14 jovens que pararam os estudos apenas 2 completaram o ensino médio, sendo observada a seguinte frequência e percentagem:

10 (71,4%) – ensino fundamental incompleto;

02 (14,3%) – ensino médio incompleto;

02 (14,3%) – ensino médio completo.

Das adolescentes que pararam os estudos, 8 (57,1%) relatam ter interrompido por causa da gravidez. Algumas relatam que *“tinha enjoos e não conseguia ir a escola”* e também *“fiz a matrícula mas não voltei mais depois que descobri a gravidez”*. Algumas jovens relatam desejo de voltar a estudar mas nenhuma demonstra ter uma estratégia organizada para realizar esta actividade.

Consideram que, *“quando o meu filho estiver maior, quando estiver na escola, ou na creche eu posso voltar a estudar”*. Duas adolescentes (14,3%) disseram ter parado os estudos por não gostar de estudar, uma (7,1%) não soube responder e três (21,4%) terminaram o ensino médio, embora uma ainda esteja estudando, fazendo um curso de inglês e considera que *“a minha gravidez não me atrapalhou não...”*

Os resultados encontrados corroboram vários outros estudos realizados no Brasil, que também relatam a baixa escolaridade das gestantes e mães adolescentes. Considera-se que a escolaridade é um factor muito importante de inserção social e possibilidade de se conseguir melhores empregos e maiores rendimentos financeiros. Sem estudos é mais difícil conseguir emprego, sem emprego não há rendimentos, sem rendimentos há dependência e submissão.

4.3.7 – Religião

Pode-se observar que 6 jovens (24%) disseram não ter nenhuma religião, embora 4 delas também dissessem que acreditam em Deus. Das 19 adolescentes (76%) que afirmaram ter uma religião, a distribuição da percentagem entre as religiões citadas ficou em:

12 jovens (63,2%) – católicas;

3 jovens (15,8%) – evangélicas;

4 jovens (21,2%) – espíritas kardecistas.

A frequência com que vão a um culto religioso:

- 7 jovens (28%) – nunca;
- 1 jovem (4%) – raramente;
- 9 (36%) – de vez em quando;
- 5 (20%) – uma vez por semana;
- 3 (12%) – frequentava mas deixou de ir.

Pode-se observar que apenas 5 das adolescentes entrevistadas frequentam um culto religioso uma vez por semana. A somatória das que nunca, raramente ou deixaram de frequentar chega a 44% das entrevistadas. Considera-se desse modo que o aspecto religioso não parece ser um factor importante na vida das jovens e está relacionado, em alguns casos, com o facto da mãe da jovem frequentar um culto religioso. Algumas adolescentes relataram que iam acompanhar as suas mães.

No estudo realizado por Belo & Silva (2004), 80,8% das jovens gestantes entrevistadas referiram ter uma religião, o que vai de encontro a este estudo onde 76% das jovens relataram ter uma religião. No estudo de Belo & Silva (2004), 55% das adolescentes compareciam pelo menos uma vez por semana a um culto religioso, o que difere deste estudo onde apenas 20% das jovens relata frequentar o culto uma vez por semana. Leite, Rodrigues & Fonseca (2004) realizaram uma pesquisa no Brasil e encontraram no estudo um efeito significativo da religião na análise do risco de iniciação sexual na adolescência. Segundo o estudo, o risco de uma jovem que pratica uma religião ter a primeira relação sexual na adolescência é cerca de 30% menor que as jovens que não praticam nenhuma religião. Porém, o estudo não relacionou o efeito da religião no surgimento de uma gravidez precoce.

4.3.8 – História familiar de maternidade

No estudo realizado por Falcão & Salomão (2006) foi verificado a repetição horizontal intergeracional da ocorrência da gravidez na adolescência. Alguns autores consideram ser este um factor que contribui para a gravidez na adolescência, considerando que a mãe da adolescente é um modelo para a jovem.

Dezanove mães das jovens entrevistadas (76% dos casos), também foram mães na adolescência, tiveram o seu primeiro filho antes dos 20 anos, sendo a mais jovem com 15 anos e cuja filha também é mãe aos 15 anos. A frequência da idade, ao primeiro filho das mães das adolescentes entrevistadas pode ser observada no quadro nº 25, abaixo.

Quadro nº 25: Idade das mães das entrevistadas ao primeiro filho

Idade das avós ao 1º filho	Frequência
15 anos	1
16 anos	3
17 anos	1
18 anos	8
19 anos	6
Total	19

Sete jovens do estudo, ou seja 28% das gestantes entrevistadas também tiveram irmãs que foram mães adolescentes.

Quadro nº 26: Idade das irmãs das entrevistadas ao primeiro filho

Idade das irmãs ao 1º filho	Frequência
14 anos	1
15 anos	1
16 anos	1
17 anos	2
18 anos	2
Total	7

Há uma influência cultural e geracional com a transmissão de padrões às gerações futuras nos casos de maternidade precoce. Um factor que deve ser salientado para o contexto brasileiro é o facto das jovens no Brasil casarem-se mais precocemente que em Portugal, embora a gravidez na adolescência nem sempre ocorra numa situação de casamento e sim, muitas vezes em namoro e união de facto.

A precariedade das condições sociais e a ausência de alternativas (dificuldades nos acessos à educação, cultura, desporto e lazer) também faz com que essas jovens acabem por fazer da gravidez e da maternidade precoce, uma “opção” em suas vidas, opção esta nem sempre vista pela adolescente e sua família como uma ausência de outras opções, mas como objectivo de vida de alguém que sente que já cumpriu a sua etapa educativa (mesmo que essa não seja a realidade), já se insere no mercado de trabalho e já está “*pronta para o casamento e a maternidade*”.

4.3.9 – Idade do pai do bebé

A idade do pai do bebé é, na maior parte das vezes mais elevada que a das jovens. Alguns autores (Oliveira, 1999) consideram que as jovens quando buscam companheiros mais velhos que elas próprias, buscam não só um companheiro mas também um pai, e não apenas um namorado, e nesse sentido podem estar tentando “resgatar uma família”, através

de uma nova reinserção familiar e pertença a um novo núcleo familiar, através de um novo papel de mãe e/ou esposa.

Quanto à idade do pai do bebé, neste trabalho foram encontrados pais com idade entre os 14 e os 45 anos. Em apenas um caso a adolescente e seu parceiro tinham a mesma idade, sendo 14 anos para ambos. Em todos os outros casos os pais dos bebés eram mais velhos que as adolescentes.

A maior frequência de idade dos pais situou-se entre os 20 e 24 anos com uma frequência de 11 indivíduos, seguido pela faixa etária de 25 a 29 anos com 6 indivíduos e de 14 a 19 anos também com 6 indivíduos. Um dos pais estava com a idade de 30 anos e um outro com a idade de 45 anos. A média de idade dos pais dos bebés foi de 23,04 anos.

A maior frequência de diferença de idade foi de 2 anos mais velho com 5 indivíduos. A faixa de idades onde se concentrou a maior frequência foi entre os 3 e os 6 anos mais velhos que as adolescentes com 10 pais. Em um caso há uma diferença de 26 anos de idade entre a jovem e o pai da criança (ela com 19 e o pai do bebé com 45 anos), como se pode observar no quadro nº 27.

Quadro nº 27: Diferença de idade entre a mãe e o pai do bebé

Diferença de idade entre mãe e pai do bebé	Freq.	%
Mesma idade	1	4
De 1 a 2 anos mais velho	6	24
De 3 a 6 anos mais velho	10	40
De 7 a 9 anos mais velho	4	16
De 10 ou mais anos mais velho	4	16
Total	25	100

A literatura demonstra que, em geral os pais dos bebés de mães adolescentes são mais velhos que as jovens. No estudo realizado por Chalem et al. (2007) na periferia da cidade de São Paulo, Brasil, encontrou uma diferença média de idade, entre a adolescente e o seu parceiro, de 4 anos. No presente estudo, a média de diferença de idade entre a adolescente e o seu parceiro foi de 5 anos.

4.3.10 – Rendimento familiar

O salário mínimo brasileiro, à altura da realização das entrevistas, era de R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais), equivalentes a €127,65 (cento e vinte e sete euros e sessenta e cinco cêntimos), câmbio de 30 de Março de 2007 (www.oanda.com). Embora a nível de

rendimento familiar seja baixo quando observada em euros deverá ser relativizada por um custo de vida inferior no Brasil.

O rendimento mensal familiar relatado pelas jovens, descrito no quadro nº 28, revela-nos que a maior frequência é de 2 salários mínimos, o que demonstra que estas jovens mães são provenientes de famílias com baixos rendimentos.

Quadro nº 28: Rendimento mensal familiar

Rendimento mensal familiar	Freq.	%
1 SM	3	12
1 e ½ SM	4	16
2 SM	12	48
3 SM	3	12
4 SM	0	0
5 SM	2	8
Ignorado	1	4

Essas famílias fazem parte de um contexto socioeconómico característico do município em estudo, onde cerca de 75% da população economicamente activa tem um rendimento médio mensal inferior a 5 salários mínimos e onde 40% da população recebe menos de 2 salários mínimos (Uberaba, 2006c).

O rendimento financeiro familiar quando é baixo e se limita a manter a sobrevivência, alimentação e manutenção das necessidades básicas do grupo familiar dificulta o acesso aos bens e serviços, às melhores condições de educação e saúde, de habitação e mantém a família numa condição de pobreza e precariedade que afecta os seus membros de todas as formas física, psicológica e social.

4.3.11 – Trabalho da jovem

Quando questionadas sobre o trabalho, 4 jovens (16%) nunca trabalharam fora ou tiveram um emprego, e 21 delas (84%) já trabalharam alguma vez na vida. Das que já trabalharam, apenas 6 (28,6%) ainda trabalham durante a gravidez. De todas as jovens entrevistadas, apenas 3 (12%) já tiveram um emprego com contrato de trabalho. A maioria delas (88%) nunca teve contrato de trabalho e os trabalhos que já realizaram foram serviços temporários, pouco qualificados e com baixa remuneração.

Algumas jovens (28,6% das que já trabalharam) em algum momento de suas vidas realizaram trabalhos de “*baby sitter*”. Geralmente isso ocorre porque elas vivem em bairros onde vivem muitas crianças e elas acabam por encontrar algum trabalho como cuidadoras

de outras crianças para que as mães das mesmas possam trabalhar e ter alguma fonte de rendimentos, para a sua sobrevivência e do seu filho.

A distribuição das jovens pelo tipo de trabalho que já realizaram foi a seguinte, com 3 jovens fazendo parte de mais de um grupo:

- 1 – ajudantes em geral: 3 jovens;
- 2 – cuidadora de crianças: 6 jovens;
- 3 – empregada doméstica: 6 jovens;
- 4 – empregada de balcão: 3 jovens;
- 5 – recepcionista: 2 jovens;
- 6 – serviços gerais: 4 jovens.

Relativamente à idade com que as jovens começaram a trabalhar pode-se observar o quadro nº 29.

Quadro nº 29: Idade da jovem ao primeiro emprego/trabalho

Idade do primeiro trabalho	Freq.	%
Nunca trabalhou	4	16
09 anos	1	4
12 anos	2	8
13 anos	2	8
14 anos	3	12
15 anos	5	20
16 anos	4	16
17 anos	4	16
Total	25	100

Um factor importante a considerar é que a maioria das jovens participantes deste estudo já exerceram alguma actividade remunerada, embora sem formação adequada. Crianças e jovens que necessitam trabalhar para aumentar os rendimentos da família, ou mesmo na tentativa de garantir algum sustento têm, muitas vezes, o seu percurso escolar desorganizado, comprometendo a sua formação, a sua vida e a sua inserção futura no mercado de trabalho. As crianças e jovens devem realizar actividades próprias para a sua fase de desenvolvimento, devem frequentar a escola e desenvolver uma boa educação. Crianças e jovens que estão fora deste contexto, que têm necessidade de trabalhar nesta fase da vida podem vir a ter problemas físicos e psicológicos.

O Brasil admite como idade mínima para o trabalho os 16 anos. Para o trabalho nocturno, perigoso ou insalubre somente é autorizado a partir dos 18 anos. Também se admite o trabalhador a partir dos 14 anos em situação de aprendiz. Entre as idades de 14 e 18 anos, é proibido o trabalho em locais que possam prejudicar o bom desenvolvimento

físico, psicológico, moral e social dos jovens e também em locais que não facilitem a frequência escolar. Nem sempre as legislações são seguidas e nem sempre os jovens têm um emprego formal.

Neste trabalho pode-se observar que 84% das jovens já exerceram alguma actividade remunerada. Do total de jovens do estudo, 52% das adolescentes entrevistadas trabalharam antes de completar 16 anos. Muitas delas não completaram sua educação, não concluíram o ensino obrigatório, o que interfere no seu percurso de vida e de trabalho, dificultando e limitando o acesso a melhores condições de emprego no futuro.

4.3.12 – Trabalho dos pais da jovem

Quanto ao trabalho dos pais e mães das jovens entrevistadas pode-se observar uma predominância para o trabalho doméstico e de serviços gerais para as mães. Relativamente aos pais, grande parte das jovens desconhecem a situação dos mesmos. Pode-se observar no quadro nº 30, a condição dos pais e mães das adolescentes e o tipo de trabalho exercido pelos mesmos.

Quadro nº 30: Condição e situação profissional dos pais das adolescentes

Pais		Mães	
Freq.	Condição/situação profissional	Freq.	Condição/situação profissional
3	Falecidos	3	Falecida
8	Ausentes/desconhecidos	2	Ausente
3	Pedreiro	15	Trabalhadoras dos serviços e do comércio (empregadas domésticas)
4	Trabalhador autónomo	1	Professora do ensino fundamental
3	Trabalhadores da indústria	1	Trabalhadora administrativa
3	Trabalhadores – serviços gerais	1	Trabalhadora rural
1	Trabalhador rural	1	Trabalhadora da indústria
-	-	1	Trabalhadora de manutenção

A precariedade da condição de emprego e trabalho dos pais e mães das adolescentes reflecte a ausência e/ou baixa escolaridade dos mesmos (embora este não tenha sido um objecto de estudo deste trabalho), fazendo com que realizem trabalho informal, trabalhem em serviços menos qualificados e com baixa remuneração, principalmente no caso das mães das jovens, o que demonstra uma desigualdade de género, ainda muito frequente na sociedade brasileira. A maioria dos pais, onde se conhece qual a sua qualificação profissional, exerce trabalho independente, com instabilidade de trabalho e rendimentos. As mães das jovens também encontram-se na mesma condição, com trabalhos precários, com baixos salários.

4.3.13 – Idade da menarca

A menarca é o nome dado à primeira menstruação da rapariga e, do ponto de vista biológico, marca o início da puberdade. É um momento importante no processo de maturação sexual das jovens e um momento importante na vida das adolescentes.

Alguns autores relatam que diversos factores podem afectar a idade do aparecimento da menarca na jovem e dentre eles o factor genético, o hormonal, a alimentação, o clima, a actividade física, a cultura e também o meio familiar, especialmente o relacionamento com o pai. Scaf, Freitas & Damante (1983) realizaram um estudo de determinação da idade da menarca em meninas brasileiras na cidade de Bauru, Brasil e relatam a influência de factores psicoemocionais no aparecimento da primeira menstruação. O stress emocional associado com o estado de depressão psicológica pode contribuir para a diferença na idade da menarca entre populações ricas e pobres.

Duarte (1993) fez uma revisão da literatura acerca da idade de aparecimento da menarca, com ênfase na população brasileira e encontrou vários factores que podem influenciar o surgimento da menarca. Pelo seu trabalho verificou que a menarca também pode ser influenciada pelo nível de treino físico. Em geral, meninas atletas, principalmente aquelas que praticam atletismo e ginástica olímpica, têm idade de menarca mais tardia que meninas que não praticam desporto. Também pode haver influência nutricional, onde alguns estudos indicam que deficiências nutricionais podem causar atraso na maturação sexual e no crescimento físico (Duarte, 1993).

Do mesmo modo, o estudo realizado por Colli em 1985 e citado por Duarte (1993) observou que meninas de alto nível socioeconómico apresentaram menarca mais precoce quando comparadas com meninas de menor nível económico e da mesma localidade.

Segundo Ellis et al. (1999, 2000 e 2003) a qualidade dos relacionamentos familiares e especialmente a ausência paterna ou presença de padrasto pode afectar o aparecimento da menarca na rapariga, que ocorre mais precocemente quando há ausência paterna. Uma possibilidade para que isso ocorra é a presença da hormona do stress, o cortisol, que também afectariam as glândulas ligadas aos órgãos sexuais, levando à maturação precoce e afectando o desenvolvimento sexual nas crianças.

No presente estudo pode-se observar o aparecimento da menarca nas idades referidas pelas jovens de acordo com o quadro nº 31.

Quadro nº 31: Idade do aparecimento da menarca

Idade	Frequência	%
9 anos	1	4
10 anos	5	20
11 anos	5	20
12 anos	4	16
13 anos	6	24
14 anos	4	4
Total	25	100

A média de idade do aparecimento da menarca foi de 11,87 anos e desvio-padrão de 1,50. A idade mínima foi de 9 anos e 6 meses e máxima de 14 anos e 6 meses. A maior frequência do aparecimento da primeira menstruação foi aos 13 anos com 6 casos referidos. Segundo Duarte (1993), a média de idade do aparecimento da menarca no Brasil é de 13,2 anos. Embora a idade possa variar muito nos vários estudos analisados pelo autor é certo que a idade tem vindo a diminuir ao longo dos anos. Com a aceleração secular do crescimento associa-se uma tendência ao aparecimento da menarca em idades cada vez mais precoces. Essa diminuição depende de factores hereditários selectivos, entretanto a melhor alimentação e, principalmente, o amadurecimento precoce do sistema nervoso, além da influência do meio exterior ao qual a criança é submetida parecem constituir os factores que desencadeiam mais precocemente a menarca. Embora ocorram muitas variações individuais no ritmo de maturação sexual, os limites mínimos e máximos normais para o aparecimento da menarca se situam entre os 10 e os 16 anos (Scaf, Freitas & Damante, 1983).

A idade média da menarca no presente estudo encontra-se mais baixa que a média encontrada em outros estudos brasileiros. Considera-se a amostra estudada pequena e não representativa da população do município. Para se conhecer a média de idade do aparecimento da menarca seria necessário um estudo mais abrangente, com uma amostra probabilística representativa da população do município.

4.3.14 – Idade da primeira relação sexual

O início da actividade sexual para as jovens pode ser considerado como um momento importante na sua vida em geral e pode determinar como ela vai lidar com a sua vida sexual futura.

As idades informadas da primeira relação sexual das jovens que participaram neste estudo podem ser observadas pelo quadro nº 32, abaixo.

Quadro nº 32: Idade da primeira relação sexual

Idade	Frequência	%
12 anos	3	12
13 anos	1	4
14 anos	6	24
15 anos	8	32
16 anos	7	28
Total	25	100

A idade mais baixa relatada foi de 12 anos e a mais alta de 16 anos e 1 mês. A média de idade da primeira relação sexual no presente estudo foi de 14,63 anos e desvio-padrão de 1,29, concentrando-se a maior frequência aos 15 anos com 8 jovens a citar esta idade, seguida pelos 16 anos com 7 jovens e a idade mais baixa aos 12 anos com 3 adolescentes a mencionar terem iniciado a actividade sexual nessa idade.

A idade de 15 anos parece ser uma idade importante para estas jovens, uma idade de mudanças na vida, de entrada no “mundo adulto”. Até há pouco tempo no Brasil e que ainda persiste em alguns municípios, acontece uma “festa de debutante”, geralmente uma grande festa de aniversário ou bailes, realizados quando as jovens completam os 15 anos, como uma “cerimónia de apresentação” da jovem à sociedade, e que talvez ainda possa influenciar de alguma forma o pensamento em relação à hora de “tornar-se adulta”. A idade de 15 anos também foi aquela em que um maior número de jovens relataram como idade em que começaram a trabalhar.

Todas as jovens entrevistadas informaram ter tido a sua primeira relação sexual posteriormente à primeira menstruação. O menor tempo entre a menarca e a primeira relação sexual foi de 11 meses e o maior de 6 anos e 6 meses. O tempo médio, em anos, entre a menarca e a primeira relação sexual no presente estudo é de 2 anos e 6 meses, estando a maior ocorrência de iniciação de actividade sexual 2 anos após a menarca, com 10 casos.

A maioria das jovens entrevistadas, 22 delas (88%) relatou ter tido a primeira relação sexual com o namorado. As outras 3 jovens responderam amigo, conhecido e parceiro ocasional. Não foi questionado o número de parceiros sexuais que essas jovens já tiveram mas a maioria informou ter iniciado a prática sexual com o parceiro actual, o pai do bebé, o que indica que as jovens entrevistadas não tem um comportamento sexual promíscuo, muito embora não tenham utilizado o preservativo como método contraceptivo, estando assim também sujeitas a doenças sexualmente transmissíveis.

4.3.15 – Gestação e filhos

Relativamente à gravidez e filhos, 19 das jovens entrevistadas estavam grávidas pela primeira vez, 5 estavam grávidas pela segunda vez e uma estava grávida pela quarta vez. Como resultado das gestações anteriores, 21 delas tinham ou iam ter o primeiro filho e quatro iam ter o segundo filho. Uma jovem foi mãe aos 17 anos mas o seu filho faleceu por aspiração de leite e uma jovem (a que era gestante pela quarta vez) teve 2 abortos espontâneos, um primeiro filho e agora espera o segundo filho.

4.3.16 – Conhecimento e utilização de métodos contraceptivos

Quanto ao conhecimento de métodos contraceptivos, 100% das jovens entrevistadas disseram conhecer pelo menos 2 métodos, citados como “anticoncepcional e preservativo”. Este método “anticoncepcional” refere-se à pílula anticoncepcional de uso diário.

A frequência do número de métodos contraceptivos conhecidos ficou entre:

- 2 métodos: 17 jovens (68%);
- 3 métodos: 3 jovens (12%);
- 4 métodos: 4 jovens (16%);
- mais de 4 métodos: 1 jovem (4%).

A jovem que diz conhecer mais de 4 métodos contraceptivos participou de um curso de “*capacitação de jovens multiplicadores*”. O curso em questão é para formação de jovens, e tem como objectivos aumentar o conhecimento dos mesmos para que estes sejam multiplicadores da informação para os seus pares, capacitando-os. A jovem em questão disse que ficou grávida porque “*na hora não tinha o preservativo*”.

Segundo alguns autores, vários podem ser os motivos que levam os adolescentes a utilizarem ou não os métodos contraceptivos. Alguns adolescentes não assumem abertamente que têm uma vida sexual activa e não utilizam frequentemente a contracepção. Para os rapazes, o não uso do preservativo, por exemplo, pode estar relacionado ao mito que o preservativo diminui o prazer. No caso de alguns jovens brasileiros este ainda é um factor de não utilização. Para as adolescentes há a crença que a utilização de pílula anticoncepcional pode engordar ou fazer mal à saúde. Esse motivo foi citado por algumas jovens para a não utilização da pílula anticoncepcional.

Pode-se observar que a utilização de métodos contraceptivos pelas jovens do presente estudo não era um hábito incorporado como realmente necessário para evitar a

gravidez e o contágio de doenças sexualmente transmissíveis, pois o mesmo era utilizado ocasionalmente em alguns casos e, segundo relato de algumas jovens “*quando tinha confiança com o namorado deixava de utilizar o preservativo*”.

Pode-se observar também que o conhecimento da existência de métodos contraceptivos não é suficiente para a utilização do mesmo. Provavelmente este conhecimento é apenas de “ouvir falar”, sendo um conhecimento superficial da existência e da possibilidade de uso, não fazendo parte da necessidade de utilização da contracepção como mecanismo indispensável para o exercício de uma vida sexual saudável e responsável.

As jovens foram questionadas quando foi a primeira vez que ouviram falar e quem foi que lhes falou sobre a utilização de métodos contraceptivos.

Os resultados observados estão descritos no quadro nº 33.

Quadro nº 33: Primeira fonte de informação sobre métodos contraceptivos

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Primeira fonte de informação sobre métodos contraceptivos	Família	Mãe	10
		Pai	3
		Irmã	1
	Escola	Professora	1
		Projecto da escola	17
	Serviço de Saúde	Médico	2
	Outro	Amiga	1

Algumas adolescentes referem mais de uma fonte de informação sobre onde ouviram falar a primeira vez sobre métodos contraceptivos. Pela dificuldade de informarem exactamente qual foi a primeira fonte de informação optou-se por registar todas as informações, por esse motivo a soma das unidades de registo é maior do que o número de entrevistadas.

Houve 11 jovens, 44% das entrevistadas que relataram exclusivamente a escola como primeira fonte de informação sobre métodos contraceptivos.

A lembrança da escola ou de “*um projecto da escola*” como primeira fonte de informação a respeito dos métodos contraceptivos demonstra dois importantes pontos a observar. Um deles, a importância da escola para a educação sexual das crianças e jovens e outro ponto, a dificuldade que as famílias, mães e pais ainda tem em abordar o assunto da sexualidade e contracepção com as suas filhas e filhos. Quatro adolescentes relataram que “*a minha mãe nunca falou comigo sobre esse assunto*” ou algumas que viveram com avós também disseram que as avós não conversavam com elas sobre o tema em estudo.

Sobre o conhecimento obtido na escola, uma jovem informou que a primeira vez que ouviu falar sobre contracepção “foi na escola, lá pelos meus 14 anos, teve uma “epidemia” de alunas grávidas então as professoras começaram a falar sobre educação sexual e sexualidade e dar aulas sobre essas coisas”. A jovem relata que a mãe é professora do ensino fundamental e mesmo assim a jovem informa que foi através da escola que tomou conhecimento do assunto.

Alguns autores já relataram que alguns professores podem ter dificuldade de conversar com os próprios filhos sobre o assunto, enquanto falar com os outros jovens adolescentes na escola parece ser facilitado (Projecto Face, 1995).

Uma jovem relatou que teve conhecimento sobre métodos contraceptivos através da mãe e do pai e que eles sempre falavam “vocês usem “camisinha” porque na hora nós não vamos estar lá para pôr a mão na frente”. Considera-se desse modo que os pais das jovens entrevistadas não se sentiram capazes de falar abertamente sobre sexualidade com as suas filhas e em alguns casos, quando o fizeram, foi com o sentido de “punição pelo erro”.

As adolescentes entrevistadas já utilizaram diversos métodos contraceptivos como mostra o quadro nº 34. Pela utilização de mais de um método contraceptivo por algumas jovens, a soma das frequências é maior que o número total de jovens entrevistadas.

Quadro nº 34: Métodos contraceptivos utilizados

Métodos contraceptivos utilizados	Frequência
Pílula anticoncepcional	11
Preservativo	14
Hormona injectável mensal	3
Nenhum	1

4.3.17 – Motivo da não utilização dos métodos contraceptivos

A utilização de métodos contraceptivos faz parte da vivência da sexualidade saudável e com responsabilidade. Os adolescentes geralmente não incorporam a utilização dos métodos contraceptivos na sua totalidade. Alguns autores relatam que este facto ocorre por várias razões. Uma delas pode ser o “pensamento mágico” do adolescente que “isso não acontece comigo”. Outro factor apontado é a imprevisibilidade do acontecimento da relação sexual no caso dos jovens que não mantêm um relacionamento estável.

As adolescentes geralmente não têm informações precisas acerca da contracepção, da gravidez e dos riscos que uma gestação precoce pode acarretar nas suas vidas. Elas não

têm conhecimentos suficientes sobre reprodução humana, sobre todos os métodos contraceptivos e nem sempre têm condições de realizar o correcto e apropriado uso dos mesmos. Os resultados encontrados no estudo estão descritos no quadro nº 35.

Quadro nº 35: Não utilização de contracepção

Tema	Categoria	Unidades de Registo
Não utilização de contracepção nesta gravidez	Desejo de ter um filho	9
	Descuido	12
	Por não gostar	2
	Não adaptar à hormona	1
	Falha do método	1

Algumas adolescentes, de forma mais consciente ou inconsciente manifestam o desejo da gravidez e da maternidade, acreditando que o filho pode modificar e melhorar a sua vida. Algumas jovens tem a crença que, com o filho ela pode ser mais feliz, ter uma companhia, satisfazer a sua necessidade e desejo de afecto e carinho que foi escasso em sua vida e nesse sentido, por opção não utilizam a contracepção.

4.3.18 – Desejo da gravidez

As jovens entrevistadas foram questionadas sobre o desejo da gravidez com uma pergunta directa: Você desejou esta gravidez? Doze jovens responderam afirmativamente à pergunta, correspondendo a 48% das entrevistadas. Outras 13 responderam negativamente equivalendo a 52%.

O desejo da gravidez no presente estudo parece estar relacionado à necessidade de ter um filho, por vários motivos, dentre eles a necessidade de satisfazer o parceiro e a própria necessidade de “dar sentido à vida”. Todas as jovens entrevistadas desejavam ter filhos em algum momento de suas vidas, o que elas incluíam como parte do seu projecto de vida.

4.3.19 – Sentimentos em relação à gravidez

As jovens foram questionadas em relação ao primeiro sentimento frente à situação de gravidez. Realizou-se uma separação dos tipos de sentimentos relacionando os negativos, positivos e outros. Cada adolescente entrevistada poderia referir mais de um sentimento relativamente ao conhecimento da gestação. Os sentimentos das jovens

entrevistadas em relação à gravidez foram algumas vezes ambíguos, de medo e de satisfação ao mesmo tempo. O sentimento de uma mulher acerca da maternidade está relacionado ao seu próprio contexto cultural e social. Cada grupo étnico pode perceber a maternidade de uma forma e as adolescentes podem viver a maternidade de acordo com as expectativas e as representações da maternidade no contexto cultural do grupo em que estão inseridas. Em culturas onde a maternidade é valorizada como importante para a própria identidade da mulher, ser mãe independentemente da idade, prova uma capacidade do indivíduo e de integração no grupo.

Na cultura do município em estudo pode-se verificar uma duplicidade de avaliação. Por um lado, muitas das jovens do estudo ficaram felizes com a descoberta da gravidez, principalmente porque, apesar dela ser ainda adolescente, o bebê faz parte de um planejamento de família, onde a jovem já vive com o namorado e os dois queriam ter o filho e as famílias em geral acabam por aceitar a condição de gravidez da filha. Por outro lado, há a necessidade da jovem continuar os seus estudos e desenvolver uma profissão, de inserir-se num mercado de trabalho cada vez mais competitivo, estando mais capacitadas e em melhores condições de conseguir um emprego melhor e com um nível mais favorável de rendimentos, que lhe propicie condições de ter e dar aos seus filhos mais saúde e uma melhor qualidade de vida. Torna-se necessário que as jovens continuem os estudos e desenvolvam uma profissão para aumentar a condição de desenvolvimento social e uma gravidez nessa faixa etária pode dificultar todo esse processo.

Os sentimentos das adolescentes acerca da gravidez estão descritos no quadro nº 36, abaixo.

Quadro nº 36: Sentimentos acerca da gravidez

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Sentimentos acerca da gravidez	Positivos	Felicidade	4
		Alegria	4
	Negativos	Medo	13
		Tristeza	1
		Eu não gostei	1
		Eu não queria	1
	Indiferença	Não senti nada	1

Foi também questionado para quem elas tinham contado primeiro sobre a gravidez. Doze adolescentes entrevistadas (48%) contaram para o pai do bebê. Oito delas (32%) contaram para as amigas, com o intuito que essas as ajudassem a assumir a gravidez frente à sua família. Somente 5 (20%) contaram primeiro à mãe.

O sentimento mais relatado pelas adolescentes foi o medo frente à nova situação. Como se pode observar nos testemunhos das jovens *“eu assustei... fiquei com muito medo do meu pai não aceitar”* ou *“na hora que eu peguei o resultado do exame eu desorientei, fiquei com medo e pensando que não ia ter apoio de ninguém, que as pessoas iam dar as contas para mim”*. Outras jovens disseram somente *“eu fiquei com medo da reacção dos meus pais”*. Uma jovem ainda disse *“eu não fiquei nem triste nem feliz mas fiquei com medo de contar para a minha irmã”*.

Quando foram separados os sentimentos de acordo com o desejo da jovem de engravidar ou não pode-se observar os resultados nos quadros nº 37 e nº 38.

Quadro nº 37: Sentimentos acerca da gravidez (jovens desejaram a gravidez)

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Sentimentos acerca da gravidez	Positivos	Felicidade	4
		Alegria	4
	Negativos	Medo	4

Como se pode observar, os sentimentos positivos em relação ao conhecimento da condição de gravidez são evidentes e mais frequentes nas jovens que desejaram a gravidez. Quatro jovens relataram ter sentido medo: *“eu fiquei com medo do meu pai e do meu namorado descobrirem que eu estava grávida mas fiquei muito feliz por estar grávida”*. Outra jovem que disse ter ficado assustada contou que *“eu fiquei assustada... a gente espera mas na prática assusta um pouco e depois a gente acostuma com a ideia”*.

Quadro nº 38: Sentimentos acerca da gravidez (jovens não desejaram a gravidez)

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Sentimentos acerca da gravidez	Negativos	Medo	9
		Tristeza	1
		Eu não gostei	1
		Eu não queria	1
	Indiferença	Não senti nada	1

Das jovens que não desejavam a gravidez, nenhuma apresentou sentimentos positivos quando descobriram a gravidez, e o medo da sua situação, de contar aos pais e/ou companheiros sobre a gravidez foi um sentimento importante. Essas jovens também demoraram mais tempo para procurar os serviços de saúde para realizar a vigilância da gravidez. O medo frente a nova situação foi um sentimento importante, tanto para as jovens que desejaram a gravidez como para as que não desejaram.

4.3.20 – Partilha da condição de gestante e Apoios formais e informais

Analisou-se neste trabalho, como as jovens comunicavam e com quem o faziam a respeito do conhecimento da sua situação de gravidez.

Através do questionamento “para quem contou primeiro sobre a gravidez” e “porque foi para essa pessoa”, pode-se observar como e com quem a adolescente se relaciona melhor e em qual rede de suporte social buscaram o apoio.

A análise foi realizada comparando-se as jovens que desejaram ou não a gravidez para tentar reconhecer como cada grupo vivenciou a situação e os resultados podem ser visualizados no quadro nº 39.

Quadro nº 39: Partilha do conhecimento da gravidez

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Partilha do conhecimento da gravidez	Desejou	Pai do bebé	6
		Mãe	3
		Amiga	3
	Não desejou	Pai do bebé	6
		Mãe	2
		Amiga	5

A maioria das jovens partilhou a sua nova condição de grávida primeiro com o pai do bebé. Nos casos em que as jovens desejaram ter o filho, a partilha foi com o pai do bebé, por considerarem importante ser o mesmo o primeiro a saber, como relata uma jovem: *“porque nós estamos juntos, partilhamos as coisas e eu achei que era ele que tinha que ser o primeiro a saber”*.

Para as jovens que não desejaram ter o filho, o pai do bebé foi informado para que ajudasse a jovem a contar a situação para a sua família, o mesmo acontecendo quanto à maior frequência das amigas nessa situação, como diz uma jovem: *“eu fiquei com muito medo que meus pais e meu namorado descobrissem, então eu contei para uma amiga para que ela me ajudasse”*.

Na rede social dos adolescentes os apoios formais e informais são muito importantes para o seu desenvolvimento. Os suportes sociais formais incluem os técnicos e os serviços de saúde, sociais e escolares organizados para proporcionarem apoio formal e assistência. Os suportes sociais informais incluem os familiares, amigos, vizinhos e os grupos sociais (associações, clubes, igrejas, grupos de apoio) que propiciam apoio emocional na vida diária (Dunst et al., 1997 in Ramos, 2004).

Considerou-se nessa análise, que a jovem relatasse se ela sentiu o apoio de alguém e de quem, e o resultado pode ser visualizado no quadro nº 40.

Quadro nº 40: Suporte social formal e informal

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo	
Suporte Formal e Informal	Formal	Escola	3	
		Serviços de Saúde	6	
		Serviços Sociais	2	
	Informal		Pai do bebé	10
			Família	13
			Mãe	6
			Pai	1
			Outros familiares	5
			Amigas	7
			Igreja e outros	5

Para a análise do suporte social informal foram separadas as informações sobre a família quando a jovem informava apenas um dos pais. Foi realizada a anotação de “outros familiares” quando a jovem dizia ter sentido o apoio de irmãs/irmãos e/ou avós.

Quando questionadas se haviam recebido algum apoio institucional, 11 jovens (44%) responderam afirmativamente e 14 (56%) responderam negativamente à pergunta, sendo os serviços de saúde os mais citados, porém em apenas 6 casos. A escola e os serviços sociais aparecem com 3 e 2 registos respectivamente, o que nos sugere a quase ausência de serviços sociais de apoio aos jovens ou que eles não são identificados pelas jovens. No caso de uma jovem que participa de um programa de apoio ao adolescente no município, a mesma relata ter tido o apoio da instituição após a gravidez.

4.3.21 – Realização do acompanhamento pré-natal

O acompanhamento pré-natal, a vigilância da gravidez é um factor importante para a boa saúde da gestante e do bebé. O Ministério da Saúde brasileiro, criou o “Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento” – PHPN (anexo nº 6 p. 221) no ano 2000, com o objectivo de responder às necessidades de atenção específica às gestantes, aos recém-nascidos e à mulher no puerpério, buscando reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Entre as acções a serem executadas considera-se que cada gestante deve realizar no mínimo 6 consultas de acompanhamento pré-natal, com início preferentemente no primeiro trimestre da gravidez e até o 4º mês.

Segundo informações de técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba, na época da realização da investigação empírica, o PHPN ainda não estava totalmente implantado no município, o que por um lado dificulta o conhecimento dos parâmetros a serem avaliados sobre os procedimentos dos profissionais médicos e de enfermagem do serviços de saúde relativamente ao acompanhamento pré-natal realizado nos serviços de saúde pública.

Todas as jovens entrevistadas estavam realizando o acompanhamento pré-natal e iniciaram o mesmo de acordo com o quadro nº 41, abaixo.

Quadro nº 41: Data do início do acompanhamento pré-natal

Início do pré-natal	Frequência	%
1 mês	1	4
1 mês e meio	6	24
2 meses	4	16
2 meses e meio	3	12
3 meses	6	24
3 meses e meio	2	8
4 meses	2	8
6 meses	1	4
Total	25	100

As jovens também foram questionadas sobre a razão que as levou a procurar o serviço de saúde para vigiar a gravidez na idade gestacional informada como início do pré-natal, cujo resultado é apresentado no quadro nº 42.

Quadro nº 42: Motivo da data de início do acompanhamento pré-natal

Porque?	Frequência	%
Assim que soube da gravidez	9	36
Demorou a contar aos pais	7	28
Quando conseguiu a consulta	5	20
Tinha medo de ir ao médico	2	8
Nenhum motivo especial	2	8
Total	25	100

As jovens que desejaram a gravidez procuraram mais precocemente o serviço de saúde para a vigilância da mesma. As jovens que ocultaram a sua condição de gestante e que adiaram a contar aos pais sobre a gravidez também demoraram mais tempo para iniciar a vigilância à gravidez.

Também é importante observar que 5 jovens procuraram os serviços de saúde mas não conseguiram realizar a sua consulta mais precocemente, o que sugere que os serviços

de saúde pública devem facilitar o acesso das adolescentes gestantes aos mesmos, visto serem estas mais susceptíveis aos efeitos adversos de uma gravidez.

4.3.22 – Perspectivas para o futuro antes da gravidez – Projecto de vida

O projecto de vida ou como as pessoas planeiam, pensam ou imaginam que vai ser a sua vida daqui a algum tempo é algo importante para cada pessoa. Cada indivíduo escolhe a sua vida ou a realiza na medida em que as circunstâncias permitem, o seu projecto pessoal. O projecto de vida de cada pessoa pode estar dependente da oportunidade que cada um tem para o realizar e mesmo do meio em que a pessoa está inserida.

Nesse sentido, o trabalho buscou conhecer como cada jovem, antes da gravidez, imaginava que ia ser a sua vida. Inicialmente foi perguntado se elas tinham algum plano para as suas vidas, ao que somente uma jovem (4%) respondeu negativamente à pergunta enquanto as outras 24 entrevistadas (96%) relataram ter um plano para a vida antes da gravidez. O projecto de vida das jovens entrevistadas ficou entre 3 grandes grupos: estudo, trabalho/emprego e casamento/filhos que vai de encontro aos trabalhos realizados por Nascimento (2002, 2006) onde o projecto de vida dos jovens se baseia na tríade família, educação e trabalho.

O resultado do estudo empírico pode ser observado no quadro nº 43.

Quadro nº 43: Projecto de vida antes da gravidez

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Projecto de vida antes da gravidez	Estudos	Estudar	16
	Trabalho/ Emprego	Trabalhar	4
	Casamento/ Filhos	Casar e ter filhos	4
	Ausente	Não tenho	1

As adolescentes entrevistadas incluíram nos seus planos de vida os estudos, o emprego, o casamento e filhos. Três delas disseram que queriam mudar de cidade sugerindo uma necessidade de mudança da própria vida. Apenas quatro jovens responderam a esta pergunta relatando como único objectivo de suas vidas o casamento e a maternidade, como disse uma jovem “*desde pequena que eu queria arranjar marido, ter minha casa, cuidar da casa e ter filhos*”, o que mostra que o casamento e a maternidade não são os únicos objectivos de vida da maioria destas jovens.

Uma outra jovem respondeu “*ter uma família e ter casa própria*”, sendo que esta jovem nunca viveu com mãe e morou com a madrinha e a avó. Sete jovens responderam que gostariam de estudar, completar a escolaridade e depois arranjar um emprego. Outras quatro responderam que gostariam de estudar e “*fazer faculdade*” (cursos de medicina, medicina dentária, direito e artes cénicas). De todas entrevistadas, 21 queriam estudar ou trabalhar, ou estudar e trabalhar. Cinco jovens incluíram em seus planos os estudos, o trabalho e o casamento em terceiro plano, como respondeu uma jovem “*eu queria terminar os meus estudos, trabalhar e mais pra frente pensar em casar e ter a minha casa*” e outra “*eu pensava em terminar os estudos, pensava em viajar, conhecer outros lugares e só depois ia me casar e ter filhos*”. Como se pode observar pelas respostas das jovens, elas têm consciência que o filho de alguma forma altera os planos de suas vidas tal como respondeu uma jovem “*eu queria ser modelo, mas agora... Eu acho que filho não atrapalha. Agora eu quero ser policial. Vou continuar estudando, não vou desistir não*”. Outra adolescente respondeu “*eu queria estudar, arrumar um serviço, fazer a minha vida. Meu filho não vai impedir mas vou tentar seguir o caminho sem esquecer ele para trás*”.

4.3.23 – Situação actual

Tentou-se perceber como as adolescentes entrevistadas vêem as suas vidas actualmente ao que a maioria respondeu que estava boa. O modo como cada pessoa vive e encara os acontecimentos de sua vida influenciam o modo como respondem às situações. Considera-se alguma diferença no modo como cada jovem respondeu positivamente à pergunta.

Em alguns casos, as jovens entrevistadas consideraram a vida boa, com entoação favorável, de alegria e felicidade, “*está boa, muito bom, eu e meu marido, a gente se dá bem, as nossas famílias se dão bem e eu tô muito feliz*” e também “*está boa e eu agora estou muito mais feliz do que eu era*”. Em outros casos parecem ter respondido que a vida está boa apenas como um aceitação necessária da sua actual condição de grávida, “*está boa, não está fácil mas está boa, a minha mãe está desempregada e o pai do bebé não ajuda com nada*” e também “*a minha vida está boa, não dá pra reclamar, problema é a gente quem faz*”. Em alguns casos parecem mais adaptadas à realidade quando percebem que a vida continua do mesmo jeito e dizem que a vida está normal, “*está normal, do mesmo jeito que era antes*”, embora essa possa ser uma forma de negação ou a não percepção integral de como a gravidez e a maternidade poderão afectar as suas vidas.

Os resultados observados podem ser verificados no quadro nº 44, a seguir.

Quadro nº 44: Percepção acerca da situação de vida actual

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Percepção da vida actual	Positiva	Está boa	13
		Está muito boa/ótima	3
	Negativa	Está má	2
		Indiferente	Está normal/ do mesmo jeito

4.3.24 – Perspectivas futuras

As jovens entrevistadas foram questionadas quanto ao seu futuro, pedindo-se que dissessem o que pensavam que ia ser a sua vida um ano após a entrevista. Pode-se observar que onze adolescentes responderam positivamente à questão considerando que as suas vidas vão estar melhor ou pelo menos estar na mesma condição actual.

Onze adolescentes responderam que não sabem o que vai acontecer dizendo “*não sei, ainda não pensei nisso*”, “*não sei, não consigo imaginar*”, “*não sei, não consigo pensar nisso agora*” ou mesmo “*não sei, só vivendo um dia após o outro pra saber*” e apenas 3 consideraram que a vida não vai ser fácil, que vão ter mais trabalho, parecendo mais realistas sobre a mudança que a chegada do filho será para a sua vida. Talvez elas percebam mais facilmente que a realidade das suas vidas vai mesmo alterar-se com a chegada do filho, enquanto que as jovens que imaginam as suas vidas melhores daqui a um ano possam estar projectando os seus desejos de melhoria de vida e felicidade para o futuro. Os resultados podem ser observados no quadro nº 45.

Quadro nº 45: Perspectivas quanto ao futuro

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Perspectivas quanto ao futuro. (um ano)	Positiva	Vai estar melhor	5
		Continuar do mesmo jeito	3
		Vai ser diferente	3
	Negativa	Não vai ser fácil	1
		Vou ter mais trabalho	2
	Ausente	Não sei, não pensei nisso	11

Quanto aos desejos para o futuro, algumas jovens apenas citaram ter saúde e ser feliz. Nesse quadro foram anotados todos os desejos citados pelas jovens, o que faz com que a somatória do total seja superior ao número total de entrevistadas. Os resultados podem ser visualizados no quadro nº 46.

A pouca escolaridade, as alternativas escassas, as dificuldades em modificar a sua condição social precária, muitas vezes a dependência e submissão ao parceiro e/ou à sua família faz com que algumas jovens pensem ser suficiente ter saúde e ser feliz. A falta de expectativas de realizações pessoais neste estrato social estudado, as condições sociais onde os recursos são poucos, as dificuldades de acessos aos bens e serviços básicos de educação e saúde, as dificuldades socioeconômicas fazem com que essas jovens se consciencializem muito precocemente das poucas possibilidades de melhoria de vida ao seu alcance, e acabem até por ter dificuldades em responder à esse tipo de questão e desejar apenas “*ter saúde e ser feliz*”.

Quadro nº 46: Planos e desejos para o futuro

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidades de Registro
Planos e desejos para o futuro	Estudos	Voltar a estudar	3
		Terminar os estudos	4
		Fazer faculdade	4
	Trabalho/emprego	Ter emprego/ter um bom emprego	11
	Família	Ser mãe/cuidar do filho	7
		Morar com o pai do bebê	1
		Dar boa educação ao filho	6
		Ajudar a mãe	1
	Outra	Ter saúde	5
		Ser feliz	6
		Ter amigos	1
		Ter casa	1
		Ter vida estável	1
		Conquistar os sonhos	2
		Ausente	Não tenho

A maior frequência foi ter emprego, cuidar do filho e ser feliz. Quando se observa a maior frequência de desejo para o futuro verifica-se ter um emprego ou ter um bom emprego. As adolescentes percebem a sua condição de dependência e sentem que necessitam ter alguma fonte de rendimento para cuidar do filho e dar uma boa educação para o filho, como nos relatos “*terminar os estudos, formar para conseguir arrumar um serviço para cuidar do meu filho*” ou “*trabalhar, ter um serviço para dar o que eu puder, o melhor pros meus filhos*”. Também se observa nos seus discursos pouca citação à figura do pai do bebê, como uma certa negação da existência do mesmo.

Muitas jovens também consideram ter saúde e ser feliz, os únicos desejos que elas tinham para o futuro nas falas “*desejo conseguir fazer faculdade, ter saúde para cuidar do meu filho e ser feliz*”.

Quando a análise é realizada apenas verificando o que era considerado mais importante pelas adolescentes pode-se observar o quadro nº 47, abaixo.

Quadro nº 47: Principal desejo para o futuro

Tema	Categoria	Unidades de Registo
Desejos para o futuro	Estudos	6
	Trabalho/emprego	6
	Família	8
	Saúde/felicidade	4
	Ausente	1

A família, o cuidar da família, do filho, da casa e do marido foram pontos importantes para as jovens. Depois o trabalho e o emprego, vinculados uns ao outro, com o conhecimento que sem escolaridade não se consegue um bom emprego e se perpetuam as condições de precariedade, impedindo a melhoria da qualidade de vida tanto para a jovem como para o seu filho. Muitas dessas jovens mães adolescentes, em condições de precariedade e com alternativas escassas, vêm no encontro de um parceiro e na maternidade, no nascimento de um filho e na constituição de uma família a principal alternativa em suas vidas.

CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

O presente estudo foi realizado à partir de uma análise das bases de dados dos nascidos vivos, filhos de mães residentes no município de Uberaba nos anos de 2001 a 2005 e de uma amostra de 25 entrevistas com gestantes e mães adolescentes. Após a apresentação e análise dos resultados obtidos pode-se chegar a algumas conclusões. A gravidez e a maternidade na adolescência no município em estudo estão enquadradas no contexto económico, psicossocial e cultural das jovens em estudo.

A gravidez e a maternidade na adolescência é um fenómeno complexo. Acontecem na adolescência por uma associação de factores tais como os psicológicos, comportamentais, educacionais e económicos, onde se salientam a escassez de oportunidades e perspectivas nas vidas das crianças e jovens e a precariedade social. Há a necessidade de fortalecer e consolidar a ideia entre as meninas e jovens que o casamento e a maternidade não devem ser os únicos objectivos de vida, embora possa ser e seja parte integrante do seu projecto de vida.

A adolescente que engravida em Uberaba tem em média 17 anos, vive na área do distrito sanitário II, é de origem étnica branca e é solteira. Vive com o namorado/pai do bebé, que tem em média 23 anos, há pelo menos 1 ano. Os seus pais são separados desde quando ela tinha 5 anos. As suas mães também foram mães na adolescência. Parou os estudos e tem o ensino fundamental incompleto. Actualmente não trabalha mas já trabalhou alguma vez na vida como ama ou empregada doméstica, e vive com cerca de 2 salários mínimos de rendimento mensal familiar. Esta adolescente teve a menarca aos 11,8 anos e a primeira relação sexual com o namorado aos 14 anos e meio. Conhece apenas dois métodos contraceptivos, o preservativo e a pílula anticoncepcional e já utilizou o preservativo ou a pílula alguma vez na vida. A primeira vez que ouviu falar sobre contracepção foi através da escola e da mãe. Quando ficou sabendo que estava grávida teve medo e contou para o pai do bebé, para que este a ajudasse a contar para a sua família e depois contou para as amigas. Sentiu-se apoiada pelos familiares e pelo pai do bebé mas percebeu poucos apoios institucionais. Fez a vigilância da gravidez, mas teve alguma dificuldade para iniciar o acompanhamento pré-natal porque demorou a contar aos pais a sua condição de grávida ou mesmo demorou a conseguir uma consulta no serviço público de saúde. Nos planos que tinha para sua vida antes da gravidez, relatou em primeiro lugar os estudos, depois o trabalho e o casamento/filhos. Considera que a sua vida actual está

boa e como perspectivas para o futuro, ela ainda não pensou nisso, não sabe ou pensa que a sua vida vai melhorar. Essa pode ser uma pequena história sobre o perfil da gravidez e maternidade na adolescência em Uberaba.

O estudo começou através da análise das bases de dados do SINASC. Dessa forma podemos realizar algumas considerações sobre o mesmo. O SINASC em Uberaba foi implantado em 1994. Sofreu várias modificações até chegar ao momento actual, alterações essas realizadas pelo Ministério da Saúde para adequação do sistema de informação para cumprir os seus objectivos. Apesar do município, na altura do estudo e anteriormente a este, cumprir com as normas do Ministério da Saúde na gestão do SINASC ao nível municipal, pela análise das suas bases de dados foi encontrado ainda algumas falhas nas informações, o que parece reflectir o preenchimento das Declarações de Nascidos Vivos nas Unidades de Saúde onde são realizados os partos. Sugerimos que o município trabalhe para melhorar os sistemas de informação à nível municipal, promovendo formações junto a todos os técnicos de saúde que sejam envolvidos com o nascimento, desde os profissionais administrativos dos hospitais e maternidades que fazem o preenchimento da DN, até aos médicos, enfermeiros, estudantes de medicina e enfermagem e gestores hospitalares. Todos os indivíduos que participam neste processo devem reconhecer a importância do correcto preenchimento dos documentos que são bases dos sistemas de informação em saúde, para que estes possam retratar a realidade da forma mais fiável possível. A partir do conhecimento da realidade é que deverão ser planeadas as acções.

Consideramos que os sistemas de informação em saúde são um importante subsídio para se conhecer a realidade dos municípios. Deve ser dada a devida importância no preenchimento dos formulários de Declaração de Nascido Vivo para a construção da base de dados do SINASC com fidelidade de informações. Através dessas informações, pode-se conhecer mais aprofundadamente a condição dos nascimentos que ocorrem nos municípios e dessa forma propor acções em saúde mais adequadas às necessidades da população.

Pelo SINASC foi possível verificar que a frequência absoluta dos nascimentos de bebés de mães adolescentes teve um decréscimo do ano de 2001 para o ano de 2005, passando de 20,58% para 17,69%, e que os partos foram todos realizados ao nível hospitalar. A maioria das adolescentes que se tornaram mães eram solteiras, com uma percentagem baixa de jovens que concluíram 12 anos de escolaridade. A percentagem de jovens que tem entre 4 e 7 anos de escolaridade aumentou ao longo dos anos estudados e diminuiu a percentagem de jovens com 8 a 11 anos de escolaridade. A percentagem de

jovens que informaram ser estudantes aumentou de 15,9% para 23,5%. Cerca de 75% das jovens informaram serem domésticas.

Também observando-se o SINASC, o número total de nascimentos nos anos estudados, pode-se verificar uma tendência do aumento da idade da mãe onde ocorreram mais nascimentos, passando dos 21 anos no ano de 2001 para os 24 anos no ano de 2005, com um aumento do número de nascidos vivos de mães com idade entre os 30 e 39 anos, o que evidencia uma alteração no padrão de fecundidade do município. Embora esteja ocorrendo esta modificação, a percentagem de nascimentos de filhos de mães adolescentes ainda é elevada e justifica-se ampliar e melhorar as acções para a redução das taxas de gravidez na adolescência.

Quando analisadas as condições da gravidez das adolescentes comparadas com as mães adultas, as gestantes adolescentes tiveram uma gravidez mais curta, realizaram menos partos cesarianas, fizeram menos consultas de acompanhamento pré-natal/vigilância da gravidez e os seus bebés nasceram com peso mais baixo. A duração da gestação, em semanas, para as mães adolescentes foi ligeiramente mais baixa nos anos estudados. O tipo de parto mais frequente nas mães adolescentes foi o parto normal/vaginal mas essa variável tem se modificado ao longo dos anos em estudo e, mesmo nessa faixa etária, no município em estudo, não está dentro dos padrões recomendados pela OMS que sugere um máximo de 15% de partos cirúrgicos.

Através do SINASC verificamos que, a maioria das jovens é solteira, tem entre 4 e 11 anos de escolaridade, não trabalha e apenas cerca de 20% são estudantes. As que já tiveram algum emprego foram empregadas domésticas ou do comércio, jovens que tiveram necessidade de entrar precocemente no mercado de trabalho, com empregos sem qualificação e baixos salários, para aumentar os rendimentos da família ou mesmo para o próprio sustento.

Foram apresentadas também as histórias de vida resumidas das gestantes adolescentes entrevistadas. Quando se observa o perfil das adolescentes grávidas e mães, pode-se verificar que há uma desorganização na família ascendente destas jovens. Muitas destas jovens não tiveram o acompanhamento de ambos os pais, nas fases de desenvolvimento da infância e da adolescência. É provável que as adolescentes sintam-se desprotegidas, sem o apoio da mãe e/ou do pai e que poderiam buscar na maternidade, na relação com o namorado e o filho uma nova organização familiar, onde possam sentir-se incluídas. Grande parte das jovens que engravidam procuram no filho e no companheiro, suprir a sua necessidade de carinho, afecto e amor que sentem não ter totalmente na sua

família ascendente que, em muitos casos, é desorganizada. Provavelmente, faltou apoio aos próprios pais e mães dessas adolescentes, tanto os apoios informais como os apoios formais e as adolescentes acabam por sofrer as consequências de uma desorganização anterior da família.

A gravidez e a maternidade na adolescência podem ou não serem considerados um problema de acordo com o meio cultural e as expectativas de vida em que vive a adolescente que engravida. Na fase mais precoce da adolescência, a puberdade, a jovem pode ser mais afectada pelo surgimento de uma gravidez. 52% das jovens da amostra deste estudo tem 17 anos ou menos. No estudo, muitas das adolescentes mais velhas que engravidaram, o fizeram por opção, por já manterem um relacionamento estável com o seu companheiro, o pai do bebé. Em alguns casos, a gravidez é uma forma das jovens se afirmarem socialmente, de construírem o seu próprio núcleo familiar.

Foi observado, no município em estudo, que a gravidez e maternidade estão distribuídas entre as várias origens étnicas consideradas, não estando especificamente relacionadas a um determinado grupo étnico. Seria necessário um estudo mais aprofundado com amostra probabilística, para se verificar se a gravidez na adolescência em Uberaba está ou não associada à origem étnica. Consideramos que a gravidez acontece entre as adolescentes de Uberaba, mais pela falta de oportunidades, ausência de apoios sociais (formais e informais), aceitação da condição precária, baixos rendimentos e pouca capacidade de buscar outros objectivos onde a jovem se sinta cidadã valorizada e parte integrante da sociedade. Torna-se necessário estimular a auto-estima dessas jovens.

Grande parte das jovens participantes deste estudo não teve o acompanhamento de ambos os pais nas fases de desenvolvimento da infância e adolescência, o que é sugerido por alguns autores como um factor predisponente para a ocorrência de uma gravidez. Acreditamos que a desorganização familiar pode ser um factor causador de *stress* para as crianças e adolescentes mas que estes poderiam ser compensados com uma maior oferta de suporte social para os mesmos.

A maioria das jovens que responderam ao inquérito deste estudo tem o ensino fundamental incompleto (56%) e apenas três (12%) tem o ensino médio completo. 56% das adolescentes abandonaram os estudos e 43% destas jovens o fizeram anteriormente à gravidez. A gravidez foi um factor facilitador para o abandono escolar em 57% das jovens que já não se encontram em contexto escolar. A educação e formação são factores fundamentais para o desenvolvimento humano e a inserção social que possibilitam alcançar melhores condições de emprego e maiores rendimentos financeiros. Jovens com

baixa escolaridade estão sujeitas a empregos com baixos salários e em condições precárias, encontrando-se sujeitas à dependência e submissão aos seus companheiros, podendo perpetuar uma condição de precariedade social e económica.

As adolescentes entrevistadas neste estudo também tem mães que foram mães adolescentes em 76% dos casos e irmãs que foram mães precocemente em 28% dos casos. Há uma influência cultural e geracional com a transmissão de padrões às gerações futuras nos casos de maternidade precoce. A precariedade das condições sociais e a ausência de alternativas (dificuldades nos acessos à educação, cultura, desporto e lazer) também faz com que essas jovens acabem por fazer da gravidez e da maternidade precoce, uma opção de inserção social. Os pais dos bebés destas jovens eram, em geral, mais velhos que as adolescentes e as jovens, na sua maioria tem um rendimento mensal familiar de 2 salários mínimos, o que faz com que sejam de um grupo com menos possibilidades financeiras, o que dificulta o acesso à saúde, educação e melhores condições de vida. Apenas quatro das jovens entrevistadas relataram nunca ter trabalhado, o que reforça a percepção de que, essas jovens tiveram necessidade de conseguir algum trabalho para suprir necessidades básicas, em uma fase da vida em que deveriam estar inseridas no contexto educativo, e essa observação pode ser complementada quando se observa o trabalho realizado pelos pais das jovens.

Com relação às questões de saúde observadas neste estudo, verificamos que a maior frequência do aparecimento da menarca se deu na idade de 13 anos, o que vai de encontro com a idade média encontrada por Duarte, no estudo realizado em 1993, para a população brasileira. A idade mais frequentemente informada como idade em que ocorreu a primeira relação sexual foi os 15 anos. Consideramos que essa seja uma idade importante para as jovens brasileiras, que parecem ver nos 15 anos, uma referência de passagem para a vida adulta. Quanto aos conhecimentos dos métodos contraceptivos, 100% das jovens referem conhecer pelo menos 2 métodos, o preservativo e a pílula anticoncepcional. Quanto à utilização de contraceção, esse não foi um hábito incorporado pelas jovens para a prevenção de uma gravidez indesejada, para evitar o contágio por doenças sexualmente transmissíveis e indispensável para a vivência da sexualidade saudável e responsável. As famílias e principalmente os pais ainda têm alguma dificuldade em conversar com os seus filhos e filhas sobre sexualidade e educação sexual. A escola foi uma importante referência para as jovens quanto a questão de informação sobre contraceção, sendo a primeira fonte referida por 44% das adolescentes entrevistadas. Quanto à dificuldade dos pais em conversarem com os seus filhos sobre sexualidade e contraceção, a escola, os serviços de

saúde e sociais devem ser considerados parceiros importantes na educação das crianças e jovens. O primeiro ambiente de educação, em todos os sentidos, é a própria família que pode ser auxiliada pela escola e outros serviços de apoios sociais. Os serviços devem reconhecer a importância do seu papel para o desenvolvimento humano da sociedade onde se encontram inseridos. Das jovens entrevistadas, 12 relataram descuido do uso do método contraceptivo e 9 jovens relataram ter desejado a gravidez e por essa razão não utilizaram métodos contraceptivos, sendo esse o motivo da gravidez.

A gravidez e maternidade foram desejadas por quase metade da população em estudo, correspondendo a 12 jovens. Quase metade das adolescentes já viviam em união de facto com os seus companheiros e nesse sentido, o filho foi desejado pela jovem e pelo casal. As alternativas escassas, a desorganização familiar e a falta de apoios, a dificuldade de acesso à educação, a necessidade de buscar precocemente o aumento dos rendimentos da família, a precariedade social impulsionam as jovens precocemente para a autonomia necessária no mundo adulto, onde a gravidez e a maternidade aparecem como uma opção de mudança de estatuto social.

Com relação aos sentimentos das jovens frente à gravidez, muitas delas relataram o medo. Das jovens que desejaram a gravidez, um terço delas sentiram algum medo frente à nova situação. Das jovens que não desejaram a gravidez, mais de dois terços delas também sentiram medo. Esse sentimento pode dificultar a partilha da sua condição de gestante, o que vai acabar por influenciar a procura pelo serviço de saúde para o acompanhamento pré-natal.

Os pais dos bebés e as amigas foram importantes referências citadas pelas jovens como primeiras figuras de partilha da condição de gestante, embora o suporte sentido pelas jovens seja maior por parte do pai do bebé e da família. Das jovens entrevistadas, 11 também sentiram algum suporte formal, seja do serviço de saúde, da escola e de serviços sociais, embora em menor escala que os suportes informais, a família, o pai do bebé e o grupo de pares.

As maiores frequências de início de acompanhamento pré-natal se realizaram com um mês e meio e aos três meses de gravidez. As jovens que desejaram a gravidez iniciaram mais precocemente a vigilância da gravidez, enquanto as jovens que não desejaram a gravidez adiaram a procura pelos serviços de saúde. Pelos resultados também pode-se observar que 5 jovens relataram ter procurado o Centro de Saúde e não ter conseguido marcar uma consulta. Considerando-se as particularidades da gravidez na adolescência faz-se necessário que as gestantes adolescentes sejam atendidas tão logo procurem os serviços

de saúde. Os profissionais de saúde da rede pública em todos os níveis de actuação, tanto administrativos, técnicos, enfermeiros, médicos, etc. devem realizar um atendimento humanizado, de qualidade, como todas as jovens merecem e têm direito.

As adolescentes participantes deste estudo quando questionadas sobre os planos que tinham para as suas vidas antes da gravidez, apontaram os estudos como objectivo principal, o que difere da realidade vivida pelas jovens, onde muitas já abandonaram a escola. Isso sugere que a escola, embora seja reconhecida como necessária para aumentar a oportunidades de melhoria de vida, não foi suficientemente atractiva para que os jovens nela permanecessem. Quanto à percepção que as jovens têm em relação à sua vida actual, a maioria considera que a vida está boa. Quanto aos desejos para o futuro, a família aparece como prioridade para as jovens que também desejam completar os seus estudos e encontrar um emprego.

A prevenção da gravidez na adolescência torna-se complexa pois não pode restringir-se apenas à transmissão de informações relativas à contracepção e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Actualmente para se realizar qualquer projecto ou programa de prevenção à gravidez e maternidade na adolescência é necessário e de fundamental importância, conhecer e compreender as construções sociais dos adolescentes e jovens para se discutir as trajectórias sexuais e reprodutivas dos mesmos em diferentes segmentos sociais. Deve-se dar opções e capacidade aos jovens para escolher e decidir qual a melhor altura para terem suas famílias e seus filhos. É importante reconhecer que a questão da sexualidade e da educação sexual devem ser tratadas desde a infância, de forma natural, e não podem ocorrer de forma isolada do contexto sociocultural que organiza as relações sociais nas quais os jovens estão inseridos. Devem ser consideradas as relações intergeracionais que têm representação importante para o jovem e também as relações com os pares, nas quais a iniciação afectivo-sexual acontece.

Os profissionais envolvidos com o trabalho com crianças e adolescentes devem ter em mente a importância da informação, da comunicação e da educação ao nível da sexualidade e para a aprendizagem da mesma pelos adolescentes, para o desenvolvimento de uma vida sexual e reprodutiva saudável e responsável. Considera-se que há necessidade de melhorar a informação e a comunicação em saúde por parte dos profissionais de saúde, no sentido de melhor capacitar os jovens sobre sexualidade e contracepção. Os pais devem se informar e se orientar melhor para poderem ajudar melhor no desenvolvimento integral dos seus filhos. A escola também é um importante espaço de aprendizagem desta temática. É importante reconhecer que a sexualidade e a educação sexual devem ser aprendidos

precocemente como uma parte integrante do indivíduo, e que deve ser vivida com responsabilidade. Para isso, deve-se dar condições aos adolescentes, a partir da infância, de conhecer a si próprio. Ensinar às crianças e adolescentes que cada um deve ser responsável pelos seus actos.

Para reduzir a ocorrência de gravidez não desejada e não planeada na adolescência são necessários programas de saúde reprodutiva para adolescentes que incluam a participação de suas famílias, investimentos que proporcionem o acesso universal aos métodos contraceptivos, a valorização da educação como factor importante para a melhoria das condições de vida, emprego, aumento dos rendimentos e aumento da auto-estima das jovens.

É necessário a implementação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – PHPN, no município de Uberaba, como importante norma de organização da rede de atenção ao acompanhamento pré-natal/vigilância da gravidez. Também deve ser facilitado, aumentado e melhorado o acesso ao acompanhamento pré-natal e vigilância da gravidez para todas as mulheres e principalmente para as consideradas de maior risco, entre elas as adolescentes. A vigilância da gravidez deve ser realizada adequadamente com técnica e qualidade a todas as mulheres grávidas que procurem os serviços públicos de saúde no município. Sabendo-se que as adolescentes tendem a procurar tardiamente os serviços de saúde para realizar o acompanhamento pré-natal, nenhuma jovem que chega gestante a um Centro de Saúde, pode ficar sem o atendimento adequado.

A gravidez e maternidade na adolescência como um objecto de estudo de múltiplas causas também devem ser abordadas com múltiplas acções para a sua resolução. Partindo do princípio que este também é um problema construído a partir de diversas concepções acerca do mesmo, deve-se pensar, quais são os objectivos que a sociedade quer atingir. Quando se fala em prevenção da gravidez na adolescência, também deve-se pensar em muitos factores. A adolescente que passa por essa condição, muitas vezes não teve acesso à educação e escolarização. A escola não foi suficientemente atractiva para que ela pudesse completar a sua escolaridade e ambicionar atingir objectivos maiores na vida. Uma boa escola formadora parte da valorização do indivíduo e favorece o desenvolvimento da auto-estima das crianças e dos jovens. Os professores e a escola também devem ser preparados para enfrentar essa realidade, a necessidade do aumento da auto-estima como prevenção da gravidez indesejada na adolescência e de comportamentos inadequados dos jovens, para a formação dos adultos da sociedade. A família, o profissional de saúde e da educação são

importantes na construção do mundo do adolescente. As crianças e jovens devem se desenvolver em ambientes propícios para a formação adequada e integral do ser humano.

O acesso dos jovens às actividades de desporto, cultura e lazer são um direito de cidadania e muito importantes para a auto-estima da comunidade. A falta de preparação dos pais, a inadequação do sistema educacional e dos serviços de saúde deixa as jovens quase totalmente sem orientação, a mercê de informações distorcidas e incompletas. Há a necessidade de uma assistência aos jovens por equipas multiprofissionais que lhes ofereçam suporte informativo, psicológico e emocional.

Os jovens devem ser estimulados a realizar os seus projectos de vida, que devem ser passíveis de serem construídos e sonhados. Há que desenvolver políticas públicas socioeducativas para adolescentes de acordo com as necessidades dos mesmos e do meio social em que se encontram. As políticas adequadas são fundamentais para a aprendizagem e para o desenvolvimento de habilidades escolares e de vida para os jovens. É importante que as crianças e os adolescentes possam sonhar o seu projecto de vida e que a família, a escola e os serviços de saúde e sociais possam dar suporte para que os jovens se tornem adultos conscientes e cidadãos, com deveres e direitos na sociedade.

Para o seu desenvolvimento psicossocial e formação intelectual, moral e espiritual, o adolescente precisa definir suas relações e processos de identidade, sua sexualidade, sua autonomia e principalmente desenvolver a auto-estima, a criatividade e seu projecto de vida. Para se desenvolver programas que satisfaçam a saúde integral dos adolescentes estes devem absorver todas essas necessidades.

É importante que sejam praticadas políticas públicas inclusivas, promotoras de cidadania e principalmente redutoras dos níveis de exclusão na sociedades, através do aumento do acesso à escolaridade e aos serviços de saúde, aos equipamentos de lazer e cultura com o objectivo de aumentar a auto-estima de crianças e jovens, para que os mesmos possam vislumbrar a construção dos seus projectos de vida, e que esses sejam passíveis de tornarem-se realidade. Devem ser pensadas estratégias a nível local com incentivo da participação de todos da comunidade, com o objectivo de fortalecimento da auto-estima, da consciência de cidadania e responsabilidade.

Como medidas mais alargadas de promoção à saúde e prevenção à gravidez na adolescência, deve-se promover acções para aumentar o desenvolvimento humano no município através da ampliação e facilitação do acesso universal à educação, principalmente para crianças e jovens. Deve-se também praticar políticas públicas para aumentar os níveis de emprego na cidade, com o objectivo de aumentar os níveis de

rendimentos das famílias e diminuir os índices de pobreza. Deve-se aumentar os rendimentos das famílias através da maior oferta de emprego, e não permitir que crianças e adolescentes trabalhem enquanto devem cumprir o seu percurso escolar. Deve-se ainda, criar programas públicos municipais intersectoriais de inserção dos jovens no mundo do trabalho, com programas de aprendizagem onde, além de continuar a sua escolarização, possam aprender uma profissão e serem atendidos nas suas necessidades sociais e de saúde, através de programas informativos e promotores de saúde.

Com o objectivo de diminuir as percentagens de nascimentos de bebés de mães adolescentes vários aspectos devem ser abordados. A auto-estima das adolescentes deve ser aumentada. As jovens devem ter acesso à escolarização, às actividades culturais e de lazer. A educação deve ser mais atractiva, onde a escola possa ser um lugar interessante para se estar, para os jovens de ambos os sexos. Deve-se criar opções de maior inserção social através de actividades culturais e de lazer. Os serviços públicos de saúde e sociais devem ser promotores de saúde e qualidade de vida. As crianças e adolescentes devem ter apoios sociais informais e formais. Onde os apoios informais são deficientes deve-se aumentar os apoios formais. Os serviços sociais devem ser mais próximos da população, mais percebidos pelos adolescentes e contribuir para que as pessoas e as comunidades encontrem os seus percursos de vida. As crianças e jovens estão carentes e um dos motivos da busca da maternidade na adolescência é também essa necessidade de preencher um vazio que a jovem sente. As adolescentes devem sentir valorizadas as suas competências e habilidades para se sentirem incluídas e cidadãs. Todo o cidadão deve ter acesso à educação, saúde, cultura, lazer e habitação dignos para o seu bem-estar e qualidade de vida.

Também devem ser desenvolvidas acções articuladas da administração do município com os diversos intervenientes nas áreas sociais, na educação e na saúde para se realizar um trabalho sério e competente, a fim de se começar a pensar em soluções com o objectivo de diminuir a percentagem de nascimentos de bebés filhos de mães adolescentes. As crianças e jovens devem ter mais acesso à educação, ao desenvolvimento de competências e valorização da auto-estima. Não é aceitável no mundo actual que as adolescentes, em particular as jovens do município de Uberaba, continuem a ser jovens desprovidas de afecto e cidadania, e continuem a reduzir os seus sonhos de realização como pessoa e mulher, ao casamento e à maternidade.

Seria importante a continuação do estudo, prolongando a amostra de grávidas adolescentes a outros estratos sociais, integrando também as representações e vivências

sobre o assunto, dos namorados/companheiros e familiares, mães e pais, e integrando a dimensão comparativa, isto é, integrando também adolescentes portugueses.

Reconhecemos que esse é um grande desafio mas que não deve ser desencorajado por esse motivo. O aumento do desenvolvimento humano e da melhoria da qualidade de vida dos grupos humanos deve ser equitativo. Todos devem participar, estar inseridos nos diversos contextos e ter responsabilidades sociais.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- ALBUQUERQUE, Andrea Xavier de (2003). **Representações Sociais de Adolescentes Grávidas Face à Questão da Gravidez na Adolescência**. Dissertação de Mestrado em Psicologia. João Pessoa, Brasil: Universidade Federal da Paraíba.
- ALMEIDA, Maria da Conceição Chagas et al. (2003). *Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia*. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo: Vol. 37 n° 5. 566-575.
- AMAZARRAY, Mayte Raya, MACHADO, Paula Sandrine, OLIVEIRA, Viviane Ziebell de et al. (1998). *A experiência de assumir a gestação na adolescência: um estudo fenomenológico*. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre: Vol. 11 n° 3. 431-440.
- AQUINO, Estela Maria Leão et al. (2003). *Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sexuais*. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Vol. 19 supl. 2. S377-S388.
- AVANZINI, Guy (1978). **O Tempo da Adolescência**. Coleção Persona. Lisboa: Edições 70.
- BARBOSA, Gisele Peixoto et al. (2003). *Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?* **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Vol. 19 n° 6. 1211-1620.
- BARBOSA, Maria Hermínia Nunes (2005). **Adolescentes, sexualidade e Educação Sexual em meio escolar – Uma Análise à luz do CMM**. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.
- BARDIN, Laurence (1977). **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70.
- BENNETT, Paul, MURPHY, Simon (1999). *Determinantes psicossociais da saúde*. **Psicologia e promoção da saúde**. Lisboa: Climepsi Editores.
- BELO, Márcio Alves Vieira, SILVA, João Luiz Pinto (2004). *Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes*. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo: Vol. 38 n° 4. 479-487.
- BETTO, Frei (2007). **Lula promete priorizar a educação: como e quando?** Consultado em 21 de Maio de 2007 – <http://www.adital.com.br/site/noticia.asp?lang=PT&cod=26109>
- BERGER, Peter L., LUCKMANN, Thomas (2004). **A construção social da realidade. Um livro sobre sociologia do conhecimento**. 2ª ed. Lisboa: Dinalivro.
- BOUDON, Raymond et al. (1990). **Dicionário de Sociologia**. Lisboa: Dom Quixote.

- BRANDÃO, Elaine Reis, HEILBORN, Maria Luíza (2006). *Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil*. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Vol. 22 nº 7. 1421-1430.
- CABRAL, Cristiane S. (2002). "Gravidez na adolescência" e identidade masculina: repercussões sobre a trajetória escolar e profissional do jovem. **Revista Brasileira de Estudos de População**. São Paulo: Vol. 19 nº 2. 179-195.
- CABRAL, Cristiane S. (2003). *Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro*. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Vol. 19 supl. 2. S283-S292.
- CALDIZ, Laura, MALOSETTI, Laura, BAYARDO, Rubens (1994). *Maternidade Adolescente em Bariloche* (Argentina). In COSTA, Albertina de Oliveira, AMADO, Tina (orgs.) **Alternativas Escassas – Saúde, Sexualidade e Reprodução na América Latina**. Fundação Carlos Chagas. São Paulo: Editora 34. 47-80.
- CAMPOS, Eugenio Paes (2006). *Equipe de Saúde: Cuidadores sob tensão*. **Epistemossomática**. Belo Horizonte: Vol.3 nº 2. 195-222.
- CANAVARRO, Maria Cristina (2001). *Gravidez e Maternidade – Representações e Tarefas de Desenvolvimento*. **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora. 17-49.
- CANAVARRO, Maria Cristina, PEREIRA, Ana Isabel (2001). *Gravidez e Maternidade na Adolescência – Perspectivas Teóricas*. **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora. 323-357.
- CARDOSO, Cristina Peres, COCCO, Maria Inês Monteiro (2003). *Projeto de vida de um grupo de adolescentes à luz de Paulo Freire*. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto: Vol. 11, nº 6. 778-785.
- CARMO, Hermano (1999). **Desenvolvimento Comunitário**. Lisboa: Universidade Aberta.
- CARMO, Hermano, FERREIRA, Manuela M. (1998). **Metodologia da Investigação – Guia para auto-aprendizagem**. Lisboa: Universidade Aberta.
- CATÃO, Maria de Fátima Martins (2001). **Projecto de Vida em Construção – Na exclusão/Inserção Social**. João Pessoa: Editora Universitária.
- CÉSAR, Cibele Comini et al. (2000). *Efeito-idade ou efeito-pobreza: Mães adolescentes e mortalidade neonatal em Belo Horizonte*. **Revista Brasileira de Estudos de População**. São Paulo: Vol 17 nº 1/2. 177-196.
- CHALEM, Elisa et al. (2007). *Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população na periferia de São Paulo, Brasil*. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Vol. 23 nº 1. 177-186.

- CORDEIRO, José Dias (1987). *Aspectos psicológicos e sociais da gravidez na adolescência*. **Alter ego**. n° 3. 111-117.
- COSTA, Juvenal Soares Dias da, VICTORA, Cesar G. (2006). *O que é "um problema de saúde pública?"* **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo: Vol. 9 n° 1. 144-146.
- COSTA, Maria Conceição O. et al. (1999). *Condições de gestação, parto e nascimento em adolescentes e adultas jovens: Santa Casa*. **Adolescência Latinoamericana**. Porto Alegre: Vol. 1 n° 4. 242-251.
- COUTINHO, Maria da Penha de Lima et al. (2003). **Representações sociais: abordagem interdisciplinar**. Universidade Federal da Paraíba. Paraíba: Editora Universitária.
- COUTINHO, Maria da Penha de Lima, SALDANHA, Ana Alayde de Werba (2005). **Representações sociais e práticas em pesquisa**. Universidade Federal da Paraíba. Paraíba: Editora Universitária.
- DEL CIAMPO, Luiz António et al. (2004). *Tendência secular da gravidez na adolescência*. **Pediatria (São Paulo)**. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo: Vol. 26 n° 1. 21-26.
- DIAS, Ana Cristina Garcia, GOMES, William B. (1999). *Conversas sobre sexualidade na família e gravidez na adolescência: a percepção dos pais*. **Estudos de Psicologia**. Rio Grande do Sul: Vol. 4 n° 1. 79-106.
- DIAS, Acácia Batista, AQUINO, Estela Maria Leão (2006). *Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil*. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Vol. 22 n° 7. 1447-1458.
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – DGS (2007). **Health in Portugal 2007**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- DUARTE, Maria de Fátima da S. (1993). *Maturação física: Uma revisão da literatura, com especial atenção à criança brasileira*. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Vol. 9 n° 1. S71-S84.
- ELLIS, Bruce J. et al. (1999). *Quality of early family relationships and individual differences in the timing of pubertal maturation in girls: a longitudinal test of an evolutionary model*. **Journal of Personality and Social Psychology**. Vol. 77 n° 2. 387-401.
- ELLIS, Bruce J., GARBER, Judy (2000). *Psychosocial antecedents of variation in girls' pubertal timing: maternal depression, stepfather presence and marital and family stress*. **Child Development**. New Zealand: Vol 71 n° 2. 485-501.
- ELLIS, Bruce J. et al. (2003). *Does father absence place daughters at special risk for early sexual activity and teenage pregnancy?* **Child Development**. New Zealand: Vol. 74 n° 3. 801-821.

- FABRI, Renato Humberto (1996). **Estudo de algumas características da gestação na adolescência, Uberaba, MG**. Tese de Doutorado em Medicina Preventiva. Ribeirão Preto. Brasil: Universidade de São Paulo.
- FABRI, Renato Humberto et al. (2002). *Estudo comparativo das indicações de cesariana entre um hospital público-universitário e um hospital privado*. **Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil**. Recife: Vol 2 nº 1. 29-35.
- FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva, SALOMÃO, Nádia Maria Ribeiro (2006). *Mães adolescentes de baixa renda: um estudo sobre as relações familiares*. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. Vol. 58 nº 2. 11-23.
- FRASQUILHO, Maria Antónia (1998). *Estilo de vida, comportamentos e educação para a saúde. Comportamento problema e comportamento saudável segundo os adolescentes*. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Vol. 16 nº 1. 13-20.
- FIGUEIREDO, Bárbara (2000). *Maternidade na Adolescência: Consequências e trajetórias desenvolvimentais*. **Análise Psicológica**. Vol. 4 (XVIII) 485-498.
- FIGUEIREDO, Bárbara (2001). *Maternidade na Adolescência: Do risco à prevenção*. **Revista Portuguesa de Psicossomática**. Vol. 3 nº 2. 221-238.
- FIGUEIREDO, Bárbara, PACHECO, Alexandra, MAGARINHO, Rute (2004). *Utentes da consulta externa de grávidas adolescentes da Maternidade Júlio Dinis entre os anos de 2000 a 2003*. **Análise Psicológica**. Vol 3 (XXII). 551-570.
- FIGUEIREDO, Bárbara, PACHECO, Alexandra, MAGARINHO, Rute (2005). *Grávidas adolescentes e grávida adultas: Diferentes circunstâncias de risco?* **Acta Médica Portuguesa**. Vol 18. 97-105.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – FUNASA (2001a). **Manual de Instruções para o preenchimento da declaração de nascido vivo**. Ministério da Saúde – Brasil. 3ª ed. Brasília.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – FUNASA (2001b). **Manual de procedimentos do sistema de informações sobre nascidos vivos**. Ministério da Saúde – Brasil. Brasília.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – FUNASA (2002). *Sistemas de Informação em Saúde e Vigilância Epidemiológica*. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde. 60-77
- GIGLIO, Margareth Rocha Peixoto, LAMOUNIER, Joel Alves, MORAIS NETO, Otaliba Libânio de (2005). *Via de parto e risco para mortalidade neonatal em Goiânia no ano de 2000*. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo: Vol.39 nº 3. 350-357.
- GODINHO, Roseli Aparecida et al. (2000). *Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio?* **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto: Vol. 8 nº 2. 25-32.

- GROSSMAN, Eloisa (1998). *A adolescência através dos tempos*. **Adolescência Latinoamericana**. Porto Alegre: Vol.1 n° 2. 68-74.
- HEILBORN, Maria Luiza et al. (2002). *Aproximações Socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência*. **Horizontes Antropológicos**. Porto Alegre: Ano 8 n° 17. 13-45.
- HEILBORN, Maria Luiza et al. (2006). *Juventude, sexualidade e reprodução*. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Vol 22 n° 7. 1362-1363.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE (2006a). **Estatísticas do Registro Civil 2005**. Rio de Janeiro: Vol 32.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE (2006b). **Síntese de Indicadores Sociais 2005**. Rio de Janeiro: Estudos & Pesquisas – Informação Demográfica e Sócio Económica 17.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – INE (2006). **Indicadores Sociais 2005**. Lisboa: INE.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – INE (2007). **Estatísticas Demográficas 2005**. Lisboa: INE.
- JEREMIAS, Cristina Maria Rosa (2004). **Sexualidade, adolescência e cultura islâmica: Um estudo sobre as concepções e vivências da sexualidade de adolescentes muçulmanos na região de Lisboa**. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.
- JUSTO, João (2000). *Gravidez adolescente, maternidade adolescente e bebês adolescentes: causas, consequências, intervenção preventiva e não só*. **Revista Portuguesa de Psicossomática**. Porto: Vol. 2 n° 2. 97-147.
- LEITE, Iúri da Costa, RODRIGUES, Roberto do Nascimento, FONSECA, Maria do Carmo (2004). *Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil*. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Vol. 20 n° 2. 474-481.
- LEITE, Júlio César Loguercio, SCHULER-FACCINI, Lavínia (2001). *Defeitos congênitos em uma região de mineração de carvão*. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo: Vol. 35 n° 2. 136-141.
- LERENO, Isabel, GOMES, Carla, FARIA, Paula (1996). *Mães Adolescentes: Alguns Aspectos da sua Inserção Social*. **Revista de Epidemiologia**. Arquivos de Medicina. Vol.10 n° 4. 9-14.
- LERENO, Maria Isabel da Silva (1998). **Representações sociais da sexualidade e da maternidade em mães adolescentes**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Porto: Universidade do Porto.

- LERNER, Richard, SPANIER, Graham (1980). **Adolescent Development: A life-span Perspective**. New York: MacGraw-Hill.
- LOPES, Lúcia Maria Mota Correia (2005). **Gravidez e seropositividade em mulheres imigrantes na região de Lisboa**. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.
- LOPES, Maria Teresa Leitão Sequeira (2002). **Adolescentes e adolescência – ontem, hoje e amanhã. A comunicação em cuidados antecipatórios de saúde dos adolescentes**. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.
- LOPEZ ALEGRIA, Fanny Viviana, SCHOR, Néia, SIQUEIRA, Arnaldo Augusto F. (1989). *Gravidez na adolescência: estudo comparativo*. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo: Vol.23 nº 6. 473-477.
- LOURENÇO, Maria Madalena de Carvalho (1998). **Textos e contextos da gravidez na adolescência. A adolescente, a família e a escola**. Lisboa: Fim de Século.
- LOURENÇO, Maria Acácia Ernesto (2003). **A saúde da mulher e a gravidez na adolescência: estudo comparado sobre as repercussões para a vida da jovem no Rio de Janeiro/Brasil e em Maputo/Moçambique**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Rio de Janeiro, Brasil: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- LYRA, Jorge et al. (2002). “*A gente não pode fazer nada, só podemos decidir sabor de sorvete*”. *Adolescentes: de sujeito de necessidades a um sujeito de direitos*. **Cadernos Cedes**. Campinas: Vol 22 nº 57. 9-21.
- MAJOR, António Jacinto Telo (2002). **Estilos de Vida e Comportamentos de Promoção de Saúde dos Adolescentes – Um Estudo de Caso**. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.
- MATSUKURA, Thelma S., MARTURANO, Edna M., OISHI, Jorge (2002). *O questionário de suporte social (SSQ): Estudos da adaptação para o português*. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto: Vol. 10 nº 5. 675-681.
- MICHAUD, Pierre-André (2001). *Pesquisa multicultural sobre saúde do adolescente: uma perspectiva em saúde pública*. **Adolescência Latinoamericana**. Porto Alegre: Vol. 2 nº 3. 152-158.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS-BRASIL (2001). **Anuário Estatístico de Saúde 2001**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/anuario2001/index.cfm?saude>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS-BRASIL (2004). **Saúde Brasil 2004 – Uma análise da situação de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de Análise de Situação de Saúde – Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS-BRASIL (2005). **Plano Nacional de Saúde – Um pacto pela saúde no Brasil – Síntese**. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Série B. Textos básicos de saúde. Brasília.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS-BRASIL (2006a). **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS-BRASIL (2006b). **Saúde Brasil 2006 – Uma análise da desigualdade em Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde – Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília.
- NASCIMENTO, Ivany Pinto (2002). **As representações sociais dos projetos de vida dos adolescentes: um estudo psicossocial**. Tese de Doutorado em Psicologia da Educação. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica.
- NASCIMENTO, Ivany Pinto (2006). *Project of life of adolescents of public schools: a psicossocial study on its representations*. **Imaginário**. Vol.12 nº 12. 55-80.
- NEVES, Maria de Fátima Jordão Pereira (2001). **Educação Sexual em Meio Escolar**. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS (1994). **Saúde reprodutiva de adolescentes: Uma estratégia para ação**. Uma declaração conjunta OMS/FNUAP/UNICEF. Brasília: Ministério da Saúde.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE – OPAS (1998). **A Saúde no Brasil**. Brasília.
- OLIVEIRA, Maria Waldenez de (1998). *Gravidez na adolescência: Dimensões do problema*. **Cadernos Cedes**. Campinas: Vol.19 nº 45. 48-70.
- OLIVEIRA, Nancy Ramacciotti de (1999). **Perfis de grávidas de mães adolescentes – Estudo psicossocial de adolescentes usuárias de um serviço público de pré-natal e maternidade**. Tese de doutoramento em Psicologia. Instituto de Psicologia. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- PAIS, José Machado (1998). *Vida amorosa e sexual*. In PAIS, José Machado, (Ed.) **Gerações e Valores na Sociedade Portuguesa Contemporânea**. Lisboa: ICS.
- PALMA MANRIQUEZ, Irma, QUILODRÁN LE-BERT, Cecília (1994). *Respostas à Gravidez entre Adolescentes Chilenas de Estratos Populares*. In COSTA, Albertina de Oliveira, AMADO, Tina (orgs.) **Alternativas Escassas – Saúde, Sexualidade e Reprodução na América Latina**. Fundação Carlos Chagas. São Paulo: Editora 34. 11-45.
- PANTOJA, Ana Lúcia Nauar (2003). *"Ser alguém na vida": uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil*. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Vol.19 supl.2. S335-S343.

- PEREIRA, Ana Isabel Leite Freitas (2001). **Contextos relacionais de vulnerabilidade e protecção para a gravidez na adolescência**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- PEREIRA, Alexandre, POUPA, Carlos (2004). **Como escrever uma tese, monografia ou livro científico usando o Word**. 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- PEREIRA, Sandra de Moraes, TAQUETTE, Stella Regina (2007). *Factores asociados al abandono de la anticoncepción hormonal oral: un estudio con los adolescentes de la ciudad de Rio de Janeiro*. **Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia**. Vol 72 nº 1. 26-32.
- PERSONA, Lia, SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda, TARALLO, Maria Celina. (2004). *Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal*. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto: Vol.12 nº 5. 745-750.
- PINHEIRO, Verónica de Souza (2000). *Repensando a maternidade na adolescência*. **Estudos de Psicologia**. Natal: Vol 5 nº 1. 243-251.
- PIROTTA, Kátia Cibelle Machado, SCHOR, Néia (2004). *Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários*. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo: Vol. 38 nº 4. 495-502.
- PRAZERES, Vasco (1998). **Saúde dos Adolescentes – Princípios Orientadores**. Direcção Geral da Saúde. Lisboa.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD (2005). **Informe sobre Desarrollo Humano 2005**. La cooperación internacional ante una encrucijada. Ayuda al desarrollo, comercio y seguridad en un mundo desigual. Madrid: Mundi-Prensa.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD (2006). **Relatório do Desenvolvimento Humano 2006**. A água para lá da escassez: poder, pobreza e a crise mundial da água. New York.
- PROJECTO FACE – CÂMARA MUNICIPAL DE LOURES (1995). **Viver a Adolescência na Sociedade Actual**. 1º Jornada de Formação. Caderno Temático I.
- PROJECTO ROSA – ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA – APF (2007). **Gravidez e Maternidade Adolescente – Direitos Humanos e Saúde Sexual e Reprodutiva**. Departamento de Cooperação e Desenvolvimento da APF.
- QUIVY, Raymond, CAMPENHOUDT, Luc Van, (1998). **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 2º ed. Lisboa: Gradiva.

- RAMOS, Natália (2001). *Comunicação, cultura e interculturalidade: para uma comunicação intercultural*. **Revista Portuguesa de Pedagogia**. Ano 35 nº 2. 155-178.
- RAMOS, Natália (2004). *A família nos cuidados à criança e na socialização precoce em Portugal e no Brasil – Uma abordagem intercultural comparativa*. In **Desafios da Comparação – Família, Mulheres e Género em Portugal e no Brasil**. Oeiras: Celta Editora. 149-190.
- RAMOS, Natália (2004). **Psicologia Clínica e da Saúde**. Lisboa: Universidade Aberta.
- RAMOS, Natália (2005). *Famílias e crianças em contexto de pobreza e exclusão – do desenvolvimento à saúde e à educação*. **Psychologica**. Vol. 38. 241-263.
- RAMOS, Natália (2006a). *Saúde, desenvolvimento e direitos humanos*. **Interface**. Natal: Vol 3 nº 1. 11-31.
- RAMOS, Natália (2006b). *A saúde da criança em contexto de pobreza e de exclusão – Novos desafios de políticas de inclusão*. **Revista Diálogo Educacional**. Curitiba: Vol. 6 nº 17. 65-83.
- RIBEIRO, José Luís Pais (1996). *Saúde e desenvolvimento*. **Análise Psicológica**. 2-3 (XIV). 177-190
- ROSSATO, Ana Rita Scheffer (2001). **O Significado da Maternidade na Adolescência**. Dissertação de Mestrado em Educação. Porto Alegre, Brasil: PUC-RS.
- SAITO, Maria Ignez, LEAL, Marta Miranda (2003). *O exercício da sexualidade na adolescência: a contraceção em questão*. **Pediatria (São Paulo)**. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo: Vol 25 nº 1/2. 36-42.
- SANTOS, Sílvia Reis dos, SCHOR, Néia (2003). *Vivências da maternidade na adolescência precoce*. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo: Vol.37 nº 1. 15-23.
- SAÚDE, Maria Isabel Borges Moreira (2006). **Interrogando a operação da rede de serviços de saúde**. Tese de Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, Brasil: Universidade de São Paulo.
- SCAF, Gulnara, FREITAS, José Alberto de Souza, DAMANTE, José Humberto (1983). *Determinação da idade da menarca em meninas brancas, brasileiras, da região de Bauru*. **Pediatria (São Paulo)**. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo: Vol 5. 169-174.
- SERRA, Ester Leonor Gonçalves Rocha de Sequeira (2002). **Os adolescentes e sua Percepção das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.

- SILVA, João Luiz Pinto, CECATTI, José Guilherme, SERRUYA, Suzanne Jacob (2005). *A qualidade do pré-natal no Brasil*. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Vol.27 n° 3. 103-105.
- SIMÕES, Vanda Maria Ferreira et al. (2003). *Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão*. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo: Vol. 37 n° 5. 559-565.
- SIMÕES, Sónia Catarina Carvalho (2004). **Apoios e outros afectos na construção da maternidade na adolescência – Um estudo exploratório no concelho de Coimbra**. Dissertação de Mestrado em Família e Sistemas Sociais. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.
- SOUZA, Ivana Fernandes (2002). *Gravidez na Adolescência: uma questão social*. **Adolescência Latinoamericana**. Porto Alegre: Vol. 3 n° 2.
- SPRINTHALL, Norman A., COLLINS, W. Andrews (1994). **Psicologia do Adolescente – Uma Abordagem Desenvolvimentista**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- TAVARES, Margarida, BARROS, Henrique (1996). *Gravidez na Adolescência em Portugal*. **Revista de Epidemiologia**. Arquivos de Medicina. Vol.10 n° 4. 3-8.
- TAQUETTE, Stella Regina (1997). **Iniciação sexual da adolescente: o desejo, o afeto e as normas sociais**. Tese de Doutoramento em Pediatria. Departamento de Pediatria e Puericultura da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, Brasil: Universidade de São Paulo.
- TEIXEIRA, Ana Maria Ferreira Borges et al. (2006). *Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual*. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Vol. 22. 1385-1396.
- TRAVERSO-YEPEZ, Martha, PINHEIRO, Verónica de Souza (2002). *Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas*. **Psicologia & Sociedade**. Porto Alegre: Vol. 14 n° 2. 133-147.
- UBERABA (2006a). PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA. Secretaria Municipal de Saúde. **Proposta de Plano Municipal de Saúde 2006-2009**. Uberaba.
- UBERABA (2006b). PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão Ano Base 2005**. Uberaba.
- UBERABA (2006c). PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA. Secretaria de Desenvolvimento Económico e Turismo. **Uberaba em Dados**. Consultado em 2 de Abril de 2007 em <http://www.uberaba.mg.gov.br/sedet/Dados2006/uberaba2006.pdf>
- UNICEF (2005) FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Situação Mundial da Infância 2006. Excluídas e Invisíveis**. New York: Unicef.

- UNICEF (2006) FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Situação Mundial da Infância 2007. Mulheres e crianças – o duplo dividendo da igualdade de gênero.** New York: Unicef.
- VALA, Jorge (2001). *A análise de Conteúdo.* In SILVA, Augusto Santos, PINTO, José Madureira (org.) **Metodologia das Ciências Sociais.** Porto: Edições Afrontamento. 101-128
- VALLA, Victor Vincent (1999). *Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização.* **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro: Vol. 15 supl. 2. 7-14.
- VAZ, Júlio Machado (coord.) (1996). **Educação sexual na escola.** Lisboa: Universidade Aberta.
- VENTURA, Miriam, CORRÊA, Sónia (2006). *Adolescência, sexualidade e reprodução: construções culturais, controvérsias normativas, alternativas interpretativas.* **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro: Vol. 22 nº 7. 1505-1509.
- VIEIRA, Leila Maria et al. (2006). *Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil.* **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** Recife: Vol 6 nº 1. 135-140.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO (2004). **Adolescent Pregnancy: Issues in Adolescent Health and Development.** Geneva: WHO Library Cataloguing.
- YAZLLE, Marta Edna Holanda Diógenes et al (2002). *A Adolescente Grávida: Alguns Indicadores Sociais.* **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** Rio de Janeiro: Vol. 24 nº 9. 609-614.

SITES CONSULTADOS

<http://www.brasil.gov.br>
<http://www.datasus.gov.br>
<http://www.ine.pt>
<http://www.opas.org.br>
<http://www.pnud.org.br>
<http://www.saude.gov.br>
<http://www.uberaba.mg.gov.br>

ANEXOS

Inquérito por Entrevista**Gravidez e Maternidade na Adolescência:
Um estudo num município brasileiro.****Local e Data da Entrevista:****Número:****I – Informação Sócio Demográfica****1 – Idade:** _____**2 – Data de Nascimento** ____ / ____ / _____**3 – Você estuda?**

1 – () Sim

2 – () Não

3.1 – Sim, qual ano?

3.2 – Não, quando parou?

3.3 – Não, porque parou?

Fale sobre o seu percurso escolar:

4 – Escolaridade:

1 – () Nenhuma

2 – () Ensino Básico (4 anos)

3 – () Ensino Fundamental incompleto (menos de 09 anos)

4 – () Ensino Fundamental completo (9º ano)

5 – () Ensino Médio incompleto (menos de 12 anos)

6 – () Ensino Médio completo (12º ano completo)

7 – () Ensino Superior (em andamento)

9 – () Ignorado

5 – Estado civil:

1 – () Solteira

2 – () Casada

3 – () Viúva

4 – () Divorciada/separada judicialmente

5 – () União consensual – União de facto (mora com o namorado/marido)

6 – Com quem você vive/mora actualmente? Há quanto tempo?**7 – Descreva com quem você viveu/morou ao longo da sua vida.****8 – Qual a idade do pai do seu bebé? _____****9 – Você trabalha actualmente?**

1 – () Sim

2 – () Não

10 - Você já trabalhou alguma vez na sua vida?

1 - () Sim

2 - () Não

11 - Com que idade começou a trabalhar? _____

12 - Em que você trabalha/trabalhou?

13 - Tem/já teve carteira de trabalho assinada? (contrato de trabalho)

1 - () Sim

2 - () Não

14 - Tem irmãos? Número de irmãos? Idade e sexo de cada um.

15 - Alguma das/os suas/seus irmãs/aos teve um filho/a antes dos 20 anos?

1 - () Sim

2 - () Não

16 - Com que idade? _____

17 - Que idade tem a sua mãe? _____

18 - Que idade tinha a sua mãe quando teve o primeiro filho? _____

não lembra () não sabe ()

19 - A sua mãe trabalha actualmente?

1 - () Sim

2 - () Não

20 - Qual a profissão da sua mãe?

21 - O seu pai trabalha actualmente?

1 - () Sim

2 - () Não

22 - Qual a profissão do seu pai?

23 - Em que cidade você nasceu?

24 - Onde você vive actualmente? Em que bairro?

25 - Há quanto tempo?

26 – Origem étnica?

27 – Qual é a faixa de rendimentos da família?

- 1 – () 1 SM
- 2 – () 1 e ½ SM
- 3 – () 2 SM
- 4 – () 3 SM
- 5 – () 4 SM
- 6 – () 5 SM
- 7 – () 6 ou mais SM
- 9 – () ignorado/não informado

28 – Você tem religião?

- 1 – () Sim
- 2 – () Não

29 – Qual é a sua religião?

- 1 – () Católica
- 2 – () Evangélica
- 3 – () Protestante
- 4 – () Espírita
- 5 – () Outra
- 6 – () Nenhuma
- 7 – () Acredita em Deus

30 – Você frequenta?

- 1 – () Nunca
- 2 – () Raramente
- 3 – () De vez em quando
- 4 – () Uma vez por semana
- 5 – () Em ocasiões especiais
- 6 – () Frequentava mas deixou de ir

II – Informações sobre a Saúde

31 – Gravidez n°: _____

32 – Filho n°: _____

33 – Com que idade teve a sua primeira menstruação? ____ Anos ____ meses

34 – Com que idade teve a sua primeira relação sexual? ____ Anos ____ meses

35 – Com quem teve a sua primeira relação sexual?

- 1 – () namorado
- 2 – () amigo
- 3 – () conhecido
- 4 – () parceiro ocasional

36 – Conhece alguma maneira para evitar a gravidez?

1 – () Sim

2 – () Não

Se sim, qual ou quais?

37 – Onde ouviu falar sobre este tema a primeira vez (evitar a gravidez)?

Quem falou sobre isto com você a primeira vez?

38 – Alguma vez você usou algum método para evitar a gravidez?

1 – () Sim

2 – () Não

Se sim, qual?

39 – Quem a aconselhou a usar este método contraceptivo?

1 – () médico

2 – () enfermeiro

3 – () farmacêutico

4 – () mãe

5 – () familiar (avó, tia, irmã)

6 – () amiga/amigo

7 – () professor/escola

7 – () decisão própria

40 – Porque não usou um método contraceptivo para evitar esta gravidez?

41 – Você desejou esta gravidez? Você quis ficar grávida?

1 – () sim

2 – () não

42 – Qual foi o seu primeiro sentimento quando soube que estava grávida?

43 – Para quem você contou primeiro?

44 – Porque foi para esta pessoa?

45 – Alguém te deu apoio?

1 – () sim

2 – () não

Quem?

46 – Nesta gravidez você recebeu algum apoio de alguma instituição, pública ou privada, de saúde / igreja / grupo de jovens / ONG? Descreva:

47 – Você faz o acompanhamento pré-natal?

1 – () sim

2 – () não

Se sim, quando começou?

Porque?

48 – Quanto meses de gravidez você está? _____

49 – Em que lugar você faz o pré-natal?

III – Perspectivas:

50 – Você tinha algum plano para a sua vida antes de saber que estava grávida?

1 – () sim

2 – () não

Sim, qual?

51 – Como você imaginava que ia ser a sua vida antes de ficar grávida? (projecto de vida)

52 – E agora, como está sendo a sua vida?

53 – Como pensa que será daqui a um ano?

54 – Que desejos você tem para o seu futuro?

Uberaba, 07 de Março de 2007

Ilmo Sr. Dr.
Jorge Frange Neto
Diretor do Dpto. de Atenção Especializada
Secretaria Municipal de Saúde

Meu nome é Lyria Maria dos Reis, cirurgiã dentista, especialista em Saúde Coletiva e aluna do Mestrado em Comunicação em Saúde na Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.

Estou realizando uma pesquisa para o trabalho de dissertação do mestrado sobre a "Gravidez e Maternidade na Adolescência" e venho por este meio solicitar a realização de entrevistas com jovens gestantes atendidas nos serviços de saúde do município.

A pesquisa a ser realizada tem como objetivo conhecer a condição da gravidez e maternidade na adolescência nos seus aspectos socioeconômicos, culturais e de saúde.

As informações colhidas junto às jovens são confidenciais e anônimas, pelo que eu me comprometo à não divulgação de qualquer informação que possa comprometer de alguma forma a vida das mesmas, ou o serviço onde são atendidas.

Venho por esta solicitar a sua colaboração no sentido de permitir que essas entrevistas sejam realizadas em seu serviço de saúde que faça o atendimento da gestante adolescente. Esta colaboração será muito importante para o desenvolvimento deste projeto.

Qualquer informação adicional pode ser obtida junto à orientadora do projeto, professora doutora Natália Ramos, diretora do Mestrado em Comunicação em Saúde da Universidade Aberta.

Conto com a vossa atenção e colaboração e agradeço antecipadamente.

Com os melhores cumprimentos,

*As inf. Tel, coord. Técnica CASM,
solicito atender dentro do
possível a solicitação.*

Lyria Maria dos Reis
Lyria Maria dos Reis

[Assinatura]
Dr. Jorge Frange Neto
Diretor do Departamento de Atenção Especializada
Data: 14/3/07

[Assinatura]
Liliane Am
14/03/07
218
Dr. Jorge Frange Neto
Diretor do Departamento de Atenção Especializada

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está grávida ou é mãe com menos de 20 anos de idade e está sendo convidada a participar do estudo sobre “Gravidez e Maternidade na Adolescência: Um estudo no município de Uberaba, estado de Minas Gerais, Brasil”. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é conhecer e compreender a realidade da gravidez e maternidade na adolescência, nas suas diferentes dimensões de saúde, socioeconômica e cultural, no município de Uberaba, a fim de realizar propostas de intervenção sobre o tema e, caso você participe, será necessário responder a um inquérito por entrevista. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. A entrevista é anônima e confidencial pelo qual é garantido total sigilo e seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo e em nenhum trabalho científico que possa advir desta entrevista. Você será identificada apenas com um número e/ou nome fictício.

Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento.

Uberaba,//.....

Assinatura pesquisador responsável:

TERMO DE CONSENTIMENTO APÓS ESCLARECIMENTO

Pelo presente instrumento, declaro que fui suficientemente esclarecida por Lyria Maria dos Reis sobre o projeto de pesquisa sobre gravidez e maternidade na adolescência, para o qual vou responder a uma entrevista, com a minha concordância e com autorização do meu/minha responsável legal.

Declaro também que fui informada sobre a pesquisa, dos seus objetivos e da garantia do anonimato e confidencialidade de todas as informações por mim prestadas.

Estou ciente que o meu nome não será divulgado em nenhum momento neste trabalho e em outros que possam advir desta pesquisa.

Pelo presente manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para realização da entrevista acima descrito.

Uberaba,//.....

Assinatura da gestante

Documento de Identidade

Assinatura do(a) responsável legal

Documento de Identidade

Quadro de metas do Plano Municipal de Saúde 2006-2009 - Relativo à Saúde adolescente

OBJETIVO	PRIORIDADE	ESTRATÉGIA	META	INDICADOR	FONTE DE RECURSOS
Reduzir a morbimortalidade por causas evitáveis entre adolescentes	Qualificar a atenção ao adolescente na rede	Implantar o Protocolo de Atenção à Saúde do Adolescente Capacitar profissionais da rede para atenção ao adolescente Realizar assistência pré-natal, ao parto e ao abortamento às adolescentes Implementar proposta interinstitucional voltada à problemática do adolescente, especialmente a violência, sexualidade, gravidez indesejada e drogadição	Protocolo de Atenção à Saúde do Adolescente implantado em 100% das Unidades até 2008. Capacitar todos os profissionais da rede básica para realizar abordagem sintromica das DST Encaminhar 100% das adolescentes com gestação de risco a serviços de referência Reduzir complicações obstétricas em 90% dos partos em adolescentes Cadastrar 100% os adolescentes da área de abrangência das UBS Intensificar medidas preventivas em DST/AIDS, gravidez na adolescência e abuso de substâncias psicoativas Garantir o acesso a medicamentos, métodos anticoncepcionais e imunobiológicos	% de Unidades de Saúde com Protocolo de Atenção à Saúde do Adolescente implantado Número de profissionais capacitados para realizar abordagem sintromica das DST Número de gestantes adolescentes encaminhadas e atendidas em serviços de referência % de adolescentes internadas por complicações obstétricas % de adolescentes cadastrados por área de abrangência Proporção de internações para partos, abortamentos, por DST/AIDS e abuso de substâncias psicoativas em adolescentes.	Pagamento a prestadores conveniados: 10. 302. 201. 2947. 0001 Fundo Municipal de Saúde - serviços médicos e hospitalares - geral 28.750.000,00 Processos e tratamentos especiais: 10. 302. 201. 6142. 0001 serviços não contratualizados pelo sus - geral 200.000,00 Tfd : 10. 302. 201. 6180. Operacionalização de tratamentos especiais e tratamentos fora do Domicílio – geral: 334.000,00 Atenção à saúde - operacionalização públicas de saúde e sus 4.343.936,91 Proesf: 10. 301. 201. 2555. 0001 proesf- estratégica de saúde da família - geral 1.119.068,10 Saúde em casa: 10. 301. 201. 6136. 0001 saúde em casa - geral 1.021.961,66 Atenção básica – geral: 10. 301. 484. 2939. 0001 operacionalização da atenção básica - geral 3.875.302,22 Atenção especializada - geral : 10. 302. 484. 2943. 0001 operacionalização da atenção especializada - geral 3.631.800,00

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA N.º 569, DE 1º DE JUNHO DE 2000

Republicada por ter saído com incorreções

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania;

Considerando a necessidade de ampliar os esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país;

Considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal;

Considerando a necessidade de complementar as medidas já adotadas pelo Ministério da Saúde no sentido de aprimorar a assistência à saúde da gestante, como a implantação das redes de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes;

Considerando a necessidade de prosseguir na política de estimular o aprimoramento do sistema de assistência à saúde da gestante, integrando e regulando o atendimento à gestação e ao parto nos níveis ambulatorial básico e especializado, o acompanhamento pré-natal, o atendimento pré e inter-hospitalar, o atendimento hospitalar e ainda o controle de leitos obstétricos, como forma de garantir a integralidade assistencial;

Considerando a necessidade de adotar medidas que possibilitem o avanço da organização e regulação do sistema de assistência à gestação e ao parto, estabelecendo ações que integrem todos os níveis desta assistência, definindo mecanismos de regulação e criando os fluxos de referência e contra-referência que garantam o adequado atendimento à gestante, ao parto e ao recém-nascido;

Considerando a necessidade de estimular o processo de regulação da assistência obstétrica e neonatal baseado na implantação de Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal nos níveis estadual, regional e municipal, como um instrumento ordenador e orientador da atenção à saúde da gestante e do recém-nascido, com o princípio fundamental de incrementar o desenvolvimento da capacidade do poder público de gerir o sistema e de responder, de forma rápida, qualificada e integrada, às demandas de saúde oriundas deste grupo populacional específico, em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial, resolve:

Art. 1º Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. O Programa objeto deste Artigo será executado de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, municípios e do Distrito Federal e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento:

a-toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;

b-toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;

c-toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

d-toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria;

e-todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura;

f-as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima.

Art. 3º Estabelecer que o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento seja constituído pelos seguintes componentes, regulamentados em ato próprio do Ministério da Saúde:

a-Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal;

b-Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal.

c-Componente III - Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto;

§ 1º O Componente I – Incentivo à Assistência Pré-natal, tem o objetivo de estimular os estados e municípios, de acordo com os princípios e critérios estabelecidos, a realizarem o acompanhamento pré-natal completo e o cadastramento das gestantes;

§ 2º O Componente II – Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, terá dois componentes:

a-criação de condições técnicas, financeiras e operacionais que permitam o desenvolvimento de mecanismos destinados à organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal por meio do estabelecimento de protocolos de regulação, da estruturação de Centrais de Regulação e estruturação de sistemas móveis de atendimento pré e

inter-hospitalares, e

b-financiamento do incremento da qualidade assistencial e da capacidade instalada obstétrica e neonatal de hospitais públicos e filantrópicos integrantes do Sistema Único de Saúde que prestem este tipo de assistência e que cumpram os requisitos e critérios de elegibilidade estabelecidos.

§ 3º O Componente III - A nova sistemática de pagamento da assistência ao parto, tem a finalidade de melhorar as condições do custeio desta assistência nos hospitais cadastrados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde SIH/SUS e terá dois componentes:

a-alteração do valor e forma de remuneração da assistência ao parto, e

b-pagamento de um adicional sobre o valor de que trata a alínea "a" para aqueles hospitais que prestarem assistência ao parto a gestantes cadastradas no Programa de Incentivo à Assistência Pré-natal e que tenham o acompanhamento pré-natal completo;

Art. 4º Estabelecer recursos no montante de R\$ 567.038.000,00 (quinhentos e sessenta e sete milhões e trinta e oito mil reais) para o desenvolvimento dos componentes previstos no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, cujas despesas correrão à conta das dotações consignadas às seguintes atividades: 10.301.0001.0587, 10.301.0001.0589, 10.302.0023.4306, 10.302.0023.4307, 10.302.0004.1823, 10.302.0004.1837, 10.302.0004.1867.

Parágrafo único. A composição do montante global de recursos destinados à implementação do Programa, de que trata este Artigo, é a seguinte:

a-R\$ 123.000.000,00 (cento e vinte três milhões de reais) anuais, oriundos do Orçamento do Ministério da Saúde, destinados ao custeio do Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal, adicionais aos recursos já dispendidos nesta assistência;

b-R\$ 134.038.000,00 (cento e trinta e quatro milhões e trinta e oito mil reais) a serem investidos no primeiro ano de implantação do Programa, sendo:

-R\$ 100.000.000,00 (cem milhões de reais) oriundos do Orçamento do Ministério da Saúde e destinados ao Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, e

-R\$ 34.038.000,00 (trinta e quatro milhões e trinta e oito mil reais) oriundos do empréstimo BID/BIRD/REFORSUS destinados, dentro do Componente II, à aquisição de equipamentos para aparelhamento de unidades hospitalares cadastradas como referência para gestação de alto risco e de UTIs neonatais;

c-R\$ 310.000.000,00 (trezentos e dez milhões de reais) anuais, oriundos do Orçamento do Ministério da Saúde, destinados ao custeio do Componente III - Nova Sistemática de Pagamento da Assistência Obstétrica e Neonatal, adicionais aos recursos já dispendidos nesta assistência;

Art. 5º Estabelecer, para cada nível de gestão do Sistema Único de Saúde, as seguintes competências/atribuições na implementação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento :

§ 1º São competências/atribuições do Ministério da Saúde:

a-articular com estados, municípios e Distrito Federal a implantação do Programa e estabelecer mecanismos de controle, avaliação e acompanhamento do processo;

b-assessorar os estados, municípios e o Distrito Federal na elaboração de seus respectivos Programas Estaduais de Humanização no Pré-natal e Nascimento, na estruturação das Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento;

c-estabelecer normas técnicas e critérios de elegibilidade para inclusão no Programa;

d-alocar recursos destinados ao co-financiamento dos componentes integrantes do Programa.

§ 2º São competências/atribuições das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal:

a-elaborar, em articulação com as respectivas Secretarias Municipais de Saúde e como condição indispensável à implantação do Programa Nacional, os Programas Estaduais de Humanização no Pré-natal e Nascimento, organizando seus sistemas estaduais/regionais de assistência obstétrica e neonatal que contemplem ações voltadas para a atenção básica, o apoio laboratorial, a atenção ambulatorial especializada e a assistência hospitalar obstétrica e neonatal, explicitando as unidades de referência para o diagnóstico, a atenção ambulatorial à gestação de alto risco e a assistência ao parto de baixo e alto risco;

b-coordenar e executar, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde, a programação física e financeira da assistência obstétrica e neonatal;

c-estruturar e garantir o funcionamento das Centrais Estaduais de Regulação Obstétrica e Neonatal;

d-assessorar os municípios na estruturação de suas respectivas Centrais Municipais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento;

e-assessorar os municípios no processo de implementação do Programa e seus respectivos componentes e no desenvolvimento de mecanismos destinados a seu controle, avaliação e acompanhamento;

f-alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa;

g-monitorar o desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de morbi-mortalidade materna e neonatal, no âmbito estadual;

h-manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade SIM, SINASC, SIPAC.

§ 3º São competências/atribuições das Secretarias Municipais de Saúde:

a-participar da elaboração do Programa Estadual de Humanização no Pré-natal e Nascimento;

b- estruturar e garantir o funcionamento da Central Municipal de Regulação Obstétrica e Neonatal, naqueles municípios que cumpram os critérios de elegibilidade estabelecidos;

c-estruturar e garantir o funcionamento do sistema móvel de atendimento pré e inter-hospitalar, naqueles municípios

que cumpram os critérios de elegibilidade estabelecidos;
d-garantir o atendimento pré-natal e do puerpério em seu próprio território e realizar o cadastro de suas gestantes;
e-identificar laboratórios e garantir a realização dos exames básicos e o acesso aos exames de seguimento do pré-natal, em seu próprio território ou em outro município, mediante programação regional;
f-estabelecer a referência para a assistência ambulatorial e hospitalar à gestante de alto risco, em seu próprio território ou em outro município, mediante programação regional;
g-alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa;
h-monitorar o desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados mediante o acompanhamento de indicadores de morbi-mortalidade materna e neonatal, no âmbito municipal;
i-manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade SIM, SINASC, SIPAC.
Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.
JOSÉ SERRA

ANEXO I PRINCÍPIOS GERAIS E CONDIÇÕES PARA O ADEQUADO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

Para a realização de um adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e à puérpera, o município deverá, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, desenvolver esta modalidade assistencial em conformidade com os princípios gerais e condições estabelecidas no presente documento, realizando as seguintes atividades:

I - Atividades

- 1-Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação;
- 2-Garantir os seguintes procedimentos:
 - 2.1-Realização de, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação;
 - 2.2-Realização de 01 (uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento;
 - 2.3-Realização dos seguintes exames laboratoriais:
 - a-ABO-Rh, na primeira consulta;
 - b-VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
 - c-Urina rotina, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
 - d-Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
 - e-HB/Ht, na primeira consulta.
 - 2.4-Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de 50 mil habitantes;
 - 2.5-Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;
 - 2.6-Realização de atividades educativas;
 - 2.7-Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes;
 - 2.8-Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

II - Avaliação da Assistência Pré-natal

Para avaliar a efetividade da assistência pré-natal oferecida, a partir dos dados disponíveis nos sistemas nacionais de informações em saúde o município e o estado devem utilizar, no mínimo, os seguintes indicadores:

1-Indicadores de Processo

- 1.1-Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta até o quarto mês, em relação à população-alvo (número de gestantes existentes ou estimado pelo número de nascidos vivos do município);
- 1.2-Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal;
- 1.3-Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério;
- 1.4-Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos;
- 1.5-Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos;
- 1.6-Percentual de gestantes inscritas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica.
- 1.7-Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis (06) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos; o teste anti-HIV, a dose imunizante da vacina antitetânica.

2. Indicadores de Resultado

- 2.1- Percentual de Recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total de recém-nascidos vivos do município
- 2.2 - Percentual de Recém-nascido com tétano neonatal, em relação ao total de recém-nascidos vivos do município
- 3-Indicadores de Impacto
 - 3.1-Coeficiente de incidência de sífilis congênita no município comparando com o do ano anterior;

- 3.2-Coeficiente de incidência de tétano neonatal no município comparando com o do ano anterior;
- 3.3-Razão de mortalidade materna no município comparando com o do ano anterior;
- 3.4-Coeficiente de mortalidade neonatal precoce no município comparando com o do ano anterior;
- 3.5- Coeficiente de mortalidade neonatal tardia no município comparando com o do ano anterior;
- 3.6- Coeficiente de mortalidade neonatal total no município comparando com o do ano anterior.

ANEXO II

PRINCÍPIOS GERAIS E CONDIÇÕES PARA A ADEQUADA ASSISTÊNCIA AO PARTO

A humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. Receber com dignidade a mulher e o recém-nascido é uma obrigação das unidades. A adoção de práticas humanizadas e seguras implica a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas.

Para a adequada assistência à mulher e ao recém-nascido no momento do parto, todas as Unidades Integrantes do SUS têm como responsabilidades:

1. atender a todas as gestantes que as procurem;
2. garantir a internação de todas as gestantes atendidas e que dela necessitem;
3. estar vinculada à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal de modo a garantir a internação da parturiente nos casos de demanda excedente;
4. transferir a gestante e ou o neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário;
5. estar vinculada a uma ou mais unidades que prestam assistência pré-natal, conforme determinação do gestor local;
6. garantir a presença de pediatra na sala de parto;
7. realizar o exame de VDRL na mãe;
8. admitir a visita do pai sem restrição de horário;
9. garantir a realização das seguintes atividades:
 - Realização de partos normais e cirúrgicos, e atendimento a intercorrências obstétricas;
 - recepcionar e examinar as parturientes;
 - assistir as parturientes em trabalho de parto;
 - assegurar a execução dos procedimentos pré-anestésicos e anestésicos;
 - proceder à lavagem e antissepsia cirúrgica das mãos;
 - assistir a partos normais;
 - realizar partos cirúrgicos;
 - assegurar condições para que as parturientes tenham direito a acompanhante durante a internação, desde que a estrutura física assim permita;
 - assistir ao abortamento incompleto, utilizando, preferencialmente, aspiração manual intra-uterina (AMIU);
 - prestar assistência médica e de enfermagem ao recém-nascido;
 - elaborar relatórios médico e enfermagem e fazer registro de parto;
 - registrar a evolução do trabalho de parto em partograma;
 - proporcionar cuidados no pós-anestésico e no pós-parto;
 - garantir o apoio diagnóstico necessário
10. dispor dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à adequada assistência ao parto.