

Chá de bebê: a celebração da incerteza - gravidez na adolescência

José Hiran da Silva Gallo
Denise Pereira Ferrari

Resumo Este trabalho apresenta análise preliminar e breves reflexões sobre pesquisa empreendida para avaliar as motivações para a gravidez na adolescência e suas conseqüências. Com o objetivo de analisar as mudanças comportamentais das adolescentes que engravidaram a pesquisa foi desenhada a partir de questionário semi-estruturado, com 15 questões, aplicado a 18 gestantes na faixa etária de 14 a 20 anos incompletos, inscritas no programa de pré-natal do Centro de Saúde Dr. Oswaldo Piana, Porto Velho/RO, no período de setembro a outubro de 2007.

Palavras-chave: Adolescência. Gravidez. Perspectivas. Sociedade.



Jose Hiran da Silva Gallo
Representante do Estado de Rondônia e tesoureiro do Conselho Federal de Medicina

Muitos são os motivos que levam uma adolescente a engravidar: a vulnerabilidade intrínseca ao gênero, a condição especial de ser adolescente, a incerteza quanto a um projeto de vida, a falta de perspectivas futuras e o uso inadequado ou a não utilização dos métodos contraceptivos. Se não se pode dizer que toda gravidez na adolescência seja indesejada, o que se verifica é que a gravidez precoce quase nunca é planejada, ou seja, acontece sem intenção, causada pela confluência desses diferentes fatores individuais ou sociais.

Ribeiro e Nenevé afirmam que *a vida sexual dos adolescentes brasileiros está começando mais cedo, em torno de dezesseis anos, com muita informação e pouca proteção contra a gravidez. As campanhas enfatizam doenças sexualmente transmissíveis em especial a Aids, desvinculando-as da gravidez*¹. Se esta afirmação pode ser constatada em quase todo mundo, no Brasil, onde os dados estatísticos mostram que a atividade sexual na adolescência vem se iniciando cada vez mais precocemente, já se pode entrever as conseqüências indesejáveis imediatas de tal processo, como o aumento da freqüência de doenças sexualmente transmissíveis (DST) nessa faixa etária e da gravidez, às vezes indesejável a qual, por isso, pode terminar em aborto provocado^{2,3,4,5}.



Denise Pereira Ferrari
enfermeira da Fundação Nacional
de Saúde e mestranda da
Universidade Federal de Rondônia

Estudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) publicado na *Folha On Line* em dezembro de 2007 ⁶ revela que a taxa de fecundidade tem tido um decréscimo substancial nas últimas três décadas para todas as faixas etárias, exceto para as gestantes com idade inferior a 19 anos. Hoje, um em cada cinco partos é de mãe adolescente. Essa proporção permite inferir que, anualmente, cerca de 1,1 milhão de adolescentes engravidem no Brasil e a tendência é o crescimento desse número ⁶. O índice de adolescentes e jovens brasileiras grávidas é hoje 2% maior que na última década, como aponta o Ministério da Saúde (MS) ⁷. O índice de partos em mães adolescentes representou 20,5% do total de nascimentos no país em 2006, com ligeiro decréscimo em relação ao ano anterior (20,7%)⁷.

Apesar dessa ligeira queda, constatada em anos recentes, o número de partos de adolescentes permanece praticamente estável em todo o país desde 2002, quando o índice registrado foi de 19,9% ⁶. A média nacional, entretanto, dissimula a realidade desigual entre as regiões brasileiras, pois o percentual de partos em mulheres com menos de 20 anos chega quase a dobrar em alguns estados, revelando mais um retrato das desigualdades regionais ⁶. Nos últimos dez anos, o índice de partos em adolescentes caiu em três regiões, Sudeste, Sul e Centro-Oeste, e aumentou em duas, Norte e Nordeste ⁶. Em 2006, os percentuais de gestantes adolescentes dos estados do Sul e do Sudeste ficaram abaixo da média brasileira e nos demais, acima ⁶. Espelha essa diferença, o estudo Estatísticas do Registro Civil, formulado pelo IBGE a partir de informações levantadas em cartórios do país, o qual mostra que enquanto no Maranhão o índice de partos em adolescentes foi de 27,6% foi, no mesmo período, de 15,3% no Distrito Federal ⁶.

Esses dados mostram que a desigualdade social, política e econômica no Brasil, têm influência direta na dinâmica familiar e no aumento do número de adolescentes grávidas. Porém, de acordo com Pantoja ⁸, o fenômeno da gravidez

na adolescência não se caracteriza como fato recente no país. Tradicionalmente, esse fenômeno tem sido tratado como problema de saúde pública, associado a riscos pessoais e sociais para o desenvolvimento da adolescente e de seu filho. Tal perspectiva vem sendo adotada especialmente a partir da década de 1960, quando se registrou um interesse maior sobre a questão, com inúmeras publicações discutindo a gravidez nessa faixa etária, que passa, a partir de então, a ser considerada um *problema social*.

Desde o final da década de 1970 a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem classificando a gestação nesse período da vida como de alto risco⁹. Essa noção, também endossada pelo Ministério da Saúde, é sustentada por um discurso médico que caracteriza a gravidez na adolescência como quadro de gravidade e risco, que faz com que seja definida como situação de *alto risco*, dada a natureza clínica, biológica e comportamental do evento e suas repercussões sobre a mãe e o conceito¹⁰. Ao engravidar a adolescente poderá apresentar problemas de crescimento e desenvolvimento, distúrbios emocionais e comportamentais, educacionais e de aprendizado, além de complicações na gravidez e problemas inerentes ao parto¹¹.

Existem relatos de que complicações obstétricas ocorrem em maior proporção nas adolescentes, principalmente nas de faixa etária menor. Há constatações que vão desde anemia, ganho de peso insuficiente, hipertensão, infecção urinária, DST, desproporção céfalo-pélvica, até complicações puerperais^{12,13,14,15,16}. Porém, é preciso frisar que esses achados se

relacionam também ao cuidado pré-natal, pois desde que haja adequado acompanhamento nessa fase, se verifica menor risco de complicações obstétricas na comparação entre adolescentes e mulheres adultas do mesmo nível socioeconômico^{17,18,19}.

Também as repercussões nutricionais da gravidez na adolescência serão tanto maiores quanto mais próxima da menarca acontecer a gestação, já que nesse período o processo de crescimento ainda está acontecendo. Na adolescência há maior consumo orgânico de calorias, vitaminas e minerais para o crescimento corporal. No entanto, quando uma adolescente engravida essas necessidades não serão plenamente atendidas para disponibilizar energia para o crescimento do feto e para a lactação. Por isso, o crescimento do corpo materno pode sofrer a interferência dessa demanda extra, necessária ao crescimento fetal²⁰. Além disso, a inundação hormonal da gestação promoverá soldadura precoce das epífises nas adolescentes que engravidaram antes de ter completado seu crescimento biológico, o que pode inibir o desenvolvimento de sua estatura final.

Quanto às repercussões sobre o recém-nascido a literatura registra que existem riscos, tanto físicos, imediatos, quanto psicossociais, que se manifestam em longo prazo, nos filhos de adolescentes. Quanto aos primeiros, observa-se a maior frequência de prematuridade, de baixo peso ao nascer, doenças respiratórias, trauma obstétrico, menor vitalidade do conceito, medido pelo Apgar, além de maior frequência de doenças perinatais e

mortalidade infantil. Entre os riscos psicossociais pode-se destacar a dificuldade de adaptação da mãe adolescente à sua nova condição, que pode levar ao abandono do filho, destinando-o à adoção. Foi constatado também que quando o recém-nascido não é abandonado está mais sujeito a maus tratos, em comparação à população geral.

Deve-se considerar, todavia, que estes riscos se associam não só à idade materna, mas principalmente a outros fatores, como a pouca escolaridade, pré-natal inadequado ou não realizado, baixa condição socioeconômica, intervalos de menos de dois anos entre partos e estado nutricional materno comprometido. No que diz respeito ao aspecto estritamente biológico, essas complicações tendem a ser tanto mais frequentes quanto mais jovem a mãe, menor de 15 anos, ou quando a idade ginecológica for menor que dois anos²¹. Porém, mesmo considerando que a idade é fator de predisposição para esses problemas e intercorrências que se manifestam na dimensão orgânica na gestante e no concepto, a variação individual das conseqüências do fenômeno e sua associação a fatores da dimensão social, faz com que, atualmente, postule-se que o risco da gestação nessa faixa etária seja mais social do que biológico, ainda que este último aspecto não possa ser totalmente desconsiderado.

Tomando-se não somente as sérias implicações biológicas que podem advir da gravidez na adolescência, mas, sobretudo, os conflitos familiares, emocionais e econômicos que pode provocar, além das questões jurídico-sociais, que atingem o indivíduo isoladamente e a

sociedade como um todo, as quais podem, inclusive, limitar ou mesmo adiar as possibilidades de desenvolvimento e engajamento das jovens mães na sociedade, o aumento da frequência desse fenômeno leva a que seja tratado como problema de saúde pública.

Todavia, é importante assinalar que a homogeneização da categoria *adolescente grávida*, em um país de grande heterogeneidade social e regional, não traduz necessariamente a realidade, já que grande parte das análises que abordam o fenômeno perde de vista a contextualização da problemática. Em alguns casos, se pode até mesmo afirmar que o uso descontextualizado dessa categoria reflete um discurso moral e regulador que objetiva o controle da disseminação da gravidez para essa faixa etária²². Nesse sentido, vários estudos atribuem significações positivas para a vivência da maternidade a partir da perspectiva das adolescentes.

Tais estudos, que abordam a percepção da adolescente sobre a experiência da maternidade, não são unânimes em relação ao caráter negativo da gravidez nesse período. Mostram que do ponto de vista das meninas, o advento da gravidez pode ser uma tentativa de encontrar um lugar social. Ou seja, a ocorrência da gravidez na adolescência estaria se constituindo em elemento para construção de uma história de vida como pessoa adulta. Esta “invenção”, no entanto, não diz respeito a um projeto individual, mas reproduz um projeto coletivo, pois construído a partir dos significados sociais relativos à maternidade e às oportunidades afetivas e materiais a ele associadas.

Conforme relata Pantoja ⁸, *ser alguém na vida* pode traduzir uma possibilidade de mudança de vida para as meninas, que não pretendem romper ou abandonar projetos de vida.

Além disso, a gravidez e o risco de engravidar podem estar associados a uma menor auto-estima, ao funcionamento intrafamiliar inadequado ou à menor qualidade das atividades realizadas no tempo livre. A falta de apoio e afeto da família para uma adolescente em relação à qual não se vislumbram perspectivas sociais, o precário rendimento escolar, a grande permissividade familiar e a disponibilidade inadequada do tempo livre, podem induzir as meninas a buscar na maternidade precoce o meio para conseguir afeto incondicional, talvez uma família própria, reafirmando, assim, o seu papel de mulher ou estabelecendo uma forma de se sentirem indispensáveis a alguém.

Revelar as nuances do quadro aqui brevemente delineado, que mostra o aumento da gravidez na adolescência no país bem como as diferenças regionais e sociais na forma de classificar esse fenômeno, foi a principal motivação desse estudo. Trata-se de uma busca para retratar essa realidade, sem negligenciar os perfis epidemiológicos, mas considerando a histórias e a trajetória de vida das adolescentes, que revelam seus sonhos, esperanças, dores e desilusões, as quais permitem que se apropriem das adversidades e transformem, mesmo que ilusoriamente, seu cotidiano em algo que valha a pena ser vivido. Analisar de perto a gravidez na adolescência permite supor que esse fenômeno talvez expres-

se o desejo dessas meninas por algo mais do que brincar de boneca.

Adolescência: dependência da família e a liberdade alcançável

Embora, atualmente, os estudiosos que observam a evolução do comportamento humano nas sociedades ocidentais refiram-se à existência de uma fase da vida, situada entre a infância e a fase adulta, na qual se verificam os fenômenos da adolescência, a caracterização da *adolescência* não constitui tarefa muito fácil porque os fatores biológicos específicos, atuantes nesta faixa etária, se somam às determinantes sócio-culturais, advindas do ambiente no qual o fenômeno da adolescência ocorre. Apesar da adolescência ser um tema recorrente na literatura, não há consenso quanto à definição da faixa etária na qual se enquadra. Essas controvérsias, que se justificam pelo caráter multifacetado da adolescência, fazem com esse período acabe sendo definido de acordo com as especificidades priorizadas pelos pesquisadores.

Para a OMS a juventude seria o período compreendido entre 15 e 25 anos, sendo que a adolescência corresponderia à faixa de 10 a 19 anos ⁹. No entanto, este parâmetro deveria ser reconsiderado, haja vista que existe um notável gradiente físico e emocional entre uma menina com 10 anos e outra com 19 anos de idade. No âmbito da legislação interna, o artigo 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) restringe um pouco mais esse intervalo, definindo para fins legais, que criança é a *pessoa até doze anos de idade incompletos e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade* ²³.

Tais distinções na classificação dessa faixa etária são explicadas por Saito que aponta que *olhares para esta definição são muitos, desde o da Medicina, passando pelo Direito, Filosofia e Antropologia. Para a Antropologia, a adolescência está relacionada aos ritos de passagem, já para o Direito, à maioridade e minoridade. Para a área da Saúde pode ser definida como uma época de profundas transformações biopsicossociais, sujeitas a grande vulnerabilidade e, portanto, a riscos* ²⁴. Buscando sintetizar as perspectivas analíticas dessas áreas, Amazarray e colaboradores ²⁵ sugerem que o período da adolescência está relacionado diretamente à total dependência social e econômica da família.

Assim, independentemente da caracterização de faixa etária, a adolescência seria definida por mudanças físicas, mentais e emocionais, as quais implicariam em vulnerabilidade individual e social. Kalina aponta o fato afirmando que *durante a adolescência, ocorre profunda desestruturação da personalidade e com o passar dos anos vai acontecendo um processo de reestruturação. Baseado nos antecedentes histórico-genéticos e no convívio familiar e social e também pela progressiva aquisição da personalidade do adolescente é possível entender que esta reestruturação tem seu eixo no processo de elaboração dos lutos, a cada etapa deixada sucessivamente. As questões de âmbito familiar e social funcionam como co-determinantes nas resultantes da crise, especialmente no que tange à conquista da identidade* ²⁶.

Da mesma forma, Costa define o adolescente como um *sujeito em vias de construção de sua identidade pessoal, sexual e afetiva* ²⁷. Duarte

complementa afirmando que *nessa fase a pessoa passa por profundas mudanças na diferenciação entre o corpo infantil e adulto. É fundamental que o adolescente goste da auto-imagem, pois se ele tiver dificuldades nesse sentido já temos uma situação de risco. Na construção de novos relacionamentos, o adolescente entrará em situações de conflito e vulnerabilidade* ²⁴.

Campos refere que *no desenrolar da adolescência o indivíduo é particularmente vulnerável não só aos efeitos decorrentes das transformações biológicas ocorridas em seu corpo, mas também das mudanças sem precedentes, provocados no mundo moderno, pelo impacto das explosões demográficas, do processo científico, da tecnologia, das comunicações, das novas aspirações humanas e da rápida transformação social* ²⁸. Acredita-se, portanto, que todos os fatores reguladores do mundo social de hoje são determinantes no comportamento do jovem na adolescência. Quando a criança entra nesta fase, ela entra em outra realidade, na qual conviver bem e obedecer algumas regras da sociedade são essenciais. Para outro autor, *as maturações sociais, mentais e emocionais que, gradativamente, ocorrem no desenvolvimento individual, durante a transição para o estado adulto, são acompanhadas por uma ampla variedade e de definições e reações culturais* ²⁹.

Assim, se a adolescência pode ser caracterizada como um período de vulnerabilidade para ambos os sexos, refletindo a turbulência e os conflitos decorrentes das alterações físicas psíquicas e sociais, a gravidez na adolescência parece acentuar ainda mais essa condição desfavorável. Dada a assimetria inerente à desi-

gualdade de gênero, que marca os papéis sociais de homens e mulheres na sociedade, este fenômeno, que atinge diretamente às mulheres jovens, também pode ser analisado sob a ótica feminista, permitindo, inclusive, transpor a análise do risco relacionado à transmissão do HIV e àquele inerente à gravidez na adolescência: *As mulheres são um exemplo paradigmático de grupo vulnerável. A vulnerabilidade feminina não é exclusiva das situações de risco para o HIV/Aids, mas uma condição da socialização feminina em que ser mulher é ocupar um espaço de desvantagem social, em especial no campo das relações afetivas e sexuais. Mas ser vulnerável para algo não é o mesmo que possuir uma predisposição natural para uma doença ou um comportamento. As mulheres não nascem vulneráveis para a aids. É a socialização feminina, pautada em regras rígidas de submissão de gênero, que as vulnerabiliza* ³⁰.

Em decorrência da assimetria de gênero, a gravidez na adolescência também pode ser caracterizada como uma condição de vulnerabilidade acentuada, que pode incidir negativamente sobre o desenvolvimento das mulheres jovens e de seus filhos. Na gravidez precoce os papéis de mãe e filho se confundem; ficar grávida na adolescência significa apressar a passagem de uma etapa confusa do ser humano; é ser mãe ao mesmo tempo em que se está descobrindo o amor e o desejo sexual e, também, um período no qual ainda se revelam as marcas da infância.

Método

A pesquisa de campo com característica qualitativa, realizou 18 entrevistas semi-estruturadas,

baseadas em questionário com 15 perguntas, aplicado individualmente a todas as gestantes adolescentes inscritas no programa de pré-natal do Centro de Saúde Dr. Oswaldo Piana, em Porto Velho, Rondônia, no período de 15 de setembro a 11 de outubro de 2007. Abarcando gestantes na faixa etária compreendida entre 14 e 20 anos incompletos, o questionário buscou levantar, além dos dados referentes à identificação pessoal, informações relativas à situação escolar da gestante bem como as referentes a sua vida conjugal, antes e durante a gestação, considerando ainda a utilização de método contraceptivo e o planejamento da gestação. O objetivo da pesquisa foi analisar as mudanças comportamentais nas adolescentes que engravidaram, atendidas nesse Centro de Saúde, a partir das perspectivas dessas adolescentes.

Resultados e discussão

No que tange aos dados gerais de identificação das entrevistadas, foi levantado que dentre elas uma tinha sofrido aborto espontâneo em gestação anterior e uma tinha outro filho, já com dois anos, do mesmo pai da atual gestação. As demais nunca haviam ficado grávidas. Todas as gestantes negaram tabagismo e somente duas informaram a ingestão de álcool de forma esporádica.

Faixa etária

Quando à distribuição das adolescentes pesquisadas por faixa etária, a tabela 1, abaixo, mostra que todos os 18 casos analisados concentram-se entre 14 e 20 anos. Embora, segundo o ECA, as jovens com mais de 18

anos, que fazem parte do grupo estudado, não sejam consideradas adolescentes, o fato de haver a mesma quantidade de entrevistadas nas duas faixas etárias permite pressupor que há uma quantidade maior delas entre 14 e 18 anos, que é o intervalo que a legislação considera ser o da adolescência. Assim, os dados parecem confirmar a perspectiva geral delineada na sociedade brasileira, que mostra o aumento da gravidez nessa fase da vida.

Tabela 1

Distribuição das adolescentes por faixa etária

14 – 16 anos	9
17 – 20 anos	9
TOTAL	18

Fonte: Pesquisa Chá de bebê: a celebração da incerteza. Gravidez na adolescência. Gallo & Ferrari. Centro de Saúde Dr. Oswaldo Piana, Porto Velho/RO, 2007.

A análise deste dado aponta para dois grupos de fatores: um de ordem biológica, referente à idade em que ocorre a menarca, e outro social, relativo ao contexto familiar. Quanto ao primeiro, observa-se que a idade em que ocorre a menarca tem se adiantado em torno de quatro meses por década no século XX. De modo geral se admite que a idade de ocorrência da menarca tenha uma distribuição gaussiana e o desvio-padrão seja aproximadamente um ano na maioria das populações, conseqüentemente, 95% da sua ocorrência se encontra nos limites de 11 a 15 anos de idade^{31,32,33,34}. Sendo a menarca, em última análise, a resposta orgânica que reflete a interação dos vários segmentos do eixo neuro-endócrino

feminino, quanto mais precocemente ocorrer, mais exposta estará a adolescente à gestação.

O contexto familiar também parece ter relação direta com a época em que se inicia a atividade sexual. Assim, quanto mais jovens e imaturos os pais, maiores as possibilidades de desajustes e desagregação familiar³⁵, já que as atitudes individuais são condicionadas tanto pela família quanto pela sociedade. Como a sociedade tem passado por profundas mudanças em sua estrutura, verifica-se uma maior tolerância com a sexualidade na adolescência, o sexo antes do casamento e também para com a gravidez nessa fase. Portanto, tabus, inibições e estigmas estão diminuindo, na contrapartida de uma precocidade na atividade sexual, induzindo, conseqüentemente, ao aumento do número de meninas grávidas³⁶. Dependendo do contexto social em que está inserida a adolescente, a gravidez pode ser encarada como evento normal, não problemático, aceito dentro duas normas e costumes da coletividade³⁷.

Os dados levantados mostram que somente duas gestantes são provenientes de famílias nas quais pai e mãe tinham vida marital. As demais são filhas de pais separados, ou seja, aproximadamente 88% das gestantes adolescentes estão nessa situação, o que permite pressupor que o afrouxamento das relações em um núcleo familiar tradicional realmente pode se constituir em fator de risco para a gestação nesta fase da vida.

Além da estrutura familiar, também a opção religiosa adotada tem sido apontada na literatura como um fator que parece ter relação

significativa com o comportamento sexual. Alguns trabalhos mostram que a religião tem participação importante no delineamento do comportamento sexual. Segundo esses estudos, adolescentes que têm atividade religiosa apresentam um sistema de valores que os encoraja a desenvolverem comportamento sexual responsável³⁸. Na sociedade brasileira, nos últimos anos, novas religiões evangélicas têm florescido e são, de modo geral, bastante rígidas no que diz respeito à prática sexual pré-marital. Alguns profissionais de saúde que trabalham com adolescentes têm a impressão de que as adolescentes que freqüentam essas igrejas iniciam a prática sexual mais tardiamente, porém, não há pesquisas comprovando essas impressões³⁹. No que diz respeito às entrevistadas, porém, seguir alguma religião parece não ter influência determinante sobre a ocorrência da gravidez, pois 44 % das entrevistadas declaram não seguir qualquer religião e 56% possuem algum credo.

Situação escolar

Quando indagadas sobre a escolaridade antes da gestação, 94% das entrevistadas responderam que se encontravam estudando antes de engravidar e apenas 6% afirmaram que não estudavam antes da gravidez. Ao serem perguntadas sobre a permanência na escola durante a gestação, 17% destas adolescentes relatam que continuam estudando, mas 83% disseram que deixaram de freqüentar a escola. Pode-se concluir que a evasão escolar é significativa durante o período de gestação da adolescente, situação que concorre para aumentar o risco social da gravidez nessa fase. A pesquisa demonstrou que a maioria das gestantes

adolescentes abandona a escola quando engravida, motivadas pelas dificuldades naturais e inerentes ao período gestacional. Apesar disso, todas que estudavam anteriormente, afirmaram que, após o parto, pretendem retornar aos estudos. Este é um ponto de relevância na pesquisa, pois o abandono da escola provavelmente levará ao cerceamento de seu desenvolvimento escolar e, conseqüentemente, à diminuição de seu potencial como profissionais, circunscrevendo a vida da maioria dessas meninas a um espaço restrito de mundo, cercado pelas paredes do lar onde residem. É importante assinalar que a literatura registra que a interrupção, temporária ou definitiva, no processo de formação escolar, pode acarretar prejuízos na qualidade de vida e nas oportunidades futuras, pois, não raro, a adolescente que se afasta da escola encontra maior dificuldade para retornar^{40,41,42,43}.

Situação conjugal

Com relação à dinâmica familiar das adolescentes gestantes, o estudo revelou que a grande maioria das adolescentes entrevistadas já possuía relação estável com o pai da criança, ou seja, já viviam de forma marital, sendo que esses companheiros têm idade média de 25 anos e a média do tempo da relação é superior a dois anos. Apenas uma das gestantes se casou depois da gravidez por determinação da família. Todas as demais se juntaram aos seus parceiros por decisão própria e por sentir “amor”, segundo relataram.

Assim, quanto à situação conjugal antes de engravidar, 61% das adolescentes mantinham situação estável com seus companheiros e 39%

eram solteiras. A maioria das adolescentes relata que engravidou porque já mantinha relação estável. A análise da situação conjugal após a gestação apresentou a seguinte alteração: 72% se mantiveram em relação estável e 28% permanecem solteiras. Pode-se verificar que embora o percentual seja pequeno, há uma pequena minoria dessas adolescentes que se encontravam solteiras e que se casam depois que ficam gestantes.

Preocupação com o uso de método contraceptivo

Apesar da grande maioria das adolescentes não utilizar método contraceptivo antes da gravidez, demonstraram grande preocupação com a ocorrência de nova gestação, sendo que muitas delas já optou por método contraceptivo a ser adotado logo após o parto. Ao investigar essa preocupação após a gestação, 94% afirmam que irão utilizar algum método contraceptivo disponível e somente 6% não sabem se farão uso da contracepção. Considerando o pouco uso de métodos contraceptivos antes da gestação pode-se afirmar que a gravidez mudou a perspectiva das adolescentes entrevistadas, pois a maioria apresenta preocupação com a ocorrência de nova gestação.

A utilização de métodos contraceptivos não ocorre de modo efetivo na adolescência e isso está vinculado, inclusive, aos fatores psicológicos inerentes ao período, pois a adolescente nega a possibilidade de engravidar e essa negação é tanto maior quanto menor a faixa etária. O encontro sexual é mantido de forma eventual, não justificando, conforme acreditam, o uso rotineiro da contracepção: “Isso

nunca vai acontecer comigo...”. Como não assumem perante a família a sua sexualidade, a posse do contraceptivo seria a prova formal de vida sexual ativa ^{44,45,46}.

É nas classes sociais mais desfavorecidas, nas quais há menor atenção à educação; a promiscuidade é mais evidente; o nível de desinformação por parte dos adolescentes e dos pais é maior; há mais dificuldade de acesso ao serviço de saúde, criando obstáculos à escolha de método contraceptivo, que está a grande incidência da gestação na adolescência ⁴⁷.

Planejamento da gravidez

Das gestantes adolescentes entrevistadas, 50% não tinha planejado a gravidez e a outra metade afirmou que havia planejado a gestação. Das 50% que não planejaram, todas aceitaram bem a gravidez e nenhuma demonstrou arrependimento, tendo se declarado felizes com a situação. Isso leva a considerar que nem toda gravidez não planejada é, por consequência, indesejada. Há que ressaltar que 61% das gestantes já vivenciavam relações conjugais prévias com seus parceiros, o que descaracteriza *acidentalidade*, sugerindo que a gravidez teria sido uma opção natural em um relacionamento prolongado, com média de dois anos de duração.

Considerações finais

A problemática que envolve a gestação na adolescência deve ser abordada com todo o cuidado que cada caso merece, seja do ponto de vista individual, seja do ponto de vista da Saúde Pública. Não somente a incidência,

mas também a reincidência da gravidez na adolescência e suas conseqüências, justificam a preocupação redobrada e a continuada reflexão dos setores da saúde, assim como dos profissionais que neles atuam, para que, num trabalho conjunto, busquem sensibilizar as adolescentes para a prevenção primordial, promovendo fatores positivos de proteção.

Obviamente que a atenção preventiva deve ser priorizada, mas a realidade demonstra que meninas muito jovens engravidam em qualquer sociedade e se tornam economicamente dependentes de terceiros. A conseqüência mais dramática deste fato é o de terem suas vidas cerceadas, seus sonhos adiados e seus desejos de auto-realização comprometidos.

Entre as meninas que não planejaram a gravidez, mas que, ao mesmo tempo, negam arrependimento e alegam estar felizes com a vida que têm, entendemos que a amostragem deste trabalho precisa ser ampliada e a abordagem sobre o grau de felicidade pessoal deve ser formulada com a utilização de instrumentos mais apurados e apropriados. Claro está que, diante da pergunta “Você está feliz?” dificilmente se registrará uma resposta negativa, principalmente porque a resposta é proveniente de uma menina mãe que dedica seus dias a brincar de bonecas com um bebê que não é de brinquedo. O que o destino reserva para estes dois atores num cenário abarrotado de insegurança e repleto de incertezas?

A resposta “eu estou feliz” talvez possa, na subjetividade dos autores, ser traduzida

como: eu estou adaptada, eu estou acomodada a esta situação, minha vida assim é melhor ou assim é menos pior do que do jeito que estava ou, ainda, agora eu tenho um bebê e antes eu não tinha nada, nem mesmo uma ocupação, nem mesmo uma perspectiva qualquer.

Neste sentido, este estudo permite considerar que muito pode ser feito em termos de políticas públicas voltadas aos adolescentes, tanto no que diz respeito à Saúde Pública, remetendo à necessidade de atenção especial relacionada à gravidez na adolescência, que justifica o fortalecimento dos programas de saúde existentes, quanto o que se refere ao suporte familiar bem como ao apoio educacional, cultural e social para essa faixa etária.

Essas iniciativas podem ser consideradas fundamentais para a reversão desse quadro, pelo menos enquanto não advierem soluções, por assim dizer, mais definitivas, como a possibilidade real de oportunidades e a supressão da situação de vulnerabilidade pelo abrandamento das diferenças e eliminação das condições sociais desfavoráveis, que levam meninas a, precocemente, terem seus projetos de vida amputados por uma gravidez. Definitivamente não é justo que meninas socialmente oprimidas, sem perspectivas, esmagadas pela necessidade de sobreviver, busquem, ingênuas, a gravidez desamparada como alternativa para dar concretude aos sonhos ou como instrumento de auto-realização.

É preciso concordar que um projeto que combina justiça social e justiça de gênero constitui

não só uma agenda bastante razoável, mas até mesmo fundamental para garantir a dignidade e os direitos humanos desse grupo vulnerável da população. Enquanto isso não ocorrer, as meninas com blusas *top*, continuarão a expor as bar-

rigas para as amigas na celebração do chá-de-bebê, num cenário de sentimentos encenados, sorrisos forçados, incertezas, inseguranças e medos. Muitos medos que não serão ditos, mas que serão, inexoravelmente, vivenciados.

Resumen

Té de bebê: El festejo de la inseguridad - embarazo en la adolescencia

El presente trabajo presenta análisis preliminar y breves reflexiones sobre investigación emprendida para evaluar las motivaciones para el embarazo en la adolescencia y sus consecuencias. Con el objetivo de analizar los cambios comportamentales de las adolescentes que se embarazaron la investigación fue diseñada a partir de cuestionario semiestructurado, con 15 preguntas, aplicado a 18 gestantes en el grupo de edad de 14 a 20 años incompletos, inscritas en el programa de prenatal del Centro de Saúde Dr. Oswaldo Piana (Centro de Salud Dr. Oswaldo Piana), Porto Velho/RO, en el período de septiembre a octubre de 2007.

Palabras-clave: Adolescencia. Embarazo. Perspectivas. Sociedad.

Abstract

Baby shower: a celebration of uncertainty - pregnancy in adolescence

This paper presents preliminary analysis and brief reflections on research undertaken to assess the motivations for pregnancy in adolescence and its consequences. In order to analyze the behavioral changes of teenagers who faced pregnancy, the research was drawn conclusions from a semi-structured questionnaire with 15 questions, applied to 18 pregnant women from 14 to 20 years old, included in the program of prenatal care at Centro de Saúde Dr. Oswaldo Piana (Dr. Oswaldo Piana, Health Center), in Porto Velho/RO, between September 2007 and October 2007.

Key words: Adolescence. Pregnancy. Perspectives. Society.

Referências

1. Ribeiro R, Nenevê M, Proença M. Psicologia e saúde na Amazônia: pesquisa e realidade brasileira. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo; 2003. p.37.
2. Basso SC, Huino RB, Luna NF, Giorgi MM. Enfermidades de transmissão sexual. In: Bassos SC. Sexualidad humana: aspectos para desarrollar docencia in educación sexual. Brasilia: OPAS/ Editora Brasília; 1991.
3. Crespin, J. Gravidez e abortamento na adolescência: novos dados, velhos desafios. Rev Paul Pediatr 1998;16(4):197-200.
4. Taquete SE. Sexo e gravidez na adolescência. J Pediatr 1992 Mar/Abr;68(3/4):135-9.
5. Chabon B, Fitterman D, Hoffman ND. HIV and Aids in adolescence. Pediatric Clin North Am 2000;47(1):171-87.
6. Um em cada cinco partos no Brasil é de mãe adolescente, diz IBGE [online] [acessado em 12

- Nov 2008]. Folha Online 2007 Dez 06; Cotidiano. Disponível em: URL: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u352286.shtml>.
7. Núcleo de Estudos de Saúde do Adolescente. A saúde de adolescentes e jovens: conjunto de aulas interativas sobre tópicos selecionados [online] [acessado em 12 Nov 2008]. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, c2005. Disponível em: URL: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/principal.htm>.
 8. Pantoja ALN. Ser alguém na vida: uma análise sócio-antropológica da gravidez maternidade na adolescência em Belém do Pará. *Cad Saúde Pública* 2003;19(supl. 2):S335-43.
 9. Saúde integral do adolescente e do jovem: conceito [online]. [acessado em 12 Nov 2008]. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, s.d. Disponível em: URL: <http://www.opas.org.br/familia/temas.cfm?id=72&area=Conceito>.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agenda nacional. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
 11. Creatsas G, NicosGoremalatsos FACS, Deligeoroglori E, Karagitsou T, Calpaktsoglou C, Arefetz, N. Teenage pregnancy: comparison with two groups of older pregnant women. *J Adolesc Health* 1991;12(2):77-81.
 12. Rubio RM, Fuentes AG, Sanhueza EA, Rodrigues CS, Ortiz MV. Reproduction en la adolescencia. *Rev Chil Obstetr Gynecol* 1981; 56(3):112-7.
 13. Sismondi P, Volante R, Giai M. El embarazo yel parto en la adolescence. *Rev Chil Obstetr Gynecol* 1984;23(2):41-5.
 14. Black C, Deblassie ER. Adolescent pregnancy: contributing factors: consequences, treatment and plausible solutions. *Adolescence* 1985;(78):281-90.
 15. Stevens-Simon C, Wuhite MM. Adolescent pregnancy. *Pediatric Ann* 1991;20(6):322-31.
 16. Zhang B, Chan A. Teenage pregnancy in Souyh Australia 1986-1988. *Aus N Z Obstetric Gynecol* 1991;31(4):291-8.
 17. Felice ME, Granados JC, Ances IG, Hebel R, Roeder LM, Heald FP. The young pregnant teenager: impact of comprehensive prenatal care. *J Adolesc Health Car* 1981;1:193-7.
 18. McAnarney ER, Hendee WR. Adolescent pregnancy and its consequences. *JAMA* 1989;262:74-7.
 19. Madi JM, Chiaradia A, Lunardi PV. Gravidez na adolescência: a propósito de 46 casos. *J Bras Ginecol* 1986; 96(6):267-70.
 20. American Dietetic Association. Nutrition management of adolescent. *J Diet Assoc* 1989;89:104-9.
 21. Correa MGBRN, Coates V. Medicina do adolescente. São Paulo: Sarvier, 1993. p.259-62.
 22. Aquino EML, Heilborn ML, Knauth DR, Bozon M. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad Saúde Pública* 2003;19(Sup. 2):S377-S388.
 23. Brasil. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Institui o Estatuto da Criança e do Adolescente [online]. [Acessado em 12 Nov 2008]. Disponível em: URL: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm>.
 24. Medicina do adolescente [Debate]: em discussão a relação do médico com o adolescente. Convidados: Maria Inez Saito e Albertina Duarte; Coordenado por Clóvis Francisco Constantino [online] [acessado em 12 Nov 2008]. *Revista Ser Médico* 2008 Abr./Maio;43. Disponível em: URL: <http://www.cremesp.com.br/?siteAcao=Revista&id=362>.
 25. Amazarray MR, Machado PS, Oliveira VZ, Gomes WB. A experiência de assumir a gestação na adolescência: um estudo fenomenológico. *Psicologia: reflexão e crítica* 1988;11(3):431-40.
 26. Kalina E. Psicoterapia de adolescentes: teoria prática e casos clínicos. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999. p. 27.

27. Costa M. Sexualidade na adolescência: dilemas e crescimento. 11.ed. Porto Alegre: L&PM; 1997.
28. Campos MAB. Gravidez na adolescência: a imposição de uma nova identidade. *Pediatria Atualidades* 2000;13(11/12):25-6.
29. Campos DMS. Psicologia da adolescência. Petrópolis: Vozes; 1985.
30. Diniz D, Costa S. Bioética: ensaios. Brasília: Letras Livres; 2006. p. 50.
31. Marshal WA, Tanner JM. Variations in pattern of puberal changes in girls. *Arch Dis Child* 1969;44:291-3.
32. Bezerra VLVA, Campos D, Salomon JBR. Crescimento e desenvolvimento no adolescente. *Arch Latinoam Nutr* 1973;23(4):465-83.
33. Sedenho N, Freitas JA. Fatores que influenciam a ocorrência da menarca. *J Bras Ginecol* 1984;94(8):303-8.
34. Colli AS. Crescimento e desenvolvimento físico In: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Comissão de Saúde do Adolescente. Adolescência e Saúde. São Paulo: Paris Editorial; 1988. p.43-58.
35. Dadoorian D. Adolescentes: por que elas querem engravidar? *Femina* 1996;24(1):47-51.
36. Almeida ABD, Fernandes AFC. Adolescentes jovens descobrindo a sexualidade. *Pediatr Mod* 1998;11(4):7-16.
37. Necchi I. El embarazo en la adolescencia como problema social: estrategias y programas de prevención. *Med Soc* 1998; 21(2):75-81.
38. Glass JC. Premarital sexual standards among church youth leaders: an exploratory study. *J Sci Res* 1972;l 11:361-7.
39. Guimarães EB. Gravidez na adolescência: fatores de risco. In: Saito MI, Silva EV. Adolescência: prevenção e risco. São Paulo: Editora Atheneu; 2001.
40. McGoldrich KE. Teenage pregnancy. *J Am Med Women Assoc* 1985;6(3):216-19.
41. Aliaga EM, Suazo EW, Diaz Munóz RG, Meneses MCB, Araya MO, Venegas MEV. Experiência em uma unidade de gestantes precoces. *Chil Obstetric Ginecol* 1985;50(2):127-39.
42. Fernandez PF, Castro GMA, Fuentes AS, Avla RA, Blanco EMM, Godinez GME, Reyes JGM. Características sociofamiliares y morbilidad materno-infantil del embarazo em adolescentes. *Bol Méd Hosp Infant* 1998;55(8):452-77.
43. Souza MMC. A maternidade nas mulheres de 15 a 19 anos: um retrato da realidade. *O Mundo da Saúde* 1999;23(2):93-105.
44. Zelnick M, Kartner JF. Reasons for non use of contraception by sexually active women aged 15-19. *Fam Plan Perspectives* 1979;11:289-94.
45. McAnarney ER, Hendee WR. Adolescent pregnancy and childbearing: what we have learned in a decade and remain to be learned. *Semin Perinatol* 1981;5:91-103.
46. Steves-Simon C, Wuhite MM. Adolescent pregnancy. *Pediatric Ann* 1991;20(6):433-4.
47. Behle I. Reflexões sobre fatores de riscos na prevenção primária da gestação na adolescência. In: Maakaroun MF, Souza RP, Cruz AR. Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica, 1991.

Recebido:16.6.2008 Aprovado: 2.10.2008

Contato

José Hiran da Silva Gallo – jhgallo@uol.com.br
Denise Pereira Ferrari – deniseferra@hotmail.com