

ANDRÉIA COUTO DOMINGOS

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: ENFRENTAMENTO NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

UBERABA – MINAS GERAIS

2010

ANDRÉIA COUTO DOMINGOS

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: ENFRENTAMENTO NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

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: Cibele Alves Chapadeiro C. Sales

UBERABA – MINAS GERAIS

2010

ANDRÉIA COUTO DOMINGOS

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: ENFRENTAMENTO NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientadora: Cibele Alves Chapadeiro C. Sales

Aprovada em Belo Horizonte em ____/____/____

À Equipe do PSF Francisco Santirocchi, que há mais de três anos faz parte da minha vida.

Ao meu marido, pelo incentivo e apoio em todos os momentos da minha formação.

Aos meus filhos, razão maior do meu viver.

Agradeço

A Deus, pelo dom da vida e pelo de curar que me presenteou.

À minha mãe, exemplo maior de vida.

Ao meu marido Cássio, pelo estímulo constante e amor verdadeiro.

Aos meus filhos Camila e Rafael, pela paciência em função dos momentos de ausência devido à especialização.

Celeste

Vi-te crescer ! Tu eras criança
Mais linda, mais gentil, mais delicada:
Tinhas no rosto as cores da alvorada
E o sol disperso pela loira trança.

Asas tinhas também, as da esperança...
E de tal sorte eras gentil e alada
Que parecias ave arrebatada
Na luz do espaço onde a razão descansa!

Depois então, fizeste menina,
Visão de amor, puríssima, divina,
Perante a qual ainda hoje me ajoelho

Creceste mais! És bela moça agora...
Mas eu, que acompanhei toda essa aurora,
Sinto bem quanto estou ficando velho

JOÃO DA CRUZ E SOUZA

RESUMO

A gravidez na adolescência é um problema extremamente importante devido a sua alta incidência e pelo grande número de complicações para a gestante e o concepto. Este trabalho buscou identificar os fatores causais da elevada incidência da gravidez na adolescência e suas conseqüências, e à partir de então propor soluções que visem diminuir tal ocorrência, adequando ao município de Campos Altos e à Estratégia de Saúde da Família (ESF) Francisco Santirocchi. Foi feito levantamento bibliográfico nas bases de dados Scielo, Medline e Lilacs no período de 1998 a 2009 e nos sites com dados estatísticos oficiais do governo - Datasus e IBGE. Foram também utilizados os dados do diagnóstico situacional da ESF. Foram identificadas as principais complicações como maiores índices de recém-nascidos de baixo peso, anemia materna, doença hipertensiva específica da gravidez, desproporção céfalo-pélvica, além de infecções pós-parto. Foram propostas estratégias para tentar amenizar a situação. Pode-se concluir que ainda faltam políticas apropriadas para o enfrentamento de tal situação e que as equipes de Saúde da Família tem papel fundamental na redução do elevado índice de gravidez na adolescência.

Palavras Chave: Adolescência; Gravidez ; Riscos ; Complicações.

ABSTRACT

Adolescent pregnancy is an extremely important issue due to its high incidence and the large number of complications for the mother and fetus. This study sought to identify the causal factors of the high incidence of teenage pregnancy and its consequences, and propose solutions aimed at reducing such an occurrence, adjusting the municipality of Campos Altos and Family Health Strategy (FHS) Francisco Santirocchi. The survey was made in bibliographic databases Scielo, Medline and Lilacs in the period of 1998 through 2009 and sites of government official statistics - Datasus and IBGE. Data from the situational diagnosis of FHS was also used. Identification of the major complications such as higher rates of newborns with low birth weight, maternal anemia, hypertensive disorders of pregnancy, cephalo-pelvic disproportion, and postpartum infections were made. Strategies have been proposed to improve and ease the situation. It can be concluded that it lacks appropriate policies for dealing with this situation and that teams of FHS has a key role in reducing the high rate of teenage pregnancy.

Keywords: Adolescence, Pregnancy, Risks, Complications.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1-Introdução: A Estratégia da Saúde da Família | 09 |
| 2- Objetivos | 11 |
| 3- Metodologia | 12 |
| 4-Desenvolvimento | |
| 4.1. Definição de adolescência | 13 |
| 4.2. A sexualidade na adolescência | 15 |
| 4.3. Gravidez na adolescência e implicações | 18 |
| 4.4. Conseqüências da gravidez adolescente | 22 |
| 4.5. Propostas de solução | 27 |
| 5-Conclusão | 31 |
| 6-Referências | 35 |

1. INTRODUÇÃO

A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

A estratégia da saúde da família (ESF) proposta pelo Ministério da Saúde (MS) é um passo para a mudança do modelo assistencialista para o modelo preventivo idealizado. Segundo Nescon (2008):

“Além de cuidar dos aspectos de prevenção de doenças e promoção da saúde, a ESF é responsável pela assistência e atendimento de um grande número de problemas de saúde. Quando bem estruturada, a atenção básica pode ser resolutiva para 80% ou mais dos motivos da procura aos serviços. A ESF consiste basicamente na estruturação de equipes financiadas com recursos do ministério da saúde, estados e municípios para atender a um conjunto definido de famílias.”

De acordo com dados do MS, cerca de 90% dos municípios brasileiros já contam com pelo menos uma equipe de saúde da família (NESCON, 2008).

Em março de 2006, fui convidada pela Secretária de Saúde para assumir como médica em uma equipe do PSF já existente no município. Considerei um grande desafio, uma vez que, como especialista em ginecologia e obstetrícia, não me considerava capacitada para desempenhar tal função. Naquela época, o principal problema enfrentado pelo município, era a alta rotatividade dos profissionais médicos dentro da equipe, uma vez que os mesmos não residiam no município e ficavam na ESF até que ingressassem em uma residência médica ou conseguissem uma remuneração maior em outra localidade.

Enfrentei algumas dificuldades iniciais, mas superei facilmente, pois já conhecia bem a população da área de abrangência e sua realidade. Mesmo assim, achei que deveria fundamentar mais minha prática e o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) apareceu justamente nesta hora.

Durante o CEABSF, eu e os demais membros da equipe, pudemos inicialmente conhecer o nosso processo de trabalho dentro da equipe e identificar nossas falhas e limitações. Então, nós nos enxergamos como agentes transformadores de uma realidade que identificamos a partir do conhecimento profundo do nosso território de atuação e dos meios que dispomos para transformar a nossa realidade. Em seguida, com a realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Francisco Santirocchi, identificamos

os principais problemas e definimos prioridades para enfrentá-los. Como problema mais preocupante, identificamos o alto índice de gravidez na adolescência.

Das 422 gestantes cadastradas e acompanhadas no ano de 2007 na ESF Francisco Santirocchi, 116 eram adolescentes, o que representa 28,57%, índice esse superior ao encontrado na literatura como descrito adiante.

A gravidez na adolescência é um problema extremamente relevante uma vez que vem aumentando sua incidência e apresenta uma série de repercussões como o abandono escolar e maior taxa de complicações da gestante (YAZLLE, 2006).

Ainda segundo Yazlle (2006) a gravidez na adolescência é um problema de saúde pública importante, é comum e na maioria das vezes inevitável; está diretamente associada a seqüelas negativas para as adolescentes que se tornam grávidas e para seus filhos. Comparados com filhos de mulheres não adolescentes, os filhos de adolescentes tem maior índice de baixo peso ao nascimento, mortalidade infantil aumentada, pior desenvolvimento cognitivo e se mulher, tem risco maior probabilidade de ficar grávida na adolescência.

Assim, a gravidez nesta fase da vida representa uma das principais causas de morte de mulheres entre 15 e 19 anos, seja por complicações na própria gravidez ou pela prática clandestina de aborto (SOUZA, 2001).

O início da adolescência é uma época de grandes mudanças e transformações nos aspectos corporais, psicológicos e sociais da vida da jovem, culminando, no final dessa fase, com a consolidação de uma identidade mais definida. Um período conturbado, crítico e de grandes contradições e atritos e constitui a etapa decisiva de um processo de independência do jovem do seu meio familiar. A adolescência é um fenômeno de desenvolvimento exclusivamente humano, tendo seu início na puberdade. Ocorre um ou dois anos mais cedo para as moças do que para os rapazes. Somam-se as complicações físicas às complicações psicológicas, uma vez que a adolescência representa uma fase de profundas transformações, sendo este momento decisivo para a formação da personalidade. Podemos afirmar que o primeiro grande salto para a vida é o nascimento, e sugerir que o segundo é a adolescência. Com este novo impulso, outra vez, um mundo se descortina. Agora, não mais aquele espaço físico inicial. O objeto de encontro é outro, a busca tem outro rumo. O salto é em direção a si mesmo, como ser individual. A descoberta da sexualidade é uma grande novidade que pode ir de encontro com outra grande mudança ou realidade que é a gravidez.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

O objetivo principal desta pesquisa é descrever como a literatura tem compreendido a gravidez na adolescência, a fim de se propor ações de enfrentamento à questão.

2.2. Específicos:

- Descrever a sexualidade adolescente;
- Descrever a gravidez adolescente e seus fatores predisponentes;
- Descrever as conseqüências da gravidez adolescente;
- Propor ações para a diminuição da gravidez na adolescência.

3. METODOLOGIA

Foi realizada pesquisa bibliográfica utilizando os unitermos adolescência, gravidez e sexualidade. A pesquisa foi realizada nos bancos de dados Scielo, Medline e Lilacs, no período de Julho a Dezembro de 2009. Além destes, também foram pesquisados os sites com dados estatísticos oficiais do governo- Datasus e IBGE. Os artigos encontrados foram selecionados de forma que se relacionassem com os seguintes assuntos: adolescência e sua sexualidade e a gravidez assim como os seus riscos e complicações na vida da adolescente. Após a leitura dos autores, os conteúdos foram analisados e organizados segundo semelhança dos assuntos que referenciavam.

Foram também utilizados dados levantados durante o diagnóstico situacional da ESF Francisco Santirocchi sobre a gravidez adolescente neste território.

Ao final, foi elaborada uma proposta de atuação, a fim de levar à diminuição do elevado índice de gravidez na adolescência na nossa área de abrangência.

4.0 DESENVOLVIMENTO

4.1. CONCEITO DE ADOLESCÊNCIA

Segundo Houaiss (2001), a palavra adolescência vem do latim *adolescere* e significa crescer até a maturidade, resultando em transformações de ordem social, psicológica e fisiológica.

Sociologicamente, a adolescência é o período de transição da dependência infantil para a auto-suficiência adulta. Psicologicamente falando, é uma “situação marginal” na qual, novos ajustes, que diferenciam o comportamento da criança do comportamento do adulto em uma determinada sociedade, tem que ser realizados; e, fisiologicamente, ocorre no momento em que as funções reprodutivas amadurecem (MUUSS, 1976).

A adolescência é definida segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) como sendo o período compreendido entre 10 e 19 anos. Caracteriza-se por mudanças físicas aceleradas e características da puberdade, diferentes do crescimento e desenvolvimento que ocorrem em ritmo constante na infância. Essas alterações surgem influenciadas por fatores hereditários, ambientais, nutricionais e psicológicos (OMS, 1965).

Mas, existem diferenças de entendimento quanto ao período da adolescência. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) a adolescência compreende os 12 aos 18 anos incompletos.

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (BRASIL, 2000), o período adolescente engloba dos 10 aos 20 anos.

Mas, muito mais importante do que identificar um período em que a adolescência ocorre, é entender que este período é caracterizado por profundas mudanças físicas, psicológicas e comportamentais que vão refletir no caráter do ser em formação. É o despertar para o mundo novo, onde o adolescente se vê como o ator principal de sua vida e descobre sua capacidade de “mudar o mundo”.

Nessa fase, o jovem assume mudanças na imagem corporal, de valores e de estilo de vida, afastando-se dos padrões estabelecidos por seus pais e criando sua própria identidade. Segundo Ximenes Neto e colaboradores (2007, pág.279):

A adolescência é uma fase da vida humana que se caracteriza por um conjunto de transformações deixando o indivíduo exposto a um modelo de vida até então desconhecido, de certa forma vulnerável, mas, ao mesmo tempo, estabelecendo padrões comportamentais e sonhos que permearão por toda a vida. Tais padrões comportamentais se definem dentro de um ambiente que inclui a família, os pares, a escola, a sociedade que rodeia, dentre outros, onde o adolescente acaba sendo influenciado na formação e construção de sua personalidade.

Estima-se que no mundo todo há um bilhão de pessoas vivendo a adolescência, ou seja, quase 20% da população mundial. No Brasil, são mais de 34 milhões de adolescentes, 21,84% da população total do país (IBGE, 2001).

4.2. SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

A sexualidade vivida pelo adolescente ganha feição no contexto atual e cultural em que ele está inserido. A sexualidade é plasmada pela linguagem e valores vigentes em cada época.

De acordo com Moreira (2008), nos dias atuais, várias concepções e valores têm se modificado com a evolução do pensamento humano. Assim, são percebidos de forma diversa a virgindade, o casamento, a maternidade, o amor, os papéis sexuais dentro das relações conjugais e sociais.

Os conflitos de gerações, a pressão social e a busca da identidade trazem ambigüidade e um problema comum aos jovens: o de lidar com suas mudanças corporais e conflitos interiores no campo da sexualidade. A sexualidade é uma função natural que existe desde o nascimento e varia de intensidade segundo o ciclo vital. A sexualidade representa uma característica humana, sendo complexa e diversa das diferentes formas de manifestação individual e social. Para Moreira (2008, pág.314):

A sexualidade é um elemento importante para a análise da dinâmica do adolescente. As mudanças físicas que caracterizam a fase incluem mudanças hormonais que, muitas vezes, provocam estados de excitação tidos como incontrolável, resultando em uma intensificação da atividade de masturbação. Nessa fase, também ocorre a consolidação do tipo de atração sexual vivida pelo indivíduo.

Na atualidade, vê-se os relacionamentos sexuais começando cada vez mais cedo, impulsionados pela imposição social que leva crianças a adolescerem precocemente e de forma semelhante, leva os adolescentes a rapidamente ingressarem na vida adulta, mesmo não estando preparados psicologicamente. Moreira (2008) entende que "... a sexualidade pode ser pensada a partir de uma esfera na qual são construídas e transformadas relações sexuais, culturais e políticas, pelos diferentes valores, atitude e padrões de comportamentos em meio às referências que invadem seu imaginário".

Assim o jovem é ator integrante do espetáculo de nossa cultura e, como tal, é continuamente convocado a consumir imagens mais que a refletir, a elaborar ou a pensar. Segundo Anna Freud (1958):

...direi que considero normal que um adolescente se comporte durante um longo período de maneira incoerente e imprevisível; que se oponha a seus impulsos e os aceite; que consiga evitá-los e se sinta submetido a eles; que ame seus pais e os odeie; que se rebele contra eles e que dependa deles; que se sinta envergonhado de reconhecer sua mãe frente aos demais e que, inesperadamente, deseja de todo coração falar com ela; que busque a imitação e a identificação com outros, enquanto busque sem cessar sua própria identidade; que seja idealista, amante da arte, generoso e desinteressado como nunca voltará a sê-lo, porém será também o contrário, egocêntrico, egoísta e calculador. Estas flutuações entre extremos opostos seriam altamente anormais em outra etapa da vida; (...) Na minha opinião, é necessário dar-lhe tempo e meios para que elabore as suas próprias soluções. Talvez sejam seus pais que devam receber ajuda e orientação... Existem poucas situações na vida que sejam mais difíceis de enfrentar que a de um filho ou filha adolescente que luta por liberar-se...

Sobre o desenvolvimento psicossocial, é determinante na medida em que a idade adulta se aproxima, o adolescente deve estabelecer relacionamentos íntimos ou permanecer socialmente isolado. Moreira (2008) afirma que “a obtenção da identidade sexual é intensificada pelas alterações físicas da puberdade, sendo também influenciada por atitudes culturais, expectativas do comportamento sexual e modelos de papéis variados.”

Os adolescentes procuram uma identidade em grupo porque necessitam de estima e aceitação. É comum, em grupos, uma semelhança no modo de vestir e falar. A popularidade com sexo oposto, assim como os do mesmo sexo, torna-se importante durante a adolescência. A necessidade de identidade de grupo entra em conflito com a necessidade de uma identidade pessoal.

O movimento de afastamento em direção aos relacionamentos intensos com os colegas é contrastado com o movimento de afastamento dos pais. Moreira (2008) afirma que “apesar da independência financeira não ser a norma, muitos adolescentes trabalham e exercem maior controle sobre as suas aquisições e atividade sociais se os pais não forem os únicos provedores de recurso financeiro”.

Os motivos que levam uma adolescente a engravidar são variados e de diversas ordens. Muitas pesquisas (BERQUÓ, 1999; VITALLE; AMÂNCIO, 2001) mostram que o início da atividade sexual pelos jovens é cada vez mais precoce; a relação sexual faz parte do namoro, com baixa incidência do uso de métodos anticonceptivos. Umas desejam engravidar como parte do processo de busca da identidade. Porém, a desinformação é uma das principais causas, pois a falta de informação a respeito da sexualidade faz do assunto um tabu, e esta atitude provoca curiosidade, que muitas vezes é satisfeita entre amigos. Desse modo, a adolescente engravida sem ao menos saber o que está acontecendo com

seu corpo, por não associar a relação sexual com a fecundidade, por não tomarem medidas para prevenir uma gravidez. Só encaram o problema quando já estão grávidas, para muitas delas, o aborto é um método contraceptivo.

Segundo Carvacho; Pinto e Silva; Mello (2008), as adolescentes sequer conhecem satisfatoriamente seu corpo. No trabalho em questão, foi identificado que 55,5% das gestantes adolescentes tinha conhecimento insatisfatório sobre a anatomia dos órgãos e 76,5% não sabiam os aspectos fisiológicos da reprodução.

No Brasil, 50% das jovens e 78% dos jovens tem a sua primeira experiência sexual até os 24 anos de idade, com idade mediana da sexarca de 16,4 anos para as garotas e 15,3 anos para os rapazes (BERQUÓ, 1999). Apenas 33% relatam uso de contracepção na primeira relação sexual.

4.3. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E IMPLICAÇÕES

Vamos conhecer um pouco mais sobre a situação da gravidez na adolescência em nosso país (Gravidez na adolescência, 2005):

- Aproximadamente 27% dos partos feitos no Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 1999, foram em adolescentes de 10 a 19 anos, isso quer dizer que a cada 100 partos, 27 foram em adolescentes, um total de 756.553, naquele ano;
- Cerca de 10% das adolescentes, de acordo com uma pesquisa feita em alguns estados brasileiros em 1996, tinham pelo menos dois filhos aos 19 anos;
- Entre 1993 e 1999, houve aumento de aproximadamente 30% do número de partos feitos no SUS em adolescentes mais jovens, entre 10 a 14 anos.
-
- O índice de gravidez entre adolescentes de 10 a 14 anos, conforme explora Cavasin (2004), tende a ser maior nas regiões e estados em que há exploração sexual de adolescentes e jovens.

A experiência e estudos (ARILHA; RIDENTI; MEDRADO, 1998; HEILBORN, 2002) têm demonstrado que a gravidez pode ser uma opção para adolescentes na faixa etária de 10 a 14 anos, como também para aqueles entre 15 a 19 anos. Pode estar incluída em projetos de vida de adolescentes do sexo feminino como também compartilhados por adolescentes homens. A maternidade e a paternidade podem se revelar, ainda, como um elemento reorganizador da vida e não somente desestruturador (BRASIL, 2006).

Dados da pesquisa Gravad (MORAES; CABRAL; HEILBORN; 2006) um estudo multicêntrico sobre gravidez na adolescência: jovens, sexualidade e reprodução no Brasil, realizada em três grandes capitais brasileiras entre adolescentes e jovens, homens e mulheres, com idade entre 18 e 24 anos, indicaram que a maioria das adolescentes mulheres que engravidaram (97,5%) e dos adolescentes que já engravidaram uma companheira (85,8%), encontravam-se em contextos de relacionamentos afetivos estáveis.

O reconhecimento do fato de que a gravidez pode expressar o desejo dos jovens não significa retirar a importância das políticas de contracepção para ambos, uma vez que

se trata de assegurar que a escolha possa acontecer no momento desejado e planejado pelos adolescentes e jovens.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), no DATASUS, o maior percentual de nascidos mortos é registrado na faixa etária de 10 a 14 anos, e 13%. Os dados também atestam que o número de nascidos mortos, filhos de mulheres de 10 a 14 anos, é inversamente proporcional aos anos de escolaridade dessas mães, ou seja, existem mais nascidos mortos quanto menor for o nível de escolaridade da mãe que, por sua vez, está diretamente relacionado à pobreza e aos direitos sociais.

Hockaday; Crase; Shelley, (2000) analisaram prospectivamente as características que contribuem para a gravidez na adolescência e identificaram a falta de aspirações ou expectativas, baixa escolaridade e o início das relações sexuais em idade mais jovem como as principais responsáveis.

A pobreza e as dificuldades de construção de projetos de vida para a adolescência e a juventude no Brasil se devem a muitos fatores estruturantes das condições sociais da população e a um contexto mais amplo de falta de direitos. Vale destacar que os dados da pesquisa Gravada (MORAES; CABRAL; HEILBORN; 2006) apontaram também que 42,1% das jovens que tiveram filhos com menos de 20 anos já se encontravam fora da escola quando engravidaram.

Segundo o estudo de Berquó e Cavenachi (2005), as possibilidades de permanência de adolescentes mães na escola são muito menores do que entre adolescentes que não têm filhos. A partir dos dados do Censo 2000 (IBGE, 2001), as autoras mostraram que na faixa etária dos 10 aos 19 anos de idade que estavam na escola, apenas 20% daquelas que têm filhos, estão na escola. Entre as adolescentes sem filhos, na mesma faixa etária, o percentual é de cerca de 80%. “Estas chances diminuem, segundo as condições econômicas destas jovens, tornando-se ainda menores para as mais pobres, negras, com menos anos de estudo e que trabalham fora de casa” (BERQUÓ, CAVENACHI, 2005).

Pode-se dizer que estamos enfrentando atualmente uma epidemia de gravidezes em adolescentes. Para se ter uma idéia, em 1990, cerca de 10% das gestações ocorria nessa faixa etária. Em 2000, apenas dez anos depois, esse índice aumentou para 18%, ou seja, praticamente dobrou o número de mulheres que engravidam entre os 12 e os 19 anos. Gravidez na adolescência não é novidade na história de vida das mulheres. Provavelmente

muitas de nossas antepassadas casaram cedo, engravidaram logo e, durante a gestação e o parto podem não ter recebido assistência médica regular. Erros e acertos dessa época se perderam no tempo e na memória de seus descendentes. A sociedade se modernizou e as mulheres vislumbraram diferentes perspectivas de vida. No entanto, isso não impediu que, apesar da divulgação de métodos contraceptivos, a cada ano, mais jovens engravidem numa idade em que outras ainda dormem abraçadas com o ursinho de pelúcia. A gravidez na adolescência é considerada de alto risco. Daí a importância indiscutível do pré-natal para evitar, nesses casos, complicações durante a gestação e o parto.

As chances de uma garota voltar a engravidar após uma primeira gestação na adolescência muito grandes. Segundo pesquisa realizada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP, 2009), na Casa do Adolescente em Pinheiros, 69,2% dos casos de gravidez, a avó materna também foi mãe quando adolescente.

Chipkevitch (1994), classificou os fatores predisponentes para a gravidez na adolescência em três classes assim distribuídas:

.Biológicos—O aparecimento da maturação sexual.

.Psicológicos—Comportamentos de risco;

-Imaturidade do processo cognitivo dos adolescentes;

-Sentimentos de vulnerabilidade e invencibilidade;

-A auto-afirmação da sua sexualidade e identidade ainda em formação;

-Casamento como forma de melhorar a relação com o parceiro;

-A independência em relação aos pais;

-A necessidade de afeto e de ter alguém a quem amar.

.Sociais—Atitudes de rejeição aos métodos contraceptivos;

-Falta de informação;

-O fato da sexualidade ainda ser um tabu para a sociedade, havendo a construção de vários mitos sobre o assunto;

-A forma como os pais abordam o tema da educação sexual com os adolescentes;

-Dificuldades de relacionamento, os conflitos familiares, a negligência, a violência física e psicológica, o abuso sexual e o fraco suporte familiar.

Psicossociais—Necessidade de pular etapas e tarefas desenvolvimentistas, porque terá de lidar com tarefas adultas para as quais ainda não se sente psicologicamente e socialmente preparados.

Em 2002, foram registrados segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), no DATASUS, 1.650 óbitos de mulheres por causas relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério. Destas mulheres, 268 (16%) tinham entre 10 e 19 anos e 687 (42%), entre 20 e 29 anos. Portanto, mais da metade dos óbitos maternos registrados pelo DATASUS atingem a população mais jovem (58%). Este dado pode estar relacionado à precariedade na assistência ao pré-natal e, no caso deste segmento populacional, à ausência de atenção específica a adolescentes e jovens gestantes. Vale ressaltar que o aborto inseguro está diretamente relacionado aos índices de mortalidade materna entre adolescentes e jovens, atingindo, sobretudo, aquelas em situação de pobreza. O aumento da taxa de fecundidade entre adolescentes e jovens, assim como o número de óbitos maternos nesta faixa etária, é um forte indicador de que as políticas de contracepção, planejamento familiar e atenção pré-natal não têm se adequadamente atendido às necessidades específicas desse segmento, afetando diretamente sua saúde reprodutiva. Indicam, portanto, a necessidade de formulação de ações estratégicas que garantam a autonomia reprodutiva de adolescentes e jovens, em condições desejadas e seguras.

4.3 CONSEQUÊNCIAS DA GRAVIDEZ ADOLESCENTE

A gravidez neste grupo populacional vem sendo considerada, um problema de saúde pública. É comum e na maioria das vezes evitável e associado a seqüelas negativas para as adolescentes que se tornam grávidas e para seus filhos. Pode acarretar complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e o recém-nascido, bem como problemas psicossociais e econômicos (LANGILLE, 2007).

Quanto à evolução da gestação, existem referências a maior incidência de anemia materna, doença hipertensiva específica da gravidez, desproporção céfalo-pélvica, infecção urinária, prematuridade, placenta prévia, baixo peso ao nascer, sofrimento fetal agudo intra-parto, complicações no parto (lesões no canal de parto e hemorragias) e puerpério (endometrite, infecções, deiscência de incisões, dificuldade para amamentar, entre outros) (YAZLLE, 2006; HERCOWITCH, 2002; FORESTI, 2000).

Lao; Ho, (1997), em revisão retrospectiva realizada na Universidade de Hong Kong, encontraram maior incidência de doenças sexualmente transmissíveis (5,2% versus 1,0%), trabalho de parto prematuro (13,0% versus 7,0 %) quando comparadas gestantes adolescentes com as não adolescentes. Eles concluíram que os resultados não foram piores porque as gestantes adolescentes tiveram um pré-natal de qualidade.

Yazlle (2006) considera que quanto à evolução da gestação, existe maior incidência de anemia materna, doença hipertensiva específica de gravidez, desproporção céfalo-pélvica, infecção urinária, prematuridade, placenta prévia, baixo peso ao nascer, sofrimento total agudo intra-parto, complicações no parto (lesões no canal de parto e hemorragias) e puerpério (endometrite, infecções, deiscência de incisões, dificuldade para amamentar entre outros).

No entanto, alguns autores (LAO; HO, 1997; MOREIRA, 2008) sustentam a idéia de que, a gravidez na adolescência pode ser bem tolerada pelas adolescentes, desde que elas recebam assistência pré-natal adequada, ou seja, precocemente e de forma regular, durante todo período gestacional, o que nem sempre acontece devido a vários fatores, que vão desde a dificuldade de aceitação da gestação pela jovem até a dificuldade para o agendamento da consulta inicial do pré-natal.

Em estudo desenvolvido por Metello (2008) em Lisboa, as adolescentes tiveram pior seguimento: primeira consulta após 12 semanas de gestação (46,4% *versus* 26,3%) e menos de quatro consultas (8,1% *versus* 3,1%), menos distócia (21,5% *versus* 35,1%), menos cesarianas (10,6% *versus* 20,7%) e menor necessidade de indução do trabalho de parto (16,5% *versus* 26,5%). Não houve diferença significativa para idade gestacional no parto e taxa de recém-nascidos de baixo peso. Entre adolescentes menores de 16 anos, houve mais recém-nascidos de baixo peso (12% *versus* 7,4%) e mais partos entre 34 e 37 semanas (10,8% *versus* 4,2%).

Segundo um boletim da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009), a gravidez na adolescência representa um dos principais riscos de mortalidade de mãe e de criança. Assim a redução no índice de gravidez em adolescentes deve ser prioridade nos países que desejam atingir os objetivos de desenvolvimento do milênio. As meninas grávidas precisam de atendimento físico e psicológico especial durante os nove meses de gestação, para preservar sua própria saúde e a de seus bebês. Estimam que 16 milhões de adolescentes engravidam na faixa etária de 15 a 19 anos.

Markovitz (2005) associou a idade materna precoce com os fatores sócio-econômicos e concluiu que tais fatores aumentaram a mortalidade neonatal mas não o índice de mortalidade pós-neonatal.

De acordo com o estudo de Miller e Stokes (1985), os fatores sócio-econômicos tem um efeito direto sobre a mortalidade infantil nas mães adolescentes em um estudo que envolveu 2.019 casos.

Em estudo realizado nos Estados Unidos pelo Instituto Nacional das Estatísticas Vitais (VHS, 2000), dos adolescentes que viviam em comunidades pobres, 68% apresentaram alguma intercorrência durante a gravidez, enquanto apenas 37% dos que viviam em melhores condições apresentaram.

Em outro estudo, Fraser; Brockert; Ward, (1995) afirmaram que apenas a idade constitui um fator de risco para complicações.

Em estudo europeu liderado por Creatsas e Elsheikh (2002), foi encontrada a incidência de 7,53% de parto em adolescentes. Das adolescentes grávidas, 57% optaram pelo aborto, uma vez que o mesmo é legalizado na Grécia. Dentre as problemas mais freqüentes estão a anemia acometendo 0,23% das gestantes, toxemia em 1,23%, descolamento prematuro de placenta em 1,08% e placenta prévia em 1,29%, índices estes

bem diferentes de nosso país. A maioria dos casos é de gravidez indesejada; os casos em que decidiram avançar com a gravidez apresentaram um número bem insignificante de complicações, pois foram avaliadas pelo adequado acompanhamento médico. Parece que a educação sexual formal pode aumentar o conhecimento sobre saúde reprodutiva e melhorar a utilização de métodos de proteção contra a gravidez e doenças sexualmente transmissíveis

Além de se considerarem os fatores físicos na gravidez adolescente, é de fundamental importância levar também em conta os fatores psicológicos, sendo uma transição que integra o desenvolvimento humano, mas revela complicações ao ocorrer na adolescência. A gravidez na adolescência envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões. Em primeiro lugar verificam-se as mudanças na identidade e na nova definição de papéis: a mulher passa a se olhar e ser olhada de forma diferente, sendo assim uma transição precoce e traumatizante no desenvolvimento emocional do adolescente. A complexidade provocada pela vinda de um bebê: uma questão psicológica, mas também socioeconômica. Uma ameaça ao futuro dos jovens, considerando os riscos físicos, emocionais e sociais dela decorrentes. É um problema social e de saúde pública, revelando a prática de uma sexualidade não segura, com riscos de contrair doenças sexualmente transmissíveis.

De acordo com Moreira (2008, pág.319):

Os conflitos vivenciados pelas adolescentes na descoberta da gravidez se dão na percepção dessa gestação como um acontecimento indesejado, no medo de enfrentar tal situação perante sua família ou companheiro, na reação dos pais com a descoberta da gravidez na adolescência e também são ressaltados no baixo nível socioeconômico familiar, determinantes na não aceitação da gravidez nessas adolescentes.

A adolescente grávida vive este momento de dúvidas, anseios e contestações, somado à aquisição de uma nova identidade para a qual pode não estar preparada, e, sobretudo a cobrança social que esse novo papel acarretará.

É evidente que a gravidez na adolescência indesejada tem como principal consequência uma problemática nos níveis biológicos e psicossociais, tanto maior quanto menor a idade da gestante. Entre as consequências psicossociais, preocupa a interrupção da escolarização e da formação profissional.

De acordo com Souza (1998), o aborto muitas vezes é a única saída para as adolescentes e neste desafio, elas arriscam suas próprias vidas quando decidem interromper a gravidez, utilizando-se de quaisquer recursos que tenham a mão. Sendo assim, muitas vezes esta decisão é solitária e clandestina, sob a pressão dos parceiros ou familiares. O sentimento de abandono não significa necessariamente que sejam deixadas sozinhas, mas sim porque os parceiros e familiares são os primeiros a propor o aborto, sem maiores preocupações ou indagações. Por ser proibido no Brasil, o aborto leva a pressões psicológicas e sociais muito grandes, sendo carregado de medo, culpa, censura, vergonha. Estas adolescentes ainda enfrentam o desprezo, a humilhação e o julgamento dos profissionais da saúde.

De acordo com Bruno (2009, pag.482):

A reincidência de gravidez na adolescência é aparentemente muito freqüente no mundo e na ausência de acompanhamento pós-parto, ocorre em torno de 30% no primeiro ano e até 50% no segundo ano. Mesmo em serviços especializados para adolescentes, com acompanhamento rigoroso e acesso facilitado aos métodos contraceptivos, as taxas de reincidência ocorrem por volta de 10% a 15% no primeiro ano após o parto.

Essas cifras se tornam cada vez mais relevantes quando se sabe que a cada gravidez diminui a probabilidade da adolescente concluir seus estudos, ter um emprego estável e ser auto-suficiente. Nesse estudo, uma alta incidência de nova gestação após cinco anos da primeira gravidez (61%) é mostrada. Além disso, grande parte dessas adolescentes tinha engravidado mais de uma vez nesse período (40%). Esses dados superam o referido por outros autores (RIGSBY; MACONES; DRISCOLL, 1998; COARD; NITZ; FELICE, 2000), que têm relatado uma taxa de reincidência da gravidez na adolescência que varia de 42 a 50%.

Assim, diante de todos os riscos para a gravidez e durante a mesma, é fundamental priorizar a assistência médica à gestante adolescente no que se refere à saúde básica, mas também deve ser enfatizado o acompanhamento particular em quatro áreas essenciais: assistência ginecológica, exames pré-natais, assistência obstetrícia e exames pós-parto.

Melhado e colaboradores (2003) avaliaram a reincidência da gravidez entre adolescentes que participaram do Programa de Apoio Integral à Gestante e Mãe Adolescente (PAIGA) em um hospital universitário e comparam com a de jovens que não receberam apoio. Foi desenvolvido um estudo prospectivo comparativo entre 30

adolescentes que participaram do PAIGA (grupo caso) e 39 adolescentes que realizaram o parto no mesmo hospital universitário e período, e que não participaram do PAIGA (grupo controle). No grupo caso, foi realizado acompanhamento do binômio mãe/filho mensalmente no primeiro ano pós-parto; no grupo controle realizaram-se entrevistas no puerpério imediato. Analisaram a reincidência da gravidez, uso de método anticoncepcional, escolaridade, abandono escolar, estado civil e relação com o parceiro. Os resultados indicaram que o grupo caso apresentou 3,3% de reincidência após um ano ($p > 0,05$), escolaridade média de nove anos, abandono escolar em 33,3% ($p < 0,05$) dos casos e ausência de uso de método contraceptivo em 60%. No grupo controle, observaram 15,4% de reincidência, escolaridade média de sete anos, abandono escolar em 75,8% dos casos e ausência de método contraceptivo em 66,7%. O estado civil delas eram respectivamente 56,7% e 51,3% solteiras e aproximadamente um quarto delas (26,7% e 25,5%) não tinha contato com o parceiro. A taxa de reincidência foi menor no grupo das jovens que participaram do PAIGA.

Aquino (2003), Realizou pesquisa onde estimou-se a prevalência de gravidez na adolescência (GA), em Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre, analisando-se o perfil de quem engravida e seus parceiros e os resultados da gestação. A gravidez entre adolescentes foi relatada por 55,1% dos homens e 27,9% das mulheres; a maioria dessas teve a GA em relacionamento estável com parceiro mais velho (79,8%). A ocorrência de GA variou inversamente com a escolaridade e a renda. A primeira GA foi levada a termo por 72,2% das mulheres e 34,5% dos homens, estes com maior percentual de relato de aborto provocado (41,3% contra 15,3% das moças). Com o nascimento de um filho antes dos 20 anos, parte das moças parou os estudos temporária (25,0%) ou definitivamente (17,3%), mas 42,1% já se encontravam fora da escola.

Belo; Silva (2004) estudaram o conhecimento, a atitude e a prática do uso de métodos anticoncepcionais em adolescentes gestantes. As adolescentes mostraram ter conhecimento adequado sobre os métodos anticoncepcionais e concordaram com seu uso durante o período da adolescência. A religião, a idade e a classe socioeconômica estavam relacionadas a maior e mais adequado conhecimento dos métodos, enquanto a multiparidade, a seu maior uso. Cinquenta e quatro por cento de adolescentes usaram algum contraceptivo na primeira relação sexual. Ocorreu um decréscimo de utilização de contraceptivos, havendo um período de tempo curto entre o início da vida sexual e a gravidez.

No trabalho de Persona; Shimo; Tarallo (2004) sobre a repetição da gravidez na adolescência, demonstrou-se que a relação causal é multifatorial. Esses dados corroboram

com outros autores na literatura (PINTO E SILVA; NOGUEIRA, 1988; SCHOR; LOPES, 1990; ABDALLAH, 1998): menarca precoce, primeira relação sexual após curto intervalo da menarca, repetência escolar, abandono escolar, ausência de ocupação remunerada, baixa renda familiar, envolvimento com parceiros mais velhos, residir com o parceiro, união consensual com parceiro, um parceiro fixo, baixo uso de preservativo, história familiar de gravidez na adolescência (pela mãe, irmãs, primas), ausência de pai por morte ou abandono, reação positiva por parte da família à gravidez anterior, aborto anterior, parto anterior bem conceituado pela adolescente e ausência a revisão pós-parto anterior.

Para Ximenes Neto (2007), a pouca ou nenhuma escolaridade influencia na não aquisição de práticas preventivas. A adolescente que não estuda ou abandonou os estudos fica mais vulnerável a uma gravidez. O abandono escolar é um fator de risco individual importante para gravidez na adolescência.

Segundo Di Censo (2002) em trabalho desenvolvido em Ontário, Canadá, apesar das estratégias utilizadas para a prevenção da gravidez na adolescência as mesmas não conseguiram atrasar a idade de início das relações sexuais e não reduziram o número de gravidez em adolescentes.

4.4 PROPOSTAS DE AÇÃO

Muitas estratégias visando a redução da incidência da gravidez na adolescência tem sido bem sucedidas dentre elas as que visam aproximação entre escola, família e profissionais da saúde. A promoção da contracepção e a instrução acerca da abstinência sexual tem se mostrado eficazes segundo Klein (2005).

Espera-se que existam serviços e campanhas que orientem os jovens sobre seus problemas, conflitos ou questionamentos cotidianos durante essa fase de descobertas e modificações em todos os níveis. Infelizmente estes projetos sociais focalizados neste período da vida são raros nos serviços públicos e até mesmo nos privados, como nas escolas. Para Moreira (2008, pag.315):

Esse despertar da sexualidade na adolescência, é acompanhado por uma grande leva de desinformação ou por constrangimento em falar sobre sexo com seus filhos, acabam não cumprindo seu papel de educador. Assim as famílias não transmitem a orientação sexual adequada, deixando o jovem em desvantagem.

Em um contexto de desconhecimento do próprio corpo, a omissão da família/escola sobre assuntos pertinentes a adolescência, o pouco envolvimento dos serviços públicos, o bombardeamento ativo ao qual estão expostos pela mídia, com programas, novelas e até propagandas apelando ao sexo, fazem com que os jovens iniciem precocemente suas atividades sexuais, não conhecedores das implicações de sua vida sexualmente ativa.

A educação sexual surge como proposta para diminuir e até mesmo evitar a gravidez e o aborto na adolescência. A aplicação dessa proposta pode ser viabilizada pelos diversos meios de acesso: escolas, ruas, centros de saúde e também através de meios de comunicação, como a TV, a Internet, os jornais, o rádio, etc. É evidente a utilidade da educação sexual como um método eficiente na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, gravidez não desejada e aborto. Tanto a educação em geral como a educação sexual e reprodutiva para os adolescentes, podem ser realizadas por uma mídia que é cada vez mais comum entre os adolescentes: a Internet, ao lado dos meios de comunicação tradicionais. E é nessa tendência globalizante das comunicações que a informação educativa deveria se dirigir e orientar na prevenção de casos de gravidez e aborto na adolescência.

Em países como o Brasil, os serviços públicos de saúde nem sempre oferecem serviços adequados para as adolescentes de menos recursos que enfrentam problemas de gravidez ou situações traumáticas pós-aborto, decorrentes de aborto provocado em condições precárias. Nesse sentido, a oferta de serviços, nestas circunstâncias, será de muita ajuda às adolescentes gestantes ou em pós-aborto e para orientação sexual e reprodutiva dos jovens em geral.

Segundo o Manual Técnico da área de Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ), do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), visando à melhor qualidade no atendimento, preconiza os seguintes princípios e diretrizes:

- Adequação dos serviços de saúde às necessidades específicas de adolescentes e jovens;
- Consideração do modelo de atenção vigente no local e dos recursos humanos e materiais disponíveis;
- Consideração das características da comunidade nos aspectos socioeconômicos e culturais, além do perfil epidemiológico da população local;
- Participação ativa de adolescentes e jovens no planejamento, desenvolvimento, divulgação e avaliação das ações.

Como parte da orientação sexual aos adolescentes, devem ser oferecidas alternativas de lazer e possibilidades de esportes que resgatem o seu lado lúdico e recreativo. Pois a prevenção da gravidez não deve ser vista ou abordada apenas como informação ou contracepção, despida de toda a roupagem cultural, de valores e normas. É necessário orientar os jovens em atitudes, comportamentos, normas, valores e que eles possam desenvolver atitudes críticas, reflexivas e responsáveis.

A proposta da prevenção da gravidez na adolescência pode ser realizada de diversas maneiras. Uma delas é tentar retardar o início da experiência sexual; já no caso das adolescentes que iniciaram o intercurso sexual, é o uso de contraceptivos. Essas duas medidas, a educação sexual e a utilização de contraceptivos, são de caráter individual (PAUCAR, 2003).

Outras medidas de prevenção da gravidez na adolescência de caráter mais geral envolvem ações sociais: melhoria da educação, das condições econômicas, das condições de moradia e a diminuição da pobreza. A educação sexual pode ser realizada através de diversas frentes: os pais, as escolas, os hospitais e inclusive como acontece em países como Estados Unidos, por meio de programas de prevenção da gravidez na adolescência

vinculados a instituições federais e estaduais como são os serviços públicos de saúde, hospitais, etc. Entre as recomendações para a prevenção da gravidez na adolescência podem ser citadas as seguintes:

- Criação ou melhoria e ampliação dos programas já existentes de assistência à adolescência.
- Ênfase no papel da família, estimulando a participação dos pais (pai e mãe) no processo educativo dos adolescentes.
- Integração da educação sexual dentro dos programas de assistência aos adolescentes, inclusive considerando os pais dos adolescentes.
- Melhoria dos serviços de assistência pública pré-natal às grávidas adolescentes, incluindo-se orientação contraceptiva e prevenção de nova gravidez precoce.
- Incentivo à realização de pesquisas que tenham como finalidade um maior conhecimento da maternidade na adolescência bem como educação sexual, iniciação sexual, prática contraceptiva, etc.

Considerando que a gravidez na adolescência e a sua recorrência podem ser prevenidas, é necessário considerar a inclusão da população de adolescentes nos programas de assistência à saúde da mulher com ênfase em anticoncepção e orientações sexuais, e considerar a assistência a esta faixa etária como uma das prioridades na atenção primária à saúde. Estes programas devem focar, além dos aspectos citados, também motivação para estudo e trabalho, e aspectos relacionados a comportamento, relação familiar, entre outros. Neste sentido, Schaffer *et al* (2009) propõem um programa de saúde na escola, reunindo grupos de adolescentes para discussão de aspectos relacionados à saúde reprodutiva, com participação efetiva e diária de profissional de saúde.

Pelo exposto, consideramos que as equipes de saúde da família, deverão estar preparadas para o atendimento da população de adolescentes, contando com o apoio de outros profissionais que atuam na área da saúde, e buscando entrosamento com os profissionais da área da educação, serviço social e psicologia, além do apoio de entidades governamentais e não governamentais presentes na comunidade e que possam contribuir com um programa de prevenção da gravidez na adolescência e sua repetição.

Segundo Paulics e Vaz (2009) a gestão municipal pode partir de uma ação coletiva (inserida em uma política municipal de juventude) que propicie o intercâmbio de ares como saúde, educação, cultura e lazer, tentando inibir a alta incidência de adolescentes grávidas,

bem como em situações específicas que permitam resgatar a auto-estima da adolescente e norteiem a prevenção epidêmica.

Na esfera que trata da prevenção da gravidez na adolescência destacam-se alguns tópicos de possível atuação do poder municipal. Investir em campanhas de alerta e esclarecimento, que ofereçam informação ao jovem e incentivem o uso de camisinha tem um papel importante na prevenção da AIDS, das doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez precoce.

Outro ponto fundamental é a questão da distribuição gratuita de métodos contraceptivos em escolas e postos de saúde, bem como campanhas de orientação para que as pessoas percarn a inibição de pegá-los. Ela é realizada, mas em geral é insuficiente. É preciso ampliá-la e desmistificá-la.

É importante considerar que o uso de pílulas anticoncepcionais sem orientação do médico, pode provocar anomalias sérias, que vão desde a interrupção no crescimento físico da mulher que estiver em fase de desenvolvimento da estrutura óssea até a esterilização definitiva. É importante notar que as adolescentes, mesmo conhecendo métodos como pílulas não os usam. Além da dificuldade de obtê-los, têm receio dos efeitos colaterais e acreditam que são “imunes” a gravidez. Não conhecem o próprio corpo, não conseguem colocar o assunto em discussão com a família e tampouco recebem qualquer orientação da família e tampouco na escola, pois persiste o mito de que falar de sexo estimula a prática.

A educação sexual nas escolas, portanto, é fundamental para que as jovens possam falar sobre sua sexualidade, sem preconceitos, separando os tabus. Além disso, a escola é um espaço propício para o autoconhecimento e a descoberta de outras formas de relacionamento afetivo que não as relações sexuais. É desejável uma relação intersetorial, da ESF com as escolas, onde os profissionais de saúde podem dar subsídios ou mesmo participar das discussões com os alunos nas escolas.

A orientação sexual deve ser iniciada nos primeiros anos de vida da criança e deve continuar durante todo o seu processo de crescimento e amadurecimento. Assim o propósito da Educação Sexual, é indicar a imensa riqueza da sexualidade humana e seu valor, mais do que controlar ou suprir suas manifestações (MATARAZZO; MANZIN, 1988).

A gravidez precoce é um problema que também envolve os homens. Deve, portanto, ser tratado com meninos, em todos os seus aspectos, do moral ao social.

Os programas devem ser estendidos aos pais, em sua maioria, estão despreparados para tratar essa questão com os filhos. Às vezes, a adolescente até quer contar a eles suas experiências, mas muitos não querem ouvir, não sabem o que dizer ou mesmo, fantasiam ter uma eterna criança dentro de casa.

Sugere-se o pagamento de uma bolsa-auxílio pela prefeitura à gestante adolescente, o que possibilitaria a não interrupção de seus estudos, garantindo uma gravidez saudável, e, em alguns casos, pode amenizar a reação adversa da família diante da situação.

Em muitas cidades, como no nosso município, a única opção de lazer para os jovens é beber nos botecos e namorar. Oferecer alternativa de lazer a possibilidades de esporte, que resgatem o lado lúdico e recreativo, é também uma forma de prevenção.

5- CONCLUSÃO

Historicamente, a gravidez na adolescência não é um fenômeno recente. Assim, por exemplo, a média de idade das romanas no casamento atingia o limite de 14 anos. No início deste século, a gravidez na adolescência era considerada um acontecimento habitual para os padrões culturais e para os costumes vigentes. Em 1922, por exemplo, definiu-se a idade de 16 anos como o momento ideal para o nascimento do primeiro filho. Na atualidade, essa média é motivo de preocupação dos mais diversos setores da sociedade.

Deve-se ressaltar que, embora a gravidez na adolescência não seja um problema novo, atualmente tem chamado a atenção e preocupado os especialistas de diferentes áreas. A gravidez na adolescência é considerada um grave problema de saúde pública não somente em países pobres. Por exemplo, os Estados Unidos têm uma das mais altas taxas de fecundidade nessa faixa etária, se comparado a outros países desenvolvidos.

No Brasil, dados do IBGE (2001) demonstram que a porcentagem de adolescentes grávidas triplicou de 1980 para 1994. As complicações da gravidez, do parto e do puerpério estão entre as 10 principais causas de morte da adolescente brasileira, sendo a sexta causa nas adolescentes de 15 a 19 anos. Por sua vez, o aborto é a quarta causa de morte materna no Brasil. A maternidade adolescente e, portanto, a gravidez de adolescentes, apresenta um número cada vez mais elevado de casos tanto nas regiões com altos índices de urbanização e industrialização, quanto nas regiões sócio-econômicas pouco desenvolvidas. Porém, os índices de crescimento são diferenciados para as duas áreas. É amplamente reconhecida, em diversos países latino-americanos, a evidente mudança na conduta sexual dos adolescentes. A ocorrência de relações sexuais antes do casamento se inicia cada vez mais cedo, em média a partir dos 13 anos. As relações de gênero mostram que, senão toda, mas uma grande parte da responsabilidade pela anticoncepção é deixada para as adolescentes. No grupo das adolescentes sexualmente ativas, muitas não praticam a anticoncepção de maneira adequada, gerando riscos de uma gravidez não desejada. Existe também uma falta de conhecimento da fisiologia da reprodução e das conseqüências das relações sexuais por parte dos adolescentes. Ao lado disso, nem sempre os pais estão preparados para debater esses temas com os filhos.

Quanto aos principais fatores que contribuem para a gravidez adolescente, tem-se que: não há nas escolas programas específicos de orientação sexual; a maioria das adolescentes pesquisadas engravidou por desconsiderar a necessidade de prevenção, mesmo conhecendo métodos contraceptivos; e a família da adolescente grávida geralmente não dá orientação sexual devido a tabus (choque de gerações) ou mesmo à falta de um convívio familiar mais estreito.

A falta de políticas de saúde para o enfrentamento dessa questão é assunto de ampla discussão.

Acredito que alguns programas como o que está sendo implantado nas ESF – Saúde em Casa, pelo governo de Minas Gerais, são de enorme relevância uma vez que são desenvolvidos para um segmento específico e trazem medidas de promoção e prevenção de saúde. O que trata da saúde do adolescente estabelece algumas rotinas que acredito que quando estiverem totalmente implantadas nas unidades de Saúde da Família vão facilitar o acesso do adolescente às unidades e estes receberão um atendimento individualizado e voltado às suas necessidades.

Acredito que as equipes de Saúde da Família podem como ninguém atuar na redução do índice de gravidez na adolescência uma vez que conhecem bem sua população e seus anseios e apresentam uma relação de confiança com os moradores o que facilita a troca de informações e as orientações.

Percebo que ainda falta pelos gestores uma priorização dos problemas mais relevantes e falta de políticas de enfrentamento desses.

Cabe a nós enquanto profissionais das ESF e agentes transformadores buscarmos alternativas para mudar essa realidade.

6. REFERÊNCIAS

- ABDALLAH, V.O.S. *et al.* Gravidez na adolescência: experiência em um hospital universitário. **Pediatria Moderna**, v. 34, n.9, p. 561-570, 1998.
- AQUINO, E.M.L. *et al.* Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cad. Saúde Pública**, vol.19, suppl.2, p. 377-388, 2003.
- ARILHA, M.; RIDENTI, S. U.; MEDRADO, B. (Orgs.) **Homens e Masculinidades: outras palavras**. 1. ed. São Paulo: Ecos Editora, 34, v. 1., 1998. 304p.
- BELO, M.A.; SILVA, J.L. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Revista Saúde Pública**, v.38, n.4, p.479-487, ago. 2004.
- BERQUÓ, E. (org). **Comportamento sexual da população brasileira sobre HIV/Aids**. Relatório final de pesquisa. Ministério da Saúde – SPS-CNDST/Aids, 1999.136p.
- BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. **Increasing adolescent and youth fertility in Brazil: a new trend or a one-time event?** In Anais do Annual Meeting of the Population Association of America, Filadélfia, 2005.18p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da criança e do adolescente. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 jul. 1990. 1356 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia da Adolescência**. Departamento de Adolescência da SBP- Orientação para profissionais da área médica, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. DATASUS. **Sistema de Informações Hospitalares**. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília, 2006. 56p.
- BRUNO, Z. V. *et al.* Reincidência de gravidez em adolescentes. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.31, n.10, p.480-484, out. 2009.
- CARVACHO, I. E.; PINTO E SILVA, J.L.; MELLO, M. B. Conhecimento de adolescentes grávidas sobre anatomia e fisiologia da reprodução. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 54, n.1, p.29-35, feb. 2008.
- CAVASIN, S. (Org.) *et al.* **Gravidez entre adolescentes de 10 a 14 anos: estudo exploratório em cinco capitais brasileiras e vulnerabilidade social - relatório de pesquisa**. Rio de Janeiro: ECOS, 2004. 96p.
- COARD, S.I.; NITZ, K.; FELICE, M. E. Repeat pregnancy among urban 15 adolescents: sociodemographic, family and health factors. **Adolescence**, v. 35, n. 137, p. 193-200, 2000.

CREATSAS, G.; ELSHEIKH, A. Adolescent pregnancy and its consequences. **The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care**, v.7, n.3, p.167-172, set. 2002.

CHIPKEVITCH, E. **Puberdade e Adolescência**: aspectos biológicos clínicos e psicossociais. São Paulo: Ed. Roca, 1994. 253p.

DI CENSO, A. *et al.* Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomized controlled trials. **BMJ**, v.324, n. 7351, p. 1426, June 2002.

FORESTI, R. **Gravidez na adolescência**. Toda informação é necessária. 2002. Disponível em: <www.boasaude.uol.com.br/Lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3072&ReturnCatID=1781>. Acesso em: 11 nov. 2009.

FRASER, A. M.; BROCKERT, J. E.; WARD, R. H. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. **The New England Journal of Medicine**, v.332, n.17, p.1113-1117, 1995.

Freud, A. On Adolescence. In: Freud, A *et al.* **The Psychoanalytic Study of Child**. N.Y.: IUP. Inc., vol. XIII, p. 255-278, 1958.

Gravidez na adolescência: Vivendo a adolescência. **Reprolatina**, 2005. Disponível em: <www.adolescencia.org.br>. Acesso em: 11 jul. 2009.

HEILBORN, M. L. *et al.* **Aproximações sócio-antropológicas sobre a gravidez na adolescência**: horizontes antropológicos. Porto Alegre, v. 8, n.17, p. 13-44, jun. 2002.

HERCOWITCH, A. Gravidez na adolescência. **Pediatria Moderna**, v. 38, n.8, p.392-395, ago. 2002.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. 1. ed., 2001.

HOCKADAY, C.; CRASE, S.; SHELLEY, M.C. Prospective study of adolescent pregnancy. **Journal of Adolescence**, v.23, n.4, p.423-438, ago. 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico de 2000**. Rio de Janeiro, 2001.

KLEIN, J. D. Adolescent Pregnancy: current trends and issues. **Pediatrics**, v.116, p. 281-286, 2005.

LANGILLE, D. B. Teenage Pregnancy: trends, contributing factors and physician's role. **CMAJ**, v. 176, n. 11, p. 1601-1602, May 2007.

LAO, T. T.; HO, L. F. The obstetric implications of teenage pregnancy. **Human reproduction**, v.12, n.10, p.2303-2305, 1997.

MARKOVITZ, B.P. *et al.* Socioeconomic factors and adolescent pregnancy outcomes: distinctions between neonatal and post-neonatal deaths? **BMC Public Health**, v. 5, p. 79, 2005.

MATARAZZO, M. H.; MANZIN, R. **Educação sexual nas escolas: preparar para a vida familiar**. São Paulo: Paulinas, 1988. 152p.

MELHADO, A. *et al.* Gravidez na adolescência: apoio integral à gestante e à mãe adolescente como fator de proteção da reincidência. Em: **Adolescência & saúde**. Órgão oficial do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente HUPE/UERJ. Rio de Janeiro : Diagraphic, v. 1, n. 1, p.45-51, jan./mar. 2003.

METELLO, J. Desfecho da gravidez nas jovens adolescentes. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.30, n.12, p.620-625, 2008.

MILLER, M. K.; STOKES, M. K. Teenage fertility, socioeconomic status and infant mortality. **Journal of Biosocial Science**, v.17, n.2, p.147-155, 1985.

MORAES, C.L.; CABRAL, C.S.; HEILBORN, M.L. Magnitude e caracterização de situação de coerção sexual vivenciadas por adolescentes e jovens de três grandes capitais brasileiras: Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador". **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.7, p.1493-1504, 2006.

MOREIRA, M. M. T. *et al.* Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.2, p. 312-320, jun. 2008.

MUUSS, R. **Teorias da Adolescência**. Belo Horizonte: Ed. Interlivros, 1976. 144p.

NESCON. **Guia do profissional em formação: Curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**. Núcleo de Educação em saúde coletiva FM/ UFMG- Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 54p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Problemas de salud de la adolescência**. Série de Informes técnicos. Geneva: OMS, p. 308-329, 1965.

PAUCAR, L. M. O. **Representação da gravidez e aborto na adolescência**: estudo de casos em São Luís do Maranhão. 2003. 183P. Tese (Doutorado), Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. Campinas, 2003.

PAULICS, V.; VAZ, J.C. Dicas-Ideias para a ação municipal - Política Municipal de Juventude. Disponível em: <www.polis.org.br/publicacoes/dicas/dicas_interna.asp?codigo=212>. Acesso em: 11 jul. 2009.

PERSONA, L.; SHIMO, A.K.K. TARALLO, M.C. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendida num ambulatório de pré-natal. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.12, n.5, p.745-750, set./out. 2004.

Pinto e Silva J.L.; Nogueira C.W.M. A multigravidez na adolescência. In: **Organização Pan-americana da Saúde e OMS**. Coletânea sobre saúde reprodutiva do adolescente brasileiro. Brasília (DF): Organização Pan-americana da Saúde/OMS; 1988: 101 - 11

RIGSBY, D. C.; MACONES, G. A.; DRISCOLL, D.A. Risk factors for rapid repeat 17. pregnancy among adolescent mothers: a review of the literature. **J Pediatr Adolesc Gynecol.**, v.11, n.3, p.115-126, 1998.

SCHAFFER, M. A.*et al.* Pregnancy-free club: a strategy to prevent repeat adolescent pregnancy. **Public Health Nurs**, v. 25, n.4, p.304-11, 2008.

SCHOR, N.; LOPES, A.F. Adolescência e anticoncepção: estudo de conhecimento e uso em puérperas internadas por parto ou aborto. **Revista de Saúde Pública**, v.24, n.6, p. 506-511, 1990.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO; Fundação SEADE. Gravidez na adolescência passa de mãe para filha. Disponível em www.saude.sp.gov.br. Acessado em 13/11/2009.

SOUZA, C. L. V. *et.al.* O aborto entre adolescentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.9, n.2, p. 42-47, mar./abr. 2001.

SOUZA, M.M.C. A maternidade nas mulheres de 15 a 19 anos: um retrato da realidade. **O mundo da Saúde**, v. 23, n. 2, p. 93-105, 1998.

VITAL AND HEALTH STATISTICS - VHS. Trends in pregnancies and pregnancy rates by outcome: estimates for the United States. **National Vital Statistics System**, v. 21, n. 56, p.1976-1996, 2000.

VITALLE, M.S.S.; AMÂNCIO, O. M. S. Gravidez na adolescência. **Brazilian Pediatric News**, UNIFESP, São Paulo, v.3, n.3., set. 2001. Disponível em ><http://www.brasilpednews.org.br/set.2001/bnpar101.htm>>. Acesso em: 13 dez. 2009.

World Health Organization - WHO. Adolescent pregnancy: a culturally complex issue **Bull World Health Organ**, 87, p.410–411, 2009.

XIMENES NETO, F.R.G. *et al.* Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.60, n.3, p. 279-285, mai./jun. 2007

YAZLLE, D. H. E. M. Gravidez na Adolescência. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.28, n.8, p. 443-445, ago. 2006.

