

# GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: ESTUDO SOCIAL DE MÃES DE CRIANÇAS COM FISSURA LABIOPALATINA

## ADOLESCENT PREGNANCY: CHILDREN OF MOTHERS WITH SOCIAL STUDY CLEFT LIP AND PALATE

JOYCE ARTUR ROSA\*

GERCELEY PACCOLA MINETTO\*

MARIA INÊS GÂNDARA GRACIANO\*\*\*

### RESUMO

Esse estudo tem como objetivo caracterizar e avaliar os aspectos sociais e familiares de mães adolescentes de crianças em tratamento no HRAC, desvelando as diferentes formas de vivenciar a maternidade precoce. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem quanti-qualitativa desenvolvida mediante entrevista. O universo da pesquisa é constituído de cento e oitenta e sete mães adolescentes, de pacientes em tratamento no HRAC, com idade atual de até seis anos. A amostra é de quarenta mães que concordaram em participar do estudo, no período de novembro de 2010 a julho de 2011. Os principais resultados permitiram traçar o perfil socioeconômico, demográfico e clínico dos sujeitos: pacientes do sexo

**Palavras-Chave:** Adolescência. Gravidez. Fissura Labiopalatina. Aspectos Sociais.

---

\*Bacharelanda em Serviço Social pelo Centro Universitário de Bauru, mantido pela Instituição Toledo de Ensino. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social sob a orientação da Professora Mestre Gerceley Paccola Minotto.

\*\* Possui graduação em Serviço Social - ITE (1982) e mestrado em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2002). Atualmente é professora da graduação e pós-graduação do Curso de Serviço Social do Centro Universitário de Bauru, mantido pela Instituição Toledo de Ensino.

\*\*\*Possui graduação em Serviço Social - ITE (1973), especialização em Instrumentalização para Supervisão em Serviço Social pela ITE (1977) e Especialização em Administração Hospitalar pelo Centro São Camilo de Desenvolvimento Em Administração Hospitalar (1982). Mestre em Serviço Social pela PUC-SP (1988) e Doutora em Serviço Social pela PUC-SP (1995). Pós-Doutorado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2010). Atualmente é Assistente Social e Chefe do Serviço Social do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo. É Coordenadora do Curso de Especialização na área da saúde e reabilitação e orientadora do Programa de Pós-Graduação do HRAC/USP.

masculino, com fissura labiopalatina e de classe com baixo índice de intercorrência de saúde. As mães encontraram dificuldades quanto a percepção da gravidez, enfrentamentos e reflexos na vida pessoal e profissional fazendo com que a responsabilidade pela educação dos filhos fosse assumida em conjunto com o pai da criança. As reações e formas de enfrentamento diante da gravidez e do nascimento da criança com fissura labiopalatina e seus reflexos na atualidade apontam para um sonho concretizado, envolta de medo e preconceito da sociedade e aceitação. Os pais e/ou responsáveis aceitaram e resistiram ao mesmo tempo. Os sentimentos e/ou comportamentos vivenciados na gravidez se mesclam entre os positivos como os negativos, de um lado a coragem, alegria, aceitação e realização e do outro, o medo, tristeza, revolta e a preocupação. Conclui-se que há existência de conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez, porém superados mediante enfrentamento da situação com apoio da família ou companheiro. As implicações sociais inerentes da gravidez na adolescência aumentam com a chegada da criança com fissura labiopalatina, situação, porém, como foi visto passíveis de superação.

### **ABSTRACTS**

---

This study aims to characterize and evaluate the overall social and family aspects of adolescent mothers of children in treatment at HRAC, revealing the different ways of experiencing early motherhood. This is an exploratory and descriptive research with quantitative and qualitative approach developed through interviews. The universe totalizes hundred eighty and seven mothers teenagers of children, now aged up to six years. The sample is forty mothers who agreed to participate in the period from November 2010 to July 2011. The main results help to establish the socioeconomic, demographic and clinical subjects' profile: male patients with cleft lip and palate belonging to lower social class. The age of the conception was from 15 to 18 years and today they are in the range of 19 to 21 years (adult). The social and health aspects related to planning, events, relationships and family dynamics during pregnancy shows that regardless of the pregnancy was intended or not, mothers received prenatal care with low rates of health complications. Mothers found difficulties related to perception of pregnancy, and reflections on personal and professional life sharing with child's father the responsibility for child's raising. The reactions and ways of facing the pregnancy and the birth of a child with cleft lip and palate and their consequences for today point to a dream that came true surrounded by fear and prejudice from society and acceptance as well. Parents and/or guardians accepted and endured at the same time. The feelings and/or behaviors experienced during pregnancy are mixed between positive and negative, on one hand the courage, joy, acceptance and delivery and the other, fear, sadness, anger and worry. It is concluded that there are conflicts experienced by teenagers with the discovery of pregnancy, but overcome by facing the situation with support from family and/or partner. The inherent social implications of teenage pregnancy increased with the arrival of the child with cleft lip and palate, situation, however, was seen liable of overcoming.

**Keywords:** Adolescence. Pregnancy. Cleft lip and palate. Social Aspects.

## 1 INTRODUÇÃO

A gravidez precoce é uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas à sexualidade da adolescência, com sérias consequências, tanto para a vida deles mesmos, de seus filhos que nascerão e de suas famílias (BALLONE, 2003).

O nascimento da criança, para uma mãe adolescente, interrompe processos cognitivos e de desenvolvimento normais e imprescindíveis desta fase. Uma associação frequente às condições econômicas desfavoráveis agrava ainda mais a situação. A diminuição das oportunidades educacionais e de possibilidades em relação à conquista de uma profissão, também comum entre mães adolescentes, parece propiciar instabilidade financeira e aumento do estresse, predispondo aos quadros depressivos (DEAL E HOLT, 1998).

Neste contexto, percebe-se o possível impacto de uma gestação durante a adolescência, com consequências psicológicas, sociais e médicas importantes. As adolescentes gestantes enfrentam problemas na sua família e na comunidade, como rejeição, violência e estigmatização. Em muitas culturas, as adolescentes grávidas experimentam sentimentos como vergonha, culpa e discriminação. Este quadro, extremamente crítico, pode ocorrer mesmo em gestações sem intercorrência médica e com recém-nascidos perfeitos, que não tenham quaisquer anomalias. Tal fato torna mais fácil compreender o que uma gestação com características desfavoráveis - com intercorrência médica ou com fetos com anomalias - pode produzir na vida de uma adolescente.

Vários estudos relatam o impacto do nascimento de uma criança com fissura labiopalatina na vida de mães adultas. E, apesar da importância social do tema, não se encontra informações, nem mesmo as mais simples, quando se busca a relação entre mães adolescentes e recém-nascidos, com fissura labiopalatina, daí o grande interesse pelo tema.

Este estudo, portanto, objetiva caracterizar e avaliar os aspectos sociais e familiares de mães adolescentes de crianças em tratamento no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP).

Tratou-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem quanti- qualitativa desenvolvida mediante entrevista. O universo da pesquisa constituiu de mães adolescentes de crianças com fissura labiopalatina em tratamento no HRAC, com idade atual de até seis anos. E os sujeitos da amostra foram compostos por mães que concordaram em participar do estudo.

Revela-se importante para o Serviço Social e demais profissionais da saúde, pois, oferece subsídios acerca dos aspectos sociais enfrentados pelas adolescentes grávidas e, assim, pode possibilitar uma prática pautada na realidade.

O estudo é apresentado em cinco itens, sendo que após a introdução apresenta-se a gravidez na adolescência e o papel da família nesta relação, contextualizando, primeiramente, a gravidez e os conflitos advindos da situação, adolescente e gravidez.

Em seguida, antes de abordar as fissuras labiopalatinas, causas e tratamento, bem como papel do serviço social nesta realidade, o estudo aproxima o leitor do cenário da pesquisa, ou seja, apresenta o hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais HRAC-USP).

O item quatro traz a metodologia do estudo, bem como os resultados com suas respectivas análises, os quais possibilitaram a conclusão do estudo.

## **2 A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E O PAPEL DA FAMÍLIA**

### **2.1 Contextualizando a gravidez na adolescência e os conflitos advindos dessa fase**

A adolescência é um período de vida que merece atenção, pois esta transição entre a infância e a idade adulta pode resultar ou não em problemas futuros para o desenvolvimento de um determinado indivíduo. Trata-se de um período de profundas modificações, marcado pela transição entre a puberdade e o estado adulto do desenvolvimento. Nessa fase, a perda do papel infantil gera inquietação, ansiedade e insegurança, frente à descoberta de um novo mundo (MOREIRA, et. al., 2008).

Enquanto parte inerente do ciclo de vida humana, a adolescência constitui-se de características próprias, que a diferenciam das demais faixas etárias. Este é um período confuso, de contradições, de formação da identidade e da autoestima. É quando se deve deixar de ser criança para entrar no mundo adulto, repleto de responsabilidades e cobranças, mundo este tão desejado pela sensação da liberdade a ser adquirida, mas também tão preocupante por constituir-se em um novo ciclo da vida humana com intensas modificações biológicas, emocionais e sociais (RAMOS, MONTECELLI, NITSCHKE, 2000).

Na adolescência, há a descoberta do corpo e dos órgãos sexuais. Nas meninas aumenta os seios, os quadris, a distribuição dos pelos e ocorre a menarca. Esse amadurecimento físico se dá em decorrência dos hormônios sexuais e do crescimento. Na busca do prazer, do conhecimento de si e

de autoafirmação, os jovens, não raro, tornam-se rebeldes e com acentuado comprometimento de humor, porquanto, vivem em constantes conflitos. Na realidade brasileira, muitas vezes a adolescente, além dos conflitos próprios da faixa etária, vê-se com outras questões conflituosas, como a ocorrência de uma gravidez (MOREIRA, et. al., 2008).

A gravidez é um período de grandes transformações para a mulher. Seu corpo se modifica e seus níveis de hormônios se alteram para a manutenção do feto. Com tantas novidades, essa fase pode acabar gerando dúvidas e sentimentos de fragilidade, insegurança e ansiedade na futura mamãe. Alguns dos principais temores são alterações na autoimagem corporal e não ter uma criança saudável. Outros temores são relacionados ao feto e à função de gerar, nutrir e parir. Tais temores podem desencadear fases de irritabilidade e de instabilidade de humor na grávida.

A gravidez é um período de transição biologicamente determinado, caracterizado por mudanças metabólicas complexas e por grandes perspectivas de mudanças no papel social, na necessidade de novas adaptações, reajustamentos intrapessoais e mudanças de identidade (MELO; LIMA, 2000).

Atualmente, a adolescência se caracteriza como uma fase que ocorre entre a infância e a idade adulta, na qual há muitas transformações anatômicas, fisiológicas e sociais (BACHEGA, 2002).

É difícil saber, com exatidão, quando termina a infância e começa a adolescência, ou mesmo, quando a fase adulta se inicia. Muitos livros e manuais determinam faixas de idade como marcas dessas etapas.

No entanto, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) Lei 8069/1990, Art. 2º, considera “adolescente entre doze e dezoito anos de idade” (BRASIL, 1990).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), por exemplo, entende por adolescente a população que se encontra entre 10 e 19 anos. Contudo, é possível encontrar outras interpretações que definem como jovens aqueles/as entre os 15 e 24 anos, classificação que, mais recentemente, tem sido ampliada até aos 29 anos (HEILBORN, 2008).

O fato é que, dependendo de cada país e do critério de classificação, a identificação das idades que compreendem a juventude pode variar, evidenciando então, que se configura muito mais enquanto categoria cultural, incluindo ainda, o desenvolvimento pessoal e social, nos quais, além dos fatores culturais, se tem também aquele histórico, econômico, dentre outros, que determinam experiências de vida (SAITO; SILVA, 2001). Vale ressaltar que para este estudo considerar-se-á adolescente a determinação do ECA.

A incidência de gravidez na adolescência está crescendo e, nos EUA, onde existem boas estatísticas, vê-se que de 1975 a 1989, a porcentagem dos nascimentos advindos de adolescentes grávidas e solteiras aumentou 74,4%. Em 1990, os partos de mães adolescentes representavam 12,5% de todos os nascimentos no país. Lidando com esses números, estima-se que aos 20 anos, 40% das mulheres brancas e 64% de mulheres negras terão experimentado ao menos uma gravidez nos EUA (BALLONE, 2003).

No Brasil a cada ano, cerca de 20% das crianças que nascem, são filhas de adolescentes, número que representa três vezes mais garotas com menos de 15 anos grávidas que na década de 70. A grande maioria dessas adolescentes não tem condições financeiras, nem emocionais para assumir a maternidade e, por causa da repressão familiar, muitas delas fogem de casa e quase todas abandonam os estudos (BALLONE, 2003).

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) os índices de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) demonstram o crescimento do número de internações, para atendimento obstétrico nas faixas etárias de 10 a 14, 15 a 19 e 20 a 24 anos. As internações por gravidez, parto e puerpério correspondem a 37% das internações entre mulheres de 10 a 19 anos no SUS.

Recentemente, o Ministério da Saúde destaca que o número de partos de adolescentes pelo SUS, caiu mais de 22% na segunda metade da década passada, tendência essa atribuída às campanhas destinadas aos adolescentes e a ampliação do acesso ao planejamento familiar. Só no ano de 2009 foram investidos R\$ 3,3 milhões nas ações de educação sexual e reforço na oferta de preservativos aos jovens brasileiros (BRASIL, 2010).

As transformações físicas que ocorrem na adolescência, geralmente, são apontadas como o principal acontecimento experimentado. Decorrentes de processos biológicos – a primeira menstruação, crescimento dos seios, pêlos, aumento do pênis e testículos, dentre outras – são mudanças marcantes para a maioria dos adolescentes. Contudo, é preciso estar atento que não apenas os hormônios identificam a puberdade e adolescência. É um estágio perpassado por conflitos, dúvidas, inquietações. É um momento de mutação, de oportunidades, de entender que o crescimento faz parte dos ciclos da vida, de começar a pensar em que carreira profissional gostaria de seguir, de se apaixonar e, também de perigos como; drogas, violência e sexo sem prevenção (HEILBORN, 2008).

Portanto, a adolescência é um período de mudanças, ocasionadas por sua especial sinergia de fatores biológicos, psíquicos, sociais e culturais. Nesta fase, o jovem se vê em meio a novas relações com a família, com meio em que vive, consigo mesmo e com os outros adolescentes. É nesse período da vida que ocorre a transição de um estado de dependência, para outro de relativa independência (TAKIUTI, 2006).

Sendo a adolescência um processo de desenvolvimento biopsicossocial, pode ser marcado por crises, dificuldades, mal-estar e angústias. Ao abandonar a condição infantil e buscar o ingresso no mundo adulto, o adolescente sofre acréscimos em seu rendimento psíquico. O intelecto, por exemplo, apresenta maior eficácia, rapidez e elaborações mais complexas, havendo acréscimo no seu desempenho global. Dessa forma, o adolescente pode formar condições de altivez e independência da experiência dos mais velhos, achando que podem tudo, os adolescentes se rebelam e começam a elaborar valores inusitados, muitas vezes, contrários aos até então tidos como corretos. Essa rebeldia integra a construção da identidade juvenil e é fundamental a seu desenvolvimento humano. Um equilíbrio estável nesse estágio seria anormal (MOREIRA, et. al. 2008).

Acerca do desenvolvimento físico, as alterações físicas acontecem rapidamente na adolescência. O amadurecimento sexual ocorre com o desenvolvimento das características sexuais primárias e secundárias. As características primárias são alterações físicas e hormonais necessárias à reprodução, e as secundárias diferenciam externamente o sexo masculino do feminino (POTTER, P. A., 2006).

Sobre o desenvolvimento social, na medida em que a idade adulta se aproxima, o adolescente deve estabelecer relacionamentos íntimos ou permanecer socialmente isolado. A obtenção da identidade sexual é intensificada pelas alterações físicas da puberdade. Também é influenciado por atitudes culturais, expectativas do comportamento sexual e modelos de papéis válidos. Os adolescentes procuram uma identidade de grupo porque necessitam de estima e aceitação. A necessidade de identidade de grupo entra em conflito com a necessidade de uma identidade pessoal (MOREIRA, et. al., 2008).

## **2.2 A adolescência**

Segundo Dicionário Aurélio, a palavra adolescência que vem do latim, corresponde ao “período da vida humana que sucede a infância, começa com a puberdade, e se caracteriza por uma série de mudanças corporais e psicológicas estende-se aproximadamente dos 12 aos 20 anos).”

O adolescente é um ser concreto que vive uma determinada realidade sociocultural e se desenvolve segundo as suas características. Está sempre em transformação e participa como transformador que pensa e age de forma isolada da sociedade e do grupo social de referência.

A principal característica da adolescência é a busca da identidade. Esta se forma através da observação dos outros, da rejeição e da aceitação de características com as quais o adolescente se identifica. O adolescente vai experimentando vários papéis, num processo de escolha muito mais turbulento que em outras fases da vida, pois se sente marginalizado tanto no mundo infantil como no adulto.

A busca da identidade acarreta muitas angústias e dificuldades de relacionamentos, os adolescentes é taxado como aquele que desafia o perigo e as regras sociais que enfrenta o medo diante do desconhecido, as incertezas e o descontrole sobre as transformações físicas pelas quais passa, fazendo isso muitas vezes para chamar a atenção da sociedade e de seus pais, mostrando assim que são adultos.

Como aponta Takiuti (1998) a adolescência é:

Uma fase muito difícil do ser humano, é a que se refere a transição da infância para a vida adulta, portanto, trata-se das transformações corporais desencadeadas pela puberdade, que são vividas com muita ansiedade, pois significa trocar o corpo infantil já conhecido, por outro que cresce e se modifica sem o seu controle. São novos pelos, mamas, braços, quadril, espinhas que surgem da noite para o dia, modificando o seu esquema corporal.

Existem também as transformações psicológicas, nas quais o adolescente cria vários questionamentos e não adquire respostas. Muitas vezes, o adolescente é tratado pela família e até mesmo pela sociedade de forma ambígua, ora como criança, ora como adulto, isto é, são capazes de tomar decisões quando for conveniente para a sociedade e outras vezes, são protegidos, ou seja, adolescência é uma época cujas manifestações emocionais são caracterizadas pela ambiguidade de

papeis infantil/adulta), pela mudança de valores e por dificuldades frente a busca de independência pela vida.

A adolescência, portanto, demarca uma etapa da vida, de início e término variável, na qual se opera a transição da infância para o mundo adulto. As transformações biológicas e psicológicas são velozes e geram inevitável tensão.

Zagury (1996) enfatiza o fato da adolescência se caracterizar por uma fase de transição, uma etapa importante do desenvolvimento, cujas características intrínsecas levarão a criança a tornar-se um adulto com capacidade de reproduzir. Para a autora, as mudanças corporais que acontecem nessa fase são universais, com poucas variações de cultura para cultura; diferentemente das mudanças psicológicas e de relações que, marcadamente, são variáveis de uma sociedade para outra. Reafirma também, o acentuado desenvolvimento físico, com transformações internas e externas, presentes na adolescência, bem como as mudanças nos campos intelectuais e afetivos.

Portanto, a adolescência implica num período de mudanças físicas e emocionais, um momento de conflito ou de crise. Não podemos descrever a adolescência como simples adaptação as transformações corporais, mas como um importante período no ciclo existencial da pessoa, uma tomada de posição social, familiar, sexual e entre grupo.

Segundo Osório (1992) a adolescência é:

Uma etapa da vida na qual a personalidade está em fase final de estruturação e a sexualidade se insere nesse processo, sobretudo como um elemento estruturador da identidade do adolescente.

Sendo assim, há necessidade de conhecer melhor os mitos, tabus e a realidade da sexualidade para que se possa abordá-la de forma mais tranquila com os adolescentes, assunto tratado a seguir.

### **2.3 A sexualidade e a gravidez na adolescência**

A questão da sexualidade do adolescente é ainda pouco debatida pela sociedade e um tabu para muitas famílias o que tem levado as situações indesejáveis como a gravidez, por exemplo. O conflito de gerações, a pressão social e a busca da identidade com a evolução do pensamento

humano, vêm trazendo várias concepções de valores, assim são percebidas de forma diversa a virgindade, o casamento, a maternidade, o amor, os papéis sexuais dentro das relações conjugais e sociais.

O início da sexualidade do adolescente e o seu comportamento sexual começa a se desenvolver já na infância com trocas de carinhos, afetos de relacionamentos interpessoais e de comunicação sobre a sexualidade. É um processo muito complexo e é fruto da interação de vários fatores, incluindo o desenvolvimento físico, psicossocial, exposição a estímulos sexuais, os grupos de contatos sociais e as situações especificam que permitem o acesso a experiências eróticas.

O sexo é uma função natural que existe desde o nascimento e varia a intensidade segundo o ciclo vital, a sexualidade representa uma característica humana, sendo complexa e diversa das diferentes formas de manifestações individual e social.

Na atualidade, vê-se o exercício da sexualidade começando cada vez mais cedo, impulsionado pela imposição social que leva crianças a adoescerem precocemente e, de forma semelhante, fazendo com que os mesmos ingressem mais cedo na vida adulta, mesmo não estando preparados.

A realidade atual é que as relações sexuais se iniciam precocemente, com um número alarmante de gestações não desejadas, a gestação em si é um momento delicado que requer atenção, não somente para o bebe mais sim para a mãe adolescente, pois possui particularidades próprias.

A complexidade das mudanças provocadas pela vinda de um bebe não se restringe as variáveis psicológicas e bioquímicas, pois os fatores socioeconômicos também são fundamentais, pois trabalhar com mães adolescentes implica em desafios para compreender este mundo repleto de subjetividade, pois a grande maioria é despreparada física, psicológica, social e economicamente para exercer o novo papel materno.

Uma vez grávida, a adolescente sofre uma carga emocional maior e mais intensa por conta dos processos que ocorrem juntos: a busca da identidade de mulher que pode significar um processo de desenvolvimento e a integração de sua identidade de mulher que pode significar o aumento da dependência familiar e ou de um companheiro, restringindo as possibilidades de sua identidade pessoal.

Takiuti, (1998) aponta que:

[...] entendemos que a única forma de se evitar essas situações dramáticas, que propõe em risco as expectativas de futuro dos

adolescentes, é a prevenção, e essa prevenção se faz com garantias sociais; garantias no acesso a uma educação integral que possa entender os aspectos da adolescência normal e oferecer o espaço para o adolescente colocar para fora seus problemas e suas dúvidas, incentivarem o amor pelo conhecimento e pelos livros, garantindo acesso á cultura e ao esporte, como forma de incentivar o seu potencial criador; garantias no processo de formação profissional de acordo com a vocação; garantias de direitos iguais entre homens e mulheres. Enfim garantias de falar, ouvir e ser estendido.

Sendo assim, o adolescente necessita de muita atenção e cuidados especiais por parte da família, e quando surge uma gravidez é importante lembrar, que deve ser incluída nas estratégias de prevenção, a averiguação de atitudes frente à adolescente que engravidou. Pois há evidências de abandono escolar por pressão da família, pelo fato da adolescente sentir vergonha devido à gravidez e, ainda, por achar que "agora não é necessário estudar". Pode haver também rejeição da própria escola, por pressão dos colegas ou seus familiares e até de alguns professores, exigindo que a família, mais do que nunca cumpra seu papel de protetora e formadora.

#### **2.4 O papel da família junto à adolescência grávida**

O termo família se origina do latim Famulus, significa conjunto de servos e dependentes de chefe ou senhor, família é uma criação humana e social mutável, histórica, que se define e se transforma conforme a estrutura social dada. Prado (1981) afirma que é mais fácil encontrar a história da palavra família do que da instituição familiar.

Família é uma instituição social variando através da História e apresentando formas e finalidade diversas, numa mesma época e lugar, conforme o grupo social que esteja sendo observado.

Saraceno (1997) considera que:

A naturalização da instituição famílias e a dificuldade em entendê-la como construção social, devem-se ao fato de que a família é, ao

mesmo tempo, espaço físico, relacional e simbólico, a família revela-se como um dos lugares privilegiados da construção social da realidade, a partir da construção social dos acontecimentos e relações aparentemente naturais.

Ao pensar na família hoje, deve-se considerar as mudanças que ocorrem na sociedade, como estão se construindo as novas relações humanas e de que forma as pessoas estão cuidando de sua vida familiar, as mudanças que ocorrem no mundo afetam a dinâmica familiar como um todo e, de forma particular, cada família, conforme sua composição, história e pertencimento social.

A gravidez na adolescência provoca mudanças em vários níveis: individual, familiar e social. Desta forma, o papel da família é fundamental nesse momento e se expressa através do diálogo entre pais e filhos. Em função da influência dos fatores de ordem social e emocional presente nesta situação, é importante que os pais possam conversar com os seus filhos e filhas sobre esta gravidez e as conseqüências desta situação em suas vidas.

Ao criarem um espaço propício ao diálogo, com base no amor e respeito mútuo, os pais ajudarão seus filhos na tomada de decisões conscientes com relação ao seu futuro.

A gravidez implica no nascimento de uma nova vida e exige cuidados não só para a mãe como também para a futura criança. A amplitude e a abrangência dessas mudanças, as quais abarcam a adolescente, sua família e o bebê, indicam a importância da adolescente dialogar com seus pais e companheiro sobre o seu futuro e o do seu filho. Na verdade, este diálogo deveria se iniciar antes da gravidez, propiciando assim o seu planejamento, o que iria minimizar as possíveis situações de conflito daí decorrentes.

A família deveria dar as orientações acerca do que considera certo e do que considera errado, pois é muito comum que se veja um medo, entre os pais, de dizer o que é certo e o que é errado, essa perda de referência prejudica a todos, gerando inseguranças, dois pesos e medidas, sensação geral de injustiça e falta de parâmetros.

A família representa o suporte, deixando claro que tem responsabilidades em relação à adolescente e à criança que irá nascer independente de estar morando junto a ela, José Filho (2002) ressalta que a família é fundamental não apenas no âmbito da produção biológica, mas principalmente, enquanto mediadora de seus membros com a sociedade. Proporciona a construção

da primeira identidade e insere nas relações sociais em nível emocional, cultural e socioeconômico, por isso o diálogo entre os pais e seus filhos são fundamentais.

### **3 AS FISSURAS LABIOPALATINAS E O ENFRENTAMENTO DO TRATAMENTO DO FILHO COM FISSURA LABIOPALATINA**

#### **3.1 Apresentando Hospital de Reabilitação de anomalias craniofacial (HRAC-USP)**

O Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais- (HRAC) é mantido com recursos da Universidade de São Paulo – (USP) e Fundação para o Estudo e tratamento das deformidades Crânio - Faciais – (FUNCRAF) que administra recursos advindos do sistema Único de saúde – (SUS) dentre outros. Localizado na cidade de Bauru/SP, o HRAC atende pacientes procedentes de várias localidades do Brasil e de países vizinhos; para isso, criou diferentes programas visando atingir suas metas com eficiência e garantir as pessoas de anomalias craniofaciais um tratamento integrado, completo e com alto padrão de qualidade (FREITAS, GRACIANO, CUSTÓDIO, 2001, p. 13).

O Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) da Universidade de São Paulo (USP) tem por finalidade o ensino, a pesquisa e a extensão dos serviços à pessoas com anomalias craniofaciais, síndromes relacionadas e ou distúrbios à audição (UNIVERSIDADE, 2009).

Em sua totalidade o HRAC desenvolve programas nas áreas de: fissuras lábio– palatal, malformações nas extremidades, genéticas, implante ósseo integrado, implante coclear e descentralização mantendo diferentes convênios de intercâmbio técnico - científico com organizações nacionais e internacionais visando o desenvolvimento de pesquisas e a formação de recursos humanos, viabiliza o acesso e a continuidade do tratamento de pessoas portadoras de anomalias craniofaciais no HRAC, visando sua inclusão numa política de saúde em interface com a assistência social e contribui no processo de humanização e acolhimento aos casos novos preparando-os para o início do tratamento.

As demandas atendidas são pacientes e familiares portadores de anomalias craniofaciais e distúrbios correlacionados à audição e linguagem, matriculados no HRAC, o hospital objetiva não só a reabilitação estética e funcional, como também a reabilitação social do paciente e sua família.

A reabilitação das deformidades faciais congênitas adquiridas envolve a união de esforços de uma equipe de profissionais que por meio de uma ação interdisciplinar, preventiva e curativa, junto à pessoa com fissura labiopalatina, seus familiares e comunidade, procure minimizar seus problemas, favorecendo as condições para o pleno desenvolvimento de suas capacidades físicas, afetivas e sociais.

Graciano, Tavano, Bacheга (2007, p. 326) destacam que:

Um dos principais desafios de um serviço como o HRAC-USP é assegurar as pessoas com anomalias craniofaciais o acesso ao tratamento e à sua continuidade, visando a sua inclusão numa política de saúde, por meio dos programas de reabilitação, que têm como eixo fundamental, a prevenção de casos de abandono de tratamento ou a intervenção, por meio de diferentes programas.

Pontuam ainda (p.326) que:

O compromisso com a qualidade dos serviços prestados, a luta intransigente dos direitos humanos e sociais, a ampliação do conceito de cidadania e o posicionamento em favor da justiça social, eliminando todas as formas de preconceito, é, portanto, um desafio constante.

No HRAC o Serviço Social tem como desafio a construção de diferentes espaços rumo à conquista de direitos de cidadania, por meio de uma prática profissional competente e comprometida com os usuários, fica claro, portanto, que desde o início dos atendimentos, até a atual conjuntura, o eixo condutor da ação do Serviço social é a prevenção e/ou intervenção nos casos de abandono de tratamento, fazendo uma releitura desta demanda durante toda essa evolução, pautada sempre no projeto ético-político da profissão.

Como ressaltam Silva, Lessa (1998) o assistente social em uma equipe de saúde: “é o profissional que identifica as necessidades dos usuários e as condições sociais em que ele está inserido. A partir desta visão de totalidade, passa a interpretar junto à equipe, aspectos relevantes no âmbito social”. Fica claro, portanto, que desde o início dos atendimentos, até a atual conjuntura, o eixo condutor da ação do Serviço social é a prevenção e/ou intervenção nos casos.

### **3.2 As fissuras labiopalatinas**

A palavra “fissura” significa fenda, abertura. A sua manifestação envolve qualquer região da face e do crânio, muito embora sejam usuais no lábio e/ou no palato (céu da boca); daí sua designação de fissuras labiopalatina. (SILVA FILHO, SOUZA FREITAS, 2007).

As fissuras labiopalatina remetem imediatamente aos estigmas: um traço que está intimamente ligado a face e também a fala, principais focos de contato nas intenções humanas.

A face considerada “um cartão de visitas” para as pessoas que valorizam a estética, a fala, fundamental para a comunicação, surpreende e causa espanto em função da nasalidade ou dos distúrbios articulatorios. Além das implicações físicas e funcionais da fissura, sobrevivem outras não menos importantes na vida dos portadores de malformações.

Segundo Capelozza Filho et. al. (1988) os defeitos congênitos estruturais que afetam a face humana manifestam-se de diferentes formas clínicas, variando desde as fissuras lábio palatais comuns ou raras, até as mais complexas malformações crânio faciais.

As malformações labiopalatina situam-se entre o terceiro e o quarto defeito congênito mais freqüente, sendo que ocorre um para cada 650 nascimentos. (NAGEM FILHO, MORAES, ROCHA, 1968).

A classificação das fissuras labiopalatina utilizada pelo HRAC baseia-se em Spina; PsillaKis; Lapa (1972) modificada por Silva Filho et. al. (1992), são elas: Grupo I: Fissuras pré-forame incisivo: unilateral (direita ou esquerda completa ou incompleta); bilateral (completa ou incompleta); mediana (completa ou incompleta); Grupo II: Fissuras transforame incisivo: unilateral (direita ou esquerda); bilaterais; mediana; Grupo III: fissuras pós-forame incisivas: completa e incompleta; Grupo IV: fissuras raras da face.

Para melhor entendimento, as fendas pré-forame são as de lábio, as pós-forame são as de palato (céu da boca) e as transforame são as que envolvem lábio, alvéolo (gengiva) e palato, e são

popularmente conhecidas como labioleporino (fissuras labiais) e/ou goela de lobo (fissuras palatinas).

Barcellos (1990) reforça que as fissuras labiopalatina atingem a maxila, ossos e cartilagens nasais, além do lábio e palato evidentemente, criando problemas de ordem funcional e estética como dificuldades de fonação, alterações de arcada dentária e alteração de desenvolvimento da maxila e acúmulo de líquido no ouvido médio. Esses são alguns desafios que a equipe deve enfrentar, visando à reabilitação que possibilitará a integração da pessoa com fissura no contexto social e familiar. Acrescenta ainda que a reação dos pais associa sentimento de culpa, rejeição e de superproteção, constituindo um choque psicológico.

Conforme Watson, Sell e Grunwell (2005) a fenda palatina e a fissura labial podem ocorrer devido a predisposições genéticas e fatores ambientais como o álcool, doença materna e tabagismo. Essa intercorrência dá-se no desenvolvimento da face e da cavidade da boca, no primeiro trimestre de gravidez.

O estudo realizado por Capelozza Filho et al. (1988) aponta alguns fatores ambientais como possíveis causas, dentre eles:

Doenças: especialmente quando ocorridas no primeiro trimestre da gravidez, dentre elas destacam-se epilepsia (maior incidência quando as mães epiléticas tomam remédios anticonvulsivantes), a toxoplasmose, a varíola, estando o sarampo e a varicela dentre as suspeitas. Os riscos de aborto em mulheres grávidas também têm uma correlação com a ocorrência de casos de fissuras, além da diabete;

Radiação: a exposição em mulheres grávidas à radiação tem efeito teratogênico sobre o embrião, principalmente na realização de exames radiográficos, podendo ocasionar inclusive o aborto, ou seja, é absolutamente não indicado para mulheres grávidas, especialmente no primeiro trimestre da gravidez;

Estações do ano: embora contestável, sendo que nem todos os estudiosos concordam com essa afirmação, existem estudos sobre a incidência de nascimentos de crianças com fissuras labiopalatais em determinadas épocas do ano, sendo o mês de maio a maior incidência de nascimentos com fissuras completas; no mês de fevereiro as fissuras de palato e no mês de outubro dos nascimentos com fissuras de lábios.

Tabagismo: as gestantes que fumam têm maior probabilidade de gerar portadores de fissura labiopalatal, tendo sido constatado na literatura que o fumo durante a gestação, ou seja, o uso de cinco ou mais cigarros por dia, é mais frequente entre as mães dessas crianças.

**Alcoolismo:** o estudo realizado pelo autor verificou que as mães com certo grau de alcoolismo durante a gestação apresentaram maior número de filhos com fissuras do que as mães que não possuíam esse vício.

**Idade dos pais:** há controvérsias na correlação entre a idade dos pais e a incidência de fissuras labiopalatais, sendo que a maior correlação foi com a idade paterna devido à hipótese de que a causa provável seria uma mutação do gene paterno, com a idade. Porém, quando as fissuras se apresentam associadas à outra malformação, há um aumento na incidência diretamente proporcional a idade dos pais para todos os tipos de fissuras. Em razão dessa controvérsia, existem autores que afirmam ser pequeno o aumento da incidência com o aumento da idade dos pais, não se constituindo motivo de preocupação para aqueles que desejarem ter filhos com idade acima da média.

**Drogas anticonvulsivantes:** esses medicamentos, geralmente usados por mães epiléticas, reduzem o nível de ácido fólico no sangue, sendo necessário um controle rigoroso, inclusive com um suprimento adicional. Nesses casos, a frequência de filhos nascidos com fissura foi dez vezes maior que o normal.

**Sedativos:** a ingestão de benzodiazepinas (diazepam) entre as mães de crianças com fissuras labiopalatais foi quatro vezes maior do que em mães de crianças normais.

**Substâncias antiblásticas:** quase todas as substâncias químicas empregadas como antitumorais demonstraram ter direta relação com as malformações congênitas. Com a utilização dessas drogas, além da fissura palatina se obtém com frequência a fissura labial, e com a actinomicina D é certa a falta de fusão de todos os processos embrionários da face.

**Agrotóxicos:** embora não comprovada como definitiva em pesquisas a hipótese de correlação entre a utilização de agrotóxicos e a incidência de fissuras têm merecido considerações e estudos mais detalhados.

**Deficiências nutricionais:** a questão da deficiência nutricional, embora controvertida, deve ser considerada como uma das causas de ocorrência de fissura labiopalatal, correlacionada a classe social da família com a deficiência nutricional.

Outro estudo realizado por Modolin, Kamakura, Cerqueira (1996) destaca outros fatores de comprometimento, além dos já citados:

**Stress:** o mecanismo do stress, ou seja, aquele conjunto de reações fisiopatológicas resultantes de estímulo exógenos, e que convergem para um aumento da secreção de hormônios da supra-renal, também está associado a essa malformação.

Infecções: parece que o vírus da gripe teria ação sobre o desenvolvimento embrionário, podendo determinar o aparecimento de um portador de fissura labial. Algumas viroses com neutrofismo podem atacar a placa neural comprometendo o desenvolvimento e trazendo alterações da embriogênese, como por exemplo, a rubéola e a toxoplasmose.

Assim sendo, a etiologia das fissuras faciais é atribuída tanto a fatores genéticos como a ambientais.

Desta forma, o nascimento da criança com fissura labial e/ou palatina é um acontecimento que vai alterar o equilíbrio da família e instalar uma crise. Os pais lidarão com o problema de acordo com seus próprios recursos, interno e externo.

Graciano, Tavano e Bachega (2007, p. 313) declaram que:

É compreensível que os pais, aguardando a chegada de um filho (...), vivenciem um pesadelo (...) ao receberem seu bebê desfigurado por uma malformação facial (...). A família sente as consequências da frustração pela incapacidade de lidar com a nova situação e com seus preceitos (regras) transgidos. Quanto mais o bebê se desvia do normal, maior o impacto e, quanto melhor o nível social, maiores as exigências e as dificuldades de aceitação.

Segundo Mesquita (2005) alguns sentimentos negativos como frustração, angústia, ansiedade, insegurança, revolta, rejeição entre outros são reações prováveis que se agregam à família da pessoa com alguma deficiência. Reforça ainda que a pessoa com deficiência traz múltiplos efeitos sobre o grupo familiar, encargos, mudança na rotina e outras alterações na dinâmica familiar, havendo necessidade de tempo, reestruturação familiar, mudança de atitudes e valores.

José Filho (2002) ressalta que a família é fundamental não apenas no âmbito da reprodução biológica, mas principalmente enquanto mediadora de seus membros com a sociedade, proporciona a construção da primeira identidade e nos insere nas relações sociais em nível emocional, cultural e socioeconômico. Salienta ainda que a família tenha uma imensa significação na vida humana, e, no entanto, é num quadro de conflitos e alegrias que o ser humano muitas vezes não percebe a importância de ter um ambiente familiar que lhe proporcione uma vida plena e feliz.

### **3.3 O enfrentamento do tratamento do filho com fissura e o papel do Serviço Social.**

A criança quando nasce com fissura labiopalatina traz consigo uma série de problemas funcionais e estéticos que exige tratamento para sua plena recuperação, durante todo o seu crescimento, para Silva Filho (2001) as fissuras de lábio e palato: “constituem malformações congênitas, que ocorrem no período embrionário e início do período fetal e acarretam uma série de sequelas que acompanham o portador ao longo de sua vida”.

A reabilitação de pessoas portadoras de lesões labiopalatais é um longo processo vivenciado pelo paciente e sua família. Uma adaptação satisfatória depende mais da família e de suas atitudes, do que da própria presença do defeito. O ajustamento de pacientes fissurados é, em parte, uma função do ajustamento parental e das atitudes que ele tem em relação à fissura. Além da fissura, a hospitalização e os procedimentos médico cirúrgico em uma criança, podem evocar intensas reações e sentimentos na mesma, na sua família e nas outras pessoas que se relacionam e tratam dela.

Ao pensar em pessoas nascidas com fissura e na sua reabilitação, é automática a associação à família, pelo fato de se saber da sua importância na formação dos filhos. Da mesma forma, imaginamos a reação dos pais ao constatarem o nascimento e num filho com fenda nos lábios e ou palato, o desencadeamento de consequências tais como impacto, susto, curiosidade, espanto, sofrimento entre outros.

Para compreender a reabilitação de pessoas com deformidades faciais congênitas, é preciso estar com olhar voltado à sua família, de modo a incluí-la nos cuidados dispensados a criança / adolescente, não como alvo de cobrança de seu papel tão complexo e idealizado, mas de modo a ir de encontro as suas necessidades, minimizando seu sofrimento e problemas e, conseqüentemente, favorecendo as condições para uma vida plena.

O nascimento e uma criança que anuncia fissura labial ou palatina é um evento vital, que vai seguramente alterar o equilíbrio anterior da família e instalar uma crise. Os pais lidarão com o problema de acordo com seus próprios recursos, interno e externo.

Os recursos internos eliciados dependerão da personalidade da mãe, de seus valores e crenças, experiência de vida previa maturidade, capacidade de lidar com problemas, habilidades sociais, apoio social e recursos materiais.

A extensão e a gravidade do problema também têm sua influência: quanto mais grave, maiores dificuldades, que vão da qualidade das respostas da criança aos cuidados maternos, do apoio emocional e aceitação para com a mãe ao grau de estresse em que ela se encontra.

As cirurgias de reabilitação podem ocorrer logo após o nascimento, dependendo da condição da criança e da lesão apresentada. Todavia, na maioria dos casos, as primeiras cirurgias acontecem aos três meses de idade, quando a fissura é de lábio e, aos 12 meses, quando é de palato. No decorrer do desenvolvimento outras cirurgias eletivas vão acontecendo com grandes benefícios funcionais e estéticos, tendo uma repercussão favorável no aspecto psicológico do próprio paciente e dos familiares.

Quanto aos recursos externos dependerão da família, dos amigos e profissionais que ajudarão a enfrentar a situação e acolher os pais, conhecendo e compreendendo sua história, seu contexto de vida, relações sociais, processos mentais, seus anseios, dificuldades e expectativas.

Lazarus & Folkman(1986) referem enfrentamento como:

Um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, que mudam constantemente, para manejar (enfrentar) exigências extremas e ou externas específicas, que ameaçam ou ultrapassam os recursos atuais do indivíduo. Os estudos realizados por esses autores consideram o enfrentamento um processo flexível, configurado por fatores pessoais e situacionais interdependentes, no qual o sujeito pensa e faz. A dinâmica deste processo, caracterizada por mudanças em pensamentos e ações, é desenvolvida a partir da interação indivíduo-situação.

É preciso compreender e fazer os pais compreenderem que os sentimentos por eles experienciados, diante da crise que se instalou, são comuns e devem ser manifestados sem julgamentos, discriminações ou interpretações.

De modo geral, cada criança nascida com uma das anomalias mais comuns, que é a fissura labiopalatal, requer vários tratamentos cirúrgicos, sendo necessário, contar com uma equipe capacitada, além de tratamentos clínicos complexos antes e pós cirurgias, juntamente com sua família sofre sérios problemas psicológicos, o que abarca para ações de articulação com uma equipe

composta por diferentes formações profissionais para que o paciente venha alcançar a sua reabilitação global.

## **4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

### **4.1 Metodologia da pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva que permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema e descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVINOS, 1995) por meio de abordagens quali-quantitativa. Tendo como problema: Quais as dificuldades da mãe adolescente com filho com fissura labiopalatina?

Trabalhando com a hipótese sugerida que ao tornar-se mãe adolescente, as oportunidades da jovem no desenvolvimento de uma carreira profissional são dificultadas. Ao assumir ficar grávida, a adolescente destrói etapas da vida que dificilmente consegue recuperar. Uma gravidez precoce indesejada poderá significar alterações profundas nas perspectivas futuras da adolescente. A maternidade adolescente vem na generalidade, interromper o prosseguimento dos estudos, de grande parte das adolescentes.

O abandono escolar surge como consequência da gravidez/maternidade, não permitindo elevadas qualificações escolares e profissionais. A principal razão do abandono escolar é o elevado insucesso escolar que se verifica entre as mães adolescentes, constituindo um fator de peso que dificulta o prosseguimento escolar durante e após a gravidez.

Dando um impacto ainda maior quando a criança nasce com a fissura labiopalatina, pois a mãe se sente incapacitada de lidar com a nova situação.

Segundo Paradise & Mc Willians (1974) as dificuldades das mães de crianças com a fissura lábio palatino são unânimes em considerar que os primeiros cuidados com o recém-nascido trazem para a mãe certa insegurança, sobretudo no que se refere à alimentação, pois, alimentar uma criança recém-nascida com deformação de lábio e/ou palato torna-se um processo estressante e difícil, tanto para mãe como para a criança, contribuindo para isso a angústia, ansiedade e o medo de manusear o bebê.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizada a entrevista estruturada, aplicada mediante formulário, contendo questões abertas e fechadas, em consonância aos questionamentos e objetivos necessários à compreensão do objeto, apoiando-se em teorias que interessam à pesquisa.

Inicialmente, caracterizou-se o universo da pesquisa, segundo dados referentes à criança e/ou mãe: gênero, faixa etária, tipo de fissura, classe social, procedência e idade da concepção.

As questões das entrevistas com os sujeitos da amostra abordaram dados sobre: O perfil dos pesquisados: Idade atual e de concepção, escolaridade, ocupação, religião, procedência, classe social e tipo ou modelo de família.

Aspectos de saúde e sócio familiares: histórico familiar, situação conjugal, relacionamento familiar, responsabilidade na educação dos filhos, planejamento familiar, cuidados com a saúde pré-natal, apoio familiar, satisfação e realização enquanto mãe e mulher, reações vivenciadas na gravidez, formas de enfrentamento da gravidez, sentimentos e comportamentos vivenciados, experiências e repercussões da gravidez/adolescência na vida pessoal e profissional.

O local para realização da entrevista ocorreu em uma das salas do Serviço Social Ambulatorial, com duração prevista de 30 minutos, conforme explicitado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no próprio compreendendo as seguintes etapas:

Contato inicial: O entrevistador se apresentou ao entrevistado, fornecendo-lhe dados profissionais (nome e função), institucionais (finalidade), esclarecendo a seguir sobre os objetivos da pesquisa, e solicitando sua concordância para a participação na pesquisa e assinatura do TCLE;

Condição da entrevista: Após apresentação, procurou-se criar um clima informal de confiança, preparando-o para a coleta de informações que se norteou pelo roteiro composto de questões abertas e fechadas de forma a propiciar o posicionamento dos entrevistados e a apreensão do significado das expressões e ações, pelo entrevistador.

O formulário de entrevista, devidamente precedido do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi aplicado, após aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HRAC, em novembro de 2010 (ofício nº. 340/2010 SVAPEPE-CEP).

Além da pesquisa de campo e bibliográfica, utilizou-se da pesquisa documental para levantamento de dados, por meio de prontuários, do perfil socioeconômico e demográfico dos pesquisados, ou seja, idade, escolaridade, ocupação, procedência, religião e classe social.

Utilizou-se como método de abordagem o dialético, pois se buscou encontrar nas partes a sua compreensão e sua relação com o todo, percorrendo um trajeto metodológico relacionando o quantitativo ao qualitativo (MINAYO, 1997).

O universo da pesquisa foi constituído de 187 mães adolescentes de crianças com fissura labiopalatina, em tratamento no HRAC, com idade atual de até seis anos.

A faixa etária das mães adolescentes de crianças com fissura labiopalatina considerada foi as que engravidaram entre 12 a 18 anos, estabelecida como fase da adolescência, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL 1990). Quanto à procedência, procurou-se abranger diferentes Estados e/ou regiões do Brasil.

Trata-se de um estudo retrospectivo no HRAC – USP uma vez que foram entrevistadas mães que engravidaram na adolescência e tiveram filhos com fissura labiopalatina (sem outras anomalias associadas), nascidos no período de 2004 a 2010, referindo-se, portanto, os dados do passado, embora o período da aplicação da pesquisa tenha ocorrido de novembro de 2010 a julho de 2011.

Os sujeitos da amostragem foram constituídos por mães que concordaram em participar do estudo, associado ao critério de acessibilidade, ou seja: a seleção dos elementos, feita partir dos casos com agendamento no HRAC no referido período (novembro de 2010 a julho de 2011). No projeto de pesquisa planejou-se manter uma representatividade dos casos, mediante cálculo amostral, com estimativa de erro de 0,05, ou seja, 125 casos. Porém, no referido período a amostragem foi finalizada com 40 casos, ou seja, com estimativa de erro de 0,13.

Dentre as dificuldades para completar a amostragem de 125 casos destacam se: atraso na aprovação do projeto pelo Comitê de Ética do HRAC, recesso hospitalar (20/12/2010 a 10/01/2011), ausências dos sujeitos da pesquisa aos retornos previstos ao HRAC, bem como a presença da criança acompanhada dos avós ou pai e não da mãe.

A análise interpretativa dos dados apoiou-se nos resultados alcançados, na fundamentação teórica e na experiência profissional.

Os dados quantitativos foram caracterizados mediante a análise da frequência de incidências e de correlações estatísticas, necessárias para análise mais profunda dos resultados apresentados. Os dados qualitativos foram categorizados e analisados a partir da significação que os sujeitos da pesquisa deram aos seus atos (CHIZZOTTI, 1998).

## **4.2 RESULTADOS E SUAS RESPECTIVAS ANÁLISES**

### **4.2.1 Perfil socioeconômico, demográfico e clínico dos sujeitos da amostra**

Com vistas à coleta dos dados coletados se tem como perfil dos sujeitos do universo, englobando: gênero, tipo de fissura, faixa etária, região, classe social, escolaridade, ocupação, religião e tipo de arranjo ou modelo familiar englobando os seguintes resultados:

**Tabela 1 - Perfil socioeconômico, demográfico e clínico dos sujeitos do universo.**

<b>Região (paciente e família)</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Norte	1	3
Nordeste	1	3
Centro-oeste	4	10
Sudeste	31	77
Sul	3	7
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Classe social (paciente e família)</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Baixa Inferior	17	42
Baixa Superior	23	58
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Faixa etária da mãe na concepção</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
12 a 14 anos	3	7
15 a 18 anos	37	93
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Faixa etária atual da mãe</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
12 a 18 anos	13	33
19 a 21 anos	20	50
22 a 25 anos	7	18
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Escolaridade da mãe na concepção</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Médio Incompleto	24	60
Fundamental Incompleto	16	40
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Escolaridade da mãe atualmente</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>

Médio	8	20
Médio Incompleto	19	48
Fundamental Incompleto	13	32
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Ocupação da mãe na concepção (concepção)</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Trabalhadores assalariados produção, bens, serviços.	3	8
Trabalhadores por conta própria autônomos	4	10
Empregados domésticos	1	2
Não trabalhava	32	80
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Ocupação da mãe na concepção (atual)</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Trabalhadores assalariados produção, bens, serviços.	3	8
Trabalhadores por conta própria autônomos	5	12
Empregados domésticos	1	2
Não trabalha	31	78
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Qual a sua religião</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Católica	19	48
Evangélica	18	45
Não segue nenhuma religião	3	7
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Tipo de arranjo ou modelo familiar (concepção)</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Nuclear	13	33
Mono parental	18	45
Extensa	8	20
Reconstituída	-	-
Outros	1	2
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Tipo de arranjo ou modelo familiar (atual)</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Nuclear	26	65
Mono parental	4	10
Extensa	5	13

Reconstituída	3	7
Outras	2	5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Gênero (paciente)</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Feminino	13	32
Masculino	27	68
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Tipo de fissura (paciente)</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Lábio	10	25
Palato	9	23
Lábio e palato	20	50
Outras Anomalias	1	2
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Faixa Etária Atual (paciente)</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Até 12 meses (até 1 ano)	6	15
De 12 meses e 1 dia a 36 meses (1 a 3 anos)	16	40
De 36 meses e 1 dia a 60 meses (3 a 5 anos)	4	10
De 60 meses e 1 dia a 84 meses (5 a 6 anos)	14	35
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Fonte: a autora

Analisando a tabela 1 que apresenta à região dos sujeitos pesquisados, destaca-se a região Sudeste (77%), seguida do Centro-oeste (10%) e Sul (7%). Isso vem confirmar que a maior concentração na região Sudeste ocorre pela proximidade e facilidade de acesso ao HRAC.

Quanto à classe social, constata-se que a totalidade pertence às classes baixas, sendo 58% da classe baixa superior e 42% da baixa inferior, portanto com maiores dificuldades financeiras, habitacionais, educacionais e profissionais. A metodologia de estratificação baseia-se em Graciano, Lehfeld, Neves Filho (1999) sendo que os resultados da amostra superaram a realidade brasileira cuja maior concentração ocorre nas classes C, D e E (68%) que equivalem às classes baixas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2008).

Os dados evidenciam ainda, que a idade de concepção das adolescentes concentra-se na faixa etária de 15 a 18 anos (93%), portanto, na fase da adolescência propriamente dita, e não na

pré-adolescência, revelando um percentual menor (7%), ou seja, na faixa de 12 a 14 anos. Independentemente da faixa etária, a gravidez e a maternidade, especialmente na adolescência, acarretam grande problemática biopsicossocial, conforme destacado na análise da tabela anterior.

Estas mães que engravidaram na adolescência, atualmente, concentram-se na faixa adulta de 19 a 21 anos (50%), e de 22 a 25 anos (18%) havendo, porém, um percentual significativo de mães com idade atual de 12 a 18 anos (33%), ou seja, ainda adolescentes, situação que merece atenção especial. Nesse sentido destaca-se a importância do cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL 1990), que prevê a garantia de prioridades visando sua proteção e efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação e à educação entre outros direitos.

Com relação à escolaridade, observa-se que em função da concepção na adolescência a maioria das mães não concluiu o ensino médio (60%) ou fundamental (40%). Observa-se, porém, que a gravidez nem sempre é a causa da interrupção dos estudos, mas uma alternativa de vida, conforme ressalta Knijnik (2011). Atualmente, somente uma minoria retornou os estudos e concluiu o ensino médio (20%). Destacam-se mais uma vez a importância do Estatuto da Criança e do Adolescente que garante o direito à educação – visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho.

No que se refere à ocupações na época da concepção, muitas não estavam inseridas no mercado de trabalho (80%), o que pode agravar ainda mais a situação socioeconômica, tornando-as mais expostas a outras situações de risco social. Esse índice de desemprego diminuiu na atualidade para 78%, no entanto, evidenciam preocupação com a necessidade de trabalho para o sustento familiar. Para aqueles sujeitos que se encontram trabalhando, este ocorre nas seguintes modalidades: trabalhadores assalariados (8%), trabalhadores autônomos (10%) e empregados domésticos (2%).

Ressalta-se, porém, que, segundo o Estatuto da Criança e Adolescente, o ingresso no mercado de trabalho só poderá ocorrer a partir dos 16 anos, sendo proibido qualquer trabalho a menores de 14 anos, salvo na condição de aprendiz (BRASIL,1990). Há equivalência na distribuição da amostra quanto à religião que praticam, ou seja, católica (48%) e evangélica (45%), para uma minoria (7%) de não praticantes. Esses dados diferem da realidade brasileira, pois segundo o censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (2000), 73.6% da população é católica e, 15.4% evangélica entre outras.

Entende-se que a religião tem um papel fundamental no conhecimento da realidade social, pois dela dependem comportamentos, hábitos e posicionamentos, e nesta realidade a maioria afirma ser praticante (93%).

Os resultados sobre modelos ou arranjos familiares evidenciam que na concepção 45% se constituíam de famílias mono parentais (com filhos chefiados por um dos cônjuges), uma vez que as adolescentes grávidas residiam com um dos seus responsáveis (pai ou mãe), seguido do modelo nuclear (33%) e extensa (20%).

Atualmente, a maioria (65%) se constituiu de famílias nucleares (casal com ou sem filhos). Esses dados revelam que muitas mães adolescentes constituíram famílias após o nascimento da criança e as demais permaneceram nos modelos extensa (13%), mono parental (10%) e reconstituída (7%).

Sant'Ana, Blattner e Graciano (2009) numa pesquisa realizada no HRAC apontam que há a predominância da família nuclear, seguida da extensa, mono parental e reconstituída, logo, evidencia uma diversidade no processo de reestruturação e de inclusão de novos valores na sociedade.

Segundo Silva (2008) a família nuclear é ainda o modelo idealizado e reproduzido atualmente, embora esteja passando há longo tempo por um período de transição, momento ligado a uma época onde amplia o individualismo, a globalização, o consumismo desenfreado, a nova ordem econômica mundial, as novas tecnologias e outros fatores, que modificam as relações de trabalho, as relações pessoais e, conseqüentemente, as relações familiares.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2002), a distribuição das tipologias das famílias ocorre na seguinte proporção: casal com ou sem filhos, ou seja, nuclear 66.9%, mulher sem cônjuge com filhos, a mono parental, 17.9%, unipessoal 9.3% e outros tipos 5.7%.

Portanto, hoje a realidade familiar é bastante diversificada, em decorrência das grandes alterações surgidas nas relações interpessoais.

O perfil dos sujeitos do universo, a maioria dos pacientes pertence ao gênero masculino (68%), seguido do feminino (32%). Conforme análise, as fissuras de lábio e palato são mais frequentes no sexo masculino (SOUZA FREITAS, 1974) daí a sua relação com os tipos de fissura dos sujeitos da amostra em que prevalece a fissura labiopalatina (50%) seguida de lábio (25%) e palato (23%).

Com relação à faixa etária das crianças, embora os sujeitos pesquisados pertençam à primeira infância, ou seja, da concepção aos seis anos de idade (REDE NACIONAL PRIMEIRA

INFANCIA, 2011) há maior concentração nas faixas de 12 meses e um dia a 36 meses (40%) e 60 meses e um dia a 84 meses (35%).

#### 4.2.2 Aspectos sociais e de saúde relacionados ao planejamento, intercorrências, relacionamento e dinâmica familiar na gravidez.

Os dados apresentados a seguir (tabela 2) identificam os aspectos sociais e de saúde com relação ao (a): planejamento da gravidez, intercorrências no pré-natal, relacionamento familiar, situação conjugal, histórico e dinâmica familiar.

**Tabela 2 - Aspectos sociais e de saúde relacionados ao planejamento intercorrências, relacionamento e dinâmica familiar na gravidez.**

<b>Gestação e nascimento. A gravidez foi desejada</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Sim	23	58
<u>Não</u>	<u>17</u>	<u>42</u>
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Durante a gravidez você realizou o pré-natal</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Sim	40	100
Não	-	-
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Especifique o local e frequência</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Posto de Saúde (mensal)	36	92
Particular (convênio)	2	4
Ambos	2	4
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Intercorrências no pré-natal</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Sim	4	10
<u>Não</u>	<u>36</u>	<u>90</u>

<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Relacionamento familiar (concepção)</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Muito ruim	2	5
Nem ruim, nem bom.	5	12
Bom	20	50
<u>Muito bom</u>	<u>13</u>	<u>33</u>
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Relacionamento familiar (atual)</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Nem ruim, nem bom	2	5
Bom	21	53
<u>Muito bom</u>	<u>17</u>	<u>42</u>
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Situação conjugal. Estado civil da mãe na (concepção)</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<u>Casada</u>	<u>4</u>	<u>10</u>
Solteira	31	78
União estável	5	12
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Situação conjugal. Estado civil da mãe (atual)</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Casada	15	38
Solteira	9	22
Divorciada	1	2
União estável	15	38
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Os pais da criança viviam juntos na concepção</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Sim      10 25    Não      30 75		
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Os pais da criança vivem juntos atualmente</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Sim	28	70
<u>Não</u>	<u>12</u>	<u>30</u>
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Histórico familiar reproduzido: a mãe da adolescente também</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>

<b>engravidou na adolescência ?</b>		
Sim	19	50
Não	19	50
<b>Subtotal</b>	<b>38</b>	<b>100</b>
<b>Não respondeu</b>	<b>2</b>	<b>-</b>
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>-</b>

Fonte: a autora

Os resultados sobre planejamento da gestação apontam que 42% não desejaram a gravidez, enquanto 58% desejaram. Ressalta-se que nem sempre a gravidez é indesejada ou não aceita pelo meio social da adolescente. Segundo Pinto e Silva (1998) a gestação não programada não implica necessariamente em gravidez indesejada ou em crianças não desejadas. Muitas são rapidamente aceitas ou se transformam ao longo do processo gestacional em, claramente, desejadas, resultando em situações felizes e equilibradas.

A assistência pré-natal visa manter a integridade das condições de saúde da gestante e do bebê. Em relação a este tipo de acompanhamento, pôde-se constatar com unanimidade que as mães adolescentes realizaram o pré-natal (100%) não relutando em procurar os postos de saúde e/ou convênio, cuja frequência ocorreu mensalmente. O Estatuto da Criança e do Adolescente é explícito quando trata do assunto, no Art. 8: "É assegurado à gestante, através do Sistema Único de Saúde, o atendimento pré e perinatal" (BRASIL 1990). Determina ainda que a gestante seja encaminhada aos diferentes níveis de atendimento, acompanhada preferencialmente, pelo mesmo médico durante todo o processo de pré-natal e receba apoio alimentar, antes do parto e durante o período de amamentação.

Quanto às intercorrências no pré-natal, 90% dos casos não apresentaram problemas de saúde, ratificando a importância do pré-natal para prevenção de fatores de riscos para a prematuridade. Nesse sentido, Lima e Tocci (2001) destacam a importância de um modelo assistencial que norteie um atendimento sistematizado, científico e qualificado no ciclo gravídico-puerperal, evitando que o risco potencial se transforme em real.

Quanto ao relacionamento familiar, observa-se que os índices bons e muito bons, por ocasião da concepção, somaram 83%, índices que evoluíram para 95% na atualidade, demonstrando que no período da gravidez ocorreram processos conflituosos no âmbito pessoal e familiar, porém, passíveis de superação.

Na situação conjugal, afere-se que, enquanto na concepção o estado civil predominante era de 78% para a categoria solteira, este índice hoje diminuiu para 22%, evidenciando que muitas constituíram união estável (de 12% para 38%). Muitas vezes, a própria gestação é vista pela adolescente como a possibilidade de concretizar o sonho do casamento e alcançar autonomia econômica e emocional, em relação à família de origem, conforme alerta Desser (1993). Desta forma, em sua maioria, os pais da criança não viviam juntos na concepção (75%) e, atualmente, constituíram famílias (70%).

Os autores Pinto e Silva (1984) alertam que a situação marital de mães adolescentes pode se constituir num fator de risco, quando da repetição da gravidez, situação que exige orientação acerca do planejamento familiar.

Quanto à reincidência da gravidez na adolescência no mesmo âmbito familiar, ou seja, se o histórico familiar foi reproduzido, percebe-se que há equivalência dos dados, ou seja, as mães adolescentes pesquisadas apresentam histórico familiar com índices semelhantes de repetição (50%) ou não (50%) da história materna.

Logo, há uma reprodução social como aponta Schiller (1994) em suas pesquisas, cuja maioria das adolescentes que engravidam é filhas de mães que também engravidaram durante a adolescência. Tal fenômeno de repetição da história materna é observado neste estudo em 50% dos casos.

#### **4.2.3 Aspectos ligados à percepção da gravidez, enfrentamentos e reflexos na vida pessoal e profissional.**

A investigação de aspectos ligados à percepção da gravidez precoce, bem como as formas de enfrentamentos e repercussões na vida pessoal e profissional, também são objetos da análise e a seguir apresenta a tabela 3 que evidenciam:

**Tabela 3 - Aspectos ligados à percepção da gravidez, enfrentamentos e reflexos na vida pessoal e profissional.**

<b>Como enfrentou o fato de engravidar na adolescência</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
--	--------------	----------

Com facilidades	27	68
Com dificuldades	13	32
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Especifique as ações de enfrentamento (Facilidades)</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Boas condições financeiras	1	6
Apoio da família	8	47
Decisão em ser mãe	4	23
Auto-realização	1	6
Vida conjugal estável	1	6
Boas condições de saúde	1	6
Experiências no cuidado com crianças	1	6
<b>Sub total</b>	<b>17</b>	<b>100</b>
<b>Não respondeu</b>	<b>10</b>	<b>-</b>
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>-</b>
<b>Especifique as ações de enfrentamento (Dificuldades)</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Interrupção no estudo e/ou trabalho	3	23
Preconceito	4	31
Restrições sociais	3	23
Imaturidade	3	23
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>
<b>Responsabilidade na criação e educação do(s) filho(s)</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Mãe	8	20
<u>Pais</u>	<u>32</u>	<u>80</u>
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Recebeu apoio da sua família enquanto estava grávida ainda em fase de adolescência</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Sim	38	95
Não	2	5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Especifique de quem / tipo de apoio*</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Apoio moral de familiares	21	55
Apoio financeiro de familiares	32	84

<u>Apoio emocional de familiares</u>	<u>14</u>	<u>37</u>
<b>Total geral</b>	<b>38</b>	<b>100</b>
<b>Satisfação e realização com a maternidade enquanto pessoa e mulher</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Sim	39	97
Não	1	3
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

**Fonte: a autora**

Os resultados obtidos sobre a forma de enfrentamento da gravidez na adolescência apontam que 68% das adolescentes encararam o fato com facilidade, enquanto que 32% enfrentaram dificuldades. Conforme Santos; Schor (2003) esse enfrentamento da gravidez com facilidade mostra que naquele momento a mãe buscou a sua estabilidade e permanência, revelada por meio da percepção do filho como propriedade, podendo traduzir uma tentativa de obter autonomia e atingir a maturidade, assim como a percepção da própria competência de dar conta das tarefas junto ao bebê.

Concorda-se com Santos e Schor (2003) quando relatam que é consenso de todos os fatores que a maternidade é uma experiência difícil e que demanda muita responsabilidade, mas que pode ser desempenhada a contento pela mãe adolescente.

Almeida (1995) identifica em sua pesquisa que a gravidez e a maternidade que dela decorre são mencionadas enquanto aspectos positivos às adolescentes, seja pela responsabilidade apresentada, pelo resgate da autoestima ou, mesmo, por permitir a constituição de uma verdadeira família.

Quanto à responsabilidade e educação dos filhos constata-se que 80% são dos pais, pois após a concepção houve a união estável, e outros 20% ficam sob a responsabilidade somente das mães adolescentes, as quais enfrentam mais dificuldades, uma vez que, além de vivenciarem a fase complexa do ciclo vital-adolescência, têm ainda que assumir o papel de pai e mãe para tentar diminuir a ausência paterna no desenvolvimento da criança.

Ao contrário dos dados desta pesquisa, Ribeiro et. al. (2000) avaliam que a proporção de gestantes sem um companheiro estável hoje em dia é cada vez maior, o que pode tornar a gestação pouco aceita socialmente e dificultar a evolução da gestação e até mesmo a aceitação da futura mãe à nova condição.

Em várias pesquisas recentes os pais adolescentes destacam um envolvimento expressivo na vida da criança, seja por meio de contribuição financeira ou outras formas alternativas de cuidado, afirmam Levandowski; Piccinini (2002).

Apesar das eventuais dificuldades estruturais e pessoais (sem maturidade emocional e habilidades pessoais), Levandowski e Piccinini (2002) relatam também que muitos pais adolescentes parecem conseguir superá-las e interagirem adequadamente com o bebê, principalmente quando são suficientemente apoiados pela família.

No apoio familiar, a maioria (95%) das adolescentes recebeu aprovação e suporte familiares, apenas uma minoria não teve o referido apoio (5%). Na percepção das próprias adolescentes, durante a gravidez receberam ajuda financeira (50%), acompanhamento (10%), boa aceitação (20%) e apoio emocional (10%).

José Filho (2002) ressalta que a família é fundamental não apenas no âmbito da reprodução biológica, mas principalmente enquanto mediadora de seus membros com a sociedade. Proporciona a construção da primeira identidade e insere nas relações sociais em nível emocional, cultural e socioeconômico.

Conforme Silva e Tonete (2006) na percepção das próprias adolescentes, o suporte familiar recebido durante a gravidez pode ser composto por ajuda financeira, explicações, conselhos, carinho, apoio emocional. A família representa o suporte, deixando claro que a família tem responsabilidades em relação à adolescente e à criança que irá nascer independentemente de estar morando junto a ela.

Com relação ao sentimento da família no momento da descoberta da gravidez, a análise dos discursos deste estudo permite identificar a mesma concepção que Silva e Tonete (2006) pontuam, ou seja, que a notícia sobre a gestação da adolescente solteira, em um primeiro momento, representa um “choque” para seus familiares por se tratar de um acontecimento inesperado. Sem dúvida, primeiramente, foi um grande susto, entretanto, aos poucos, as famílias passaram a aceitar e a se conformar com a situação.

Quanto à satisfação e realização com a maternidade enquanto pessoa e mulher, 97% das adolescentes sentem-se satisfeitas, seguida de 3% que declaram insatisfeitas com a maternidade. Como ressalta Ballone (2003) uma vez constatada a gravidez, se a família da adolescente for capaz de acolher o novo fato com harmonia, respeito e colaboração, esta gravidez tem maior probabilidade de desenvolver normalmente e sem grandes transtornos.

Domingues, Santos, Leal (2004) destacam que:

A gravidez e parto são eventos marcantes na vida das mulheres e das famílias. Representam mais do que simples eventos biológicos, já que são integrantes da importante transição do *status* de "mulher" para o de "mãe".

Assim, independentemente de desejada ou não a gravidez, a sublimação da maternidade tem o poder de transformar uma realidade.

#### 4.2.4 Reações e formas de enfrentamento diante da gravidez e do nascimento da criança com fissura labiopalatina e seus reflexos na atualidade.

Os dados apresentados, a seguir, identificam as reações, sentimentos e comportamentos vivenciados na gravidez e as formas de enfrentamento diante do nascimento da criança com fissura labiopalatina e seus reflexos na atualidade.

**Tabela 4 - Reações e formas de enfrentamento diante da gravidez e do nascimento da criança com fissura labiopalatina e seus reflexos na atualidade.**

Reações vivenciadas com a descoberta da gravidez*	Total	%
Positivas	28	67
Negativas	14	33
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>
Especifique – Positiva	Total	%
Apoio de familiares	2	7
Realização materna	8	30
Planejamento da gravidez concretizado	15	55
Aceitação	1	4
Interesse especial por criança	1	4
<b>Sub total.</b>	<b>27</b>	<b>100</b>
<b>Não respondeu</b>	<b>1</b>	<b>-</b>
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>-</b>

<b>Especifique – Negativa</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Dificuldades de aceitação	10	72
Medo ou nervosismo	3	21
Preconceito	1	7
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

  

<b>Reações dos pais e ou responsáveis legais*</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Positivas	27	64
Negativas	15	36
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

  

<b>Especifique Positiva</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Boa aceitação dos familiares	9	33
Realização dos familiares	13	48
Surpresos	3	11
Paixão por crianças	1	4
Amadurecimento	1	4
<b>Total geral</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

  

<b>Especifique – Negativa</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Resistência dos familiares / avós	3	20
Imaturidade devido à idade / adolescência	4	27
Dificuldades de aceitação	3	20
Imprevisibilidade	4	27
Histórico de gravidez na adolescência reproduzido	1	6
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

  

<b>Sentimentos /comportamentos vivenciados na gravidez pelas mães*</b>		
Positivos	40	100
Negativos	28	70
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

  

<b>Sentimentos /comportamentos vivenciados na gravidez (negativos)*.</b>		
Medo	15	54

Tristeza	8	29
Revolta	7	25
Preocupação	18	64
Outros	1	4
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

<b>Sentimentos /comportamentos vivenciados na gravidez</b>		
<b>(positivos)*</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Coragem	22	55
Alegria	31	78
Aceitação	26	65
Realização	15	38
Outros	1	3
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

<b>Experiências vivenciadas como mães adolescentes</b>		
	<b>Total</b>	<b>%</b>
Positivas	23	68
Negativas	11	32
<b>Subtotal</b>	<b>34</b>	<b>100</b>
<b>Não respondeu</b>	<b>6</b>	<b>-</b>
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>-</b>

<b>Especifique negativa</b>		
	<b>Total</b>	<b>%</b>
Depender de terceiros para cuidar da criança (estudos/ trabalho)	1	9
Insegurança na alimentação da criança	1	9
Internação da criança devido ao nascimento prematuro	1	9
Exigência de retornos constantes ao HRAC devido à falta de condições clínicas e ou laboratoriais para cirurgia	1	9
Preconceito social	4	37
Exigência de cuidados com a criança	1	9
Dificuldades de aceitação de familiares	1	9
O nascimento da criança com fissura	1	9
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

<b>Especifique positiva</b>		
	<b>Total</b>	<b>%</b>
Responsabilidade materna	5	22

Realização materna	6	27
Nascimento de criança “especial” / fissura	2	9
Possibilidade de viajar para fins de tratamento	2	9
Apoio de terceiros (colegas, professores)	1	4

Oportunidade de realizar tratamento	1	4
Enfrentamento do fato de gerar criança com fissura/ superação	1	4
Apoio de familiares	1	4
Superação da gravidez de risco	1	4
Experiências em relação aos cuidados de criança com a fissura	2	9
Superação de preconceito	1	4
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

<b>Repercussões da gravidez na adolescência na sua vida pessoal e profissional (concepção)</b>		
	<b>Total</b>	<b>%</b>
Positivas	9	26
Negativas	26	74
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>
<b>Não respondeu</b>	<b>5</b>	<b>-</b>
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>-</b>

<b>Repercussões da gravidez na adolescência na sua vida pessoal e profissional (atualmente)</b>		
	<b>Total</b>	<b>%</b>
Positivas	11	73
Negativas	4	27
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

<b>Especificação das repercussões da gravidez na adolescência na sua vida pessoal e profissional (concepção) positivas</b>		
	<b>Total</b>	<b>%</b>
Conscientização sobre a importância da continuidade dos estudos e/ou trabalho	1	11
Não interferência nos estudos e ou trabalho	5	56
Responsabilidade / maturidade	1	11
Apoio da família nas atividade pessoais e profissionais	1	11

Oportunidade de viajar para fins de tratamento	1	11
--	---	----

<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100</b>
--------------	----------	------------

<b>Especificação das repercussões da gravidez na adolescência na sua vida pessoal e profissional (concepção) negativas</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
--	--------------	----------

Interrupção dos estudos e/ou trabalho	23	88
---------------------------------------	----	----

Vida cotidiana dificultosa e/ou turbulenta	2	8
--	---	---

Excesso de responsabilidade	1	4
-----------------------------	---	---

<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>
--------------	-----------	------------

<b>Especificação das repercussões da gravidez na adolescência na sua vida pessoal e profissional (atualmente) negativas</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
---	--------------	----------

Interrupção dos estudos e/ou trabalho	2	50
---------------------------------------	---	----

Vida cotidiana dificultosa e/ou turbulenta	-	-
--	---	---

Excesso de responsabilidade	-	-
-----------------------------	---	---

Arrependimento	2	50
----------------	---	----

<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>
--------------	----------	------------

<b>Especificação das repercussões da gravidez na adolescência na sua vida pessoal e profissional (atualmente) positivas</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
---	--------------	----------

Conscientização sobre a importância da continuidade dos estudos e ou trabalho	7	64
---	---	----

Não interferência nos estudos e/ou trabalho	2	18
---	---	----

Responsabilidade / maturidade	2	18
-------------------------------	---	----

Apoio da família para continuidade de trabalho	-	-
--	---	---

Oportunidade de viajar para fins de tratamento	-	-
--	---	---

<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>
--------------	-----------	------------

<b>Sentimentos e reações vivenciadas no nascimento da criança com fissura labiopalatina?</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
--	--------------	----------

Positivas	18	45
-----------	----	----

Negativas	22	55
-----------	----	----

<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
--------------	-----------	------------

<b>Sentimentos e reações vivenciadas no nascimento da criança com fissura labiopalatina? Especifique (Negativa)</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
---	--------------	----------

Abalo, nervosismo.	2	9
Falta de informação sobre a fissura labiopalatina	5	23
Medo	13	59
Desgosto e constrangimento	2	9
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>
<b>Quais os sentimentos e reações vivenciadas no nascimento da criança com fissura labiopalatina? Especifique (Positiva)</b>		
	<b>Total</b>	<b>%</b>
Aceitação da fissura	9	53
Compreensão em função das possibilidades de tratamento da fissura	1	6
Vivencia em função da existência de casos com fissura na família.	1	6
Preocupação porem a criança seria bem-vindo.	1	6
Entendimento da existência de outras deficiências mais graves que a fissura.	3	17
Surpresa	2	12
<b>Sub Total</b>	<b>17</b>	<b>100</b>
<b>Não respondeu</b>	<b>1</b>	<b>-</b>
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>-</b>

Fonte: a autora

\*Múltipla escolha.

Nas reações vivenciadas com a descoberta da gravidez, 67% das adolescentes relatam que foram positivas e para 33% negativas. Dentre as positivas, destacam apoio de familiares (7%), realização materna (30%), planejamento da gravidez concretizado (55%), aceitação (4%) e interesse especial por crianças (4%), fatores que facilitaram a aceitação da maternidade. Em relação a reações positivas relatam:

*“Quando descobri a gravidez falei de imediato para meus pais e tive apoio”. (Sujeito 2, 21 anos)*

*“Fiquei feliz por saber que ia gerar uma criança”. (Sujeito 4, 17 anos)*

*“Quando descobri a gravidez, fiquei feliz porque foi uma gravidez planejada, já queria ser mãe”. (Sujeito 6, 15 anos)*

*“Foi uma reação positiva porque não tinha mais o que eu fazer”. (Sujeito 24, 21 anos)*

*“Quando descobri a gravidez a reação foi positiva porque com 15 anos eu não tinha preocupação, até porque o pai da criança estava do meu lado”. (Sujeito 39, 22 anos)*

As mães que relatam reações negativas alegaram sentirem medo e/ou nervosismo (21%), dificuldades de aceitação (72%), existência de preconceito pela sociedade (7%). Como demonstram os depoimentos:

*“Quando descobri a gravidez minha reação foi negativa porque não queria aceitar pelo fato de ser muito nova”. (Sujeito 18, 17 anos)*

*“Minha reação foi negativa porque não tinha planejado a gravidez e estava estudando”. (Sujeito 19, 22 anos)*

*“Quando descobri que estava grávida fiquei com medo de sofrer preconceito por parte da família e da população”. (Sujeito 8, 21 anos)*

*“Quando descobri que estava grávida minha reação foi negativa porque tive medo e também porque sabia que meu pai ia me mandar embora de casa”. (Sujeito 14, 20 anos)*

*“Fiquei com medo da reação dos meus pais”. (Sujeito 25, 20 anos)*

Cavasin (2007) ressalta ser notório que uma gravidez na adolescência desencadeia fatores que representam um comprometimento individual com questões de diferentes ordens. Estudos

nacionais e estrangeiros se referem a dificuldades da seguinte natureza: medos, inseguranças, desespero, desorientação, solidão, principalmente, no momento da descoberta da gravidez. No entanto, alerta que há que se ter cuidado especial para não se deixar envolver pela falsa idéia de que toda gravidez na adolescência seja fato inconsequente e desastroso.

Quanto às reações dos pais e/ou responsáveis, a maioria foi positiva (64%), havendo aceitação dos familiares (33%); realização dos familiares, especialmente dos avós (48%); surpresa (11%); paixão por crianças (4%); e, amadurecimento (4%), conforme as falas das pesquisadas:

*“Quando contei para meus pais que estava grávida eles ficaram felizes por ser o primeiro neto”. (Sujeito 21, 17 anos)*

*“Houve aceitação por parte do meu pai, minha mãe foi um pouco mais resistente, mas houve aceitações ambas as partes”. (Sujeito 35, 19 anos)*

*“Quando meus pais descobriram minha gravidez ficaram assustados, falaram que eu era muito nova, mais com o tempo houve aceitação”. (Sujeito 26, 16 anos)*

*“Quando meus pais descobriram que eu estava grávida ficaram super felizes, porque eu amadureci, fiquei mais responsável, pois antes da gravidez eu era uma menina muito levada”. (Sujeito 34, 20 anos)*

*“A reação dos meus pais foi positiva porque sempre gostaram de criança e a minha irmã também foi mãe adolescente”. (Sujeito 2, 17 anos)*

Dentre a minoria com reações negativas (36%), alegam resistência dos familiares e avós (20%) pelo próprio fato de serem mães adolescentes, jovens, portanto, imaturas (27%); dificuldades de aceitação (20%); imprevisibilidade do fato (27%); e, histórico de gravidez na adolescência reproduzido (6%) como se verifica nos relatos:

*“A reação dos meus pais foi negativa eles ficaram assustados, ninguém esperava pelo fato da minha idade ser muito nova”. (Sujeito 23, 15 anos)*

*“Meu pai ficou muito triste comigo porque eu era a filha mais querida, ele me colocou para fora de casa dizendo que eu traí a confiança dele”. (Sujeito 14, 20 anos)*

*“Minha mãe e meu avô tiveram uma reação negativa, pois aconteceu a mesma coisa com minha mãe eles já sabiam de toda dificuldade”. (Sujeito 39, 22 anos)*

*“Eu morava com minha tia e quando ela descobriu mandou eu me virar, disse que não queria nem saber o que ia acontecer”. (Sujeito 12, 18 anos)*

De acordo com Silva e Tonete (2006) as reações da família diante da jovem grávida tendem a ser contraditórias, sendo comum a sobreposição de sentimento de revolta, abandono e aceitação do “inevitável”.

Em relação aos sentimentos e/ou comportamentos vivenciados na gravidez, observa-se tanto positivos (100%) como negativos (70%). Dentre os sentimentos positivos, destacam-se: coragem (55%), alegria (78%), aceitação (65%), realização (38%) e outros (3%); e, dos negativos: medo (54%), tristeza (29%), revolta (25%), preocupação (64%) e outros (4%).

Com relação às experiências vivenciadas como mães adolescentes, 68% apontam ser positivas e 32% negativas. Dentre as positivas, destacam-se responsabilidade materna (22%); possibilidade de viajar para fins de tratamento da criança (9%); realização materna (27%); nascimento de criança “especial” / fissura (9%); apoio de terceiros como colegas e professores (4%); oportunidade de realizar tratamento (4%); enfrentamento do fato de gerar criança com fissura/ superação (4%); apoio de familiares (4%); superação da gravidez de risco (4%); experiências em relação aos cuidados de criança com fissura (9%); e, superação a preconceitos (4%).

Os depoimentos dos sujeitos abaixo evidenciam:

*“Eu me dedico inteiramente para meu filho, aprendi a cuidar dele sozinha, pois minha mãe trabalha o dia todo”. (Sujeito 29, 17 anos)*

*“Para mim uma experiência em tanto, viajar para dar continuidade ao tratamento do meu filho, nunca tinha saído da cidade onde moro”. (Sujeito 8, 21 anos)*

*“Gostei de ficar grávida porque era muito paparicada na escola pelas amigas e professores”. (Sujeito 16, 19 anos)*

*“Acredito que fiquei mais experiente em relação aos cuidados com a criança que tem fissura, me sinto mais responsável”. (Sujeito 39, 22 anos)*

*“Superação, pois minha gravidez foi de risco”. (Sujeito 32, 17 anos)*

Já nas negativas, evidencia-se preconceito social (37%), bem como a dependência de terceiros para cuidar da criança (estudo/trabalho), insegurança na alimentação da criança, internação da criança devido ao nascimento prematuro, exigências, de retornos constantes ao HRAC devido à falta de condições clínicas e/ou laboratoriais para cirurgia, exigências de cuidados com a criança, dificuldades de aceitação de familiares e o nascimento da criança com fissura (9%), conforme relatam:

*“Foi muito difícil pra mim o preconceito que sofri pelos familiares e na escola.” (Sujeito 2, 17 anos)*

*“Quando tive deixar meu filho para continuar estudando”. (Sujeito 5, 21 anos)*

*“O preconceito que sociedade tem, com as pessoas que tem a fissura”. (Sujeito 37, 22 anos)*

*“Criança dá trabalho”. (Sujeito 6, 15 anos)*

*“Vida chata”. (Sujeito 4, 17 anos)*

Os sentimentos e/ou experiências positivas resultam em grande parte do apoio recebido da família. Ballone (2003) evidencia que constatada a gravidez, se a família da adolescente for capaz de acolher o novo fato com harmonia, respeito e colaboração, haverá maior probabilidade de ser aceita sem grandes transtornos.

Em concordância com os dados da literatura, Santos e Schor (2003) revelam que é consenso em todos os fatores que a maternidade é uma experiência difícil, que demanda muita responsabilidade, mas que pode ser desempenhada a contento pela mãe adolescente.

No tocante às repercussões da gravidez na adolescência, observa-se que na concepção o percentual de dificuldades é de 74%, pois houve interrupção dos estudos e/ou trabalho (88%), vida cotidiana dificultosa e/ou turbulenta (8%) e excesso de responsabilidade (4%).

Deal e Holt (1988) ressaltam:

Que a diminuição das oportunidades educacionais e de possibilidades em relação à conquista de uma profissão, também comum entre mães adolescentes, parece propiciar instabilidade financeira e aumento do estresse, já que o nascimento da criança para uma mãe adolescente interrompe processos cognitivos e de desenvolvimento normais e imprescindíveis desta fase.

Dentre as positivas, 26% pontuam a não interferência nos estudos e/ou trabalho (56%), fato diretamente ligado à conscientização sobre a importância dos mesmos (11%). A questão da responsabilidade e maturidade, bem como o apoio da família nas atividades pessoais e profissionais e, ainda, a oportunidade de viajar para fins de tratamento (11%) são destacadas como positivas.

Comparando essas repercussões ocorridas por ocasião da concepção e/ou gravidez com a atualidade, observa-se em muitos casos sua superação, pois somente 27% continuam a enfrentar dificuldades devido à maternidade na adolescência, especialmente, com relação à interrupção dos estudos e/ou trabalho e arrependimento do não planejamento da gravidez (50%). Desta forma,

constata-se que a maioria (73%) alega estar consciente sobre a importância da continuidade dos estudos e/ou trabalho (64%), a não interferência da maternidade nos mesmos (18%), ressaltando o seu compromisso e responsabilidade como mãe (18%).

Quanto aos sentimentos e reações vivenciadas no nascimento da criança com fissura labiopalatina, as mães adolescentes apresentam tanto reações negativas (55%) como positivas (45%). Dentre as negativas destacam medo (59%), falta de informação sobre a fissura (23%), abalo, nervosismo, desgosto e constrangimento (9%), como os sujeitos relatam em seguida:

*“Minha reação foi negativa ao saber que meu filho tinha fissura, pois eu não tinha conhecimento do que era a fissura fiquei assustada”.*  
(Sujeito 22, 19 anos)

*“Eu não queria aceitar meu filho, mas depois eu pensei que apesar da fissura a criança só teria eu para cuidar dele”.* (Sujeito 12, 18 anos)

*“Fiquei assustada não imaginava, mas como tempo eu descobri que a criança que tem a fissura ela é bem mais amada e querida”.* (Sujeito 39, 22 anos)

*“Quando vi meu filho com a fissura fiquei assustada e pensei que ele ia ficar daquele jeito pra sempre”.* (Sujeito 34, 20 anos)

*“Não tinha conhecimento do que era a fissura e nem que meu filho tinha fissura, descobri depois de algum tempo que passei por outros médicos”.* (Sujeito 9, 21 anos)

As mães que consideram positivas alegam que, apesar da surpresa (17%), os efeitos e impactos da malformação não se constituem em fatores agravantes no âmbito familiar, alegando a existência de outros tipos de anomalias mais graves (17%); aceitação (53%); compreensão em função das possibilidades de tratamento vivencia em função da existência de casos com fissura na família, preocupação, porém a certeza de que a criança seria bem-vinda (6%), como relata os sujeitos:

*“Minha reação foi positiva apesar da preocupação meu filho poderia vir de qualquer maneira que ele seria bem vindo”. (Sujeito 20, 22 anos)*

*“Eu imaginava que meu filho poderia vir com algum tipo de deficiência por causa da minha idade”. (Sujeito 8, 21 anos)*

*“Quando vi meu filho com a fissura foi normal, porque meu irmão também tem fissura e eu sei que tem tratamento”. (Sujeito 2- 17 anos)*

*“Não rejeitei meu filho por ele ter fissura para mim é indiferente, ele é uma criança normal”. (Sujeito 17, 19 anos)*

Segundo Graciano, Tavano e Bachega (2007) o nascimento de uma criança com malformação pode gerar reações parentais e dificuldades no processo de vínculo. As reações podem ser de: choque, ansiedade, negação, tristeza, raiva, culpa, adaptação e reorganização que acarretam dificuldades em lidar com a criança ao longo do seu desenvolvimento. Os efeitos do impacto da malformação podem causar profundas mudanças pessoais nos pais, assim como na dinâmica familiar, refletindo no meio social e trazendo consequências psicológicas ao paciente.

## **5 CONCLUSÃO**

Este estudo cujo objetivo geral é caracterizar e evidenciar os aspectos sociais e familiares de mães adolescentes de crianças em tratamento no HRAC, desvelando as diferentes formas de vivenciar a maternidade precoce, apontando para caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico de mães adolescentes, segundo: idade de concepção, escolaridade, ocupação, religião, procedência, classe social e tipo ou modelo de família, identificar os aspectos sociais e de saúde:

planejamento da gravidez, intercorrências no pré-natal, tipo de relacionamento, situação conjugal, histórico e dinâmico familiar (preocupações, reações e sentimentos), e utilização de recursos de saúde/pré-natal, investigar aspectos ligados à percepção da gravidez precoce, formas de enfrentamento e reflexos na sua vida pessoal e profissional, evidenciar as reações e formas de enfrentamento diante do nascimento e atualmente, em relação à criança com fissura lábio-palatino demonstra os seguintes aportes conclusivos:

Com relação ao perfil socioeconômico, demográfico e clínico dos sujeitos se tem pacientes filhos de mães adolescentes, em sua maioria concentram-se no sexo masculino, com fissura labiopalatina, na faixa etária de 12 a 60 meses (primeira infância), cuja procedência é a região Sudeste, e pertencentes à classe social baixa.

A idade de concepção das mães adolescentes concentra-se na faixa etária de 15 a 18 anos, estando atualmente entre 19 a 21 anos (adulta). Sua escolaridade (na concepção) concentra-se no ensino médio incompleto, sendo que somente uma minoria conseguiu retornar aos estudos e concluir o ensino médio na atualidade. A maioria não estava inserida no mercado de trabalho na época da concepção, situação mantida até hoje.

As religiões proferidas pelos sujeitos concentram-se na católica e evangélica e os modelos ou arranjos familiares evidenciam que na concepção, eram provenientes de famílias mono parentais, atualmente alterado para nucleares.

Quanto aos aspectos sociais e de saúde relacionados ao planejamento intercorrência, relacionamento e dinâmica familiar na gravidez conclui-se que, independentemente, da gravidez ter sido desejada ou não, a totalidade das mães obteve assistência pré-natal, com baixo índice de intercorrência de saúde.

No relacionamento familiar, os índices bons e muito bons, tanto na concepção como hoje são evidenciados pela maioria. O estado conjugal predominante na concepção era o de solteira, alterando-se para casada ou união estável. Observa-se que nos índices do histórico familiar, reproduzido ou não, houve equivalência.

Já os aspectos ligados à percepção da gravidez, enfrentamentos e reflexos na vida pessoal e profissional evidenciam que a minoria enfrentou dificuldades na gravidez, enquanto que a maioria encarou o fato com facilidade, assumindo de forma conjunta (pais) a responsabilidade e educação dos filhos. Quanto ao apoio familiar, a maioria recebeu suporte tanto do ponto de vista emocional e moral como financeiro. Houve satisfação e realização com a maternidade enquanto pessoa e mulher.

As reações e formas de enfrentamento diante da gravidez e do nascimento da criança com fissura labiopalatina e seus reflexos hoje, há destaque para as reações tanto positivas como negativas com a descoberta da gravidez. De um lado, a realização materna com o sonho da gravidez concretizada, do outro, o medo e o preconceito da sociedade, bem como as dificuldades de aceitação. As reações dos pais e/ou responsáveis ocorreram tanto de forma positiva como negativa, havendo de um lado aceitação e realização dos familiares, e de outra, resistência e não aceitação. Quanto aos sentimentos e/ou comportamentos vivenciados na gravidez também se evidenciam tanto os positivos como os negativos. De um lado a coragem, alegria, aceitação e realização e do outro, o medo, tristeza, revolta e a preocupação.

Quanto às repercussões na gravidez da adolescente, destacam-se aspectos tanto positivos como negativos. Ou seja: se na concepção passaram por momentos difíceis e de modificação da vida cotidiana, atualmente a maioria superou e se mostram conscientes sobre a importância da continuidade dos estudos e/ou trabalho, bem como da responsabilidade materna na educação e desenvolvimento dos filhos e no seu processo de reabilitação de forma compartilhada.

Portanto, pode-se afirmar que a hipótese sugerida que ao tornar-se mãe adolescente, as oportunidades da jovem no desenvolvimento de uma carreira profissional são dificultadas. Ao assumir ficar grávida, a adolescente destrói etapas da vida que dificilmente consegue recuperar. Uma gravidez precoce indesejada poderá significar alterações profundas nas perspectivas futuras da adolescente. A maternidade adolescente vem, na generalidade, interromper o prosseguimento dos estudos, de grande parte das adolescentes que ainda estudavam.

O abandono escolar surge como consequência da gravidez/maternidade não permitindo elevadas qualificações escolares e profissionais. A principal razão do abandono escolar é o elevado insucesso escolar que se verifica entre as mães adolescentes, constituindo um fator de peso que dificulta o prosseguimento escolar durante e após a gravidez.

Dando um impacto ainda maior quando a criança nasce com a fissura labiopalatina, pois a mãe se sente incapacitada de lidar com a nova situação, pela insegurança principalmente, no que se refere a alimentação.

Embasado então nesta pesquisa, através da coleta de dados, a hipótese sugerida veio a se comprovar, percebe-se a existência de conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez, destaca-se que as implicações sociais da gravidez na adolescência aumentam com a chegada da criança com fissura labiopalatina, ficando evidente que a gravidez na adolescência tem

consequências biológicas e sociais, exigindo maturidade e preparo para assumir uma nova identidade - mãe adolescente e enfrentar a realidade social.

Portanto, os objetivos da pesquisa foram alcançados, pois foi possível evidenciar as diferentes formas de vivenciar a maternidade precoce.

Sugere-se que as escolas e outras instituições que trabalham com adolescentes ofereçam orientações sexuais, não apenas para os filhos, mas para os pais também.

---

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. S. **Gravidez na adolescência**. Botucatu: UNESP, 1995. 25p. (Relatório de pesquisa/FUNDUNESP).

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica** Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2008. Disponível em:

<http://remonato.pro.br/documents/Crit%C3%A9rio%20de%20Classifica%C3%A7%C3%A3o%20econ%C3%B4mica%20Brasil%20-%20ABEP%202010.pdf>. Acesso em: 2 set. 2008.

BACHEGA, M.I. **Indicadores psicossociais e repercussões na qualidade de vida de adolescentes com fissura labiopalatal**. [tese] Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista São Paulo, 2002.

BALLONE, G.J. Gravidez na Adolescência. In. **PsiquWeb**. 2003. Disponível em: <http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/adoelesc3.html>. Acesso em: 19/03/2010.

BARCELOS, J. Fissuras labiopalatinas. In: ZANINI, S. A. **Cirurgia e traumatologia buco maxilo facial**. Rio de Janeiro: Revinter, p. 321-334,1990.

BRASIL. Lei 8069 de 13 de Julho de 1990. In.: **LEGISLAÇÃO. Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA**. Dispõe do direito à da liberdade, ao respeito e da dignidade. Coletânea de leis. São Paulo: 2006. p.104-162.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Notícias: **Brasil acelera redução de gravidez na adolescência**. 08/03/2010. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=124&CO\\_NOTICIA=11137](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11137). Acesso em: 11/03/2011.

CAPELOZZA FILHO, L. et al. **Conceitos vigentes na etiologia das fissuras labiopalatinas**, *Rev. Bras. Cirurg.*, Rio de Janeiro, v. 78, n.4, p. 233-240, Jul./Ago. 1988.

CAVASIN, S. **Gravidez na adolescência**. 2007, Disponível em: [http://www.ecos.org.br/download/GravidezAdolesc%C3%Aancia\\_Sylvia\\_gravacao](http://www.ecos.org.br/download/GravidezAdolesc%C3%Aancia_Sylvia_gravacao) .doc. Acesso em 15/04/2011.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1998.

DEAL, L.W.; HOLT, .V.L. **Young maternal age and depressive symptoms: results from the 1988 National Maternal and Infant Health Survey**. *Am. J. Public. Health*; v.88,n. p.266270, Fev. 1998.

DESSER, A.D. **Adolescência, sexualidade e culpa**. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos; 1993.

DOMINGUES, R. M.S.M; SANTOS M. S. E; LEAL. C. M. **Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n. supl.1 2004.

FREITAS, J.A.S.; GRACIANO, M.I.G.; CUSTODIO, S.A.M. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – Universidade de São Paulo: quem somos, quantos somos e o que fazemos. **Construindo o Serviço Social**. Bauru: nº 8, p. 11-20, out, 2001.

GRACIANO, M. I. G.; TAVANO, L. D.; BACHEGA, M. I. **Aspectos psicossociais da reabilitação**. In: TRINDADE, I. E. K. ; SILVA FILHO, O. G. da (Coord.). Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Editora Santos, p. 311-331, 2007.

GRACIANO, M. I. G.; LEHFELD, N. A. S.; NEVES FILHO, A. **Critérios de avaliação para classificação socioeconômica: elementos de atualização**. Serv. Social Realid., Franca, v.8, n.1, p.109-128, 1999.

HEILBORN, M.L. et al. **Gravidez na Adolescência e Sexualidade**: uma conversa franca com educadores. Rio de Janeiro: CEPESC/REDEH, 2008. 48p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE divulga Família Brasileira**: Distribuição das famílias por tipo - Brasil 1992-2002. (2002). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/familia.html>. Acesso em: 25 mar. 2011.

JOSÉ FILHO, Pe. M. **A família como espaço privilegiado para a construção da cidadania**. Franca: UNESP, 2002. 158p.

KAHALE, S.; et. al. Assistência multiprofissional a adolescente grávida, dificuldades somato-psicossociais. **Revista de Ginecológica Obstétrica**, v.8, n. 2, p.4-9, jan./mar.1997.

KNIJNIK, J. **A repercussão da gravidez em jovens adolescentes de Porto Alegre**. Disponível em:  
[http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais\\_XVENABRAPSO/18.%20artigo\\_jane%5B1%5D.pdf](http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/18.%20artigo_jane%5B1%5D.pdf). Acesso em: 15/04/2011.

Lazarus RS, Folkman S. Estres y procesos cognitivos. México: Martinez Roca Barcelona; 1986.

LIMA, L. S, TOCCI, H. A. Gravidez na adolescência: Intercorrências e prematuridade. **Rev.Enferm UNISA**, Santo Amaro, v. 2, mar. p. 62-67, 2001

LEVANDOWSKI, D. C; PICCININI C. A. **A Interação Pai-Bebê entre Pais Adolescentes e Adultos**. Psicologia: Reflexão e Crítica, Porto Alegre, v.15, n. 2, p.413-424, mês 2002.

MELO LL, LIMA MADS. Mulheres no segundo e terceiro trimestres de gravidez: suas alterações psicológicas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.53, n.1, p.81-86, Jan./Mar. 2000.

MESQUITA, S. T. **(Re) conhecendo os hospitais de alta complexidade na área de lesões labiopalatais e a presença do serviço social: um retrato do Brasil**. 2005. Tese (Doutorado em Serviço Social: Sociedade e Trabalho) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca. 2005

MINAYO, M.C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 7.ed. Petrópolis: Vozes, 1997. 80p.

MODOLIN, M; KAMAKURA, L; CERQUEIRA, E M. Classificação, etiologia, patogenia e incidência das fissuras labiopalatinas. In: CARREIRÃO, S.; LESSA, S.; ZANINE, S. <sup>a</sup> (Org.). Tratamento das fissuras labiopalatinas. Rio de Janeiro: Revinter, p.13-18, 1996.

MOREIRA, T.M.M.; VIANA, D.S; QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. **Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez**. 2 ed. Revista Escola Enfermagem USP, São Paulo, v.42, n.2 , p. 312-320, Dez. 2008.

NAGEM FILHO, H.; MORAES, N.; ROCHA, R.G. F. Contribuição para o estudo da prevalência das más formações congênitas labiopalatais na população escolar de Bauru. **Revista da Faculdade de Odontologia da USP**, São Paulo, v.6, n.2, p. 111-128, abr./jun. 1968.

OSÓRIO, L.C. **Adolescente hoje**. 2. ed. Porto Alegre:Artes Médicas, 1992.

PARADISE, J.L.; MC WILLIAMS, B.J. Simplified felder for infants with cleft palate. *Pediatrics*, v. 53, n. 4, p. 566-568, 1974.

PINTO E SILVA JLC. **Aspectos biológicos e sociais da gravidez na adolescência**. J. Brás. Ginecol, São Paulo, v.94, n.6, p.227-232, jun. 1984.

PONTE JÚNIOR GM, XIMENES NETO FRG. Gravidez na adolescência no município de Santana do Acaraú – Ceará – Brasil: uma análise das causas e riscos. **Rev Eletrônica Enferm [periódico na Internet]**. 2007 [citado 2007 out. 10];6(1):[cerca de 13 p.]. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista6\\_1/pdf/f3\\_gravidez.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/pdf/f3_gravidez.pdf). Acesso em: 22/03/2010.

POTTER P. A; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem**. 6.ed. Rio de Janeiro: Mosby-Elsevier, 2006.

PRADO, Danda. **O que é família**. 1 ed. São Paulo: Brasiliense, 1981. (Coleção Primeiros Passos).

RAMOS F.R.S; MONTICELLI M.; NITSCHKE R.G., **Org. Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com adolescentes brasileiros**. Brasília: ABEn; 2000.

RIBEIRO E, BARBIERI M, A, BETTIOL, H & SILVA AAM, 2000 Comparação entre duas coortes de mães adolescentes do sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Ribeirão Preto, v.34, n.2, p.136-142, abr. 2000.

REDE NACIONAL PRIMEIRA INFANCIA: **Primeira infância em primeiro lugar**: Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/> , Acesso em: 19/04/2011.

SAITO, M.I.; SILVA. L.E.V. **Adolescência e Risco**. São Paulo: ATHENEU São Paulo, 2001.

SANTA'ANA A.M, BLATTNER, S.H.B, GRACIANO, M. I. G. **Os modelos e arranjos familiares no contexto atual**: um estudo na área da fissura labiopalatina. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Serviço Social na Saúde e Reabilitação) Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, 2009.

SANTOS, S.R; SCHOR, N. Vivências da maternidade na adolescência precoce. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.37, n.1, p. 15-23,1994.

SARACENO, Chiara. *Sociologia da família*. Lisboa: Editorial Estampa, 1997.

SCHILLER R. Gravidez na adolescência: uma questão de hereditariedade. **Pediatr Mod**, Ribeirão Preto, v.30, n.6, p.984, out. 1994.

SILVA FILHO, O. G. da et al. Classificação das fissuras lábio palatais: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. **Revista brasileira de Cirurgia**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 1, p. 59-65, jan./fev. 1992.

SILVA FILHO OG. Malformações congênitas labiopalatinas: etiologia e classificação das fissuras labiopalatinas. In: Anais do Curso de Malformações Congênitas Labiopalatais. Bauru: HRAC-USP; 2001.

SILVA FILHO, O. G.; FREITAS, J.A.S. **Caracterização morfológica e origem embriológica**. In: TRINDADE, K.; SILVA FILHO, G. Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Santos, 2007, p.17-50.

SILVA. L; TONETE V. L. P. A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA SOB A PERSPECTIVA DOS FAMILIARES: COMPARTILHANDO PROJETOS DE VIDA E CUIDADO. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.2, p.199-206, Mar./ Abr. 2006.

SILVA, F, M. **Antigos e novos arranjos familiares**: um estudo das famílias atendidas pelo serviço social. Disponível em: [www.franca.unesp.br/ANTIGOS%20E%20NOVOS%20ARRANJOS%20FAMILIARES.pdf](http://www.franca.unesp.br/ANTIGOS%20E%20NOVOS%20ARRANJOS%20FAMILIARES.pdf). Acesso em: 2005 abr. 2008.

SOUZA-FREITAS, J, A. **Centro de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábiopalatais**. Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, 1994. 55 p.

SPINA, V; PSILLAKIS, J. M.; LAPA, F. S. Classificação das fissuras lábiopalatinas: sugestão de modificação. **Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 5-6, jan./fev. 1972.

TAKIUTI AD. A saúde da mulher adolescente – 1993. In: Madeira FR, organizadora. **Quem mandou nascer mulher?** Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996. p.2013- 2090.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo. São Paulo: Atlas, 1995. 175p.

WATSON, A. C. H; SELL, D. A.; GRUNWELL, P. **Tratamento de fissura labial e fenda palatina.** São Paulo: Santos, 2005. 418 p.

ZAGURY, TANIA. **Sem padecer no paraíso:** em defesa dos pais ou sobre a tirania dos filhos. Rio de Janeiro: Record, 1996