

ARTIGO DE REVISÃO

A MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA E A PROBLEMÁTICA DO CUIDADO À CRIANÇA PREMATURA: UM ESTUDO DE REVISÃO

Motherhood in the adolescence and a problematic of caring for premature baby: a literature review

La maternidad en la adolescencia y la problemática del cuidado al niño prematuro:
un estudio de revisión*Brígida Neide Rocha Lira¹, Ivone Evangelista Cabral²***Resumo**

As estatísticas oficiais indicam um aumento na prevalência de gravidez na adolescência, levando as jovens ao enfrentamento da gravidez precoce e da maternidade prematura com todos os riscos a ela inerentes. A pesquisa bibliográfica teve por objetivos: identificar estudos científicos que retratam a maternidade na adolescência e a problemática do cuidado à criança prematura; e analisar as relações entre maternidade prematura e cuidado à criança. Realizamos a revisão bibliográfica de publicações sobre gravidez na adolescência e maternidade prematura em bases de dados da saúde nos últimos 10 anos. Os estudos apontam uma relação entre elevados índices de gravidez na adolescência e alta morbi-mortalidade materna e neonatal. Outros indicam que elas precisam superar os desafios impostos pelo exercício do cuidado na maternidade, vivem a necessidade de concluir o seu processo de escolarização, de preparar-se para ingressar no mercado de trabalho e de manter as relações sociais próprias do seu grupo.

Descritores: Enfermagem pediátrica; neonato prematuro; Juventude; Gravidez na adolescência

Abstract

The governmental statistic are showing a rise in prevalence of pregnancy in adolescence, by leading these young social group to cope with early pregnancy and premature motherhood with all risks involved. The purposes of this review were: (a) identifying scientific studies that portray motherhood in adolescence and the problematic of caring for premature child; e (b) analyzing the relations among premature motherhood and child care. A literature review has been brought forward concerning pregnancy in adolescence and premature motherhood in publications available at www.capes.gov.br. The results showed that during this years, the pregnant teenagers contend with high rates of maternal and neonatal morbimortality. A long while after, the survival stage is deemed to overcome challenges laid down by practicing a widespread care in maternity. Besides, it breathes life into accomplishing their background process, by taking steps to fare in the labour market and to sustain the social relationship of their group.

Keywords: Pediatric nursing; Premature infant; Youth; Early pregnancy

Resumen

Las estadísticas oficiales indican un aumento en la prevalence de gravidez en la adolescencia. Llevando las jóvenes al enfrentamiento de la gravidez precoz y de la maternidad prematura con todos los riesgos inherentes a ella. La investigación bibliográfica tuvo por objetivos: identificar estudios científicos que retratan la maternidad en la adolescencia y la problemática del cuidado al niño; y analizar las relaciones entre maternidad prematura y cuidado al niño. Realizamos la revisión bibliográfica de publicaciones sobre gravidez en la adolescencia y maternidad prematura en bases de datos de la salud en los últimos 10 años. Los estudios apuntan una relación entre elevados índices de gravidez en la adolescencia y alta morbi-mortalidad materna y neonatal. Otros estudios indican que las jóvenes madres necesitan superar los desafíos impuestos por el ejercicio del cuidado en la maternidad, viven la necesidad de concluir su proceso de escolarización, de preparar-se para ingresar en el mercado laboral y de mantener las relaciones sociales propias de su grupo.

Descriptores: Enfermería pediátrica; Neonato prematuro; Juventud; gravidez en la adolescencia

¹ Mestre em Enfermagem. Especialista em Terapia Intensiva Adulta e Neonatal pela FENF/UERJ. Enfermeira Militar Oficial do CBMERJ. Coordenadora de Enfermagem do PSE. E-mail: brigidalira@click21.com.br

² Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da EEAN/UFRJ. Pesquisadora do CNPq e do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança (NUPESC)/EEAN/UFRJ.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1989), através do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), considera adolescência o período compreendido entre 10 e 20 anos incompletos. Adolescente, para a declaração conjunta da Organização Mundial de Saúde (OMS), Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2001), utiliza o termo juventude para designar o período de idade compreendido entre 15 e 24 anos. Jovens são pessoas entre 10 e 24 anos. Para fins do presente texto, adotaremos a designação jovem para nos referirmos às adolescentes que engravidam nessa etapa de vida.

As transformações biológicas e psicossociais que acontecem na vida das jovens não têm acompanhado os indicadores de prevalência de gravidez na adolescência, tendo em vista que elas e os seus parceiros jovens têm enfrentado a gravidez e a maternidade cada vez mais cedo em suas vidas (SOUZA, s/d). A maturidade biológica para engravidar nem sempre acompanha a maturidade psicossocial para assumir as responsabilidades relativas à maternidade, sendo este o primeiro desafio para se cuidar de um bebê. Ademais, pode haver um distanciamento maior entre ambos os aspectos quando, além de viver uma gravidez prematura, também ocorre o nascimento de um bebê prematuro (nasceu antes de completar o seu tempo de amadurecimento fisiológico) e de baixo peso.

No contexto deste artigo, a expressão prematura é tomada em seu significado etimológico (FERREIRA, 1995) como algo que amadureceu antes do tempo, ou seja, a jovem engravida na etapa de vida da adolescência, período em que não completou o seu processo de amadurecimento cognitivo, afetivo e emocional, a despeito de sua capacidade biológica. Trata-se de uma jovem que se encontra em processo de definição de personalidade, de transição do mundo infantil para o adulto.

A maternidade prematura traz desafios até então desconhecidos para elas (CARVALHO e BARROS, 2000). O cuidar de um bebê a termo já é uma experiência de acertos e erros para qualquer mãe, quiçá o cuidado a um bebê prematuro. Aqueles que nascem com extremo baixo peso, aparência frágil e que dependeram de uma unidade

de terapia intensiva neonatal para sobreviver se revelam mais desafiadores ainda para esse grupo de jovens mães (GOMES, 1996; SCOCHI, COSTA e YAMANAKA, 1996; CUNHA, 1997; CABRAL, MORAES e SANTOS, 2003).

Nesse sentido, o presente artigo trata de um estudo de revisão sobre a relação entre gravidez na adolescência e maternidade prematura, especialmente quando a jovem assume as responsabilidades relacionadas ao cuidado com o bebê que também nasce prematuro. Para tanto, buscou-se nas bases de dados com produções acadêmicas (dissertações e teses), artigos científicos disponíveis no portal Capes e Scielo, resumos de publicações das bases Lilacs e Medline, nos últimos 10 anos.

Com base na problemática da maternidade prematura da jovem mãe no cuidar do bebê prematuro, estabelecemos como objeto de estudo os desafios das jovens mães no exercício da maternidade de bebê prematuro no ambiente domiciliar. O levantamento tem por objetivos: (a) identificar estudos científicos que retratam a maternidade na adolescência e a problemática do cuidado à criança prematura; e (b) analisar as relações entre maternidade prematura e cuidado à criança prematura.

A GRAVIDEZ PRECOCE E OS RISCOS PARA A SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA

Para uma melhor compreensão da distinção que estabelecemos para as expressões prematura e precoce, trazemos agora o significado etimológico da expressão precoce relacionado ao desenvolvimento de habilidades adquiridas antes do tempo ou idade esperada (FERREIRA, 1995) para argumentar sobre a gravidez da jovem que, além de prematura, é precoce. Pois, a despeito das condições biológicas para engravidar, a gestação acontece antes do tempo de amadurecimento psicossocial da jovem no enfrentamento de sua nova condição na sociedade.

Os riscos que envolvem a gravidez na adolescência, como o baixo peso do recém-nascido e a prematuridade, são mencionados como problemas frequentes. Mas se a adolescente realizar acompanhamento pré-natal adequado durante a gravidez, do mesmo modo que a maioria das mulheres adultas, estará menos sujeita a riscos de

adoecimento durante a gravidez. Muitas das condições que afetam a saúde da jovem grávida têm relação com as suas condições de vida e doenças preexistentes que não foram identificadas (SOUSA, ARRUDA, 2006). A doença hipertensiva gestacional tem alta associação com a primiparidade.

No Brasil (BRASIL, 2004), a taxa de fecundidade, no período de 1970 a 2000, por grupos de idades em mulheres no período reprodutivo, diminuiu acentuadamente, especialmente nas faixas etárias a partir de 30 anos, com quedas de mais de 70%. O único grupo que teve aumento da taxa específica de fecundidade nesse período foi o de 15 a 19 anos de idade. Segundo o FNUAP, cerca de 700 mil adolescentes (10 a 19 anos de idade) tornam-se mães a cada ano no Brasil. De 1980 a 2000, houve um aumento de 15% no índice de gravidez na adolescência na faixa etária de 15 a 19 anos (UNICEF, 2004).

No município do Rio de Janeiro, entre 1993 e 2002, a proporção de nascidos vivos (NV) de jovens mães residentes permaneceu em ascensão, principalmente na faixa etária de 15 a 19 anos. Na faixa de 10 a 19 anos, nos anos de 1997 e 1999, foram evidenciados os maiores números de NV, sendo que o primeiro mostrou um total de 104.058 e o segundo de 102.233 (SMS, 2004).

Entre os argumentos mais freqüentemente usados para estabelecer a gravidez na adolescência, como um problema de saúde pública, estão os efeitos adversos na saúde materna ou da criança e a contribuição para a perpetuação da pobreza. A chance de evasão escolar e como consequência uma pior qualificação profissional, além da tendência a proles numerosas e outras tantas mudanças na vida criariam um ciclo de manutenção da pobreza (GAMA *et al.*, 2001).

A interface entre o prematuro e o precoce da gravidez na adolescência representa um alto risco físico e psicológico para a saúde da jovem e seu filho, já que compreende o futuro de ambos. Chama a atenção à realização de pré-natal inadequado, a baixa acessibilidade aos serviços de saúde e a falta de compreensão familiar.

A gravidez na adolescência é um fenômeno comum em todas as sociedades e tem relação direta com as possibilidades de fertilidade da mulher. Entretanto, a sua ocorrência fora do casamento representa uma transgressão à ordem vigente, por vezes condenada por

segmentos mais conservadores da sociedade. Muitas jovens que são submetidas a rígidos esquemas de controle familiar vêem na gravidez uma possibilidade de se casarem para reparar um “erro” ou um “mau passo”, engravidando antes do tempo do casamento. Em contrapartida, ao assumirem a gravidez, com ou sem apoio da família, a jovem se distancia da convivência social típica de seu grupo, deixando a Escola e afastando-se para dedicar-se exclusivamente à maternidade. Há ainda aquelas que recebem apoio familiar e do companheiro para o enfrentamento com a situação da gravidez e da maternidade, nessa etapa de vida (TAKIUTI, 1994).

Para outras jovens mães, a gravidez nessa época da vida “pode significar um projeto de negociação que permitiria sua ascensão para um outro *status*, seja conjugal, seja de maioridade social”. Dessa forma, poder-se-ia obter uma possível autonomia pessoal na família, de mudanças de domicílio, ou mesmo uma estratégia de antecipação do matrimônio (GAMA *et al.*, 2001).

Quanto à assistência pré-natal da jovem gestante, duas situações podem ocorrer em seu acompanhamento: o início tardio e a freqüência regular (MARINS, 1995; GOLDENBERG, FIGUEIREDO e SILVA, 2005).

O início tardio pode acontecer pelos mais variados motivos, do medo à vergonha, da comunicação tardia da gravidez à família, da falta de acesso ao serviço de saúde próximo de sua residência, entre outros, pelo despreparo da equipe no atendimento a essa clientela específica ou pela pouca provisão de recursos materiais que atendam o grupo. Por essa razão, as implicações na saúde dessa jovem aumentam as chances do nascimento de uma criança de baixo peso e/ou prematura. A freqüência regular possibilita a identificação precoce de problemas e intercorrências gestacionais com efetiva intervenção, o que minimiza danos para ela e seu bebê (*op. cit*)

Os dados de freqüência ao pré-natal acompanham as proporções estimadas para o país e evidenciou elevadas proporções de inadequação segundo a idade. Ressalta-se, nesse quadro, a presença maior de inadequação entre as adolescentes, como era esperado, não só pelos problemas de acesso em geral, mas devido a dificuldades específicas observadas entre os adolescentes para a procura de serviços médicos, como o medo de procedimentos obstétricos, vergonha dos pais, assim

como de abordagem sobre práticas sexuais, entre outras questões (GOLDENBERG, FIGUEIREDO, SILVA, 2005).

O grupo de pior cobertura quanto ao atendimento pré-natal (0-3 consultas) foi o das adolescentes que mostrou maior sensibilidade em relação ao baixo peso ao nascer e à prematuridade, evidenciando um papel diferenciado do pré-natal nessas mulheres. Esse efeito desaparece quando cresce a frequência ao pré-natal (GAMA *et al.*, 2002).

Dados da UNESCO e do Ministério da Saúde apontam que a gravidez precoce e as dificuldades dela decorrentes já respondem pela terceira causa de óbitos entre as mulheres jovens do Brasil, perdendo apenas para homicídios e acidentes de transporte (UNICEF, 2004)

A mortalidade perinatal envolve o período neonatal precoce e reflete diretamente a má qualidade da assistência prestada no período pré-natal, o que aumenta as chances de partos prematuros, doenças específicas da gravidez como diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Estudos realizados no Rio de Janeiro sobre os óbitos perinatais foram feitos centrando-se no período de 1979 e 1989 e na classificação da Fundação do Sistema Estadual de Análises dos Dados de São Paulo (SEADE). Foi encontrado que 75% dos óbitos fetais deveram-se às causas redutíveis se houvesse adequado atenção ao parto, e 14% por inadequado controle da gravidez, mostrando falhas no atendimento pré-natal. Para os óbitos neonatais, houve predomínio das causas relacionadas ao inadequado controle da gravidez, por causas que poderiam ser diagnosticadas e tratadas, diminuindo os seus efeitos, e à adequada atenção ao parto. O reflexo disso está no nascimento de recém-nascidos de baixo peso e prematuridade extrema, asfixia perinatal e óbito (ARAGÃO, 1994)

Segundo o artº 8º da Lei 8.069/90 do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2002), a adolescente tem o direito, durante a gravidez, a receber atendimento perinatal do Sistema Único de Saúde. Para garantir uma gravidez saudável e segura, a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (2001) adotou o Projeto Maternidade Segura, vinculado ao Ministério da Saúde, FEBRASGO, OPAS/OMS e UNICEF.

Todas essas medidas, no entanto, parecem estar surtindo poucos efeitos sobre os índices de mortalidade

no país. Porque entre as mulheres adultas a ocorrência de prematuridade foi de 5,6% entre 1997 e 2001; no entanto, essas proporções foram significativamente superiores na faixa de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos, tendo atingido, respectivamente, 25,5% e 7,4%. A ocorrência de baixo peso, da ordem de 7,8% entre as parturientes adultas, chegou a 35,2% na faixa de 10 a 14 anos e 11,7% na faixa de 15 a 19 anos, sendo as diferenças significantes, levando em conta os respectivos intervalos de confiança (GOLDENBERG, FIGUEIREDO e SILVA, 2005).

Quanto aos índices de morbidade entre crianças e adolescentes, temos como principais responsáveis na atualidade as causas externas. O DATASUS, em seus registros coletados pelo SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade), revelou que, no ano de 1998, no Brasil, 67,54% dos óbitos entre adolescentes de 10 a 19 anos deveu-se a causas externas (OSÓRIO e LIBERAL, 2003).

AMATERNIDADEPREMATURADIANTEDOBEBÊ PREMATURO

Nesse sentido, devemos nos preocupar não só com a investigação da problemática da gravidez prematura na adolescência, mas também com a maternidade prematura, qual seja, ser mãe nessa etapa de vida. Faz-se necessário envidar esforços no empreendimento de políticas públicas direcionadas para o grupo de jovens e sua condição de risco e vulnerabilidade.

O nascimento do bebê leva a jovem a experimentar a maternidade prematura. As fases de transformações biológicas e sua formação psíquica permanecem em processo de amadurecimento. Essa nova realidade (da maternidade prematura) representa para algumas um grande evento e para outras, uma experiência dolorosa.

Múltiplas dimensões se relacionam com a problemática da gravidez e da maternidade prematura e não somente a biológica discutida até então. Os desafios ultrapassam o campo da saúde e atingem o social e o educacional. A adolescência é marcada pelas incertezas sobre o futuro, sobre a capacidade de prover o sustento do filho e para si próprio, por exemplo, gerando ansiedade e preocupação. Muitas jovens mães, embora possam contar com o apoio dos pais ou do companheiro, ainda se vêem diante de apuros para realizar os cuidados com um bebê prematuro.

Aliado a isso, o provimento de recursos para o sustento do bebê e de si mesma está vinculado à oportunidade de emprego, que para esse grupo é escasso, seja pela falta de escolaridade e/ou experiência profissional, suas chances diminuem quando vive a situação da gravidez e da maternidade prematuras, na conquista do primeiro emprego. Em 2001, segundo FNUAP, o desemprego, na faixa de 15 a 24 anos de idade, correspondia a 49% do total de desempregados no país (UNICEF, 2004).

Após o nascimento do bebê prematuro, essa jovem mãe vive mais um enfrentamento: a prematuridade e os desafios da sobrevivência do filho que passou por uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). A passagem pela UTIN leva o bebê prematuro, a jovem mãe e sua família a permanecerem vinculados à instituição de origem, inscritos no programa de seguimento (*follow-up*) ambulatorial. No entanto, o retorno para a primeira consulta ocorre no intervalo entre uma semana e um mês após a alta.

Ao levar em consideração essas preocupações da família com o cuidado da criança prematura, uma cartilha: “Cuidados com o bebê prematuro: cartilha educativa”.

para orientação materna” (FONSECA, 2002), com instruções simples sobre o cuidado para que os pais pudessem recorrer à consulta em seus momentos de dúvidas sobre **como fazer** (*o destaque é nosso*).

Os dados epidemiológicos situam os bebês no conjunto das crianças com maiores riscos de adoecimento e morte, portanto pertencentes à categoria de crianças com necessidades especiais de saúde (WONG, 1999), em virtude de sua fragilidade clínica, que os expõe a morbimortalidade. O bebê prematuro faz parte desse grupo em função da demanda de cuidados permanentes ou temporários advindos de sua condição de maturidade biológica, ou ainda devido às causas congênicas e/ou adquiridas (CABRAL, MORAES e SANTOS, 2003; WONG, 1999).

Uma pesquisa realizada em três instituições públicas do Município do Rio de Janeiro, período de 1995-2000, registrou a incidência de internação na UTIN de 72,4% devido à prematuridade. Em relação às causas congênicas, os problemas cardíacos contribuíram para 31,8% e o neurológico e digestivo totalizaram 45,4%. Quanto às demandas de cuidados especiais, as crianças com

problemas respiratórios representaram 203 casos, seguido pelo imunológico com 102 casos, que requereram modificação no cuidar dessas crianças no pós-alta. O estudo concluiu que o prematuro egresso da terapia intensiva, em geral, apresenta demanda por cuidado de desenvolvimento e medicamentoso (CABRAL, MORAES e SANTOS, 2003).

Para a família de um bebê prematuro, é muito difícil estabelecer vínculo, pois se tem muita dúvida acerca da sobrevivência. Por sua vez, o sentimento de culpa por ter um filho prematuro faz com que, muitas vezes, os pais se afastem dele até que ele fique fora de perigo (SCOCHI *et al.*, 1999).

Esses fatores, muitas vezes impeditivos, diminuem as possibilidades de se fortalecer e estreitar elos entre a jovem mãe, sua família e a criança. Cria-se um abismo entre o nascimento inesperado de um ser inacabado - o “bebê prematuro” - e o vínculo das jovens mães, suas famílias e o bebê.

Inicia-se uma busca desenfreada pelo bebê gerado no tempo de antes (a adolescência) e que nasceu antes do tempo programado pela natureza humana (a prematuridade), com o grande desafio de reconhecer o filho – um bebê prematuro - para cuidar dele logo depois, sem a ajuda dos profissionais da UTIN. O bebê, que no início da vida, necessitou de várias pessoas e vários aparelhos para sobreviver, será entregue a eles para que proporcionem uma vida e uma infância saudáveis (RODRIGUES, 2000).

A GRAVIDEZ E A MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA: CONTRIBUIÇÕES PARA A EVASÃO ESCOLAR

Além dos desafios próprios do cuidar, a jovem se depara com a problemática de sua própria escolaridade. No estudo de 1.228 adolescentes que abandonaram a escola, cerca de um quarto o fizeram por causa de gestações anteriores. Entre as que ainda estudavam no momento em que engravidaram, houve maior abandono escolar entre adolescentes de mais idade e as que não viviam uma união consensual (SABROSA *et al.*, 2004).

Ao analisar os dados do IBGE referente ao censo escolar de 2000, destaca-se que a faixa etária entre sete e

24 anos de idade, que poderia estar cursando o ensino fundamental, corresponde a aproximadamente 61 milhões de pessoas. Entretanto, um terço nunca freqüentou a escola; a taxa de evasão é maior entre as crianças mais velhas; 5,47% das crianças entre sete e 14 anos não freqüentam a sala de aula, aumentando para 33,58% entre 15 e 19 anos. Esse percentual continua a elevar-se (74,79%) na medida em que avança a faixa de idade (até 24 anos). Esses dados revelam o lado perverso da situação da educação nacional (BLASCHKAUER, 2003).

De qualquer forma, a taxa de analfabetismo, no Brasil, vem caindo consideravelmente em cada década. De 80 para 90, o número caiu de 25,1% para 16,7%. O Programa Brasil Alfabetizado (BRASIL, 2004) reúne um conjunto de medidas para reduzir a taxa de analfabetismo no Brasil, especialmente na definição de ações direcionadas para a alfabetização de jovens e adultos, formação de alfabetizadores, entre outros, para possibilitar a inclusão social e combater as desigualdades educacionais. Para tanto, viabiliza formas de ampliação do acesso e a continuidade da escolarização em todos os níveis para aproximadamente 20 milhões de brasileiros com mais de 15 anos que não tiveram, na idade adequada, acesso à escola.

Dados da Unesco e do Ministério da Saúde apontam que 25% das meninas entre 15 e 17 anos que deixam a escola o fazem por causa da gravidez, mostrando que a maternidade prematura já é a principal causa de evasão escolar. Segundo a Unesco, das meninas de 15 a 17 que não estudam, 31% residem no Nordeste. No país, 71% moram no interior e 12% nas periferias (DIMENSTEIN, 2005).

A gravidez realmente está se tornando um grave problema, não só de saúde pública, mas também de educação. Pois se um quarto das meninas entre 15 e 17 anos grávidas deixam a escola, isso significa dizer que 254 mil param anualmente de estudar; e 2%, ou seja, outras 20 mil, abandonam os estudos para casar — afirma Miriam Abramovay, professora da Universidade Católica de Brasília, vice-coordenadora do Observatório Violência nas Escolas-Brasil e uma das coordenadoras da pesquisa “Juventudes Brasileiras”, da Unesco (DIMENSTEIN, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O levantamento bibliográfico revelou que a gravidez precoce e a maternidade prematura trazem desafios até então desconhecidos para essas jovens, em um momento de transição importante que é a passagem da infância para a vida adulta, denominado por alguns de adolescência e por outros de juventude.

No percurso do amadurecimento, a condição de mãe impõe à jovem um desafio a mais que é responsabilizar-se pelo cuidado ao bebê prematuro, os que nascem com extremo baixo peso e que apresentam uma aparência frágil. Além disso, o processo de gestar e parir envolvem riscos tanto para si mesmo como para seus bebês, levando essas jovens a fazer parte dos indicadores de morbimortalidade perinatal cada vez maiores em nossa realidade brasileira. O advento da terapia intensiva neonatal na luta pela sobrevivência do bebê se soma ao conjunto de desafios com os quais precisa se defrontar em sua trajetória, antes de retornar para casa.

No retorno ao domicílio, elas vivem a realidade de cuidar do bebê e decodificar os seus sinais de fome, frio, molhado, solidão, além de precisar desenvolver habilidades para atender às demandas apresentadas por ele na alimentação, na higiene pessoal e ambiental.

Em seu mundo de amadurecimento na adolescência e de maternidade, ainda se defronta com a necessidade de concluir o seu processo de escolarização, de preparar-se para ingressar no mercado de trabalho e de manter as atribuições socialmente imputadas de cuidar do bebê. A resposta imediata é a evasão escolar registrada pelos indicadores apontando que um quarto dessas jovens não retornam à Escola após o nascimento do bebê.

AGRADECIMENTO

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Tecnológico. Estudo bibliográfico vinculado ao Projeto de Pesquisa “Crianças com necessidades especiais de saúde: configuração do universo temático das famílias no educar dialógico da enfermagem”, coordenado pela Dra. Ivone Evangelista Cabral.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, M.G.O.S. Mortalidade perinatal na região metropolitana do Rio de Janeiro 1979-1989. (dissertação). Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1994.

BLASCHKAUER, D. Número de jovens fora da escola passa de 23 milhões. Folha *On Line* São Paulo. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/educacao/ult305ul4455shtul>. Acesso em 2 de dezembro de 2003.

BRASIL. Programa saúde do adolescente. Bases Programáticas. Secretaria de Programas Especiais de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1989.

BRASIL. Lei 8.069/90, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Diários Oficiais da União, Brasília, 16 jul. 1990. In: Oliveira SD. Estatuto da Criança e do adolescente Lei 8.069/90. 4 ed, Rio de Janeiro: Editora DP&A; 2002, p. 15.

BRASIL. Programa Brasil Alfabetizado. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/alfabetiza/>. Acesso em 10 de agosto de 2004.

BRASIL. Secretaria de vigilância em saúde. Saúde reprodutiva, gravidez, assistência pré-natal, parto e baixo peso ao nascer. Ministério da Saúde. Brasília (DF). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/capitulo2_sb.pdf. Acesso em 21 de dezembro de 2004.

CABRAL, I.E.; MORAES, J.R.M.M.; SANTOS, F.F. O egresso da terapia intensiva neonatal de três instituições de ensino e a demanda de cuidados especiais. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2003; v. 2, p. 210-217.

CARVALHO, G.M., Barros SMO. Fatores psicossociais relacionados à gravidez na adolescência. *Acta Paul Enferm* 2000, v. 13, n. 1, p. 9-17.

CUNHA, S.R. A enfermeira e a família da criança dependente de tecnologia: intermediação dos saberes. (Dissertação). Mestrado em Enfermagem. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ; 1997.

DIMENSTEIN, G. Gravidez tira da escola 25% das adolescentes. Folha *On Line* São Paulo. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/dimenstein/noticias/gd070305.html>. Acesso em 7 de março de 2005. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/viewissue.php?id=3>

FERREIRA, A.B.H. Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa. São Paulo: Editora Nova Fronteira, 1995, p. 1127, 1131.

FONSECA, L.M.M. Cuidados com o bebê prematuro: cartilha educativa para orientação materna. Ribeirão Preto. (Dissertação) Mestrado. Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2002.

GAMA, S.G.N.; SZWARCWALD, C.L.; LEAL, M.C; THEME FILHA, M.M. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. *Rev. Saúde Pública* 2001; v. 35, n. 1, p. 74-80.

GAMA, S.G.N; SZWARCWALD, C.L.; LEAL, M.C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. *Cad Saúde Pública* 2002; v. 18, n 1, p. 153-61

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

GOMES, M.M.F. O nascimento de uma criança de alto risco: significado e vivência dos familiares. *Acta Paul. Enferm* 1996; v. 9, n.esp, p. 48-56.

MARINS, A.L. A questão do ser-gestante adolescente: uma abordagem compreensiva para a enfermagem. (Dissertação). Mestrado em Enfermagem. Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ; 1995.

OSÓRIO, A.C.A.; LIBERAL, E.F. Comportamento de risco entre adolescentes. In: Liberal, EF. Construindo escolas promotoras de saúde. São Paulo: Atheneu; 2003, p.31-235.

RODRIGUES, E.C. Conhecer para cuidar: o desafio dos pais do bebê prematuro na educação dialógica intermediada pela enfermeira. (Dissertação). Mestrado em Enfermagem. Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ; 2000.

SABROZA, A.R.; LEAL, M.C, GAMA SGN, COSTA JV. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil - 1999-2001. Cad. Saúde Pública, 2004; v. 20, Supl 1, p. 130-137 .

SCOCHI, C.G.S, COSTA IAR, YAMANAKA NM. Evolução histórica da assistência ao recém-nascido: um panorama geral. Acta Paul Enferm 1996; v. 9, n. esp, p. 96-101

SCOCHI, C.G.S; CASTRAL, T.C; YEZA, F; VICI, J.A. Assistência aos pais de recém-nascidos pré-termo em unidades neonatais. R. Bras. Enferm 1999; v. 52, n 4, p. 495-503

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Projeto Maternidade Segura. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/Acoes/MatSegura.Shtml>. Acesso em 10 de agosto de 2004.

SMS. Secretaria Municipal de Saúde. Proporção de nascidos vivos de jovens mães no Município do Rio de Janeiro, 1993-2002. Disponível em: <http://www.secretariamunicipaldesaude.br/>. Acesso em 21 de março de 2004.

SOUZA, F.G.M.;ARRUDA, S.F.S. Níveis pressóricos de escolares adolescentes e indicadores de risco para hipertensão arterial Online Brazilian Journal of Nursing (OBJN), v.5, n. 1. 2006 [Online].

SOUZA, R.P. Abordagem do adolescente. In: Souza RP, Maakaoum MF. Manual de Adolescência. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria. Comitê de Adolescência; s.d.

TAKIUTI, A.D. Mitos e Tabus da gravidez adolescente. In: Costa MFJO (coord.) Amor e sexualidade. A resolução dos preconceitos. 2 ed. São Paulo: Gente; 1994, p. 21-29.

UNICEF. Perfil da População Jovem Brasileira. Fundo de População das Nações Unidas. 2001. Disponível em <http://www.fnuap.org.br/popjovem.asp>. Acesso em 16 de novembro de 2004.

WONG, D.L. Whaley & Wong Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.