

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UMA TEMÁTICA DE REPERCUSÃO SOCIAL.

WANDERSON FABIAN RODRIGUES PEREIRA

CORINTO - MINAS GERAIS

2010

WANDERSON FABIAN RODRIGUES PEREIRA

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UMA TEMÁTICA DE REPERCUSÃO SOCIAL

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

Orientadora: Dra. Mércia Heloisa F. Cunha

CORINTO - MINAS GERAIS

2010

WANDERSON FABIAN RODRIGUES PEREIRA

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UMA TEMÁTICA DE REPERCUSÃO SOCIAL

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

Orientadora: Dra. Mércia Heloisa F. Cunha

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Mércia Heloisa F. Cunha
Prof. Dra. Mara Vasconcelos
Prof. Dra. Maria José Cabral Grillo

Aprovado em Belo Horizonte, 26/01/2010

AGRADECIMENTOS

A minha noiva pela enorme compreensão nos momentos de ausência.

A minha família, pelo apoio e inspiração pelo meu sucesso.

As demais pessoas que contribuíram para a execução deste trabalho.

RESUMO

A gravidez é um fenômeno que ocorre em mulheres em seu período fértil, o que resulta na mudança, psíquica, social, biológica e cultural. Gravidez na adolescência é extremamente prevalente na realidade brasileira e para compreendê-la melhor, um estudo científico e social do teórico foi realizado em Mirabela / MG. Os objetivos do estudo são baseados na repercussão e consequências de uma gravidez. A análise foi realizada em adolescentes atendidas pela equipe do Programa de Saúde da Família do bairro São Geraldo. A análise destes dados atesta conflitos familiares, falta de estrutura psíquica, econômica e social dos adolescentes para enfrentar esta nova mudança em suas vidas.

Palavras-chave: Adolescentes grávidas. Ambiente familiar. Equipe do Programa de Saúde da Família.

ABSTRACT

Pregnancy is a phenomenon that occurs in women in their fertile period, which results in psychic, social, biological and cultural changing. Pregnancy in adolescence is extremely prevalent in Brazilian actually and to understand it better, a scientific, social and theoretical study was carried out in Mirabela/MG. The aims of the study are based on the impact and consequences of a pregnancy. The analysis was performed on adolescents assisted by the staff of Family Health Program in the neighborhood São Geraldo. The analysis of this data attested family conflicts, the lack of psychic, economic and social structure of the adolescents to face this new change in their lives.

Key words: Pregnant Adolescents. Family Environment. Staff of Family Health Program.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVO.....	14
3 TRAJETÒRIA METODOLÒGICA.....	15
4 CONTEXTUALIZANDO O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (P.S.F.).....	16
4.1.CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE.....	16
4.2.CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO	16
5 REVISÃO DA LITERATURA	19
5.1.CONCEITUANDO A ADOLESCÊNCIA	19
5.2.ADOLESCENTE E SEXUALIDADE.....	21
5.3.ABORDANDO AS REPERCUSSÕES BIOLÓGICAS E PSICO-SOCIAIS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	25
5.4 REPERCUSSÕES DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO ÂMBITO FAMILIAR.....	33
6 DISCUSSÃO	36
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS.....	40

1.INTRODUÇÃO

A gravidez é um fenômeno que ocorre em mulheres no período fértil. Trata-se de um período promulgador de transformações psíquicas, sociais, biológicas e culturais, no qual a mulher terá que se adaptar a uma fase de mudanças em sua vida.

No Brasil, a taxa de gravidez na adolescência é estimada entre 20% a 25% do total de gestações. O que corresponde a uma adolescente grávida para cada cinco gestantes (SANTOS, 1999).

A gravidez na adolescência é, reconhecidamente, um tema prioritário de saúde pública em todo o mundo, surgindo em alguns países como um grave problema e alcançando cifras decididamente alarmantes em outros países. Na realidade brasileira a gravidez precoce é extremamente prevalente ao mesmo tempo em que é muito camuflada e negligenciada nesta nossa realidade. Este tema é bastante polêmico, controverso e, por que não dizer, explosivo (GAUDERER,1998).

A gravidez na adolescência é fator preocupante, pois, tem havido ultimamente um aumento de sua incidência, correspondendo a 24,63% (vinte e quatro e sessenta e três por cento) das internações obstétricas do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2001).

De acordo com o Ministério da Saúde (2001) esse fenômeno está presente nas diferentes classes sociais, porém tem maior incidência nas classes mais pobres. As repercussões da gravidez na vida das adolescentes são na maioria das vezes negativas tanto para ela enquanto pessoa, quanto para a família e especialmente para esse novo ser. O que pode ser retratado a seguir:

A gravidez na adolescência é um desastre na vida de qualquer menina. Uma jovem que tem seu bebê aos 16 anos se vê com a tremenda responsabilidade de ser mãe numa época em que deveria estar se preparando para o vestibular e dando os primeiros passos rumo à carreira profissional. (VEJA, 2003:24)

A iniciação sexual precoce tem sido motivo de preocupação da família e dos profissionais da área de saúde. No entanto, a iniciação sexual precoce ocorre devido à falta de orientação segura por parte de todos os responsáveis pela educação do adolescente nos diferentes espaços. Tal procedimento tem ocasionado graves

conseqüências tanto físicas quanto psíquicas para ele e tem levado, em número crescente de casos; à gravidez indesejada, à promiscuidade sexual e ao aborto (BRASIL, 2001).

Geralmente, a primeira relação sexual entre adolescentes não é planejada, tanto para os homens quanto para as mulheres e ocorre maioria das vezes no domicílio, de forma rápida para não ser flagrado pelos familiares, além desses jovens lidarem com emoções e sentimentos que permeiam o início da vida sexual. Este cenário onde se dá o início da atividade sexual concorre para que o preservativo esteja ausente nas primeiras relações sexuais, mesmo sendo o meio para se proteger de uma gravidez indesejada e das DSTs/HIV e de se vivenciar uma experiência sexual de maneira saudável e responsável (BORGES, SCHOR, 1995).

As conseqüências da gravidez e da maternidade nesse período da vida são de ordem sanitária, biológica, psicológica, social e demográfica na medida em que as crises daí advindas implicam a necessidade de reestruturação e reajustamento. Por exemplo, os dados estatísticos demonstram que cerca de 40% (quarenta por cento) dos filhos de adolescentes foi fruto de gravidezes indesejadas, com grandes conseqüências desagradáveis para a mãe, para a criança e para a família. Além disso, a adolescente pode estar sujeita a contrair doenças sexualmente transmissíveis, principalmente a AIDS, como também contaminar o próprio filho (BRASIL, 2001).

Vale destacar que a sociedade não aceita totalmente essa situação vivenciada pelas adolescentes, ocorrendo discriminação e adoção de tabus por parte dos grupos sociais, fazendo com que as adolescentes sejam excluídas ou se excluam da sociedade ao assumirem uma vida sexual ativa. Há outras adolescentes que negam tal situação, porque não estão grávidas, não assumindo, assim, o que realmente fazem por causa dessa tal sociedade que dita às regras e vive de aparências.

Atualmente a gravidez na adolescência não é mais considerada como sendo biologicamente desvantajosa somente para o feto, mas também para a mãe, que, geralmente necessita abandonar a escola, prover o seu sustento e ainda sofrer pressões emocionais por parte da família e da sociedade. É necessário frisar que a adolescente grávida está sujeita a riscos relativos à sua saúde e à do feto, tais como: trabalho de parto prematuro, recém-nascido com baixo peso para a idade

gestacional, hipertensão materna, anemia por falta de ferro (ferropriva), dentre outros (BRASIL 2001).

A gravidez não-planejada representa a falência da estrutura social ao não prover de modo adequado alternativas para que a mesma fosse evitada. Há falha na oferta à mulher de informações sobre o seu corpo, sexualidade, reprodução e seu controle através de métodos anticoncepcionais oportunos e de eficientes serviços disponíveis para sua obtenção. Indica também falta de propostas educacionais das escolas, mesmo que haja perfeito conhecimento das alternativas para se evitar a gravidez não-planejada. Há ainda, a indisponibilidade de acesso ao provimento de métodos anticoncepcionais adequados, além da orientação profissional e segmento dos resultados serem muito pequenos e insuficientes.

A gravidez na adolescência é, reconhecidamente, um tema prioritário de saúde pública em todo o mundo, surgindo em alguns países como um grave problema e em outros já alcançando cifras decididamente alarmantes. Fazendo assim parte da realidade brasileira, a gravidez precoce é extremamente prevalente ao mesmo tempo em que é muito camuflada e negligenciada nesta nossa realidade. Este tema é bastante polêmico, controverso e, por que não dizer ,explosivo. GAUDERER (1998).

O risco gestacional na adolescência não está relacionado apenas ao fator idade, mas, à falta de condições adequadas para o acompanhamento da gravidez, do parto e do puerpério, associada à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a desinformação e, à nutrição deficiente (BRASIL, 2001).

No Brasil, a Constituição prevê o atendimento a todos, mas sabe-se que a falta de recursos e a forma de organização dos sistemas de saúde marginalizam milhões de pessoas e a busca da especialidade, sempre foi motivada por maior prestígio, melhor remuneração e absorção no mercado de trabalho GAUDERER (1998).

O modelo da prática médica centrada no cuidado da doença, na busca frenética pela especialização, no uso da alta tecnologia e na hospitalização está falido em todos os países do mundo.

O sistema atual é resultado de anos de pesquisa em cima das reformas sociais de saúde; baseadas principalmente na reforma canadense; nas reformas europeias (praticadas através de financiamentos para população) e mesmo nas dos

Estados Unidos (considerados a grande potência) quarenta milhões de americanos estão fora do sistema público de saúde.

Nos últimos anos, vem ocorrendo uma inversão entre o número de médicos especialistas e os generalistas, em função da saturação de especialistas no mercado e da mudança de mentalidade.

O Programa de Saúde da Família (P.S.F.) é uma nova estratégia do setor da saúde, como forma de substituição do modelo vigente, sendo sintonizada com os princípios da universalidade e equidade da atenção e da integralidade das ações de atenção básica da saúde (BRASIL, 2000, p.09).

A estratégia do P.S.F. está diretamente relacionada ao nível primário da atenção básica e com isto há uma resolutividade em torno de 85% (oitenta e cinco por cento) dos problemas de saúde existentes na população adscrita; o que dispensa o uso de alta tecnologia. Saliento que os modernos aparelhos não deixam de ser importantes para os diagnósticos em que a atenção primária não tem condições de resolver.

Desta forma, este modelo assistencial visa melhorar a qualidade de vida da comunidade nele inserida, resgatando muitos valores que são de suma importância para o bem-estar de nossa população adscrita, tendo como objetivo principal:

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do S.U.S., imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 2000, p. 10)

O PSF deve ser o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, não restringindo a Unidade da Básica de Saúde (UBS), a triagem e encaminhamentos. Assim, a UBS deve realizar uma assistência integral, contínua e de qualidade, desenvolvida por uma equipe multiprofissional na própria unidade e também nos domicílios e em locais comunitários, como escolas, creches, asilos, presídios entre outros (BRASIL, 2000).

Com esta nova concepção, o PSF difere dos demais programas governamentais, por seu dinamismo em questões de intervenções, resultados e atividades rotineiras, objetivando a integração e organização das atividades em um território definido, enfrentando e resolvendo questões identificadas, mudando de

forma articulada e consciente. A efetividade destas ações possibilita a busca da integralidade da assistência e a criação de vínculos de respeito, responsabilidade e compromissos entre o programa e a população, tornando possível melhores intervenções no processo saúde-doença.

O Programa Saúde da Família será o grande mercado de trabalho que vai exigir generalistas de ótima resolutividade: que sejam profissionais mais voltados para promoção, prevenção e assistência da saúde, com postura ética e moral, humanista e uma abordagem biopsicossocial. É este o profissional que se espera daqui para frente.

O interesse em estudar esse tema surgiu, durante atendimento ao PSF São Geraldo, e referendado por vários autores, se deu ao fato de minha percepção e da equipe do aumento exagerado de adolescentes grávidas, da falta do convívio social, da imaturidade, e da forte estima de que o “nunca irá acontecer com elas”. A escolha do tema gravidez na adolescência: uma temática de repercussão social deu-se pela grande incidência de adolescentes grávidas no território de abrangência da equipe de Saúde da Família do Bairro São Geraldo do município de Mirabela/MG. Estima-se que 30 a 35% do total de adolescentes atendidas pelo PSF estão grávidas, no entanto 15% dessas estão fazendo pré-natal, as demais ignoram o atendimento.

A observação foi feita através do número de adolescentes grávidas atendidas e não atendidas pela Equipe de Saúde da Família do São Geraldo. A observação da equipe nessas gestantes em suas residências, notou-se conflitos familiares. As adolescentes não possuem estrutura psíquica, econômica e social para enfrentar essa nova mudança em suas vidas.

Em face do exposto e considerando que a escola tem importante papel na formação do adolescente através da adoção de técnicas e medidas preventivas que deverão ser aplicadas desde o maternal e aprofundando nas demais séries escolares, e por ser O PSF um dos responsáveis pela educação sexual dessa população já que muitas famílias não participam do processo de desenvolvimento dos filhos, decidiu-se pela realização desta pesquisa, cujos objetivos desenvolver ações educativas junto às famílias para ajudar nesse processo de implementações de ações de promoção de saúde pautadas no conhecimento prévio e na percepção de saúde dos indivíduos, para que as ações de educação em saúde possam reverter

em melhorias das condições de saúde da população a fim de promover mudanças de práticas da equipe do PSF do São Geraldo em Mirabela/MG.

2.OBJETIVO

Relacionar as repercussões individuais e familiares da gravidez na adolescência com questões de promoção e prevenção à saúde desse grupo pelos profissionais do Programa Saúde da Família.

3TRAJETÒRIA METODOLÒGICA

Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa e para a realização deste estudo foram realizadas pesquisas em livros e artigos científicos no período de outubro e novembro de 2009. Além de acompanhamento de algumas gestantes do PSF São Geraldo.

4 CONTEXTUALIZANDO O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

4.1. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE

A unidade de P.S.F. São Geraldo do município de Mirabela/MG possui uma área geográfica de abrangência por números de famílias que se localizam nas proximidades da instalação do hospital municipal. A unidade tem o seu horário de funcionamento diário iniciando às 7:00 horas e finalizando suas atividades às 17:00 horas, com intervalo para almoço de 11:00 às 13:00 horas, perfazendo um total de oito horas diárias de trabalho, dividido em dois turnos de quatro horas

Percebe-se que os serviços oferecidos pela unidade têm algumas particularidades, mas de maneira geral desenvolvem suas atividades com aspectos bem comuns, como por exemplo, o serviço médico prestado se constitui em clínica geral, clínica pediátrica, clínica ginecológica e obstétrica além de visitas domiciliares. O enfermeiro realiza consultas de enfermagem com adultos, idosos e crianças, atendimento específico à saúde da mulher (coleta citopatológica, pesquisa de câncer de mama, planejamento familiar, pré-natal), visitas domiciliares e a puericultura também é uma atividade comum na unidade.

Esta unidade trabalha muito com grupos da comunidade em suas atividades educativas, e a formação destes grupos depende tanto da procura da população por este serviço, quanto do convite individual realizado normalmente pelo agente comunitário de saúde quando em visitas domiciliares. Apesar destes grupos terem pouca participação na comunidade, acredita-se que este seja o maior espaço da educação em saúde nos serviços de saúde pública municipais.

4.2. CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

O Modelo Assistencial da área de abrangência Unidade de Saúde da Família São Geraldo no município de Mirabela/MG foi implantado no dia 01/03/2004, e é composta pela população adscrita no território.

microárea 1 possui 580 pessoas e 146 famílias;

microárea 2 possui 697 pessoas e 151 famílias;

microárea 3 possui 628 pessoas e 146 famílias;
microárea 5 possui 613 pessoas e 136 famílias;
microárea 6 possui 610 pessoas e 116 famílias;
microárea 7 possui 659 pessoas e 129 famílias;
microárea 8 possui 640 pessoas e 131 famílias.

O total da população feminina é de dois mil, duzentos e quarenta e quatro mulheres (2.244), enquanto a população masculina soma de dois mil, cento e oitenta três (2.183), com um total de quatro mil, quatrocentos e vinte e sete pessoas (4.427), e novecentos e cinquenta e cinco famílias (995).

A situação socioeconômica das famílias adscritas no P.S.F. é caracterizada por famílias de baixo poder aquisitivo. Geralmente são famílias numerosas e a maioria possui trabalho temporário dificultando a sobrevivência das mesmas.

O que chama a atenção é o elevado índice de analfabetismo, fator desencadeante da alta taxa de desemprego, uma vez que, o mercado de trabalho exige, como escolaridade mínima, o Ensino Médio completo. Isso deixa margem ao entendimento de que o elevado índice de desemprego acentua a problemática do alcoolismo, drogas ilícitas, gravidez na adolescência e aumento de doenças crônicas degenerativas.

Antes, a população estava acostumada a ir ao hospital para consultar-se e havia uma grande demanda, hoje, com o acompanhamento dos profissionais de saúde que estão sensibilizando a população para a promoção, prevenção e assistência à saúde; evidencia-se redução do número de consultas em nível hospitalar e diminuição do número de internações. Com este acompanhamento há maior satisfação da população, pois há um maior vínculo entre o profissional, o cliente e seus familiares. A população está mais confiante nos serviços da Equipe de Saúde da Família, pois há o controle dos pacientes hipertensos e diabéticos (com marcação de consulta prévia e fornecimento de medicação na Unidade de Saúde); consultas de pré-natal, controle da hanseníase e tuberculose, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança; onde são realizadas visitas domiciliares e reuniões.

As visitas domiciliares são realizadas diariamente por cada A.C.S. (Agente Comunitário de Saúde) em sua microárea. As visitas do auxiliar de enfermagem,

enfermeiro e médico são agendadas pelo A.C.S. conforme a necessidade da população acompanhada.

A população está reconhecendo o trabalho da equipe, observando-se que os mais carentes valorizam mais tal serviço porque tem o A.C.S. para conversar e expor os seus problemas e dúvidas. As gestantes possuem um atendimento médico de pré-natal mensalmente nas quartas-feiras, e os retornos são agendados; as gestantes maiores de vinte (20) anos totalizam vinte e seis (26), e os gestantes menores de vinte (20) anos totalizam-se em doze (12) de acordo com o cadastro das famílias das respectivas microáreas no período do mês de outubro/2009.

A assistência de pré-natal caracteriza-se por consultas médicas, acompanhamento da enfermagem, visita domiciliar do A.C.S. e realização dos grupos operativos.

Os grupos operativos não estão obtendo uma boa participação da comunidade porque alguns continuam com a mentalidade de possuir direito apenas à consulta médica e ao exame citopatológico feito pelo enfermeiro.

As consultas médicas e de enfermagem são previamente agendadas de acordo com a necessidade da população adscrita no território de abrangência.

Com este sistema de saúde a população caminha para obter uma melhor qualidade de vida.

5.REVISÃO DA LITERATURA

5.1.CONCEITUANDO A ADOLESCÊNCIA

No cenário atual, os adolescentes vêm se destacando não somente como parte significativa da população, mas como um grupo de pessoas com expressões peculiares de conduta que necessita de apoio da sociedade, para com sucesso, vencer a passagem de infante para um adulto capaz de se realizar em sua dimensão mais ampla de ser humano.

Luz (1999) define a adolescência como a etapa essencial de um processo de transição no qual a pessoa procura encontrar seu espaço na sociedade. A referida comenta que a adolescência é uma fase de maturidade e desenvolvimento físico, social e emocional e significa:

[...] um processo onde são desencadeados novos comportamentos, principalmente na esfera da sexualidade. Muitas vezes, em resultado a esses novos comportamentos, vários conflitos poderão ser gerados na vida do adolescente, como é o caso da gravidez não desejada LUZ (1999, p.15).

Pode-se dizer que a adolescência começa mais ou menos quando o jovem apresenta os primeiros sinais da puberdade, estendendo-se até que o indivíduo seja sexualmente maduro (JERSILD, 1977).

A puberdade pode ser definida como processo hormonal, de maturação e de crescimento que ocorre quando os órgãos reprodutivos começam a funcionar e se desenvolvem os caracteres sexuais secundários, com alterações da voz, desenvolvimento, de pêlos faciais e pubianos e depósitos de gordura (WHALEY; WONG, 1999).

Esse período de adolecer também se inicia com as mudanças da puberdade, e pode ser definido sob os pontos de vista anatômico, fisiológico, psicológico, emocional e social como descritos a seguir:

Do ponto de vista anatômico e fisiológico, a adolescência corresponde ao período que vai desde o aparecimento dos caracteres sexuais secundários (puberdade) e início da aceleração do crescimento até o indivíduo atingir o desenvolvimento físico completo, ou seja, parada do crescimento e estabelecimento

da função reprodutora. Essas mudanças anatômicas e fisiológicas são principalmente resultado da atividade hormonal sob influência do sistema nervoso central (WHALEY; WONG, 1999).

Do ponto de vista psicológico e emocional, a adolescência representa um período de mudanças entre a infância e a idade adulta, relacionada, fundamentalmente, a uma busca de identidade, de aceleração do desenvolvimento intelectual e uma evolução da sexualidade. Nessa fase, o adolescente começa a se perceber como indivíduo distinto, único e separado de todos os outros indivíduos. Ele aprende a fazer uso de suas capacidades mentais em desenvolvimento, ocorrendo um progresso na esfera do pensamento cognitivo, que culmina com a capacidade para o pensamento abstrato. Nesta fase, ele se sente inundado por sensações e sentimentos novos que não consegue compreender, oscila entre diferentes estados emocionais e entre maturidade e comportamento infantil (WHALEY; WONG, 1999).

Do ponto de vista social, a adolescência corresponde ao período de vida do indivíduo, durante o qual a sociedade não o encara como criança, porém ainda não lhe confere o status de adulto. Nessa fase, o indivíduo perde os direitos e privilégios de criança, ao mesmo tempo em que passa a assumir responsabilidades de adulto. O término da adolescência, segundo o critério social, depende das características do grupo social no qual o adolescente está inserido (WHALEY; WONG, 1999).

A adolescência também pode ser dividida em três etapas por idades:

A adolescência precoce (10 aos 14 anos): é uma fase de crescimento físico intenso e acelerado, principalmente nas meninas. Adolescência média (15 aos 17 anos): nesta fase, o crescimento está desacelerado nas meninas; os caracteres sexuais secundários já estão bem avançados. Adolescência tardia (18 aos 20 anos): nesta fase, os adolescentes estão fisicamente maduros; as identidades intelectuais e funcionais estão estabelecidas; vão à busca da estabilidade social e viabilidade econômica. Começam a se tornar independentes da família com menos conflito. Enfim, começam a estabelecer valores e comportamentos de adulto (WHALEY; WONG, 1999, p.415-6).

A adolescência pode ser caracterizada como uma fase de múltiplos estágios e transformações, onde, a princípio, o adolescente nega suas mudanças; em seguida, vive a ambivalência entre o desejo de permanecer no estágio infantil que é a regressão, e a necessidade de continuar a sucessão normal de desenvolvimento que se caracteriza como a fase de progressão. Em outro momento, vive conflitos que interroga a família e também o mundo, desfaz vínculos e parte na busca de si,

junto a outros que vivenciam o mesmo processo. Algumas vezes, se isola, se interioriza na busca de compreender seu momento evolutivo. Porém, é no final da adolescência que ele se aceita como pessoa destinada a prosseguir na busca de si e de sua maturidade (MAAKAROUN, 1993).

A maior parte dos teóricos descreve a adolescência como sendo uma etapa de crise. Crise de identidade, crise relacional, familiar, crise de auto-estima, de falta de sentido para a vida. A referência maior é a de que esse é um estágio atravessado por conflitos, dúvidas, inquietações e mal-estar. Nesse sentido, a crise da adolescência é expressiva do crescimento que nela se dá; crescimento marcado por desorganizações físicas, hormonais, psíquicas, emocionais e por conseqüentes reorganizações. Toda crise nos coloca diante de emergências, enfrentamentos, superações, desafios (SCHOR, 1999, p.206).

5.2.ADOLESCENTE E SEXUALIDADE

Na busca dessa maturidade, o adolescente começa a vivenciar a sua sexualidade e o sexo, sendo que o sexo passa a ser compreendido como:

[...] uma das formas mais profundas de contato entre duas pessoas. É uma das maneiras de ter intimidade e mostrar o amor que se sente pelo outro. Ter relação sexual por curiosidade, só para ver como é, geralmente não é uma boa. É muito fácil se machucar, magoar-se, nessa experiência (SUPLICY, 1998, p. 12).

A sexualidade vivida pelo adolescente ganha a feição do contexto cultural em que ele se insere. O adolescente contemporâneo vive sua sexualidade em meio às referências que invadem seu imaginário. Ele é o ator integrante do espetáculo de nossa cultura; como tal, é continuamente convocado a consumir imagens, talvez mais do que a refletir, a elaborar, ou a pensar. Com isso é empurrado a permanecer na periferia de si mesmo, e nesse embotamento reflexivo é difícil construir projetos pessoais que lhe possibilitem reconhecer-se como alguém de valor. O adolescente sem projetos fica sem motivos para valorizar a si mesmo e a vida.

Nessa autodesvalorização, o adolescente banaliza também o outro. Isto é expressivo de um mal-estar, de uma baixa autoestima, de uma menos valia e de falta de sentido de valor para a vida (em relação a si mesmo ou em relação ao

outro). Não é de admirar a frieza com que brincam de roleta russa, ou fazem sexo sem preservativo, pois, não é apenas a vida em seu fio trágico, é a vida com seu pouco valer (SUPLICY, 1998).

Ao fazer uso do preservativo masculino, os adolescentes dizem não gostar, porque dizem que perdem o estímulo sexual e o prazer. Em geral, pode acontecer que o adolescente faça o uso incorreto do preservativo ou até mesmo pare de comprá-lo. Alguns adolescentes relatam em seus discursos que fazer sexo com preservativo parece chupar bala com papel, ou que é ruim usá-lo, pois, tem que interromper o ato sexual para colocá-lo e após o término do ato tem que retirá-lo. Em suma, os adolescentes não acreditam na importância do uso do preservativo masculino.

A descoberta da vida é uma tarefa muito excitante, e leva a humanidade recorrer à imagem de um beija-flor, para dizer que o adolescente é alguém que experimenta sua sexualidade na rapidez, na leveza e na diversidade. Assim :

[...] a sexualidade normalmente manifesta-se antes da adolescência, por meio da masturbação praticada por meninos e meninas. Na adolescência há uma evolução sexual, quando o conhecimento e o desenvolvimento do aparelho genital estimulam a prática do sexo e leva à escolha de um parceiro. De início, de forma tímida e superficial, mas aos poucos progride no sentido de maior intensidade e busca de intimidade, tornando o adolescente sexualmente ativo (BRASIL, 2001, p. 132).

O sexo pode ser encarado como uma das formas de aceitação do grupo social, caso contrário o adolescente será excluído. O ato sexual pode ser considerado pelo adolescente de diversas maneiras tais como: *o prazer da carne* (necessidade biológica) pode acontecer a qualquer momento em que *pinta* (aparece) um rapaz ou uma moça atraente, ou simplesmente por interesse sendo considerado o sexo casual (SUPLICY, 1998).

A frequência do sexo entre as adolescentes tem uma grande incidência por causa da liberdade sexual nos tempos atuais. Dentre os motivos que explicam esta alta incidência de sexo entre os adolescentes podem ser citados: a falta de diálogo aberto e esclarecedor dos pais com os filhos sobre as principais dúvidas, pois, às vezes, os pais ignoram ou são imaturos para abordar esse assunto com os filhos; ou simplesmente os pais não aceitam abordar o tema com seus filhos adolescentes. Em contrapartida, a mídia está a todo o momento mostrando o sexo como algo

muito natural para essa faixa etária e incentivando-os ao sexo sem responsabilidade (SCHOR, 1999, p. 206).

Os adolescentes possuem uma vida noturna rotineira onde conhecem várias pessoas e iniciam uma liberalidade em relação à bebida alcoólica, sendo que às vezes perdem o controle em decorrência do consumo excessivo de bebida, o que o leva, posteriormente, ao ato sexual com a pessoa que está paquerando, ou seja, “ficam” (o beijo na boca, preliminares e sexo) apenas por uma noite (SUPLICY, 1998).

Segundo o autor (SCHOR, 1999:206) o romantismo está escasso hoje em dia e fazer sexo por amor é difícil. Em virtude das decepções amorosas, os jovens ficam receosos e pessimistas ao se envolverem com alguém; sendo mais cômodo *ficar* com alguém sem nenhum tipo de sentimento amoroso ou afetuoso. Assim, o que é diferente e proibido são fontes de prazer para o adolescente, e ao buscar essas vivências eles assumem essas atitudes como uma auto-afirmação pessoal.

Nos tempos atuais, o sexo tornou-se programado para as adolescentes, por exemplo: *ficou na seca* (necessita do sexo), procura alguém para manter sexo sem compromisso, talvez amigo ou alguém da turma, apenas para aquelas circunstâncias ocasionais (SCHOR, 1999).

É possível perceber que há jovens que não têm a mentalidade de que ao permanecerem com os namorados acontecerá a gravidez. E na verdade, acontecem conflitos amorosos por causa dessa atitude imatura.

Além disso, é importante lembrar, que o apelo a esse tipo de consumo sexual é gravemente estimulado pela mídia. Continuamente corpos bonitos são expostos e servem ao consumo *voyer* (pessoas que sentem prazer em ver o ato sexual de outros casais), estando à venda de qualquer produto, ou à determinação de um padrão de beleza. Essa exposição deixa margens equivocadas: o prazer é possível com um corpo bonito; desejável é apenas o corpo jovem e bonito que é mostrado; a pessoa vale pelo corpo que tem; o padrão de beleza é aquele que é mostrado; a pessoa tem valor de mercado, vale pelo que parece. Dessa forma, a população em geral passa a encarar o sexo como algo banal ou como algo a ser praticado de forma livre por pessoas de corpos bonitos e saudáveis (SCHOR, 1999).

Não há nenhuma dúvida, o sexo está liberado e exposto em nossos dias saindo da privacidade, da intimidade de suas casas para a rua, para as telas do cinema e das emissoras de televisão e até em plena luz do dia. As pessoas estão livres dos direitos e deveres, dos laços, obrigações e direitos

adquiridos em relação ao outro. Essa é a sexualidade que vem sendo estimulada, insinuada: o exibicionismo de corpos, o voyeurismo de contemplá-los, e o fetichismo de consumi-los; uma sexualidade que nossos adolescentes são estimulados a criar e a fantasiar (BRASIL, 2001, p. 132).

Como consequência, o sexo liberado tornou-se parte do cotidiano das adolescentes, que estão gostando dessa situação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001:132). Mesmo com o advento e a divulgação dos métodos contraceptivos, o índice de gravidez na adolescência está aumentando a cada ano, enquanto diminuem significativamente nas demais faixas etárias consideradas férteis.

O adolescente quanto mais jovem, mais esporádico e infrequente é a sua atividade sexual. Esse comportamento tem importantes implicações no uso de meios anticoncepcionais (SUPLICY, 1998, p.10).

É claro que hoje em dia os adolescentes sexualmente ativos têm que tomar decisões no que diz respeito aos métodos anticoncepcionais. Cumpre ressaltar que o uso de medidas anticoncepcionais entre adolescente é muito esporádico, imprevisível, além do seu uso não ser generalizado.

Diversos estudos mostram que mais da metade das moças e $\frac{3}{4}$ dos rapazes entrevistados arriscam uma gravidez por não terem tomado nenhum cuidado de proteção contra a gravidez. Quanto mais jovem o adolescente, menor é a chance de ser usado um método anticoncepcional adequado. Acreditam que a gravidez não pode acontecer neste momento único e maravilhoso, porque usam o método coito interrompido, que nem sempre tem eficácia (GAUDERER, 1998).

Mas quando somos educados para respeitar a nossa sexualidade e encará-la com naturalidade, entendendo que o sexo faz parte do ser humano, crescemos achando-o bonito e normal. Porém se nos ensinam que o sexo é sujo e feio, a vida sexual fica muito complicada e, às vezes, podemos sentir culpa e aflição por coisas que são absolutamente normais (SUPLICY, 1988, p. 10).

A maioria das adolescentes acredita ser jovem demais para engravidar, e não usa nenhuma proteção, pois tira a espontaneidade do ato sexual e que a gravidez não pode acontecer na primeira relação sexual. Como consequência de tais preceitos, o índice de gravidez em adolescentes é muito elevado, pois é extremamente limitado o uso de métodos anticoncepcionais (GAUDERER, 1998).

5.3 .ABORDANDO AS REPERCUSSÕES BIOLÓGICAS E PSICO-SOCIAIS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Para Tedesco (2002) na vida da mulher, identificam-se três destes períodos nitidamente definidos e com características próprias: a adolescência, a gravidez e o climatério. De acordo com o tema abordado destaca-se a adolescência que segundo o autor é a fase da busca da identidade, em meio a perdas e expectativas, pois, se perde a infância e se ganha o mundo adulto. Enquanto que a gravidez representa a afirmação e/ou o desenvolvimento da identidade sexual, da feminilidade e da auto-estima, e se perde a condição de filha e esposa e se ganha a de mãe.

Whaley, Wong (1999:415) afirmam que a adolescência é uma fase de crescimento físico intenso e acelerado, principalmente nas meninas. É quando começam a surgir os caracteres sexuais secundários o adolescente tenta se adaptar às modificações do próprio corpo.

A gravidez é um fenômeno reprodutivo que acontece em decorrência de uma relação sexual durante o período fértil da mulher (período da ovulação) ocasionando o encontro do espermatozóide com o óvulo e sua conseqüente penetração. Geralmente, ocorre no interior de uma tuba uterina, em sua porção distal (mais próxima do ovário). Necessita, para tanto, de condições favoráveis no interior da tuba uterina, tais como: permeabilidade, lubrificação e movimentação das paredes e dos cílios que favorece o encontro das células sexuais masculinas e femininas, bem como sua movimentação até a parede uterina, onde correrá a nidação que é o processo de implantação do ovo na parede do endométrio (BRASIL, 2001).

A ovulação decorre da ação de dois hormônios: folículo estimulante (FSH) e luteinizante (LH). Com a liberação do óvulo surge no ovário o corpo lúteo, o qual produz a progesterona, o hormônio responsável pelo preparo do endométrio, tornando-o mais vascularizado e rico em nutrientes para o concepto (BRASIL, 2001).

Quando ocorre a nidação inicia-se a diferenciação celular que dará origem ao embrião e à placenta. As células trofoblásticas, que são componentes iniciais da estrutura do ovo, são responsáveis pela formação placentária, e produzem o hormônio gonadotrofina coriônica humana (HCG) responsável pela produção do hormônio progesterona, que mantém o endométrio e evita a menstruação (BRASIL, 2001).

A gestação normal tem duração aproximadamente de 280 dias ou 9 meses ou 40 semanas, podendo variar de 38 a 42 semanas gestacionais, período este em que ocorre todo o desenvolvimento embrionário e fetal que pode ser subdividido em três trimestres. Cada trimestre, por sua vez, é formado por 12 a 14 semanas de gestação, durante as quais ocorre à estruturação do novo ser, fundamental à sua condição humana (BRASIL, 2001)).

Tal fenômeno traz diversas modificações ao organismo e à vida da mulher. Assim ela pode vivenciar as situações das mais simples às mais complexas, que repercutem tanto no seu bem-estar como no de seu conceito. A gravidez pode gerar, em função de medos e/ou ansiedades até o desencadeamento de risco gestacional. Portanto, considerando-se tal fato, o contexto social de cada gestação é fundamental para o desenvolvimento da criança que vai nascer, e para a relação que a mulher e a família estabelecerão com ela (BRASIL, 2001).

O fenômeno da reprodução humana é um processo de transição biológica, psicológica e social no quais diversos fatores interferem no desenvolvimento da gravidez, que por si só ocasiona fortes, belas e essenciais modificações na vida da mulher, em seu corpo, mente, coração, relacionamentos e dinâmica de vida. Sua relação inicial dependerá do momento de vida pelo qual esteja passando: o desejo ou não de engravidar, se a gravidez foi ou não planejada, se a gravidez foi resultado de estupro. Em qualquer destas situações, ela dependerá do nível de apoio e suporte, bem como da atenção e correta atuação da equipe de saúde que participará de todo o percurso do ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2001).

Para que a gravidez transcorra com segurança, os cuidados necessários devem ser realizados, o mais precocemente possível, pela própria gestante, parceiro e família, com a participação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2001).

Quanto mais cedo for realizado o diagnóstico de gravidez, mais fácil será o acompanhamento do desenvolvimento do embrião/feto e das alterações que ocorrem no organismo e na vida da mulher, possibilitando prevenir, identificar e tratar eventuais situações de anormalidades que possam comprometer a saúde da grávida e de sua criança (embrião ou feto), desde o período gestacional até o puerpério (BRASIL, 2001).

De acordo com o Ministério da Saúde (2001) o diagnóstico também pode ser feito tomando-se como ponto de partida as informações trazidas pela mulher. Para

tanto, faz-se importante saber se ela tem vida sexual ativa e se há referência de amenorréia (ausência de menstruação). A partir desses dados e de um exame clínico são identificados os sinais e sintomas físicos e psicológicos característicos, que também podem ser identificados por exames laboratoriais que comprovem a presença do hormônio gonadotrofina coriônica e/ou exames radiográficos específicos, como a ecografia gestacional ou ultra-sonografia.

É fato aceito que a maioria das mulheres continua a atividade sexual durante a gravidez, porém com padrão diferente em relação às não-grávidas. Assim, há acordo em que a frequência coital diminui no primeiro trimestre, mantém-se praticamente no mesmo nível durante o segundo e diminui mais no terceiro. No entanto, pouco mais da metade das grávidas mantém relacionamento sexual duas a três vezes por semana até o início do terceiro trimestre, e mais da metade abstém-se três a seis semanas antes do parto. A causa determinante da diminuição (ou abstenção) sexual é a perda da libido (TEDESCO, 2002, p.249).

De acordo com Branden (2000) os sinais presuntivos que levam a mulher supor que está grávida são: amenorréia, que é a ausência das menstruações. Nas mulheres com períodos menstruais normais, essa costuma ser a primeira indicação de gravidez. Os níveis crescentes do hormônio gonadotropina coriônica humana (HCG) podem estar associadas à gravidez. Outra queixa da mulher pode ser a presença de náuseas e vômitos visto que esses sintomas costumam começar entre a quarta e a sexta semana, e persistem durante o primeiro trimestre, mas em alguns casos podem ocorrer por mais tempo (BRANDEN, 2000).

Não se conhece o mecanismo causador das náuseas e vômitos, podendo ser fatores emocionais ou funcionais que ocorrem no período de gestação (TEDESCO, 2002).

O aumento da frequência urinária começa no primeiro trimestre, quando o útero em crescimento comprime a bexiga; regride durante o segundo trimestre, quando o útero se eleva da pelve; e reaparece no terceiro trimestre, quando o feto desce à pelve. O útero em crescimento comprime a bexiga (BRANDEN, 2000).

As alterações mamárias, ou seja, o crescimento começa no início do primeiro trimestre e as mamas tornam-se doloridas e podem formigar ou latejar. À medida que a gestação avança, os mamilos crescem, tornam-se mais eréteis e podem escurecer. As aréolas alargam as veias tornam-se mais visíveis sob a pele das mamas (BRANDEN, 2000).

A presença de fadiga, mal-estar, desconforto geral, letargia sem qualquer causa aparente é um sintoma inexplicável, embora a progesterona possa ser importante (BRANDEN, 2000).

A gestante começa a perceber os movimentos ativos do feto, como pequenos chutes que em geral são sentidos como movimentos flutuantes no abdome inferior entre a 16^a e a 20^a semana.

A presença de alterações cutâneas pode incluir linha negra, cloasma, traumas vasculares e estrias. Como as alterações pigmentares podem persistir após a gravidez, elas não constituem sinal confiável nas múltiparas (BRANDEN, 2000).

Além desses sinais e sintomas Branden (2000) afirma que há sinais prováveis e sugestivos de gravidez, tais como: o Sinal de Barun Von Fernwald que é a congestão e amolecimento irregular do fundo do útero que ocorre nas proximidades da área de implantação; podendo ser detectado com cinco a seis semanas de gravidez. O sinal de Sinal de Hegar é o amolecimento do istmo uterino que é detectável entre a sexta e a oitava semana pelo toque vaginal ou retovaginal.

Outro sinal encontrado é o de Goodell que é o amolecimento da cérvix, detectável entre a sexta e à oitava semana. Já o sinal de Chadwick é detectado através da coloração azulada visível nas mucosas nas cérvices, vagina e vulva entre a sexta e à oitava semana (BRANDEN, 2000).

Segundo Branden (2000) o crescimento do abdome provoca o amolecimento do útero e o crescimento fetal leva ao crescimento uterino e o estiramento da parede abdominal. As contrações de Braxton Hicks são contrações uterinas que começam no início da gravidez e que se tornam mais frequentes após a 28^a semana. O rechaço é um movimento passivo do feto, sentido durante o exame pélvico; costuma ser positivo com 16 a 18 semanas (BRANDEN, 2000).

Outro sinal é a presença do sopro do cordão umbilical que é nítido e sincrônico com os pulsos fetais à medida que o sangue circula pelo cordão umbilical. O contorno fetal pode ser palpado pela parede uterina após a 24^a semana (BRANDEN, 2000).

O Teste positivo para gravidez mostra que os níveis da HCG secretada pelas vilosidades coriônicas começam a aumentar de seis a oito dias após a concepção,

atingem níveis máximos da 8ª a 12ª semana e diminuem gradativamente durante o segundo e o terceiro trimestres (BRANDEN, 2000).

Vale destacar que alguns sinais positivos de gravidez são definitivos e causados unicamente pela gravidez. Como por exemplo, o batimento cardíaco fetal que pode ser detectado a partir da 5ª semana pela ultra-sonografia, da 10ª semana pela ultra-sonografia com Doppler, da 12ª semana pela eletrocardiografia fetal e da 16ª semana pelo fetoscópio convencional (BRANDEN, 2000).

O movimento fetal detectável pela apalpação pode ser percebido como um choque ou uma ondulação na parede abdominal, após a 18ª semana; pode ser visível após a 20ª semana (BRANDEN, 2000).

Algumas alterações começam mesmo antes que a mulher tome consciência de que está grávida. Além disso, a gestação e o nascimento da criança são eventos psicossociais, que afetam profundamente as vidas dos pais e das famílias. Nada é mais definitivo para o autoconceito de alguns homens e mulheres do que o desafio de gerar e criar um filho. As alterações fisiológicas e psicossociais ajudam a mulher a adaptar-se à gravidez, manter sua saúde durante toda a gestação e preparar-se para o nascimento do seu filho (BRANDEN, 2000, p. 28).

As alterações fisiológicas associadas à gestação podem ser sutis ou marcantes. Embora sejam normais e necessárias, essas alterações também podem ser desconfortáveis e principalmente para a mulher primípara (primeira gestação) e até mesmo causar medo. Para que se possa assistir adequadamente à gestante, o profissional de saúde precisa compreender as alterações fisiológicas (sinais e sintomas), ou as alterações fisiológicas que ajudam a diagnosticar a gravidez. À medida que o feto cresce e o perfil hormonal se modifica, o corpo da mulher passa por adaptações fisiológicas em todos os sistemas do organismo, visando principalmente à adaptação ao feto e à preparação para o nascimento do bebê (BRANDEN, 2000).

Ao final da gestação, muitas adaptações fisiológicas começam a ocorrer visando à ocorrência do parto. Neste período de preparação para o parto, é comum encontrarmos a atividade uterina mais intensa, com contrações de Braxton-Hicks mais freqüentes. O feto, nesta fase, poderá apresentar menor movimentação, geralmente em decorrência da adaptação ao estreito superior ou médio da bacia materna. O colo uterino, por sua vez, poderá apresentar algumas modificações perceptíveis ao toque vaginal. Nas nulíparas, verifica-se um certo grau de apagamento e de centralização em relação ao pólo cefálico fetal. Nas múltiparas,

pode-se verificar uma pequena dilatação cervical e uma consistência mais amolecida da cérvix (CABRAL, 1996, p.03).

A gravidez exige adaptações anatômicas, funcionais e emocionais do organismo materno. A sexualidade envolvendo estes três planos obviamente é atingida, advindo daí mudanças que mostram diversas gradações, desde as leves e temporárias até as mais radicais e permanentes (TEDESCO, 2002).

Meninas entre 15 e 19 anos deram à luz 1 milhão de bebês no ano passado, de acordo com os números do Ministério da Saúde. Há um paradoxo aí, que só os hormônios em ebulição e a impetuosidade natural da idade podem explicar. Nunca uma geração esteve tão bem informada sobre métodos anticoncepcionais e consciente da necessidade de se proteger contra doenças sexualmente transmissíveis (VEJA, 2003).

Correa (1987) afirma que no caso de coincidência deste período com uma gravidez, haverá um somatório de requisições nutritivas impossíveis de serem atendidas por uma dieta normal e, em conseqüência, haverá prejuízo tanto ao organismo materno quanto fetal na gravidez. O referido autor destaca os efeitos deletérios tanto para a mãe e o feto da seguinte forma:

[...] no caso da gestante, poderá surgir com maior frequência quadros de anemia e baixa resistência imunológica (infecções). No aspecto fetal, a ingestão insuficiente de calorias e proteínas poderá resultar em retardo de crescimento intra-uterino e prematuridade (CORREA, 1987, p.314)

Por isso uma boa ingestão alimentar garantirá, em grande proporção, o custo energético de 36/kg/dia, e a partir deste dado tem-se a preocupação constante em relação à organização de tabelas de alimentos para serem utilizados durante a gravidez. A suplementação rotineira de proteínas, gorduras, minerais e vitaminas são necessárias conforme indicação específica, sendo que as mulheres pobres mantêm uma gravidez normal e dão a luz a recém-nascidos saudáveis e de peso normal (TEDESCO, 2002). No entanto, comparado com a má alimentação :

Evidência de uma dieta inadequada tem efeitos adversos na gravidez e são de caráter epidemiológico e dados pela crença que segmentos pobres e malnutridos da população têm maiores índices de mortalidade e morbidade perinatais. O problema, no entanto, é de complexidade maior, tendo implicações também o contexto psicossocial em que vivem estas mulheres, o aporte financeiro insuficiente, a insegurança econômica familiar, as más condições de moradia e higiene e, como conseqüência, maiores probabilidades de doenças, os hábitos e vícios, a promiscuidade etc (TEDESCO, 2002, p.182).

Na sociedade moderna, a ingestão de bebidas alcoólicas tem aumentado sensivelmente entre as mulheres, sendo importante reconhecer que as gestantes que ingerem álcool moderado ou exageradamente, estão predispostas aos efeitos nocivos do álcool os quais acabam estendendo-se ao feto. O consumo de bebidas está acontecendo nos grupos das adolescentes, que não sabem dos graves efeitos do álcool para o feto. Pois, o álcool ultrapassa a barreira placentária e alcança a circulação do feto, que pela deficiência da enzima álcool desidrogenase metaboliza-o lentamente (TEDESCO, 2002).

Mas, segundo a autora a ansiedade permanece por todo período da gestação e vai aumentando até o parto, decorrentes de um processo de medo, insegurança e insatisfação:

[...] neste contexto, é importante que se estabeleça a diferença entre gravidez desejada e gravidez desejável. A gravidez, expressando, segundo alguns, o ponto máximo da feminilidade é, para a maioria das mulheres, evento desejado, visto que o instinto maternal, parte integrante da sexualidade feminina, gratifica os múltiplos desejos. No entanto, o momento em que se instala a gravidez, por uma série de fatores, pessoais ou não, pode não ser o mais desejável. Além disso, reafirme-se que a grávida não rejeita o filho, mas sim o estado grávidico e todas suas implicações biopsicossociais (TEDESCO, 2002, p. 270).

A adolescente grávida que ainda não completou o seu próprio desenvolvimento frequentemente está sujeita a diversos fatores psicossociais desfavoráveis. Ela normalmente depende economicamente da sua família, sendo forçada a interromper a escolaridade, e é freqüentemente abandonada pelo pai de seu bebê. Levando-se em consideração o ressentimento, a raiva e o estresse provocados na família, fica clara a grande carga emocional e social que esta jovem tem de enfrentar e carregar, às vezes, a mesma pode pensar em aborto, chegando a fazer tal tentativa para acabar com toda essa responsabilidade e conflitos familiares e pessoais, gerando assim maiores preocupações (GAUDERER, 1998).

As reações da adolescente à gravidez podem manifestar-se de diferentes maneiras, dependendo das experiências anteriores e da aceitação do novo papel: antes ser adolescente e como adolescente gestante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A adolescente que mais provavelmente engravidará é aquela que vem de um meio socioeconômico desfavorável, no qual se destacam a pobreza, a discriminação, e histórias de famílias desestruturadas pelo alcoolismo, drogas e relatos de familiares com retardo mental e distúrbios psicológicos e psiquiátricos

A história gineco obstétrica dessas adolescentes tem estatisticamente mais complicações médicas que ameaçam o bem-estar tanto da mãe como do feto. O parto terá maior probabilidade de resultar em prematuridade e os riscos para a saúde de mãe e filho são mais significativos.

Os filhos têm porcentagem maior de defeitos congênitos, dificuldades de desenvolvimento e uma expectativa de vida e saúde pior do que a média das crianças de nossa sociedade. Vale destacar que esses filhos geralmente não são encaminhados para adoção, e, eventualmente se vêm envolvidos por uma mudança constante de padrastos ou são cuidados por um sistema assistencial, onde desenvolvem um esquema de vida de dependência necessitando de intervenções assistências caras .

Schor (1999) comenta que a maioria dos estudiosos descreve a adolescência como sendo uma fase de crise, tanto de identidade quanto relacional, familiar e até mesmo de auto-estima e de sentido para a vida. O que resultaria em conflitos, dúvidas, inquietações e mal-estar. A autora comenta que :

[...] a crise da adolescência é expressiva do crescimento que nela se dá; crescimento marcado por desorganizações físicas, hormonais, psíquicas, emocionais e por consequentes reorganizações. Toda crise nos coloca diante de emergências, enfrentamentos, superações, desafios (SCHOR, 1999, p.206).

Como consequência surgem no adolescente os conflitos internos, os de auto-aceitação e de aceitação pelo grupo social, e que a gravidez exacerba esses conflitos e resulta na exclusão social. Inicialmente poderá ocorrer a negação da gravidez, e posteriormente a jovem aceita o processo gravídico, tendo apoio das pessoas em que confia.

Luz (1993:15) comenta esse fato mostrando que muitas vezes, em resultado a esses novos comportamentos, vários conflitos poderão ser gerados na vida do adolescente, como é o caso da gravidez não desejada.

Para profissionais de saúde o início das relações sexuais é percebido por s como expressão de um desejo de afirmação, de contraposição à família. A própria gravidez pode constituir-se num instrumento para chamar a atenção e obrigar ao casamento. A gravidez passa a ser um meio para estas meninas, pois muitas delas ficam grávidas para casar. E acrescenta: elas querem estar grávidas até o momento

do casamento; a partir do momento em que se casam não querem mais. Esse mesmo desejo de engravidar para casar também evidencia no companheiro. (BARROSO, 1986:67).

Correa (1987) afirma que existem razões para se acreditar que a ocorrência de uma gravidez na adolescência precoce, frequentemente limita o desenvolvimento da personalidade e da identidade. E que para as adolescentes é difícil aceitar que um relacionamento sexual, ocasional e experimental possa acarretar em gravidez. Esta atitude de negação é responsável por um número cada vez mais crescente de gravidezes não planejadas, e conseqüentemente, indesejadas.

Outro fator importante diz respeito à vida social da grávida e o seu relacionamento com outras mulheres nos ambientes sociais é também fator de importância. Em reuniões sociais, o assunto geralmente gira em torno da gravidez e os fatos negativos são ampliados de tal forma que se transforma em campeonato de sofrimento, dor e sangue (TEDESCO, 2002).

5.4 .REPERCUSSÕES DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO ÂMBITO FAMILIAR

No que diz respeito a abordagem da saúde sexual pela família, consta-se que os pais não mantêm diálogo sobre sexo com os seus filhos e transferem essa responsabilidade da educação sexual somente para a escola. Pois, os pais acreditam que seus filhos são crianças e que não estão preparados para ouvir ou falar sobre sexo, masturbação e namoro (TEDESCO, 2002).

A vergonha, medo, insegurança, e a formação cultural dos pais não os deixam falar claramente aos filhos sobre a gravidez, e quando esta acontece ficam assustados porque a mesma poderia ter sido evitada se tivesse havido comunicação entre a família. Todo o erro decorre da não-aceitação da sexualidade e aos tabus impostos pela sociedade e pelos pais.

O Ministério da Saúde atribui o aumento progressivo de casos de gravidez na adolescência nos últimos anos, aos seguintes fatores: educação sexual insignificante, aumento da liberdade sexual feminina, declínio da idade da menarca, imaturidade e falta de conhecimento dos pais para falar sobre o assunto com seus filhos, desconhecimento sobre métodos anticoncepcionais, banalização (pelos meios

de comunicação) dos aspectos relativos à sexualidade, promiscuidade, pobreza, desajuste familiar e abandono da escola.

Considerando que a gravidez na adolescência é uma afirmação da falha e traição da confiança depositada, a família vê-se obrigada a aceitar gradativamente o estado gravídico da filha. Pois, a adolescente ainda é uma pessoa imatura para assumir a responsabilidade de criar um bebê.

Branden (2000:28) comenta que a gestação e o nascimento da criança são eventos psicossociais que afetam profundamente a vida dos pais e da família. Já Tedesco (2002, p.276) diz que:

A vida social da grávida e o seu relacionamento com outras mulheres nos ambientes sociais é também fator de importância. Em reuniões sociais, o assunto geralmente gira em torno da gravidez e os fatos negativos são ampliados de tal forma que se transforma em campeonato de sofrimento, dor e sangue.

Segundo o autor Barroso (1986), a família não está preparada psicologicamente para enfrentar essa nova situação vivida pelos filhos devido às questões culturais ainda preconizadas no mundo atual. Os pais não aceitam que falharam com a sua educação, tirando assim a confiança depositada nos filhos por nunca imaginarem que isso poderia acontecer em sua família até então carregada de princípios de postura perante a sociedade.

Pouco se fala a respeito da família, a não ser que ela constitui o primeiro grande problema enfrentado pela adolescente solteira tão logo seja confirmada a gravidez. Na verdade, família e conflito são imagens quase sempre relacionadas nas entrevistas, e também nas raras vezes em que são mencionados pelas pesquisas (BARROSO, 1986).

Embora afirmem que a falta de uma estrutura familiar estável no período da gestação e pós-parto pode acarretar graves consequências tanto para a mãe como para a criança, os profissionais de saúde atuam em unidades de saúde para o atendimento individualizado no atendimento à gestante esclarecendo qualquer dúvida acerca do assunto (BARROSO, 1986).

O Ministério da Saúde (2001) comenta que a educação sexual deve ser iniciada na família e na escola desde o ensino fundamental e reforçada nos períodos posteriores, principalmente na adolescência.

O ideal seria participar de grupos de casais que têm adolescentes fazendo uma troca de experiências e formas de como lidar com os filhos. Assim como com os

filhos deveria ocorrer essa troca de vivências para discutir e expor as suas dúvidas de forma aberta sem vulgarizar ou incentivá-los para a prática sexual (Tedesco,2002).

O genitor também mantém uma postura de medo frente a gravidez da parceira por não estar preparado psicologicamente para ser pai, e pelo fato de que ele também terá que se adaptar a esta nova etapa, assumindo responsabilidades juntamente com a futura mãe adolescente ao assumir este momento gravídico e o bebê para o resto de sua vida.

O genitor se restringe apenas ao fato de que fecundou o óvulo, não assumindo o papel do pai. De acordo com Tedesco (2002) o pai é aquele que educa e ama o bebê eternamente mantendo esse vínculo afetivo, tendo planejado esse filho ou não, e independente das circunstâncias vividas pelo casal.

A referida autora afirma que a participação manifesta-se pelo interesse afetivo do homem pela gravidez, pela grávida e pelo filho. Assim, o pai participante é aquele que acompanha com interesse todas as fases da gestação, as modificações maternas, vivenciando intensamente os fatos que envolvem a gravidez, sempre atento às necessidades femininas e às próprias (TEDESCO apud SOUZA, 2002).

6 DISCUSSÃO

O Ministério da Saúde (2001) coloca que a gravidez na adolescência ocorre devido à falta de orientação segura por parte de todos os responsáveis pela educação dos adolescentes nos diferentes espaços. E com isso pode-se notar um aumento excessivo de gestantes adolescentes na área que faziam uso de orientações errôneas dos métodos contraceptivos, tendo como consequência gravidezes indesejadas.

E ainda que as reações da adolescente à gravidez possam manifestar-se de diferentes maneiras, dependendo das experiências anteriores e de aceitação do novo papel, ou seja, antes ser adolescente e agora ser adolescente gestante.

Outro fator que explicaria esse aumento de adolescentes grávidas guarda relação com a influência da mídia, considerando que a televisão enquanto um meio acessível de comunicação tem mostrado de forma natural e rotineira a prática do sexo entre adolescentes, e nem sempre mostra a importância de usar um método contraceptivo para prevenção das DSTs e gravidez.

Como consequência estes filhos de adolescentes são, em geral, indesejados e, após um curto tempo, se tornam vítimas de abuso físico e emocional, abandono, atraso no desenvolvimento, tanto físico quanto emocional e psicológico e portadores de doenças graves (GAUDERER ,1998).

Sabe-se que os métodos contraceptivos são de fácil acesso, no entanto devido a falta de orientação adequada e instruções necessárias e associadas as condições econômicas dificultam a busca deste pela população carente. Observa-se ainda que haja por parte das adolescentes o sentimento de vergonha ao adquirir os métodos contraceptivos, porque assim estariam assumindo a sua vida sexual ativa para a família e para sociedade, e que ambas não estão preparadas para aceitar tal realidade.

A probabilidade deste problema da adolescente relatado anteriormente ocorrer novamente é muito alta, repetindo-se de geração em geração. Assim, perpetua-se um ciclo social e educacional de falhas mental e física de doenças, delinqüência juvenil, entre outros problemas.

Torna-se, pois, imperativo ter a liberdade de interromper este ciclo, pois é um gravíssimo problema na área da saúde mental, com gigantescas implicações sociais.

Em parte, o distanciamento dos profissionais de saúde se deve à própria postura da adolescente em relação à família. Muitas vezes as meninas não contam para seus familiares que estão grávidas, escondendo ao máximo o seu estado. Continuam assim porque ao ir à unidade de saúde as pessoas poderão desconfiar da gravidez e por desconhecerem os preceitos éticos dos profissionais, a adolescente sente vergonha e constrangida por causa do ato sexual consumado (BARROSO, 1986).

A assistência pré-natal das adolescentes não tem início no primeiro trimestre, devido a diversos fatores como: não têm certeza da gravidez, medo da reação da família e do grupo de amigos, pois as mesmas ficam constrangidas em procurar ajuda dos profissionais de saúde e da unidade de saúde.

A assistência pré-natal pode ser definida como:

[...] atendimento multidisciplinar que objetiva alcançar e manter a integridade das condições de saúde materna e fetal e cujos resultados devem ser avaliados a longo prazo, com a formação de pessoas física e intelectualmente úteis à comunidade e produtivas para o país (TEDESCO, 2002:04).

Um tratamento pré-natal de qualidade deve estar disponível durante todo processo até o período posterior ao nascimento do bebê, o que certamente resultará em situações tão favoráveis quanto nos casos de gravidez de mulheres de maior idade. (BRASIL, 2001).

O cuidado profissional deve favorecer o conhecimento da adolescente gestante sobre as transformações que ela vai passar, estimulando-a ao autocuidado e ao enfrentamento das dificuldades e conflitos, através da formação de grupos de discussão nos serviços de saúde e na comunidade. Com os grupos as adolescentes podem encontrar soluções para seus próprios problemas e dificuldades através do diálogo franco e aberto nas sessões de grupo (BRASIL, 2001).

Deve-se tentar reduzir as consequências psicossociais de uma gestação precoce e outros agravos aos filhos, à própria mulher e à família. Dentre essas consequências, pode-se destacar o medo; a insegurança; a não-aceitação da gravidez pelos familiares; a rejeição à gravidez pela própria gestante; a responsabilidade para com um novo ser (BRASIL, 2001).

A educação sexual deve ser iniciada na família e na escola desde o ensino fundamental e reforçada nos períodos posteriores, principalmente, na adolescência. Deve ser dada ênfase aos cuidados com a higiene do corpo e ao comportamento sexualmente responsável, ou seja, com a prevenção das doenças sexualmente

transmissíveis (DSTs) e com o uso de práticas contraceptivas, além de abordar outros pontos às vezes polêmicos tais como: a masturbação, o namoro, o aborto, a homo e heterossexualidade e as atitudes pornográficas (BRASIL, 2001).

Devem ser fornecidas orientações por profissionais de saúde em relação aos cuidados com o corpo e a mente; informações sobre as transformações corporais; sexualidade; nutrição adequada; sono; repouso; cuidados com o recém-nascido. É preciso que a adolescente aceite a maternidade como um processo que pode ser saudável e conscientize-se do seu papel de mãe além de facilitar sua adaptação à nova situação, oferecendo-lhe suporte e recuperação da auto-estima (BRASIL, 2001).

O profissional de saúde deverá estar apto para esclarecer as dúvidas das adolescentes acerca da gravidez ouvindo-a, além de lhe fornecer orientações suficientes para suprir as suas necessidades.

Tendo como foco de pesquisa pela equipe de saúde do PSF São Geraldo às adolescentes grávidas. Pôde-se constatar que a maioria das adolescentes tem 16 anos e não conseguiram completar o 1º grau escolar, dependem financeiramente dos seus pais e iniciaram a vida sexual aos 14 anos no PSF de Mirabela/MG..

E em função dos dados apresentados pela literatura e, diante da observação empírica, espera-se que este trabalho possa trazer para o território do PSF uma nova visão de aplicação e novas condutas a serem desenvolvidas na comunidade sobre o enfrentamento e redução desse índice tão alto de gravidez na adolescência além de possíveis reduções em sua repercussão social.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O comportamento sexual da adolescente e a gravidez subsequente são problemas sociais urgentes e atuais. A sociedade pode e deve mudar essa realidade lançando mão de uma discussão aberta, realizando um treinamento adequado de profissionais na área da saúde, criando um sistema de saúde mais eficiente e de fácil acesso, além de uma educação adequada na área da saúde, com amplo apoio emocional e, fomento de pesquisas na área.

O cuidar da adolescente grávida de forma separada da realidade psicossocial mais ampla é negar que o processo se acha determinado por essa realidade, deixando de fora questões como o fato de que uma gravidez pode ser desejada ou não, dependendo não só das condições psicológicas individuais, mas também de condições sociais.

Os achados da literatura revelaram que a falta de diálogo nas famílias, as questões culturais e a própria desestrutura familiar fazem com que estas adolescentes iniciem a vida sexual mais precocemente sem levar em conta as consequências das suas ações, como uma gravidez indesejada que resulta em afastamento das suas atividades cotidianas como escola, trabalho e até mesmo do seu meio familiar, que muitas vezes não oferece apoio.

A gravidez na adolescência é um momento delicado, pois a adolescente deixa de ser uma criança para assumir o papel de mãe, esposa e mulher. É, para ela, um momento em que surgem muitos conflitos desde as alterações no seu corpo como a aceitação do próprio momento que vai viver.

É importante ressaltar que a gravidez na adolescência é um assunto que deve envolver diferentes setores de nossa sociedade, tais como os setores de comunicação social, do sistema educacional e outros espaços comunitários, principalmente se nos referimos à prevenção. E por se tratar de um tema incidente, faz-se necessário realizar novos estudos.

REFERÊNCIAS

BARROSO, C.. *et al.* **Gravidez na adolescência**. Brasília: Fundação Carlos Chagas. 1986.

BORGES,A.V.L, SCHOR,N Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.2, p.499-507, 2005.

BRANDEN, P.S. **Enfermagem Materno-infantil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores., 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da mulher, da criança e do adolescente – PROFAE**. Brasília:2001.

CABRAL, A.C.V. et all. **Manual de Rotinas em Obstetrícia**: protocolo de conduta da maternidade do Hospital Municipal Odilon Behrens. Belo Horizonte: PBH, 1996.

CORRÊA, M.D. **Noções práticas de obstetrícia**. 10 ed., Belo Horizonte: Cooperativa Editora e de Cultura Médica, 1987.

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**. (Res. CNS 196/96 e outros). Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

DUARTE, S.V.; FURTADO, M.S. **Manual para elaboração de monografias e projetos de pesquisas**. 2 ed. rev. Montes Claros: Unimontes, 2000.

GAUDERER, C. **Crianças adolescentes e nós**: guia prático para pais adolescentes e profissionais. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas. 1985.

LIMA, C..P. et all. **Gestação na adolescência**, 1985. 1985. Texto xerografado.

LUZ, A.M.H. **Mulher adolescente**: sexualidade, gravidez e maternidade. Porto Alegre: Edipucrs, 1999.

JERSILD, A. **Psicologia na adolescência**. 6 ed. São Paulo: Nacional, 1977.

MAAKAROUN, M.F. **Desenvolvimento Psicológico**. In: Minas Gerais, Secretaria de Estado e da Saúde. Superintendência d Epidemiologia. Coordenação Materno Infantil. Adolescência. Belo Horizonte: 1993.

SANTOS, J. J. D Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. In: Schor, N, Motta, Mst, Castelo Branco, V. **Cadernos da Juventude, Saúde e Desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. p. 223-229.

SCHOR, N. et all. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de políticas de saúde. 1999.

SUPLICY, Marta; **Sexo para adolescentes**, São Paulo: Editora TFD, 1998.

TEDESCO, J.J. de A.; **A Grávida suas indagações e as dúvidas do obstetra**. São Paulo: Atheneu. 2002.

WHALEY e WONG. **Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1993.

VEJA, **Edição Especial** Editora Abril ano 36 Agosto de 2003.