

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA – NESCON
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA
EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: ASPECTOS
SOCIAIS E PSICOLÓGICOS**

RICARDO ALEXANDRE BAYÃO SANTOS

CURVELO - MG

2010

RICARDO ALEXANDRE BAYÃO SANTOS

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: ASPECTOS SOCIAIS E PSICOLÓGICOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Faculdade de Medicina/NESCON, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a Dr^a Anézia M. F. Madeira

CURVELO - MG

2010

BANCA EXAMINADORA

Aprovada em ____/____/____.

DEDICATÓRIA

A Deus, por iluminar minha jornada nesse mundo.

Aos meus pais, pelo exemplo e amor.

A minha esposa Andrea, pelo amor, atenção e incentivo.

Aos meus filhos Pedro, Carolina e Artur, que são minha maior alegria e me fazem ser criança novamente.

AGRADECIMENTOS

Aos Docentes do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da UFMG, que me proporcionaram, com competência, um crescimento teórico e humano para minha prática diária.

Aos colegas do curso, que compartilharam comigo suas experiências e sua amizade.

Ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG (Nescon), pela oportunidade e incentivo à educação continuada.

À tutora Enfermeira Talita Oliveira Mendes pela dedicação e disponibilidade.

Ao Professor Horácio Pereira de Faria pelo exemplo de trabalho e dedicação em saúde pública.

À Dra. Andrea Alves de Azevedo pelo incentivo, atenção e colaboração.

À Equipe da ESF Mato do Engenho pelo apoio e amizade.

E, em especial, à Professora Doutora Anézia M. F. Madeira, minha orientadora, que me incentivou e muito colaborou para a conclusão deste trabalho.

“na busca de conhecimentos
sabe-se
dia-a-dia
um pouco mais.
no caminho do saber
a cada dia se descobrem
as virtudes
da imobilidade
e termina-se
por não querer mais
a qualquer preço
fazer.
e é então
que as coisas acontecem!
sim
é sem perturbar nada além
de si mesmo
que tudo encontra seu lugar
e que
tudo se arranja.”

tao te ching

RESUMO

Esta revisão bibliográfica teve por objetivo refletir acerca dos aspectos sociais e psicológicos da gravidez na adolescência. O número crescente de gestantes adolescentes na área de abrangência de uma unidade de estratégia de saúde da família motivou essa discussão. O entendimento da condição social dessas gestantes e de suas famílias e das questões psicológicas vivenciadas durante a gestação possibilita o melhor acolhimento a essas jovens, assim como facilita o planejamento de ações preventivas. Reduzir o número de gestantes adolescentes é um modo de melhorar diversos indicadores de saúde de uma população.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência, Adolescente, Aspectos sociais, Aspectos psicológicos.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 OBJETIVOS.....	13
3 METODOLOGIA.....	14
4 REVISÃO DA LITERATURA.....	15
4.1 Gravidez na adolescência: um problema social.....	15
4.2 .Fatores determinantes da gravidez na adolescência.....	18
4.3 Aspectos psicológicos da gravidez na adolescência.....	20
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é definida, segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS, como uma fase que vai dos dez aos dezenove anos de idade. É um período de grandes mudanças anatômicas, fisiológicas, emocionais e sociais.

A gravidez nessa fase do ciclo de vida implica em alguns riscos obstétricos aumentados. A anemia é mais comum em adolescentes, principalmente naquelas de baixa renda, que têm alimentação precária e maior incidência de verminoses (WHO, 2007; LEVANDOWSKI; PICCININI; LOPES, 2008). Segundo estes autores, o parto prematuro também é uma complicação que incide mais na gestante adolescente e que acarreta maior tempo de internação, baixo peso ao nascer e maior risco de morte neonatal e infantil.

A gestação da adolescente tem grandes repercussões sociais. A jovem, muitas vezes, deixa os estudos e apresenta mais dificuldade de inserção e permanência no mercado de trabalho. Assim se prolonga o tempo de dependência financeira familiar dessa jovem. Deve-se enfatizar que esses pontos negativos em relação às questões sociais parecem não ocorrer em jovens que apresentam uma boa rede social de apoio (LEVANDOWSKI; PICCININI; LOPES, 2008; BRANDÃO; HEIBORN, 2006).

A gravidez na adolescência é uma questão mundial. Cerca de 16 milhões de mulheres de 15 a 19 anos engravidam a cada ano. Dessas gravidezes 95% ocorrem em países de baixo ou médio desenvolvimento. A proporção de nascimentos de crianças de mães adolescentes segundo áreas no mundo é: 2% na China, 18% na América Latina e Caribe e mais de 50% na África Sub-Saariana. Metade dos partos em adolescentes do mundo ocorre em sete países: Bangladesh, Brasil, República Dominicana do Congo, Etiópia, Índia, Nigéria e Estados Unidos (WHO, 2010). Nos países desenvolvidos a ocorrência desse tipo de gravidez é menor, no Japão ocorrem apenas 4 partos entre 1000 adolescentes/ano, na Suíça 7, na Holanda 8, no Canadá 24, mas já nos Estados Unidos ocorrem cerca de 60 partos em 1000 adolescentes/ano (WHO, 2004).

A sua incidência real é difícil de ser definida devido às interrupções clandestinas que não são notificadas aos sistemas de saúde. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, desde o ano de 2007, o padrão de fecundidade das mulheres brasileiras tem mudado. Na década de 70 o padrão era chamado tardio, com a concentração nos grupos etários na faixa de 25 a 29 anos e de 30 a 34 anos. Na década de 80 passou a ser tipicamente jovem, com maior fecundidade entre 20 e 24 anos. Até

2000 foi observada uma redução na taxa de fecundidade da mulher brasileira de todas as faixas etárias, a exceção daquelas do grupo de 15 a 19 anos (IBGE, 2007). Segundo a OMS, ocorrem 71 nascimentos por 1000 jovens na faixa etária de 15 a 19 anos, no Brasil (WHO, 2004).

No município de Curvelo, cidade situada no centro geográfico de Minas Gerais, a gravidez na adolescência tem chamado a atenção de uma equipe de saúde da família. Essa Equipe chamada Estratégia de Saúde da Família Mato do Engenho (ESF Mato do Engenho) detectou durante a realização do seu diagnóstico situacional anual que a gravidez na adolescência era um dos maiores problemas que a equipe deveria enfrentar. A equipe tem discutido sobre os pontos positivos e negativos de uma gravidez precoce e não planejada, e para se entender o momento vivido por essa menor e por sua família alguns questionamentos são levantados: Como se organiza a nova família? Como ficam os estudos e o futuro profissional da adolescente? Como manter um bom equilíbrio psicológico? Como reestruturar as mudanças nas relações sociais? Qual o papel da equipe de saúde no atendimento dessa adolescente grávida? Como a equipe pode prevenir que ocorram outras gravidezes nas adolescentes de sua área de abrangência? Como evitar que aquela adolescente engravide novamente? Estes questionamentos impulsionaram-me para realização do trabalho de conclusão de curso em atenção básica em saúde da família.

Segundo dados do diagnóstico situacional da Equipe da ESF Mato do Engenho, o percentual de gestantes cadastradas no pré-natal vem crescendo nos últimos três anos (2007/2008/2009). Como mostra a tabela 1, em 2007, a equipe cadastrou 23% de gestantes menores de 20 anos e em 2009 essa porcentagem chegou a 31,18% (SIAB, ESF MATO DO ENGENHO, 2007, 2009). Grande parte da população adscrita à área de abrangência é de baixa renda. O tráfico de drogas e a violência têm crescido muito nos últimos anos na região. A população carece muito de lazer e cultura. A equipe acredita que esse quadro junto com a desestruturação familiar, a baixa auto-estima e a falta de perspectivas de futuro são os principais fatores que interagem para culminar no aumento da taxa de gestações em adolescentes.

Tabela 1- Situação do cadastramento e acompanhamento de pré-natal da ESF Mato do Engenho, 2007-2009, Curvelo, MG.

	2007	2008	2009
Média mensal de gestantes cadastradas	25,6	24,9	24,9
Porcentagem de gestantes cadastradas (<20 anos)	23%	26,7%	31,18%
Porcentagem de gestantes acompanhadas	100%	100%	94,74%

Fonte: SIAB, ESF MATO DO ENGENHO, 2007, 2009.

A cidade de Curvelo está situada no centro do Estado de Minas Gerais, na região do médio Rio das Velhas, a 165Km de Belo Horizonte. Possui área de 3344 Km² e uma população de 71611 habitantes (IBGE, 2007). Está situada num grande chapadão na região central do estado.

Como pólo microrregional, Curvelo é referência para dez municípios na assistência secundária e atendimento de urgência e emergência, em acordo com o Consórcio Intermunicipal do Médio Rio das Velhas (CISMEV). Faz parte da Gerência Regional de Saúde (GRS) de Sete Lagoas e da Macrorregional Centro. Há cerca de dez anos, o município adotou a Estratégia Saúde da Família (ESF) como forma de reorganização da Atenção Básica. Atualmente tem 12 (doze) equipes de Saúde da Família na zona urbana, uma equipe na zona rural e uma equipe da Estratégia Agentes Comunitários de Saúde (EACS), que também atua na zona rural (CURVELO, 2009a). Há também uma Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que conta com um ginecologista, um psicólogo, um assistente social, um fisioterapeuta e um nutricionista. A cobertura é de 71,09% (ESF + EACS) e 60,27% (ESF) da população total do município. As equipes de Saúde Bucal estão presentes em quatro equipes da ESF.

Além disso, Curvelo possui dois Centros de Saúde, um Posto de Assistência Médica; um Núcleo Odontológico; um Laboratório Municipal, um Setor de Ortopedia e Fisioterapia, um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), dois hospitais de médio porte e um Pronto Atendimento Municipal (CURVELO, 2009b).

A equipe de ESF Mato do Engenho, situada em um dos bairros da periferia de Curvelo, iniciou suas atividades no início do ano de 2003. A sede atual é uma casa alugada onde se improvisam consultórios e salas de curativos e nebulização

A população cadastrada é de 3764 pessoas, sendo 118 portadores de diabetes, 484 de hipertensão, 54 menores de um ano e 396 maiores de sessenta anos. A maioria da população da área trabalha com prestação de serviço, reflorestamento, carvoaria e comércio (SIAB, ESFME, 2009).

Neste sentido, este trabalho pode ajudar a ESF Mato do Engenho, a partir de uma revisão bibliográfica, a entender as nuances da gestação na adolescência em seus aspectos sociais e psicológicos, para assim melhor enfrentar o problema no futuro. Espera-se que ao término deste trabalho a equipe possa elaborar um plano de ação eficaz para redução das taxas de gestação na adolescência melhorando assim os indicadores de saúde de sua área de abrangência, tais como: taxa de nascidos vivos com peso inferior a 2,5Kg, desnutrição em menores de 11 meses e 29 dias, aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, internação e consultas por pneumonia, infecções de vias aéreas superiores, diarreia e anemia.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

- Realizar revisão de literatura acerca dos aspectos sociais e psicológicos da gravidez na adolescência.

2.2 Objetivos Específicos:

- Discutir a gravidez na adolescência enquanto problema social;
- Identificar os fatores determinantes da gravidez na adolescência;
- Conhecer os aspectos psicológicos da gravidez na adolescência.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica sistemática que teve como objetivo refletir acerca dos aspectos sociais e psicológicos da gravidez na adolescência. Para isso, foi realizada busca de publicações nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS (Lilacs e Scielo), BIREME, além de consultas a programas do Ministério da Saúde, *sites* da OMS e do IBGE, e consultas a dados da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Curvelo e do SIAB-ESF Mato do Engenho. A busca de publicações foi direcionada para o período de 2004 a 2010, nos idiomas em português e inglês, e foram utilizados os descritores: adolescente grávida, maternidade adolescente, gravidez na adolescência.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Gravidez na adolescência: um problema social

A gestação que ocorre de forma precoce e não planejada em adolescentes (10 a 19 anos) em todo o mundo é um problema que se apresenta de forma mais intensa em países em desenvolvimento e em países com maior índice de desigualdade social e pobreza. Na África Sub-Saariana a taxa de nascimentos em cada 1000 adolescentes varia de 45 em Mauritius a 229 em Guiné. Na América Latina essa taxa é de 77 por 1000 adolescentes no México e de 71 por 1000 no Brasil. Países com uma taxa de desenvolvimento maior como o Japão observa-se uma taxa de 4 nascimentos por 1000 adolescentes (WHO, 2004).

O significado da gravidez varia muito de acordo com o contexto social em que a adolescente está inserida. Nas classes sócio-econômicas mais baixas observa-se que o desejo de se ter filhos aparece mais precocemente, assim como há uma valorização maior da gravidez. As perspectivas restritas de estudos e de carreiras promissoras no mercado de trabalho fazem com que essas adolescentes encontrem na gravidez e no papel social de ser mãe um objetivo para suas vidas. Há uma idealização que uma criança possa trazer conforto, companhia e apoio de seu parceiro amado (ROCHA; MINERVINO, 2008).

A partir dessa única ótica, a gravidez na adolescência se apresenta como uma solução e não necessariamente um problema para essas jovens. Deve-se lembrar que essa jovem mãe tem mais risco de abandonar a escola e deve ter mais dificuldade para se inserir no mercado de trabalho após seu parto. Seu companheiro, muitas vezes, adolescente também, pode não ter condições para assumir financeiramente essa criança (HOGA, 2008).

Desde a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento do Cairo, em 1994 e desde a Conferência Mundial da Mulher em 1995, em Pequim ficou bem estabelecido o conceito do direito ao planejamento familiar. Tanto o homem como a mulher têm o direito à informação, à educação e a serviços para regular sua fertilidade, podendo assim decidir de forma responsável sobre o seu comportamento reprodutivo (MINAS GERAIS, 2007).

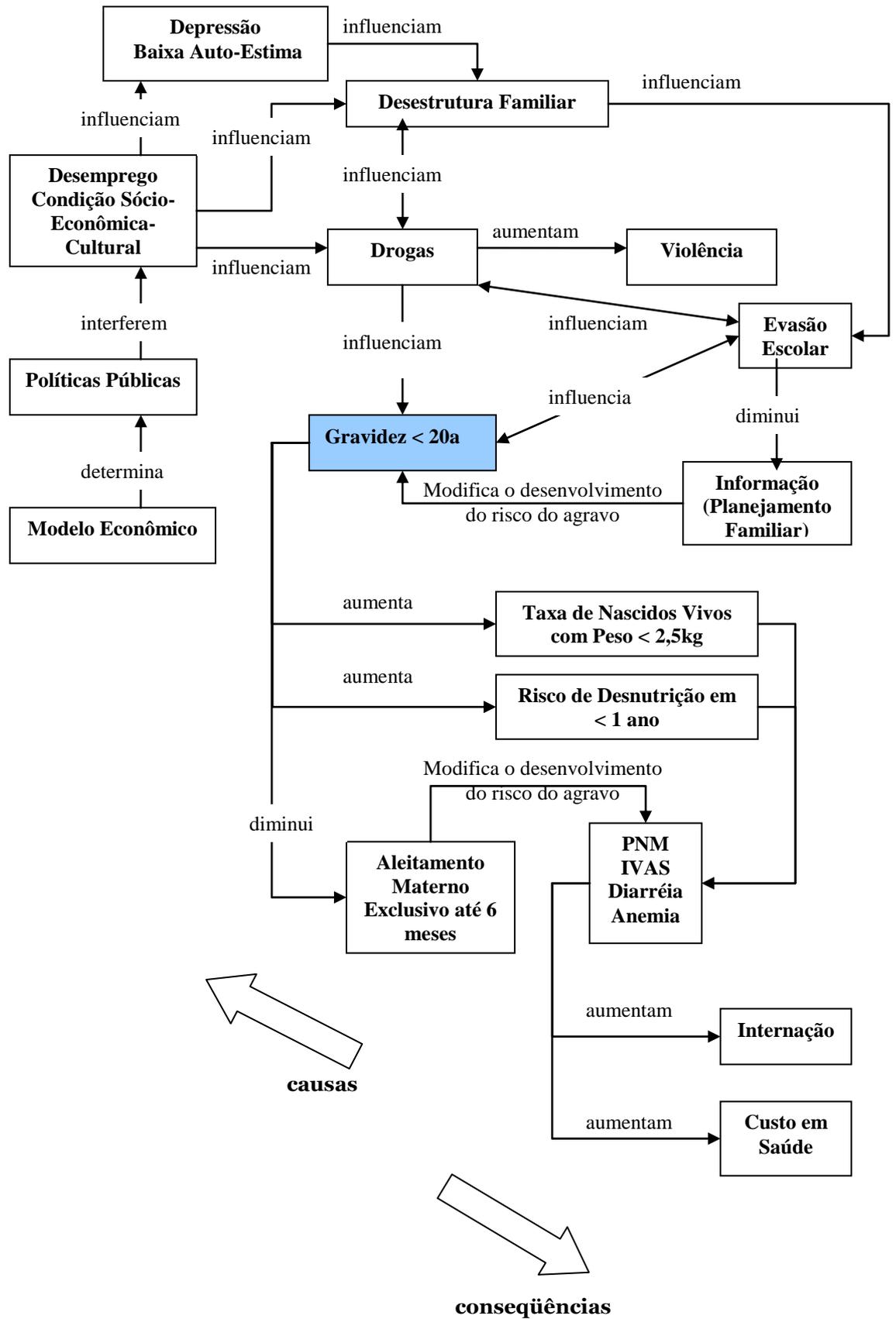
A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como uma de suas responsabilidades implantar ações para a saúde do adolescente. A atenção à saúde

sexual e reprodutiva está incluída entre essas ações. Espera-se que se tenha uma equipe multidisciplinar preparada para abordar o adolescente na unidade de saúde e na escola e que os profissionais de saúde trabalhem com os atores sociais em sua comunidade. Entender a cultura local, fazer parcerias com as escolas, trabalhar a família (principalmente a abertura dos pais para o diálogo com os filhos) e mobilizar a mídia são ações de responsabilidade da atenção primária (MINAS GERAIS, 2007).

Os adolescentes têm um aprendizado e domínio da contracepção que se constroem gradualmente, como a sua iniciação sexual. Independente de toda a informação sobre contracepção e do diálogo aberto sobre sexo nas famílias, o uso do método contraceptivo sofrerá influência desse grau de aprendizado e domínio do casal de adolescentes. Muitas vezes o uso do preservativo está submetido a determinadas condições como: disposição pessoal para usá-lo naquele momento ou tê-lo consigo e ao jogo estabelecido entre os parceiros para o convencimento da necessidade da relação protegida (BRANDÃO; HEIBORN, 2006).

O pensamento mágico (onipotência da adolescência) pode levar o adolescente, ainda que bem informado, a acreditar que não vai acontecer com ele (MINAS GERAIS, 2007). A gravidez na adolescência se torna um grande problema de saúde pública devido às suas repercussões na saúde da adolescente e do recém nascido (RN). Na gravidez, a jovem apresenta risco elevado de hipertensão arterial gestacional, anemia, maior número de abortos espontâneos e de partos prematuros e maior morbimortalidade no parto e puerpério. O RN tem risco aumentado de nascer com baixo peso, de ter morte súbita nos primeiros seis meses de vida e ter internação e acidentes na infância (MINAS GERAIS, 2007; WHO 2007; LEVANDOWSKI; PICCININI; LOPES, 2008).

O quadro abaixo faz parte do diagnóstico situacional da Equipe ESF Mato do Engenho e apresenta as relações sociais que influenciam o problema da gravidez na adolescência e enumera suas consequências na saúde pública.



4.2 Fatores determinantes da gravidez na adolescência

Inúmeros fatores determinam o processo do engravidar adolescente. Eles estão mais presentes nos países em desenvolvimento e nos locais onde existe baixo e médio índice de desenvolvimento humano (IDH). (Tabela 2) O índice de desenvolvimento humano (IDH) é uma medida que padroniza a avaliação do bem-estar de uma população. Ele leva em consideração riqueza, educação, esperança de vida, alfabetização, natalidade, dentre outros fatores (HDR, 2009).

Tabela 2: Índice de Desenvolvimento Humano e Taxa de nascimentos na população adolescente.

	<i>IDH muito alto</i> ($>0,9$)	<i>IDH alto</i> ($0,8-0,89$)	<i>IDH médio</i> ($0,5-0,79$)	<i>IDH baixo</i> ($<0,5$)
Taxa de nascimentos por 1000 adolescentes.	Japão: 4	Argentina: 64	Bangladesh: 115	Congo: 206
	Bélgica: 9	Brasil: 71	Camarões: 140	Guinea: 229
	Canadá: 24	Chile: 49	Índia: 109	Guinea-Bissau: 180
	Dinamarca: 9	México: 77	Madagascar: 142	Etiópia: 168
	França: 8	Costa Rica: 89	Nicarágua: 133	Nigéria: 206
	Estados Unidos: 60	Peru: 57	Nigéria: 138	Serra Leoa: 201

Fonte: WHO, 2004; HDR, 2009.

Pode-se dizer que, a partir dessa análise, a gravidez na adolescência resultaria da pobreza e levaria a um reforço da mesma, uma vez que a maioria dessas jovens abandonará os estudos e terá dificuldade de inserção no mercado de trabalho. Uma menina que nasce e cresce em uma periferia de baixa renda, com poucas perspectivas de estudo, muitas vezes filha de mãe solteira, com pouco ou nenhum exemplo próximo de ascensão econômico-cultural, vislumbra na maternidade, tão valorizada nas classes de baixa renda, uma alternativa para sua vida (PANTOJA, 2003).

A escolaridade das adolescentes também é um fator desencadeante para o aumento no índice de gravidez na adolescência. As meninas que apresentam baixa escolaridade têm piores perspectivas de futuro. Desse modo, como já comentado anteriormente, a gravidez se torna um meio de ser alguém na vida, um “passaporte” para

a vida adulta, a oportunidade de exercer um papel social de responsabilidade: o SER MÃE. Esse sentimento está muito mais relacionado ao aspecto do reconhecimento social do que ao desempenho que esse papel traz (CARNIEL; ZANOLLI; ALMEIDA; MORCILLO, 2006; GONTIJO; MEDEIROS, 2008; OLIVEIRA, 2008).

A experiência do autor no cotidiano do seu trabalho na ESF Mato do Engenho reafirma essa distorção de valores. Essa mãe se mostra muito disposta a se entregar à maternidade nos primeiros dias após o parto, pois ela se sente acolhida pela comunidade nessa ocasião. Porém, passada a euforia inicial, ela se vê diante de um bebê completamente dependente dela e começa a perceber as perdas que a maternidade traz. É nesse momento que ela tenta transferir a responsabilidade do cuidado com a criança para um adulto, na maioria das vezes, a sua própria mãe. Nessa fase acontece o desmame precoce e o aumento das doenças diarreicas e infecções respiratórias do RN, e conseqüente demanda por consultas na Unidade Básica de Saúde.

Muitas das jovens que engravidam vivem em famílias desestruturadas pelas drogas (lícitas ou ilícitas), pela falta de amor e conflitos interpessoais, pelo desemprego e pela falta de condição sócio-econômica e cultural. As adolescentes que crescem nesse meio tendem a ter esperança de que com um filho possam construir uma família mais estruturada (ROCHA; MINERVINO, 2008; GONTIJO; MEDEIROS, 2008).

Alguns trabalhos realizados em comunidades carentes, no Brasil, demonstraram que os sentimentos de amor e carinho dessas adolescentes afloram, na maioria das vezes, de forma muito intensa e similar aos de uma mãe adulta, com o nascimento do bebê (ROCHA; MINERVINO, 2008). Outros trabalhos relacionam o grau de satisfação da jovem com a maternidade diretamente dependente do apoio do companheiro e da família em relação à gravidez e à maternidade. Nas famílias desestruturadas esse apoio costuma ser deficiente (HOGA, 2008; LEVANDOWSKI; PICCININI; LOPES, 2008).

A auto-estima das adolescentes de classes sociais desfavoráveis muitas vezes está limitada ao próprio corpo (procuram realçar suas formas usando tops e microsaias, deixando a mostra: costas, colo, ventre e coxas), uma vez que não possuem uma família estruturada que ofereça segurança e apoio e nem méritos escolares que garantam uma valorização social. Portanto, essas moças tendem a exhibir e valorizar excessivamente o corpo e acabam por usufruir da sexualidade e genitalidade precocemente (PANTOJA, 2003; TRINDADE, 2005).

A falta de diálogo entre pais e filhos também é um fator determinante de gestações precoces em todas as classes sociais. Ensinar sobre métodos contraceptivos

ou “dar aulas” sobre educação sexual no início da adolescência não necessariamente são formas efetivas de diálogo. Nesse contexto, uma família bem estruturada com boas relações de confiança e cumplicidade, que se iniciaram desde a formação daquele núcleo familiar, tem mais chances de diálogos efetivos no dia a dia.

A informação sobre métodos contraceptivos e sua acessibilidade, obviamente, é importante, mas, como dito anteriormente, o domínio da contracepção se constrói em conjunto com as descobertas na iniciação sexual dos jovens. O adolescente está em uma fase intermediária entre a infância e a vida adulta, ora se comporta como criança ora como adulto. Uma fase de crescentes mudanças que com o diálogo aberto com os pais pode se tornar mais segura. Nesse contexto da informação cabe ressaltar a importância da equipe de saúde de família (ESF) para dar apoio e conhecimento a esses jovens e a seus pais. É a ESF que também facilita o acesso aos métodos contraceptivos para os adolescentes. Esse “diálogo” ESF/adolescente/pais também se constrói no tempo como uma relação de confiança e mútuo respeito (BRANDÃO; HEILBORN, 2006; MINAS GERAIS, 2007).

4.3 Aspectos psicológicos da gravidez na adolescência

Uma jovem adolescente ao saber que está grávida é cercada de fortes sentimentos. Suas reações geralmente são de três padrões: positiva (alegria), negativa (nervosismo, preocupação, medo, rejeição) e ambivalente. Os medos mais comuns estão relacionados ao parto, a saúde da criança, ao risco de aborto, a troca de papéis (antes filha, agora mãe) e a insegurança de não saber cuidar do bebê. A dificuldade de enfrentamento desses medos está diretamente relacionada à falta de apoio do parceiro e da família da jovem (LEVANDOWSKI; PICCININI; LOPES, 2008).

A gravidez pode ser entendida como um momento de amadurecimento. As responsabilidades do cuidado com o bebê e o reconhecimento social como mãe contribui para esse salto de maturidade. Pode-se entender que um indivíduo saiu da adolescência e iniciou a fase adulta quando faz 20 anos, ou quando sai da casa dos pais e adquire sua independência financeira ou quando se torna pai ou mãe. A demarcação dessas fases de vida é complexa e envolve vários conceitos do “ser adulto”. Podemos inferir que muitas das adolescentes que engravidam fazem essa transição (OLIVEIRA, 2008; GONTIJO; MEDEIROS, 2008).

As jovens grávidas têm uma visão romântica da maternidade. O sentimento de alegria por estar grávida tem um imaginário da formação de uma família perfeita e cercada de felicidade. Nesse imaginário tem-se a visão da beleza de ser mãe e da crença de ser aquela uma relação duradoura de amor genuíno. Essa visão começa a mudar ao nascimento da criança com a chegada da responsabilidade podendo a mesma relatar que a criança é um peso em sua vida (GONTIJO; MEDEIROS, 2008; TRINDADE, 2005).

A insegurança e o medo em relação às reações do parceiro e da família acompanham muitas jovens. A dinâmica familiar, na casa da mãe adolescente solteira, tem de sofrer um remodelamento. A relação de namoro ou um casamento que se inicia é cercado de mudanças que geram insegurança e medo na jovem mãe. A adolescente tem de assumir a responsabilidade por sua gravidez, mudar seu comportamento social e assumir o cuidado do filho que vai nascer. Esse comportamento é esperado pela rede de apoio familiar (TRINDADE, 2005; SILVA; TONETE, 2006).

Elas se sentem inseguras em relação às mudanças corporais da gravidez e ao momento do parto. É o medo do desconhecido e as dificuldades econômicas que muitas vezes leva a jovem a pensar em interromper a gravidez. Algumas delas tentam fazer uso de medicamentos abortivos e ou se submetem a procedimentos perigosos para tentar abortar (TRINDADE, 2005).

Os sentimentos se alternam por toda a gestação e início de vida do bebê. O autor observa que na maioria dos artigos pesquisados os sentimentos predominantes nas jovens eram positivos (SILVA; TONETE, 2006; LEVANDOWSKI; PICCININI; LOPES, 2008; ROCHA; MINERVINO, 2008).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho ajudou a desmistificar a idéia de que a gravidez na adolescência trouxesse somente experiências negativas às jovens grávidas e suas famílias. A partir dessa revisão de literatura consegue-se apontar os aspectos psicológicos positivos dessa vivência, principalmente naquelas situações em que se encontra uma boa rede de apoio social. Apesar dos aspectos psicológicos positivos encontrados durante a gestação da adolescente, essa gravidez gera um ônus social que contribui para a perpetuação do ciclo de pobreza e do baixo desenvolvimento humano nas populações onde ela prevalece.

Diante das questões sociais que são determinantes para a gestação na adolescência, já apresentadas no desenvolvimento do trabalho, percebe-se a necessidade de um esforço conjunto de diversos setores da sociedade para reduzir os índices de gestação na adolescência. A divulgação da problemática em questão e a apresentação do custo social da gestação dessas jovens pode ser um motivador para o Estado investir em capacitação profissional e expandir programas sociais que visem a minimizar o problema. Uma melhor qualidade de vida baseada em melhoria das condições financeiras, educação, esperança de vida, alfabetização, natalidade (critérios para IDH) é uma condição essencial para a reversão do problema.

O setor da saúde tem papel importante no trabalho com as famílias e os adolescentes e a ESF tem características únicas em sua dinâmica de trabalho que facilitam a aproximação dos jovens. A proposta de abordagem integral do indivíduo em conjunto com a abordagem familiar deve ser usada de forma sistemática para a realização de um trabalho efetivo com os jovens. Uma equipe multidisciplinar bem motivada e capacitada para o trabalho com os adolescentes deve estar pronta para fazer o acolhimento e planejar ações preventivas. Parcerias com instituições governamentais e não governamentais são táticas importantes. A escola e a igreja também são parceiros próximos que devem ser buscados.

A ESF deve estabelecer um dia definido para o atendimento de pré-natal, incentivar a participação do pai nos grupos e consultas médicas e de enfermagem, dar apoio e esclarecer sobre os riscos e repercussões psicossomáticas da gravidez, trabalhar a importância de um pré-natal bem feito, informar sobre as mudanças corporais da gestante, incentivar a amamentação, instruir sobre parto, puerpério e primeiros cuidados com o RN. A informação deve ser construída junto com as gestantes, de preferência em

roda e de forma lúdica. As técnicas de grupo centrada no profissional de saúde como o “dono do saber” devem ser abolidas da rotina de pré-natal.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRANDÃO, R. B.; HEILBORN, M. L.; Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. **Cader. de Saúde Pública**, v.22, n.7, Rio de Janeiro, July, 2006.

CARNIEL, E. F.; ZANOLLI, M. L.; ALMEIDA, C. A. A.; MORCILLO, A. M.; Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil; **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**; v.6; n.4; Recife, 2006

CURVELO. Secretaria Municipal de Saúde. SMSA: Curvelo, MG, 2009a.

CURVELO. **Diagnóstico situacional ESF Mato do Engenho**. Curvelo, Minas Gerais, 2009b.

GONTIJO, T. D.; MEDEIROS, M. “Tava morta e revivi”: significado de maternidade para adolescentes com experiência de vida nas ruas. **Cader. Saúde Pública**, v.24, n. 2, Rio de Janeiro, Fev. 2008.

HOGA, L. A. K. Maternidade na adolescência em uma comunidade de baixa renda: expectativas reveladas pela história oral. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.16, n.2, Ribeirão Preto, Mar./Apr. 2008

HUMAN DEVELOPMENT REPORT (HDR) 2009. **Programa das nações unidas para o desenvolvimento**. Disponível em: <<http://hdr.undp.org>> Acesso em: 20 jun. 2010.

LEVANDOWSKI, D. C.; PICCININI, C. A.; LOPES, R. C. S.; Maternidade adolescente. **Estud. Psicol.** v.25, n.2; Campinas, Apr/Jun, 2008

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adolescente**. – 2. ed. Belo Horizonte: SAS/MG, 2007. 152p.

OLIVEIRA, R. C. Adolescência, gravidez e maternidade: a percepção de si e a relação com o trabalho. **Saúde Soc.**; v.17; n.4; São Paulo; Oct./Dec., 2008

PANTOJA, A. L. N. “Ser alguém na vida”: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. **Cader. de Saúde Pública**, v.19; suppl.2, Rio de Janeiro, 2003.

ROCHA, L. C.; MINERVINO, C. A. M. Ser mãe adolescente: sentimentos e percepções. **Pediatr. Mod.**; 44(6): 242-247, nov./dez. 2008.

SILVA, L.; TONETE, V. L. P. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**; 14(2): 199-206, mar.-abr. 2006.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA - SIAB 2007. **Estratégia Saúde da Família Mato do Engenho**. Curvelo, Minas Gerais, 2007.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA - SIAB 2008. **Estratégia Saúde da Família Mato do Engenho**. Curvelo Minas Gerais, 2008.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA - SIAB 2009. **Estratégia Saúde da Família Mato do Engenho**. Curvelo Minas Gerais, 2009.

TRINDADE, R. F. C. **Entre o sonho e a realidade: a maternidade na adolescência sob a ótica de um grupo de mulheres da periferia da cidade de Maceió – Alagoas**; Ribeirão Preto, 2005, Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adolescent pregnancy: inssue in adolescent health and development**. WHO, Geneva, 2004

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adolescent pregnancy: unmet needs and undone deeds: a review of the literature and programmes**. Geneva: WHO, 2007.

<http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/adolescent_pregnancy/en/>

WHO 2010. Acesso em 13 maio 2010 22:24

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem_2007/contagem_final/tabela1_1_17.pdf> Acesso em 12 maio 2010

<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/registrocivil/2007/comentarios.pdf>>
> Acesso em 12 maio 2010 21:39

-

