FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

JOSÉ HIRAN DA SILVA GALLO

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: REFLEXÃO ÉTICO-SOCIAL

Tese de Doutoramento apresentada para a obtenção do grau de Doutor em Bioética, sob a orientação do Professor Doutor Rui Nunes.

1º PROGRAMA DOUTORAL EM BIOÉTICA

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

2012

Jose Hiran da Silva Gallo

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: REFLEXÃO ÉTICO-SOCIAL

Tese de Doutoramento em Bioética, submetida à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Orientador:
Professor Doutor Rui Nunes

Co-orientadores:
Professora Doutora Guilhermina Rego
Professor Dr. Valdiney Veloso Gouvêa

Porto – 2012

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

AGRADECIMENTOS

Ninguém, ninguém vai me segurar...
Ninguém há de me fechar
As portas do coração

Ninguém, ninguém vai me sujeitar...
A trancar no peito a minha paixão
Eu não, eu não vou desesperar...
Eu não vou renunciar, fugir...

Ninguém, ninguém vai me acorrentar...
Enquanto eu puder cantar, enquanto eu puder sorrir...
Ninguém, ninguém vai me ver sofrer...
Ninguém vai me surpreender na noite da solidão
Pois quem tiver nada pra perder
Vai formar comigo o imenso cordão
E então quero ver o vendaval, quero ver o carnaval sair...

Ninguém, ninguém vai me acorrentar...
Enquanto eu puder cantar, enquanto eu puder sorrir...
Enquanto eu puder cantar, alguém vai ter que me ouvir...
Enquanto eu puder cantar, enquanto eu puder seguir...
Enquanto eu puder cantar, enquanto eu puder sorrir...
Enquanto eu puder cantar, enquanto eu puder...

(Chico Buarque de Holanda)

À minha esposa Élida, aos meus filhos Daniele e Hiranzinho e ao meu neto Ian, porque constituem a luz que me norteia em todos os dias da minha vida.

Ao Professor Dr. Rui Nunes, pela seriedade e competência transformadora no ensino da Bioética.

Aos Co-orientadores: Professora Guilhermina Maria Silva Rego e Professor Valdiney Veloso Gouvêa, pela grande contribuição prestada na elaboração da Tese de Doutoramento.

Ao Dr. Edson de Oliveira Andrade, Ex-Presidente do Conselho Federal de Medicina, meu irmão e amigo de todas as horas.

Ao Professor Doutor Edevard José de Araújo, pelo excelente trabalho na coordenação do curso.

Ao meu leal amigo Jose Ferrari e sua esposa Denise, pelo insistir constante, pela persistência, pela ajuda da mão amiga sempre ao alcance.

Aos diretores e colegas do Conselho Federal de Medicina pela ousadia de implementar um Curso de Doutorado em convênio com a Universidade do Porto.

RESUMO

Este trabalho aborda a questão da Gravidez na Adolescência, que acomete aproximadamente 20% de todos os nascimentos verificados no Brasil e em graus variáveis nos países latinos e também no mundo desenvolvido. A despeito da extensa bibliografia que ronda o tema, se faz imperativa a necessidade de estudar a Gravidez na Adolescência em Porto Velho, capital do Estado de Rondônia, na Amazônia Ocidental tendo em vista as peculiaridades nosológicas e geográficas e onde a prevalência de partos em adolescentes é de 28,7% em 2008.

A base da pesquisa foi um estudo transversal realizado no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho, Rondônia, Brasil e todos os dados relevantes dos prontuários referentes aos 4.710 nascimentos ocorridos nos anos de 2006 e 2007 foram extraídos e compilados. O trabalho de campo se deu no município de Porto Velho e um questionário estruturado foi elaborado e as entrevistadas foram formuladas para 422 adolescentes à época em que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 e que foram procuradas e encontradas nos endereços registrados nos respectivos prontuários. Os dados foram digitalizados no Programa SPSS 15 (*Statistical Package for the Social Sciences*), analisados e comparados com os dados da literatura pertinente, em especial aqueles relacionados aos desejos, percepções e expectativas da população estudada.

Foram enquadradas como adolescentes todas as meninas situadas na faixa etária entre 10 e 19, conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que define a juventude (youth) como o período compreendido entre 15 e 25 anos e a adolescência à faixa de 10 a 19 anos[1]. 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, muito embora ambas tenham como características comuns uma total dependência social e econômica de terceiros. Esta fase da vida pode ser definida como uma época de profundas transformações biopsicossociais, sujeitas a grande vulnerabilidade e, portanto, a enormes riscos.

Os novos relacionamentos afetivos e o início da vida sexual marcam esta fase da vida e a vulnerabilidade do corpo, ainda em formação, suscita fatores de risco para gravidez na adolescência que se relacionam, principalmente, com condições socioeconômicas desfavoráveis.

[1] Site da OMS - http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/. Acessado em julho de 2012.

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 dos métodos contraceptivos, a influência da mídia, das novelas e a Internet, uma poderosa ferramenta cada vez mais incorporada à vida de todos, é, para muitos adolescentes, a primeira fonte de informações sobre a sexualidade.

Se a incorporação de recursos tecnológicos na prática obstétrica torna os riscos obstétricos cada vez menores, os riscos sociais permanecem em patamares abissais, na medida em que meninas gestantes têm dificuldades para prosseguir com os estudos, dificuldades para arranjar empregos e estão mais sujeitas a transtornos mentais e mais susceptíveis à contaminação por DSTs e SIDA.

As medidas de prevenção da gravidez na adolescência são bastante discutidas na literatura e, de forma geral, têm apresentado pouca eficácia na prevenção de nova gravidez, especialmente porque as meninas deixam de frequentar a escola, cenário ideal para intervenções neste sentido. Não verificamos baixo peso nos recém-nascidos das adolescentes, no entanto, constata-se que a Mortalidade Neonatal é significativamente maior nas gestações das adolescentes.

Pouco mais de 20% das meninas se declararam felizes no momento da entrevista, o que leva a crer que 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 consequências justificam a preocupação redobrada e a contínua reflexão dos setores da saúde, assim como dos profissionais que neles atuam, para que, num trabalho conjunto, multidisciplinar, busquem sensibilizar todos os atores envolvidos para a prevenção primordial, promovendo fatores positivos de proteção, de forma a modificar o quase sempre tristonho e infeliz desfecho final para as meninas mães.

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

ABSTRACT

This study deals with the question of Teen Pregnancy, which accounts for 30% of all births in Brazil and occurs in different levels in the Latin American countries as well as in the developed world. Despite the substantial bibliography on the subject, we felt the need to study Teen Pregnancy in Porto Velho, capital of the State of Rondônia, in the Eastern Amazon area due to its nosological and geographical characteristics, where the prevalence of teen deliveries is of 28,7%.

The basis for this study was a transversal study carried out by the Hospital de Base Obstetrics Center in Porto Velho, Rondônia, Brazil, and all the relevant data from hospital records on the 4.710 births that occurred in the years of 2006 and 2007 were compiled. Field work took place in the county of Porto Velho, including a structured questionnaire and interviews with 422 adolescents who, at that time, had given birth to children at the Hospital de Base Obstetrics Center in the years of 2006 and 2007 and who were found in the addresses registered in their respective hospital records. Data were digitalized in the SPSS 15 Program (Statistical Package for the Social Sciences), analyzed and compared with data from related literature, in special those related to wishes, perceptions and expectations of the population studied.

We decided to include in the study all girls between 10 and 19 years of age, according to the World Health Organization (WHO), that defines youth as a period between 15 and 25 years old and adolescence from 10 to 19 years old. However, this parameter should be reconsidered, since there is a notable physical and emotional gradient between a 10-year-old girl and a 19-year-old girl, although both have the total dependence on third parties as a characteristic. This life phase can be defined as a period of great biological, social and psychological changes, subject to great vulnerability and, therefore, to risks.

The new affective relationships and the onset of the adolescents' sexual life are important milestones in their lives and the vulnerability of their bodies, still being development, become risk factors for teen pregnancy, which are related mainly with unfavourable socioeconomic conditions. Many are the reasons why these adolescents get pregnant: gender-intrinsic vulnerability, the special condition of being adolescent, life uncertainties, lack of future perspectives, the inadequate use of birth control methods, media influence, soap operas and Internet, a powerful tool which has been incorporated in our lives, and, for many adolescents, the first and main source of information on their sexuality.

If the inclusion of technological resources in the practice of obstetrics has minimized obstetrics risks , the social risks still remain at extremely high levels, once pregnant teens still cannot carry on with their studies, find jobs and are more subject to mental disorders and more susceptible to STD and AIDS contamination. Teen pregnancy prevention measures are being widely discussed in the literature and, in general, have had little impact on preventing new pregnancies, especially because they are not attending the school, the ideal place for these interventions to occur. Newborn low weight was not verified in babies born to adolescents; however, neonatal mortality was significantly higher in teen pregnancies.

A little less than 20% of the girls declared being happy during the interview, which made us believe that the problem of teen pregnancy must be dealt with carefully, both from the individual or the Public Health standpoint. Not only the incidence but also the recurrence of pregnancy and its consequences justify the great concern and continuous reflection of health sectors and their professionals, who, in a multidisciplinary joint effort, could sensitize all the actors involved towards a primordial prevention, promoting positive prevention factors to modify the always sad and unhappy future of these young mothers.

Key words: Adolescence. Pregnancy. Perspectives. Society. Vulnerability.

RÉSUMÉ

Ce travail aborde la question de la grossesse dans l'adolescence qu'il arrive à approximativement 20% de toutes les naissances vérifiées au Brésil et dans degrés changeants dans les pays latins et aussi dans le monde développé. Malgré la rassasiée bibliographie qui patrouille le sujet, nous comprenons le besoin d'étudier la grossesse dans l'adolescence à Porto Velho, capital de l'état de Rondônia, dans l'Amazonie Occidentale en vue des particularités nosologiques et géographiques et où la prévalence d'accouchements dans des adolescents est de 28.7%. La base de la recherche a été une étude transversale réalisée au Centre Obstétrique de l'Hôpital de Base de Porto Velho, Rondônia, Brésil et tous les données importantes des manuels afférents aux 4.710 naissances produites dans les années de 2006 et 2007 ont été extraits et compilés. Le travail de champ s'est donné dans la ville de Porto Velho et un questionnaire structuré a été élaboré et interviewées ont été formulées pour 422 adolescents au temps ils où ont eu des fils au Centre Obstétrique de l'Hôpital de Base dans les années de 2006 et 2007 et qu'ils ont été cherchés et trouvées dans les adresses enregistrées dans les respectifs manuels. Les données ont été digitalisées au Programme SPSS 15 (Statistical Package Social Sciences), analysés et comparés avec les données de la littérature pertinente, en particulier ceux rapportés aux désirs, perceptions et attentes de la population étudiée. Nous décidons d'encadrer comme des adolescents toutes les filles placées dans la bande étaire entre 10 et 19, comme fait l'éloge par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui définit la jeunesse comme la période comprise entre 15 et 25 ans et l'adolescence à la bande de 10 à 19 ans. Néanmoins, ce paramètre devrait être reconsidéré, ait vu qui existe un remarquable gradient physique et émotionnel entre une fille avec 10 ans et autre avec 19 ans d'âge, bien que toutes les deux ait comme des caractéristiques communes des dépendances sociales économiques totales d'autrui. Cette phase de la vie peut être définie comme un temps de profondes transformations biologiques, psychologiques et sociales, sujets à une grande vulnérabilité et, donc, à des risques. Les nouvelles relations affectives et le début de la vie sexuelle marquent cette phase de la vie et de la vulnérabilité du corps encore dans la formation succincte des facteurs de risque pour la grossesse dans l'adolescence qui se rapportent, principalement, avec des conditions socio-économiques défavorables.

Beaucoup sont les raisons qui amènent une adolescente à tomber enceinte : la vulnérabilité intrinsèque au type, la condition spéciale d'être adolescent, l'incertitude en ce qui concerne un projet de vie, le manque de perspectives futures et l'utilisation inadéquate des méthodes contraceptives, l'influence de la média, des romans et de l' Internet, un puissant outil de plus en plus incorporé la vie de tous, est, pour beaucoup d'adolescents, première source d'informations sur la sexualité. Si l'incorporation de ressources technologiques dans la pratique obstétrique rend les risques obstétriques sont à chaque fois moindre, les risques sociaux restent dans des plates-formes **des abissais**, dans la mesure où des filles enceintes ont des difficultés pour continuer avec les études, difficultés pour arranger des emplois et ils, sont plus des sujets à des bouleversements mentaux et plus susceptibles à la contamination par DST´s et SIDA. Les mesures de prévention de la grossesse dans l'adolescence sont beaucoup discutées dans la littérature et de, forme générale, ont présenté peu d'efficacité dans la prévention de nouvelle grossesse, spécialement parce que les filles cessent fréquenter l'école, scénario idéal pour les interventions dans ce sens. Nous ne vérifions pas basse poids dans juste nés des adolescentes, néanmoins, nous constatons que la Mortalité Néonatal est significativement plus grande dans les gestations des adolescentes. Peu plus de 20% des filles se sont déclarés heureux au moment de l'entrevue, ce qui prend croit que la problématique qui implique la gestation dans l'adolescence doit être abordée avec tous les soins que chaque cas mérite, soit du point de vue individuel, soit du point de vue de la Santé Publique. Non seulement l'incidence, mais aussi la rechute de la grossesse dans l'adolescence et leurs conséquences justifient la préoccupation redoublée et il continue réflexion des secteurs de la santé, ainsi que des professionnels qui dans eux agissent, pour que, dans un travail commun, multidisciplinaire, cherchent sensibiliser tous les acteurs impliqués pour la prévention primordiale, en promouvant des facteurs positifs de protection de manière à modifier la presque toujours triste et malheureux fin pour les filles- mères.

Mots-Clés : Adolescence. Grossesse. Perspectives. Société. Vulnérabilité.

ÍNDICE GERAL

RESUMO 7

ABSTRACT 9

RÉSUMÉ 11

ÍNDICE DE GRÁFICOS 15

ÍNDICE DE TABELAS 16

INTRODUÇÃO 19

Adolescência: dependência da família e a liberdade alcançável 19

Alguns dados estatísticos sobre a Gravidez na Adolescência 27

Adolescência e Vulnerabilidade 38

A Gravidez na Adolescência 53

Algo mais do que brincar de bonecas 68

Os riscos obstétricos são mais elevados 68

Os riscos obstétricos são os mesmos 76

Sobre os filhos das meninas mães 80

Medidas de Prevenção 84

Síntese dos problemas éticos gerados pela gravidez na adolescência 104

O OBJETIVO DESTE TRABALHO 106

A HIPÓTESE 106

METODOLOGIA 106

As limitações do estudo 107

Coleta e processamento dos dados 107

O TRABALHO DE CAMPO 108

O Cenário: Porto Velho, Rondônia, Brasil 108

Apresentação e análise dos dados obtidos dos prontuários médicos dos nascimentos ocorridos no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007. 111

Apresentação, análise e discussão dos dados obtidos 125

CONSIDERAÇÕES FINAIS 240

Autonomia da pessoa 240

Vulnerabilidade e Riscos/Violência 245

Critérios para tomada de decisões/Consentimento informado 251

Limitação das liberdades 254

Dependência dos familiares 255

Contexto social desfavorável/abandono escolar 256

O papel do pai 257

Os métodos contraceptivos 259

Leis, Normas e Códigos e Conflitos Éticos 262

Perspectivas e sentimentos 262

Uma ponte para o Futuro 263

REFERÊNCIAS 264

ANEXO I – PARECER DO CEP 295

ANEXO II – FICHA PRELIMINAR 296

ANEXO III - TCLE 297

ANEXO IV - QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO 298

ANEXO V - MARCOS REGULATÓRIOS DA LEGISLAÇÃO 307

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número absoluto de nascimentos registrados no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007 (n = 4.710). 111

Gráfico 2 – Número de nascimentos nos anos de 2006 e 2007 ocorridos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho, de acordo com a Via de Parto (n = 4.710). 117

Gráfico 3 – Número de gestações declaradas pelas gestantes por ocasião dos nascimentos ocorridos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007 (n = 4.710). 118

Gráfico 4 – Número absoluto de óbitos fetais em relação à via de parto ocorridos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007 (n = 4.710). 124

Gráfico 5 – Número absoluto de adolescentes e uso de tabaco antes, durante a após o nascimento. (n = 422) 179

Gráfico 6 – Número absoluto de adolescentes gestantes e uso de bebidas alcoólicas antes e após o nascimento. (n = 422) 180

Gráfico 7 – Número de filhos vivos declarados pelas gestantes adolescentes até o momento do nascimento no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n = 422) 208

Gráfico 8 – Número de abortos declarados pelas adolescentes até o momento do nascimento no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n = 422) 209

Gráfico 9 – Período de amamentação declarado pelas adolescentes que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007. (n = 422) 219

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Percentual estimado de mulheres com menos de 20 anos de idade para se tornarem grávidas para o ano de 2006, em cada Estado dos Estados Unidos da América. 30
Tabela 2 - Partos em adolescentes por regiões do Brasil. 35
Tabela 3 - Partos em adolescentes por unidades da Federação. 35
Tabela 4 – Número de nascimentos ocorridos a cada mês nos anos de 2006 e 2007 no Centro Obstétrico do Hospital de Base conforme via de parto (n = 4.710). 112
Tabela 5 – Distribuição das gestantes que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho em 2006 e 200,7 de acordo com idade em anos (n = 4.710). 113
Tabela 6 – Distribuição do peso dos recém-nascidos entre os anos de 2006 e 2007, no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho (n = 4.710). 114
Tabela 7 – Distribuição dos nascimentos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho conforme Estado de nascimento das gestantes (n = 4.710). 115
Tabela 8 – Número de nascimentos nos anos de 2006 e 2007 ocorridos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho, de acordo com o município de residência da mãe (n = 4.710). 116
Tabela 9 – Número de abortos declarados pelas gestantes por ocasião dos nascimentos ocorridos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007 (n = 4.710). 119
Tabela 10 – Indicações clínicas para as cesarianas realizadas no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007 (n = 4.710). 120
Tabela 11 – Semanas de Gravidez das gestantes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007 (n = 4.710). 121
Tabela 12 - Índice de Apgar no Primeiro Minuto e Quinto Minuto dos recém-nascidos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007 (n = 4.710). 122
Tabela 13 - Distribuição das gestantes que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho em 2006 e 2007 por faixa etária (n = 4.710). 125
Tabela 14 – Via de parto de todas as gestantes atendidas – e posteriormente entrevistadas - no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 conforme faixa etária. (n = 422) 128
Tabela 15 - Idade das adolescentes e via de nascimento registrada no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 (n = 422) 129
Tabela 16 - Idade das adolescentes e a ocorrência de óbito fetal em decorrência do nascimento no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007. (n = 422) 133
Tabela 17 – Idade da primeira menstruação das gestantes que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n = 422) 135
Tabela 18 – Idade da primeira relação sexual das gestantes que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n = 422) 138
Tabela 19 - A idade das grávidas adolescentes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 (n = 422) e as características da primeira relação sexual. 142
Tabela 20 - Idade das adolescentes na ocasião do nascimento dos filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007. (n = 422) e prevalência de HIV em cada faixa etária. 144

Tabela 21 – Etnia das adolescentes grávidas atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007. (n = 422) _____ 145
Tabela 22 – Adolescentes entrevistadas segundo Religião declarada na data do nascimento. (n = 422) _____ 146
Tabela 23 – Distribuição dos nascimentos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho, conforme local de nascimento das gestantes adolescentes (Estado da Federação) (n = 422). _____ 147
Tabela 24 – Estado Civil declarado pelas adolescentes entrevistadas na ocasião do nascimento. (n = 422) _____ 148
Tabela 25 – Estado civil declarado pelas adolescentes no momento da entrevista. (n = 422) _____ 152
Tabela 26 – Nível de escolaridade na ocasião do nascimento declarado pelas adolescentes entrevistadas. (n = 422) _____ 154
Tabela 27 - Idade das gestantes adolescentes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 (n = 422) e a utilização prévia de métodos anticoncepcionais. (x2 = 39, 818 – p = 0, 108). _____ 157
Tabela 28 – Número absoluto de adolescentes entrevistadas e uso eventual ou rotineiro de contraceptivos antes e após a gravidez. (n = 422) _____ 163
Tabela 29 – Idade das adolescentes grávidas atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 e número de consultas ao pré-natal. (n = 422) ____ 169
Tabela 30 – Idade das adolescentes grávidas e número de gestações anteriores declaradas na ocasião do parto ocorrido no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007. (n = 422) _____ 172
Tabela 31 – Atividade de trabalho declarada pelas adolescentes entrevistadas na ocasião do nascimento. (n = 422) _____ 178
Tabela 32 – Quanto ao tipo de parto normal realizado, conforme declaração das adolescentes entrevistadas. (Como ocorreu seu Parto?) (n = 422) _____ 183
Tabela 33 – Quanto à indicação de cesariana, conforme declaração das adolescentes entrevistadas. (n = 422) _____ 183
Tabela 34 – Quanto às complicações decorrentes da cirurgia de Cesariana, conforme declaração das entrevistadas. (n = 422) _____ 184
Tabela 35 – Quanto às complicações decorrentes do Parto Vaginal, conforme declaração das entrevistadas. (n = 422) _____ 184
Tabela 36 – Relação entre Via de Parto e retorno ao Hospital por complicações do nascimento conforme declaração das jovens entrevistadas. (n = 422) _____ 185
Tabela 37 – Distribuição do peso dos recém-nascidos das gestantes adolescentes entre os anos de 2006 e 2007 no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho (n = 422). _____ 186
Tabela 38 – Quanto ao desejo por uma gestação futura, conforme declaração das entrevistadas. (Você pretende ter outros filhos?) (n = 422) _____ 189
Tabela 39 – Quanto ao desejo pela Via de Parto em gestação futura. (Caso você pudesse escolher, qual via de parto você escolheria?) (n = 422) _____ 190
Tabela 40 – Quanto ao desejo sexual após o nascimento. (Como ficou seu desejo sexual após o nascimento?) (n = 422) _____ 191
Tabela 41 – Quanto ao tempo de recuperação de cada via de parto, segundo opinião das entrevistadas. (n = 422) _____ 192
Tabela 42 – Quanto à indicação da Via de Parto para alguma amiga ou parente. Você indicaria a mesma Via de Parto que você teve? (n = 422) _____ 193
Tabela 43 - Idade do pai do bebê no momento do nascimento conforme declaração das mães adolescentes. (n = 422) _____ 194

Tabela 44 – Duração da relação com o pai da criança declarada pelas adolescentes até a data do nascimento. (n = 422) _____ 198
Tabela 45 – A forma de relacionamento com o pai da criança declarada pelas adolescentes até a data do nascimento. (n = 422)_____ 202
Tabela 46 – Idade das adolescentes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 (n = 422) e características da relação com o pai da criança no momento da entrevista. (x2 = 20, 523 – p = 0, 304). _____ 206
Tabela 47 – Estado de saúde dos recém-nascidos conforme declaração das adolescentes na ocasião do nascimento no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n = 422) _____ 213
Tabela 48 - Índice de Apgar no Primeiro Minuto e Quinto Minuto dos recém-nascidos das adolescentes no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007 (n = 422). _____ 214
Tabela 49– Estado de saúde dos recém-nascidos conforme declaração das mulheres por ocasião da entrevista. (n = 422) _____ 215
Tabela 50 – Idade das grávidas adolescentes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 (n = 422) e planejamento da gravidez. (x2 = 7,152 – p = 0,307). _____ 216
Tabela 51 – Idade das grávidas adolescentes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 (n = 422) e o desejo pela gravidez. (x2 = 17, 393 – p = 0,008).____ 217
Tabela 52 – A relação entre o período de amamentação e a via de nascimento das gestantes adolescentes entrevistadas. (n = 422) _____ 220
Tabela 53– Idade das gestantes adolescentes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 (n = 422) e o relacionamento com os familiares. (x2 = 5,702 – p = 0,457). _____ 221
Tabela 54 – A idade das gestantes adolescentes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 e a situação conjugal dos pais das parturientes (avós maternos). (x2 = 7,445 – p = 0,282). _____ 226
Tabela 55 – Local de moradia das adolescentes após o nascimento do bebê. (n = 422)229
Tabela 56 – Idade das gestantes adolescentes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 (n = 422) e a responsabilidade pela sobrevivência da adolescente e do bebê. (x2 = 18,887 – p = 0,399).____ 232
Tabela 57 – A motivação pela gravidez conforme declaração das gestantes adolescentes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007. (n = 422) _____ 234
Tabela 58 - A idade das grávidas adolescentes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 (n = 422) e a ocorrência de nova gestação após o nascimento do bebê. _____ 235
Tabela 59 – Idade das gestantes adolescentes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 (n = 422) e o desejo pela via de parto cesariana. (x2 = 9,421 – p = 0,151). _____ 236
Tabela 60 – O sentimento de felicidade (Você se sente feliz com a vida atual?). (n = 422)_____ 236
Tabela 61 – Idade das gestantes adolescentes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 (n = 422) e manifestação quanto à felicidade no momento da entrevista. (x2 = 10,843 – p = 0,093). _____ 238

INTRODUÇÃO

Ai, como eu sofri por te amar...

(Albertina Duarte) [2]

Adolescência: dependência da família e a liberdade alcançável

Adolescência deriva do latim *adolescere* e significa crescer, ou ainda mais precisamente, quando a conjugação é feita no particípio presente, aquele que está em crescimento. Da mesma forma e de igual origem, o verbo latino *adultus*, conjugado no particípio passado significa aquele que parou de crescer. Apesar de a 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 que esse período acabe sendo definido de acordo com as especificidades priorizadas pelos pesquisadores.

Os estudiosos do comportamento humano nas sociedades Ocidentais referem-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 socioculturais advindas do ambiente no qual o fenômeno da adolescência ocorre.

As profundas transformações culturais que ocorreram nas últimas décadas influenciaram diretamente o comportamento sexual dos adolescentes, particularmente no que se refere à ampliação da "liberdade sexual" e ao aumento progressivo do número de adolescentes que se permitiram iniciar relações sexuais no período pré-casamento. Também as idealizações romântico-amorosas historicamente instituídas denotam um caráter móvel e ambíguo. Observa-se que, em tal contexto, o tema da gravidez nesse período da vida passou a ter maior visibilidade social, sendo frequentemente abordado pelos meios de comunicação de massa.

[2] Duarte A – Gravidez na Adolescência. Ai, como sofri por te amar... – Editora Rosa dos Tempos. Rio de Janeiro, 2005.

Para o poeta e psicanalista Rubem Alves:

> "os jovens são aves que voam pela manhã: seus vôos são flechas em todas as direções. Seus olhos são fascinados por dez mil coisas. Querem todas, mas nenhuma lhes dá descanso. Estão sempre prontos a de novo voar. Seu mundo é o mundo da multiplicidade é um espaço de liberdade. Com os adultos acontece o contrário. Para eles a multiplicidade é um feitiço que os aprisionou, uma arapuca na qual caíram. Eles a odeiam, mas não sabem como se libertar. Se, para os jovens, a multiplicidade tem o nome de liberdade, para os adultos, a multiplicidade tem o nome de dever. Os adultos são pássaros presos nas gaiolas do dever. A cada manhã dez mil coisas os aguardam com as suas ordens (para isso existem as agendas, lugar onde as dez mil coisas escrevem as suas ordens). Se não forem obedecidas, haverá punições".[3]

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a juventude seria o período compreendido entre 15 e 25 anos, sendo que a adolescência corresponderia à faixa de 10 a 19 anos.[4] No entanto, este parâmetro deveria ser reconsiderado, tendo em vista as indiscutíveis diferenças físicas, comportamentais e emocionais 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 os fins da Lei, que criança é a pessoa até doze anos de idade incompletos e adolescente aquela pessoa cuja idade está compreendida entre doze e dezoito anos de idade.[5]

---

[3] Alves R. – Concertos para Corpo e Alma. Editora Papirus, Campinas, São Paulo, 1998, p. 9-10.
[4] Página da Internet da OPAS. Saúde integral do adolescente e do jovem. Disponível na Internet: http://www.opas.org.br/familia/temas.cfm?id=72&area=Conceito.
Acessado em 20 de abril de 2010.
[5] Brasil. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Institui o Estatuto da Criança e do Adolescente que introduziu mudanças significativas em relação à legislação anterior, o chamado Código de Menores, instituído em 1979. Crianças e adolescentes passam a ser considerados cidadãos, com direitos pessoais e sociais garantidos, desafiando os governos municipais a implementarem políticas públicas especialmente dirigidas a esse segmento. Disponível na Internet: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm. Acessado em 1 de maio de 2010.

Tais distinções na classificação dessa faixa etária são explicadas por Saito, que aponta:

> "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".[6]

Ao sintetizar as perspectivas analíticas dessas áreas, Amazarray e colaboradores sugerem que o período da adolescência está relacionado diretamente à total dependência social e econômica da família.[7] 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". [8]

Da mesma forma, Costa define "o adolescente como um sujeito em vias de construção de sua identidade pessoal, sexual e afetiva". [9]

---

[6] Medicina do Adolescente. Revista Ser Médico 2008; 43, abril/maio. p. 19.
[7] 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.
[8] Kalina E. Psicoterapia de adolescentes: Teoria prática e casos clínicos. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1999. 3ª Edição. p. 27.
[9] Costa M. - Sexualidade na adolescência: Dilemas e crescimento. Porto Alegre: L&PM, 1997.11ª Edição.

Sobre a sexualidade e adolescência, Rosa Maria Rodrigues, do Centro Hospitalar do Porto, define que:

> Habitualmente pouco pacífica, a adolescência constitui uma fase de desenvolvimento caracterizada por profundas transformações a nível físico, psicológico, afectivo, social e familiar. A progressiva maturação fisiológica é normalmente acompanhada pela súbita descoberta de novas relações e experiências, de ordem afectiva e sexual, muitas vezes geradoras de intensos conflitos. Estes sentimentos devem–se frequentemente a uma desarmonia entre o desenvolvimento corporal, sexual e mesmo intelectual e a aquisição de maturidade emocional. Preocupada com a imagem corporal e o estabelecimento de relações cada vez mais projectadas para o exterior da família a adolescente manifesta importantes carências informativas relativamente à sexualidade, contracepção e risco de gravidez.[10]

Ao comentar sobre a vulnerabilidade peculiar a esta fase da vida, Duarte complementa:

> "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 para a entrada no mundo adulto, ele perde a imagem infantil. Há uma mudança na visão que ele tem dos pais infantis, que passam a ser vistos como adultos. O adolescente deve possuir instrumentos para desenvolver sua entrada neste mundo novo com corpo novo e relacionamentos novos. Ele vai enfrentar grandes desafios sociais, sendo necessário ter esperança de futuro para não sofrer tantos impactos em relação aos riscos. Temos que trabalhar multiprofissional e intersetorialmente dentro de uma visão sobre o que o adolescente perdeu,

[10] Rodrigues, RM.- Gravidez na Adolescência. Nascer e Crescer. Revista do hospital de crianças. Maria Pia. ano 2010, vol XIX, n.º 3.

> o quanto ficou vulnerável e o que encontrou e ganhou nesse novo mundo".[11]

Campos segue na mesma temática e 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". [12]

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. Obedecer normas e regras significa se sujeitar a obediência e prestar justificativas à autoridade imposta e isto pode gerar conflitos internos para uma criatura que não é mais uma criança e muito menos um adulto pleno de maturidade.

Para a antropóloga DéboraDiniz,

> "as maturações sociais, mentais e emocionais que, gradativamente, ocorrem no desenvolvimento individual, durante a transição para o estado adulto, é acompanhada por uma ampla variedade e de definições e reações culturais." [13]

Sobre as relações sociais, familiares e a busca da autonomia pelos adolescentes, Elaine Brandão comenta:

> "Nas últimas décadas, o percurso entre a infância e a idade adulta foi profundamente alterado nas sociedades ocidentais modernas. As

[11] Duarte A. Medicina do Adolescente. Revista Ser Médico 2008; 43, abril/maio. p. 29.
[12] Campos MAB. Gravidez na adolescência. A imposição de uma nova identidade. Pediatria Atualidades 2000; 13(11/12): p. 25-6.
[13] Diniz D, Costa S. Ensaios: Bioética. Brasília: Letras Livres, 2006. p. 50.

> mudanças no estatuto infantil, o redimensionamento da autoridade parental, as novas normas educativas, as transformações nas relações de gênero e entre gerações compõem novo cenário social e familiar. A extensão da escolarização e dificuldades de inserção e permanência no mercado de trabalho acentuam a dependência dos jovens em relação aos pais. Certos autores designam esse adiamento das condições de emancipação juvenil como 'prolongamento da juventude' [1,2], tornando a estada no domicílio parental mais longa que outrora. No entanto, o alongamento da dependência familiar não se torna impeditivo ao exercício da autonomia nessa fase da vida, na qual a sexualidade tem grande relevância. Compreender as regras sociais que organizam o processo de construção da autonomia juvenil na atualidade pode engendrar novo olhar aos 'problemas sociais' da juventude. Uma premissa fundamental é a distinção entre duas dimensões constitutivas do processo de individualização, comumente tomadas como equivalentes: a autonomia, compreendida como autodeterminação pessoal e a independência, concebida como auto-suficiência econômica [3,4,5]. Para as gerações jovens atuais, a conquista da independência se coloca cada vez mais tardia, o que não impede que a autonomia seja uma aspiração cada vez mais precoce. Nas gerações passadas, tal autonomia estava fortemente condicionada pela emancipação financeira e residencial dos pais. Hoje, os termos dependência e autonomia podem se conjugar no percurso biográfico adolescente. Tal paradoxo forja a construção social da adolescência e juventude na contemporaneidade, tornando as relações intergeracionais na família bem mais complexas".[14]

Contardo Calligaris inicia o primeiro capítulo de seu livro "A Adolescência" da seguinte forma:

> "Um adolescente um pouco sem rumo, estranhando seu próprio comportamento, paradoxalmente desafiador e arrependido, para você na rua e fala: 'Estou só passando por uma fase agora. Todo o mundo passa

[14] Brandão ER, Heilborn ML. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 22(7): 1421-1430, julho, 2006.

> por fases, não é?'Alguém talvez reconheça sua voz. É Holden, o herói do romance O Apanhador no Campo de Centeio, de J. D. Salinger. Aproveitando-se da situação, atrás e ao lado dele se aglomeram pais e mães de adolescentes. Eles também perguntam: "Então, é assim? Vai passar? É só uma fase? "Resposta de bolso, caso Holden e os pais o parem na rua: "Não. Não é apenas uma fase. Por isso, nada garante que passe". Nossos adolescentes amam, estudam, brigam, trabalham. Batalham com seus corpos, que se esticam e se transformam. Lidam com as dificuldades de crescer no quadro complicado da família moderna. Como se diz hoje, eles se procuram e eventualmente se acham. Mas, além disso, eles precisam lutar com a adolescência, que é uma criatura um pouco monstruosa, sustentada pela imaginação de todos, adolescentes e pais. Um mito, inventado no começo do século 20, que vingou, sobretudo depois da Segunda Guerra Mundial. A adolescência é o prisma pelo qual os adultos olham os adolescentes e pelo qual os próprios adolescentes se contemplam. Ela é uma das formações culturais mais poderosas de nossa época. Objeto de inveja e de medo, ela dá forma aos sonhos de liberdade ou de evasão dos adultos e, ao mesmo tempo, a seus pesadelos de violência e desordem. Objeto de admiração e ojeriza, ela é um poderoso argumento de marketing e, ao mesmo tempo, uma fonte de desconfiança e repressão preventiva". [15]

Nos dias recentes, muitos autores têm procurado estudar o papel da Internet na vida dos adolescentes e as repercussões sobre a formação da personalidade dos indivíduos. A Internet, este poderoso instrumento cibernético da modernidade cada vez mais acessível, está incorporada em muitos aspectos da vida das pessoas, em especial dos adolescentes que passam muitas horas em frente ao computador. "Fonte inesgotável de informações, é na Internet que o adolescente recebe as primeiras informações sobre sexualidade, muitas vezes ao acessar sites pornográficos de conteúdo impróprio".[16]

---

[15] Calligaris C. A adolescência. Editora Publifolha, São Paulo, 2009. Disponível na Internet: http://www1.folha.uol.com.br/folha/publifolha/ult10037u351920.shtml Acessado em 15 de abril de 2010.

[16] Kanuga M, Rosenfeld WD. Adolescent Sexuality and the Internet: the Goo, the Bad, and the URL. Journal of Pediatr Adolescent Gynecol (2004) 17:117-124.

Se ser jovem, para alguns, é o momento de "aproveitar a vida", é importante observar que o aproveitar fala principalmente de uma representação sensual, sexual e valorizada, de experimentação de novas relações, que se coadunam com uma noção mais moderna da juventude. Também diz muito sobre as fronteiras valorativas e morais que um jovem deve ou pode transpor para se constituir como indivíduo, para se separar de sua família e construir suas particularidades. Ao unir as concepções de juventude e a forma de aproveitar a vida, percebe-se muito sobre o modo como alguns familiares se colocam diante dos valores modernos atuais, também em relação à gravidez de uma filha jovem, cuja sexualidade foi publicada socialmente pela barriga. Se aproveitar a juventude é também testar fronteiras valorativas e morais, que na atualidade estão mais fluidas, então, a gravidez adolescente enfatiza o lado oposto, de vinculação com compromissos: filho, companheiro, casa e cônjuge. Essa é uma forma com que se pode olhar para a gravidez diante de algumas concepções dissipadas de como ser nessa fase do ciclo da vida. O momento de rompimento criticado e moralizado está, em parte, aliado às qualidades positivas da vida juvenil. Neste aspecto, antropólogos do Rio Grande do Sul analisaram a trajetória de vida de gestantes adolescentes e concluíram que:

> "O espaço de experimentação e de valorização social que é dado de modo geral à juventude, percebido por meio de expressões como 'aproveitar a vida', ressalta as associações entre práticas e valores alocados no modo de vida jovem. Se existem representações e percepções sociais da juventude vinculadas às conceituações de um período difícil, conflituoso e preocupante, há ainda as que destacam a juventude como uma filosofia de vida para outras fases do ciclo da vida. Comportamentos juvenis que rompem uma trajetória e expectativa futura padrão são facilmente localizáveis nos programas de saúde e na literatura sobre adolescência e juventude como qualificações pouco valorizadas. Tais juízos corroboram ainda para que o adjetivo de 'epidemia' social, utilizado para a gravidez na adolescência, seja usado amplamente por trabalhos que não relativizam as vivências da condição juvenil nos universos sociais e, por conseguinte, a pluralidade da idéia de juventude nesses meios. A gravidez na adolescência/juventude é um bom exemplo para exercitar os modelos juvenis de vida valorizados na modernidade e as definições presentes de saúde e futuro. As concepções do que é ser

> jovem estão baseadas na construção histórica e sociocultural, e no modo como os jovens/adolescentes devem 'aproveitar a vida'. Ressalta-se a existência de um "aproveitar" amplamente idealizado – como a entrada no mercado de trabalho, a escolarização ascendente e a posterior união –, porém nem sempre os estilos e modos juvenis de viver podem concordar com tal padrão e valorizá-lo. A própria gravidez torna-se um contraponto e um reforço negativo às idéias vigentes de uma vida que deve ser 'aproveitada', curtida no sentido com que as jovens associam primeiramente. Ao se considerar que há uma tensão entre 'aproveitar a vida' e se preocupar com o futuro, deve-se ater como esse conflito se expressa e está implícito em muitos dos comportamentos e valores juvenis e familiares". [17]

Alguns dados estatísticos sobre a Gravidez na Adolescência

Estima-se que tenham ocorrido mais de 1 bilhão de gestações em mulheres na faixa etária entre 10 e 19 anos, sendo que 70% destas ocorreram nos países em desenvolvimento.[18].

Estudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) publicado na Folha Online em 17 de dezembro de 2012[19] revela que em 2001, 20,9% das mães no Brasil tinham entre 15 e 19 anos. Dez anos depois, elas representavam 17,7% --uma queda de 15,3%. No entanto, as desigualdades entre as regiões do país também se refletem nesse índice.

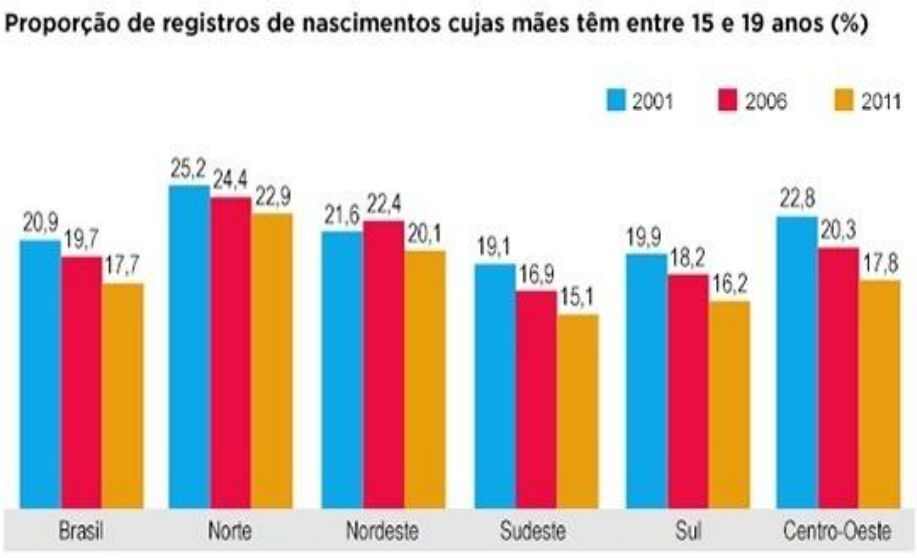
O Norte tem o percentual mais alto de mães nessa faixa etária do Brasil, embora também tenha registrado queda no período: em 2001, 25,2% das mães tinham de 15 a 19; em 2001, elas eram 22,9% (queda de 9,2%). O Sudeste, região com o menor percentual, tinha 19,1% de mães jovens em 2001; em 2011, eram 15,1% (redução de 20,9%).

---

[17] Gonçalves H, Knauth DR. Aproveitar a vida, juventude e gravidez. Rev. Antropol. vol.49 no.2, São Paulo July/Dec. 2006.

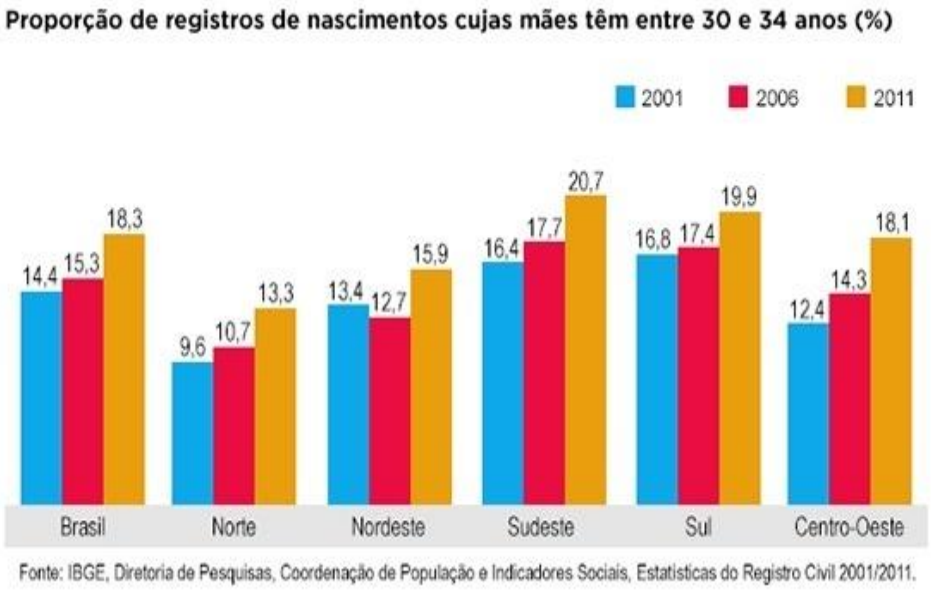
[18] United Nations Population Fund (UNFPA), State of the World Population 2003: Investing in Adolescent´s Health and Rights, New York, UNFPA, 2003.

[19] Folha On Line – Cai o número de mães na faixa etária de 15 a 19 anos e mais mulheres dão à luz entre 30 e 34 anos, diz IBGE. Cotidiano – 17 de dezembro de 2012. Disponível na Internet: http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2012/12/17/cai-numero-de-maes-adolescentes-e-sobe-o-de-maes-entre-30-e-34-anos-aponta-ibge.htm.



Em relação às mães entre 30 e 34 anos de idade, o percentual no país era de 14,4% em 2001 e, após uma década, subiu para 18,3% (aumento de 21,3%). A diferença regional também é grande neste caso, só que no sentido inverso.

No Norte, em 2001, apenas 9,6% das mulheres tinham filhos nessa faixa etária. No ano passado, o índice passou para 13,3% (aumento de 38,5%). No Sudeste, região com o maior índice, as mulheres que foram mães nessa idade eram 16,4% em 2001 e, dez depois 20,7% (elevação de 26,2%).



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.

Em 2006, os percentuais de gestantes adolescentes dos estados do Sul e do Sudeste ficaram abaixo da média brasileira, e nos demais, acima da média. O estudo Estatístico do Registro Civil formulado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir de informações levantadas em cartórios do país espelha essa diferença, mostra que, enquanto no Maranhão o índice de partos em adolescentes foi de 27,6%, no mesmo período, foi de 15,3% no Distrito Federal. [3] Esses dados mostram que a desigualdade social, política e econômica no Brasil, tem influência direta na dinâmica familiar e no aumento do número de adolescentes grávidas.

Nos Estados Unidos, o índice nacional de gestações em adolescentes é de 49 para cada 1000 nascimentos para a população geral e de 69 para cada 1000 nascimentos nas populações indígenas, o que indica a importante influência do ambiente social e dos fatores culturais nos índices de gestações na adolescência, além, obviamente, dos fatores econômicos.[20] No ano de 2007 foram registradas 43 gestações em adolescentes para cada 1000 nascimentos.[21] A cada ano, 750.000 adolescentes entre 15 e 19 anos engravidam nos Estados Unidos sendo que a maioria são gestações não planejadas [22] e constituem 25% de todas as gestações não planejadas naquele país.[23]

Os dados da Tabela 1 mostram a incidência esperada de gestações em adolescentes nos Estados Unidos da América para o ano de 2006, de onde se desprende que a incidência de gestações em adolescentes decresceu de 25% [8] em 1991 para 18% em 2006, ou seja, 1/6 das gestações em mulheres americanas são adolescentes.

---

[20] Hellerstedt WL, Peterson-Hickey M, Rhodes KL, et. al. Enviroment, social, and personal correlates of having ever sexual intercourse among American Indian youths. Am Journal of Public Health 2006; 96(12): 2228-2234.

[21] Bearinger LH, Sieving RE, Furguson J et. Al. Global Perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: Patterns, prevention, and potential. Lancet 2007;369:1220-1231.

[22] Alan Guttmacher Institute, US Teenage Pregnancy Statistics and State Trends by Race and Ethinicity. Disponível na Internet: HTTP://guttmacher.org.pubs/2006/09/11/USTPstats.pdf Acessado em 15 de maio de 2010.

[23] Heshaw S. US Teenage Pregnancy Statistics with comparative Statistics for women aged 20-24. New York AGI 1990:5.

Tabela 1 – Percentual estimado de mulheres com menos de 20 anos de idade para se tornarem grávidas para o ano de 2006, em cada Estado dos Estados Unidos da América.

2006 State Level Ranking of the percentage of Females Estimated to become Teen Mothers		
Ranking	**State of Residence**	**% of females estimated to become Teen Mothers**
1	Mississippi	30%
2	New Mexico	29%
3	Arizona	28%
4	Texas	28%
5	Arkansas	28%
6	Nevada	27%
7	Oklahoma	26%
8	Kentuchy	25%
9	Tennessee	25%
10	Georgia	24%
11	Alabama	24%
12	South Carolina	23%
13	Louisiana	23%
14	North Carolina	22%
15	Wyoming	21%
16	Alaska	21%
17	Missouri	20%
18	Florida	20%
19	West Virginia	20%
20	Indiana	19%
21	Hawaii	19%
22	Colorado	19%

23	Kansas	18%
24	Delaware	18%
25	Montana	18%
26	Idaho	18%
27	California	17%
28	Ohio	17%
29	South Dakota	17%
30	Illinois	17%
31	Oregon	16%
32	Virginia	15%
33	Maryland	15%
34	Michigan	15%
35	Washington	15%
36	Iowa	14%
37	Utah	14%
38	Nebraska	14%
39	Wisconsin	13%
40	Pennsylvania	12%
41	Minnesota	12%
42	Maine	11%
43	New Jersey	11%
44	New York	11%
45	Rhode Island	11%
46	North Dakota	11%
47	Connecticut	10%
48	Massachussets	9%
49	Vermont	9%
50	New Hampshire	8%

U.S. Total	**18%**
Source: Birth data are from the National Center for Health Statistics Vital Statistics System Birth Data files for 2006. Population data from U.S. Census Bureau	

Para Santelli, o declínio dos índices de gestações em adolescentes nos Estados Unidos parece acompanhar os modelos observados em outros países desenvolvidos, onde se verifica que a disseminação dos métodos contraceptivos tem sido o determinante primário para a redução destes indicadores. [24]

Na Europa, o índice de gestações em adolescentes apresenta variações, sendo que no Leste Europeu, a incidência é maior do que no Oeste da Europa e o Reino Unido apresenta as taxas mais elevadas.[25] Na Suíça, o índice de gestações na adolescência é o mais baixo do Oeste Europeu e os casos registrados estão relacionados a meninas com 4 ou mais parceiros, à não prevenção contraceptiva na primeira relação sexual, à não utilização rotineira e efetiva de contraceptivos, utilização de drogas ilícitas e meninas que não moram com os familiares. [26]

Pesquisadores turcos relatam que, na Turquia, o índice de gestações na adolescência é similar aos demais países desenvolvidos. No entanto, existem diferenças consideráveis que possivelmente refletem diferenças étnicas e sócio-culturais. O maior problema parece ser a pouca efetividade da contracepção preventiva e o elevado índice de pré-natal inadequado destinado para as adolescentes mesmo quando suas gestações são desejadas.[27]

---

[24] Santelli JS, Lindberg LD, Finer LB, Singh S. - Explaining Recent Declines in Adolescent Pregnancy in the United States: The Contribution of Abstinence and Improved Contraceptive Use. American Journal of Public Health. Volume 97, issue 1, January 2007.

[25] Kane R, Wellings K. Reducing the Teenage Conception. An International Review of Evidence. Data from Europe, first edition, London; Health Education Authority, 1999.

[26] Narring F, MIchaud PA, Sharma V. Demographic and Behavioral Factors associated with Adolescent Pregancy in Switzerland. Family Planning Perspectives; Sep/Oct 1996, Volume 28, issue 5, 232-244.

[27] Yildirim Y, Inal M, Tinar S. Reproductive and Obstetric Characteristics of Adolescent Preganancies in Turkish Women. J Pediatr Adolesc Gynecol (2005) 18: 249-253.

Donoso relata que o Chile apresenta aumento nos índices de gravidez em adolescentes menores de 15 anos na última década do século XX.[28] No Equador, a fertilidade em adolescentes é a mais elevada na região e aumentou de 84 por 1000 em 1989 para 100 para cada mil em 2004. Assim como no Brasil, 20% das gestações acometem mulheres de 10 a 19 anos e as desigualdades promovem diferentes incidências. As analfabetas engravidam 4 vezes mais (43%) do que as meninas com educação secundária (11%). A região amazônica do Equador ostenta índices de 121 gestações em adolescentes para cada 1000 mulheres.[29] Em El Salvador, o índice de gravidez em adolescentes é alarmante e se aproxima de 40% de todas as gestações.[30]

Texto publicado em 2010 pelo Ministério da Saúde no Brasil revela que:

> "O ritmo de queda no número de partos na adolescência acelerou nos últimos cinco anos na rede pública. Dados mais recentes do Ministério da Saúde mostram que a quantidade desses procedimentos em adolescentes de 10 a 19 anos caiu 22,4% de 2005 a 2009. Na primeira metade da década passada, a redução foi de 15,6%. De 2000 a 2009, a maior taxa de queda anual ocorreu no ano passado, quando foram realizados 444.056 partos em todo o País – 8,9% a menos que em 2008. Em 2005, foram registrados 572.541. Ao longo da década, a redução total foi de 34,6%. O Ministério da Saúde atribui essa tendência às campanhas destinadas aos adolescentes e à ampliação do acesso ao planejamento familiar. Só no ano passado, foram investidos R$ 3,3 milhões nas ações de educação sexual e reforço na oferta de preservativos aos jovens brasileiros. Nos últimos dois anos, 871,2 milhões de camisinhas foram distribuídos para toda a população. Qualquer pessoa pode retirar as unidades nos postos de saúde. Nesses locais, os adolescentes também recebem o apoio de um profissional de saúde para avaliar qual é o método contraceptivo mais adequado ao estilo de vida dos parceiros.

[28] Donoso E, Becker J, Villaroel L. Embarazo en La Adolescente Chilena menor de 15 anos. Análises de la última década Del siglo XX. Ver Chil Obstet Ginecol 2001; 66:391-396.
[29] Ministério de Salud Publica (EC). Plano Nacional de Prevención Del Embarazo em la adolescência. Quito: MSP; 2008.
[30] Encuesta Nacional de Saúde Familiar – FESAL. 2002/2003. Informe Final 2004. San Salvador, El Salvador. Associacion Demográfica Salvadorenha.

Entre as opções, estão as pílulas anticoncepcionais, a injeção de hormônios e o DIU. A dupla proteção – o uso do método contraceptivo associado ao preservativo – é recomendada para que, além de evitar uma gravidez, os jovens se previnam de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e aids. A coordenadora de Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde, Thereza de Lamare, avalia que o sistema público está cada vez mais preparado para receber adolescentes e dar orientações sobre a saúde sexual deles. Mesmo assim, o planejamento familiar nessa faixa etária ainda enfrenta resistência por causa de preconceito. 'Até hoje, alguns adultos têm dificuldade de compreender que o adolescente é um indivíduo sexuado e, em seu processo de crescimento, ele vai descobrir e ter relações afetivas', destaca. Reconhecer os direitos sexuais e reprodutivos desse grupo é uma conquista do Brasil. Atualmente, os adolescentes do sexo masculino vêm procurando cada vez mais o serviço público de saúde no intuito de retirar os preservativos. 'Nossa prioridade agora é para que o rapaz seja envolvido em outras ações, inclusive nas situações de gravidez da parceira ou da namorada. Estimulamos que ele acompanhe o pré-natal e o parto, participando do dia a dia da companheira e cuidando da própria saúde', explica Thereza de Lamare. EDUCAÇÃO SEXUAL – Em 2003, o governo federal iniciou uma série de ações de prevenção de DSTs em colégios públicos. Por meio de uma parceria entre os ministérios da Saúde e Educação, profissionais das equipes do Saúde da Família tornaram-se parceiros dos professores da rede pública e levaram para a sala de aula conteúdos de saúde sexual e reprodutiva. As atividades foram incorporadas pelo Programa Saúde na Escola (PSE), implementado em 2008. Atualmente, o PSE é uma das ferramentas de conscientização dos estudantes de ensino médio para prevenir DSTs e evitar gravidez indesejada. Mais de 8 milhões de alunos de 54 mil escolas já foram orientados. Dessas, quase dez mil distribuem preservativos. O programa alcança atualmente 1.306 municípios brasileiros. Além disso, o MS começou a produzir as Cadernetas de Saúde do Adolescente no ano passado. A cartilha contém informações sobre temas essenciais para os mais jovens, como alimentação, saúde sexual e reprodutiva e uso de drogas. No total, foram entregues 4 milhões

de cadernetas em 451 municípios. A previsão para 2010 é distribuir mais 5 milhões nos postos de saúde.– A maior redução no número de partos de adolescentes, nos últimos cinco anos, ocorreu na Região Nordeste (26%). Em 2005, foram 214.865 procedimentos contra 159.036 no ano passado. O Centro-Oeste vem em seguida, com 32.792 partos – 24,4% a menos que em 2005. Abaixo da taxa média de queda, estão: Sudeste (20,7%), Sul (18,7%) e Norte (18,5%)." [31]

Os dados acima citados, divulgados pelo Ministério da Saúde são registrados nas Tabelas 2 e 3 que revelam uma queda significativa na incidência de partos em adolescentes em todas as regiões do Brasil.

Tabela 2 - Partos em adolescentes por regiões do Brasil.

Região	2000	2005	2009	Variação 2000-2009
Norte	79.416	76.172	62.046	-21,90%
Nordeste	249.057	214.865	159.036	-36,10%
Centro-Oeste	52.112	43.362	32.792	-37%
Sudeste	217.243	174.465	138.401	-36,30%
Sul	81.530	63.677	51.781	-36,50%

Fonte: MS DATASUS SIH_SUS TAbSAS 20/01/2010

Tabela 3 - Partos em adolescentes por unidades da Federação.

UF	2000	2005	2009	Taxa de variação no período de 2000 a 2009
Faixa etária	10 a 19	10 a 19	10a 19	
Acre	4.452	3.338	3.670	-17,57%
Alagoas	15.952	15.287	11.546	-27,62%
Amapá	3.532	2.880	2.622	-25,76%

[31] Portal da Saúde. Ministério da Saúde/Brasil.
Disponível no site:
http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11137. Acessado em 4 de agosto de 2011.

Amazonas	16.687	16.049	13.057	-21,75%
Bahia	66.782	55.333	38.823	-41,87%
Ceará	35.120	30.442	23.314	-33,62%
Distrito Federal	12.020	6.786	7.342	-38,92%
Espírito Santo	11.761	9.666	7.600	-35,38%
Goiás	17.215	15.470	9.471	-44,98%
Maranhão	36.565	33.050	23.700	-35,18%
Mato G. do Sul	10.616	9.296	7.455	-29,78%
Mato Grosso	12.261	11.810	8.524	-30,48%
Minas Gerais	59.071	47.809	37.325	-36,81%
Pará	38.859	40.242	31.928	-17,84%
Paraíba	14.964	14.035	10.545	-29,53%
Paraná	34.522	26.757	22.144	-35,86%
Pernambuco	39.183	32.981	26.419	-32,58%
Piauí	17.615	13.778	9.951	-43,51%
Rio de Janeiro	45.917	32.487	23.169	-49,54%
Rio G.do Norte	13.534	12.280	8.599	-36,46%
Rio G.do Sul	30.267	23.345	17.837	-41,07%
Rondônia	7.351	4.881	3.621	-50,74%
Roraima	1.069	1.835	1.710	59,96%
Santa Catarina	16.741	13.575	11.800	-29,51%
São Paulo	100.494	84.503	70.307	-30,04%
Sergipe	9.342	7.679	6.139	-34,29%
Tocantins	7.466	6.947	5.438	-27,16%
Total	679.358	572.541	444.056	-34,64%
Fonte: MS DATASUS SIH_SUS TAbSAS 20/01/2010				

Em Ribeirão Preto, estado de São Paulo, Yazle registrou um aumento no número de partos em adolescentes que passou de 1.225 em 1992 para 1.538 em 1996. [32] Nesse contexto, a gravidez na adolescência tem sido tradicionalmente tratada como um problema de saúde pública, apesar de diferentes estudos atribuírem significações positivas para a vivência da maternidade a partir da perspectiva das adolescentes. A adolescência é

[32] Yazlle MEHD, et. al. A Adolescente Grávida: alguns indicadores sociais. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.24 no.9, Rio de Janeiro Oct. 2002.

chamada como o "*rush* para a vida adulta" e se trata de uma fase na qual são verificados problemas depressivos em especial naqueles jovens ainda não adequadamente preparados para assumir as responsabilidades impostas na idade adulta. Estes fenômenos depressivos são mais prevalentes nas comunidades carentes e mais pronunciados nas pessoas de raça negra.[33]

Pesquisadores do Estado de São Paulo analisaram a incidência de gravidez na adolescência naquele Estado e concluíram que:

> "O presente estudo aponta a estreita relação entre a gravidez na adolescência e fatores econômicos e sociais no Estado de São Paulo. Os percentuais de gravidez na adolescência apresentaram-se maiores nos municípios de menor PIB, maior incidência de pobreza, menor tamanho populacional e maior percentual de indivíduos com Índice Paulista de Vulnerabilidade Social[34] igual a 5 ou 6, ou seja, mais vulneráveis." [35]

A realidade atual é que as relações sexuais se iniciam precocemente, com um número alarmante de gestações não desejadas e de doenças sexualmente transmissíveis, caracterizando a falta de conhecimento e informação dos adolescentes sobre o aparelho reprodutor e sua função, métodos contraceptivos e, principalmente, de atitudes concisas para um sexo seguro.

---

[33] Wickrama KAS, Merten MJ, Elder GH. Community influence on precious transitions to adulthood: racial differences and mental health consequences. Journal of Community Psychology, volume 33, issue 6, P. 639-653, September 2005.

[34] Jannuzzi PM. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. Revista do Serviço Público 2005; 56:137-60.

[35] Martinez EZ. et. al. - Gravidez na adolescência e características socioeconômicas dos municípios do Estado de São Paulo, Brasil: análise espacial. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(5):855-867, mai, 2011.

Adolescência e Vulnerabilidade

Família! Família!
Papai, mamãe, titia
Família! Família!
Almoça junto todo dia
Nunca perde essa mania...
Mas quando a filha quer fugir de casa
Precisa descolar um ganha-pão
Filha de família se não casa
Papai, mamãe, não dão nem um tostão...
Família êh! Família ah!
Vovô, vovó, sobrinha
Família! Família, janta junto todo dia
Nunca perde essa mania...
Mas quando o nenê fica doente
Procura uma farmácia de plantão
O choro do nenêm é estridente
Assim não dá pra ver televisão...
Família êh! Família ah! Cachorro, gato, galinha
Vive junto todo dia, nunca perde essa mania...
A mãe morre de medo de barata
O pai vive com medo de ladrão
Jogaram inseticida pela casa
Botaram cadeado no portão...

Titãs[36]

Vulnerabilidade pretende expressar a síntese de situações que suscetibilizam as pessoas aos agravos, os potenciais de adoecimento e não-adoecimento relacionados a indivíduos ou grupos que vivem determinado conjunto de situações.[37] Além da gravidez não planejada, vários outros comportamentos podem acarretar problemas sociais importantes para a saúde dos adolescentes, como as doenças sexualmente transmitidas, as drogas, a criminalidade, a violência.[38]

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, à cobrança social que esse novo papel acarretará.

[36] Titãs é uma banda de rock brasileira formada em São Paulo, na década de 1980.
[37] Ayres JRCM, França Jr. I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 117-39.
[38] Young People´s Health: a Challenge for Society (Technical Series n. 731). Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1996.

A adolescência é uma fase da vida na qual o relógio do eixo hipotálamo-hipofisário desperta e os hormônios sexuais agem como sinalizadores para as mudanças no fenótipo de meninas e meninos que vão adquirir características diferentes e assumir papéis no meio social. Neste borbulhar de transformações aflora a sexualidade.

Transcrevo do texto do Ministério da Saúde [39]:

> "A sexualidade é uma dimensão fundamental de todas as etapas da vida de homens e mulheres, envolvendo práticas e desejos relacionados à satisfação, à afetividade, ao prazer, aos sentimentos, ao exercício da liberdade e à saúde. A sexualidade humana é uma construção histórica, cultural e social e se transforma conforme mudam as relações sociais. No entanto, em nossa sociedade, foi histórica e culturalmente limitada em suas possibilidades de vivência, devido a tabus, preconceitos, interdições e relações de poder. Para adolescentes e jovens, esta dimensão se traduz em um campo de descobertas, experimentações e vivência da liberdade, como também de construção da capacidade para a tomada de decisões, de escolha, de responsabilidades e de afirmação de identidades, tanto pessoais como políticas. A sexualidade se destaca como campo em que a busca por Autonomia de projetos e práticas é exercida de forma singular e com urgência próprias da juventude (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA, 2003). Como afirma a OPAS, as políticas e os programas de saúde voltados para os adolescentes e jovens frequentemente desconsideram estes diversos aspectos da sexualidade, na medida em que ignoram que a sexualidade é parte do desenvolvimento humano e os conceitos de amor, sentimentos, emoções, intimidade e desejo com frequência não se incluem nas intervenções de saúde sexual e reprodutiva". [40]

[39] Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco Teórico e Referencial: saúde sexaul e reprodutiva de adolescentes e jovens. Editora do Mnistério da Saúde, 2007.

[40] Aine-Schutt L, Maddaleno M. Salud Sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes em las Américas: implicacióones em programas y políticas: OPAS, 2003.

Pesquisadoras da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo assim concluíram uma pesquisa qualitativa que trata das representações sociais da adolescentes:

> "Para a adolescente, a iniciação sexual mostra-se como um momento importante de escolha e de definições na vivência da sexualidade, desencadeando sentimentos diferenciados, que se agrupam em dois blocos: o desejo e o medo. Tais sentimentos não são estáticos, algumas vezes se distanciam e outras se aproximam. Assim, o DESEJO está relacionado à possibilidade de descobrir novas emoções, deixar de ser criança, ser amada e respeitada, ser reconhecida, ser independente e ser feliz. O medo, por outro lado, refere-se à possibilidade de uma gravidez precoce e de suas conseqüências, tais como: reação violenta dos pais, o desprezo dos familiares e do namorado, os comentários no meio em que vive a respeito da sua iniciação sexual, as cobranças feitas e as responsabilidades geradas pela maternidade e, ainda, o resultado de assumir sozinha a criação dos filhos e de alterar seus planos futuros. O entendimento desses sentimentos requer uma análise mais ampla, voltada para as relações de gênero e suas interferências na vivência sexual e na subjetividade da adolescente, considerando a frequencia com que eles emergiram no seu discurso. Em relação à iniciação sexual, alguns aspectos merecem ser destacados, tais como: mitos e tabus interferindo nas decisões das adolescentes; comportamento diferenciado dos pais em relação às filhas e aos filhos; controle da sociedade sobre a sexualidade da mulher; responsabilidades unilaterais a serem assumidas pela mulher e mudanças nos planos futuros, caso ocorra uma gravidez. Entendemos que as questões de gênero mostram-se imprescindíveis à compreensão dos processos de construção dos sujeitos sociais, da lógica que direciona a organização dos papéis propostos para o sexo feminino e masculino, e das interferências das relações de gênero nas decisões das adolescentes acerca da sexualidade. A discussão dessas questões assume um caráter emancipatório na medida em que questiona a lógica interna da construção da diferença, propõe uma postura mais crítica diante dos papéis sociais atribuídos a homens e mulheres e motiva as adolescentes a

se tornarem agentes de mudança no meio em que vivem, reconhecendo o lugar social da mulher e reivindicando seus direitos. Entendemos que, quando discutimos as questões de gênero, já começamos a transformá-las. Acreditamos que o entendimento das representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual e sua interface entre a identidade feminina será de grande importância para a avaliação e redirecionamento dos trabalhos desenvolvidos com as adolescentes, subsidiando debates e reflexões sobre a vivência de uma sexualidade saudável e responsável pelos jovens." [41]

Pesquisadores portugueses realizaram um amplo estudo para explorar múltiplos contextos relacionais que promovem a vulnerabilidade e a proteção contra gravidez precoce em potenciais grupos de risco de adolescentes portugueses. Foi realizada uma análise comparativa entre dois grupos de meninas adolescentes de baixo nível social e econômico; um grupo com relato de gravidez e outro grupo de meninas sem relato de gravidez na adolescência. Os resultados sugerem que muitas variáveis pertencentes aos diferentes contextos – familiar, escolar e a relação com o parceiro – são importantes na caracterização de ambos os grupos. Baixo nível de proteção por parte da mãe, suporte emocional do pai, histórico familiar de gravidez na adolescência, baixo nível de proximidade emocional com o parceiro e baixo rendimento escolar foram considerados fatores estatisticamente significativos e associados à gravidez na adolescência.[42]

Para Hollingworth e Kreutner:

"Se a gravidez acontece nessa fase, o nascimento da criança ou a opção do aborto ocorrem em um período de transformações intensas. Torna-se cada vez mais claro que a gravidez na adolescência é

[41] Amaral MA, Fonseca RMGS - Entre o desejo e o medo: as representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual. Rev Esc Enferm USP 2006; 40 (4): 469-76.
[42] Pereira AIF, Canavarro MC, Cardoso MF, Mendonça D. - Relational Factors of Vulnerability and Protection for Adolescent Pregnancy: a Cross Sectional Comparative Study of Portuguese Pregnant and Non-Pregnant Adolescent of Low Socioeconomic Satatus. Adolescence, Volume 40, n. 159, Fall, 2005.

primariamente um problema social que pode acarretar conseqüências médicas". [43]

Em São Paulo, maior centro urbano do Brasil, os homicídios são a causa mais frequente de morte entre adultos jovens, seguido de infecção pelo Vírus da Imudeficência Humana (VIH/SIDA).[44] Existe muita controvérsia sobre se a associação entre gestação em adolescentes e evolução desfavorável no nascimento é reflexo do ambiente socioeconômico desfavorável no qual muitas adolescentes sobrevivem ou se os problemas são causados pela imaturidade biológica.[45]

Muitos autores opinam que a gestação em adolescentes, em geral, tem prognóstico favorável[46] [47] e sugerem que a gravidez precoce não é um fator de risco independente para os problemas verificados no nascimento. [48] [49] 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 desigualdade 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 VIH 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

[43] Hollingworth DR, Kreutner AKK. Teenage pregnancy. N Engl J Med 1980; 303: 516 - 8.
[44] PRO-AIM/Secretaria Municipal de Saúde/PMSP. Sumário de dados, 2004. Disponível na Internet: http://portal.prefeitura.sp.gov.br./secretarias/governo/sumario_dados/0003. Acessado em 12 de maio de 2010.
[45] Mahfouz AA, El Said MM, al Erian RA, Hamid AM. Teenage pregnancy: are teenagers a high risk group? European Journal of Obstetrics and Gynecology and reproductive Biology 1995; 59: 17-20.
[46] Berenson AB, Weimann CM, McCombs SL. - Adverse perinatal outcomes in Young adolescents. J Reprodu Med 1997; 42: 559-564.
[47] Lawlor DA, Shaw M. What a difference a year makes? Too little tôo late. Int J Epidemiol 2002; 31: 558-559.
[48] Yoder BA, Young MK. Neonatal outcomes of teenage pregnancy in a military population. Obstet Gynecol 1997; 90: 500-506.
[49] Rogers MM, People-Sheps MD, Suchindan C. Impact of a social support program in teenage pernatal care use and preganancy outcomes. J Adolesc Health 1996; 19: 132-140.

> 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".[50]

Em decorrência da assimetria de gênero, a gravidez na adolescência 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.

Em relação à atençao com a adolescência, Clóvis Constantino ressalta que:

> "Por séculos, os adolescentes constituíram um grupo ao qual não se dedicava muita atenção a sua saúde. Somente a partir do século XIX começaram a ser criados, na Europa, alguns serviços especializados até chegar a uma proposta de assistência integral. Em nosso país, com a pioneira colaboração das senhoras – referência à Maria Ignez Saito e Albertina Duarte – os serviços começaram a se formar de maneira sistematizada e, hoje, a adolescência constitui uma grande área da Medicina". [51]

Sabroza et. al., comentam os riscos que acometem os jovens nesta fase da vida:

> "A complexidade característica da gravidez precoce é influenciada por diferenças sociais, culturais e econômicas da adolescente que a vivencia. O fato de a adolescente vir a ultrapassar etapas importantes, do ponto de vista do desenvolvimento, em função de

[50] Marshal, WA, Tanner JM. Variations in pattern of puberal changes in girls. Arch. Dis. Child.; 44:2 91-293, 1969.
[51] Constantino CF. Medicina do Adolescente. Revista Ser Médico 2008; 43, abril/maio. p. 29.

> uma gestação nesse período, constitui-se como uma experiência emocionalmente difícil. A responsabilidade precoce imposta pela gravidez, paralela a um processo de amadurecimento, ainda em curso, resulta em uma adolescente mal preparada para assumir as responsabilidades psicológicas, sociais e econômicas que a maternidade envolve [52] [53]. A instabilidade das relações conjugais também acaba por contribuir para a ocorrência de prejuízos emocionais e até mesmo de transtornos de ordem afetiva [54] [55], muitas vezes agravados por um ambiente familiar pouco acolhedor e muito mobilizado pela notícia da gestação. Alguns estudos também mostram que o risco dos filhos serem vítimas de maus-tratos é maior [56], especialmente nos casos em que a gravidez foi indesejada [57]. Nesse sentido, alguns aspectos psicológicos, tais como baixa auto-estima, ausência de apoio familiar, vivência de alto nível de estresse, poucas expectativas frente ao futuro e a presença de sintomas depressivos, além de comuns, exercem influência no modo que a relação entre a gestante adolescente e seu bebê irá se constituir. De acordo com Barnet et al.[58], a prevalência de sintomas depressivos durante a gestação pode variar entre 44,0 e 59,0%, sendo comuns em gestantes adolescentes." [59]

A adolescência compromete uma faixa etária sujeita a outras vulnerabilidades. Pesquisadores do Rio Grande do Sul que estudaram homicídios entre adolescentes no Sul do Brasil:

---

[52] Silva MCSC. Hábitos e comportamentos do adolescente. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 1987.
[53] Motta M, Pinto-Silva JL. Gravidez na adolescência. Campinas: Núcleo de Estudos de População, Universidade Estadual de Campinas; 1994.
[54] Montessoro AC, Blixen CE. Public policy and adolescent pregnancy: a reexamination of the issues. Nurs Outlook 1996; 44:31-6.
[55] Perrin KM, McDermott RJ. Instruments to measure social support and related constructs in pregnancy adolescents: a review. Adolescence 1997; 22:533-57.
[56] Conger JJ, Petersen A. Adolescence and youth: psychological development in a changing world. New York: Harper & Row; 1984.
[57] Azevedo MA, Guerra VA. Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Editora Iglu; 1985.
[58] Barnet B, Joffe A, Duggan AK, Wilson MD, Reepke JT. Depressive symptoms, stress and postpartum adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med 1996; 1150:64-9.
[59] Sabroza AR, Leal MC, Souza Jr. PR, Gama SGN. Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro (1999-2001). Cad. Saúde Pública vol.20 suppl.1 Rio de Janeiro, 2004.

> "O conceito de vulnerabilidade é empregado neste trabalho buscando-se avaliar as suscetibilidades desses jovens ao homicídio, sendo analisado em três componentes interligados: o individual, referente aos comportamentos e às práticas adotadas pelo adolescente; o social, relacionado à estrutura da sociedade; e o programático ou institucional, associado à capacidade de resposta das instituições públicas às necessidades desses sujeitos. Esse termo pode ser entendido como o oposto de *empowerment*, ainda sem tradução para o português, mas que vem sendo utilizado como empoderamento. A mortalidade por homicídios em adolescentes reflete um dos sintomas do quadro social brasileiro, que vulnerabiliza esse grupo populacional, expondo-os a situações que determinam sua morte de forma precoce e violenta. Os adolescentes, por suas características biológicas e psíquicas, necessitam identificar-se com um mundo que lhes ofereça suporte emocional para enfrentarem e desfrutarem essa fase da vida, repleta de inseguranças e conflitos internos. Essas características, aliadas à falta de perspectivas originadas pelas discrepâncias sócio-econômicas e culturais, são fatores precipitantes da exacerbação de comportamentos violentos, desencadeantes dos homicídios[60], inscritos na vulnerabilidade individual".[61]

Pesquisadores de Teresina no Piauí, Brasil, compararam um grupo de 278 gestantes adolescentes com idade entre 15 e 19 anos com gestantes mais idosas que tiveram filhos no ano de 1996. Passados 10 anos, ou seja, no ano de 2006, verificou se que o impacto da gravidez foi muito mais desfavorável nas adolescentes em termos de estilo de vida, educação e trabalho.[62] Em Feira de Santana, na Bahia, pesquisadores realizaram um estudo

[60] Levisky DL. Aspectos do processo de identificação do adolescente na sociedade contemporânea e suas relações com a violência. In: Levisky DL, organizador. Adolescência e violência. Conseqüências da realidade brasileira. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997, p. 17-29.
[61] Sant'Anna A, Aerts D, Lopes MJ. - Homicídios entre adolescentes no Sul do Brasil: situações de vulnerabilidade segundo seus familiares. Cadernos de Saúde Pública vol.21 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2005.
[62] Gomes KRO, Speizer IS, Gomes FM, Oliveira DDC, Moura LNB. Who are the pregnant adolescents in the poorest state capital of Brazil. Public Health Nursing, volume 25, n. 4, 2008, p. 319-326.

epidemiológico de corte transversal, no qual foi estudado o total de nascidos vivos (NV) e respectivas mães adolescentes (10 a 19 anos) e adultas jovens (20 a 24 anos), no Município de Feira de Santana, em 1998, totalizando 5.279 nascidos vivos. As conclusões foram que:

> "Os resultados apontaram, entre adolescentes, alta prevalência de HIV e baixo nível de escolaridade, além do risco aumentado para analfabetismo, não-realização de pré-natal, baixo peso e peso insuficiente dos NV, na faixa de 10 a 16, comparada à de 20 a 24 anos. O estudo aponta a necessidade de sensibilização de profissionais quanto ao preenchimento adequado do SINASC, investimento dos Serviços de Saúde na captação precoce e inserção da mãe adolescente ao pré-natal, acompanhamento pós-parto e planejamento familiar, assim como implementação de ações de sensibilização da população adolescente pelos Sistemas de Educação e de Saúde quanto à responsabilidade de prevenir a gestação precoce e não planejada e suas conseqüências". [63]

Carniel e um grupo de pesquisadores realizaram estudo transversal que analisou os nascimentos de filhos de adolescentes ocorridos em Campinas, Estado de São Paulo, Brasil em 2001. Identificou-se o perfil pelas características sociodemográficas maternas, relacionadas às gestações, aos partos e recém-nascidos. As conclusões foram que:

> "o perfil das mães adolescentes e dos seus partos e os fatores de risco para gravidez na adolescência relacionaram-se principalmente com condições socioeconômicas desfavoráveis, sugerindo que as intervenções requerem ações intersetoriais. Os resultados deste estudo foram semelhantes aos encontrados por outros autores, em diferentes localidades, em que as gestantes adolescentes, em comparação com as adultas, tinham condição econômica mais desfavorável, pior nível de instrução, hábitos de vida pouco saudáveis, menos trabalho remunerado, gestações anteriores, gravidez indesejada e não tinham companheiro fixo. Além disso, foram encontradas associações entre gestação na

[63] Costa MCO, et. al. Estudo dos partos e nascidos vivos de mães adolescentes e adultas jovens no Município de Feira de Santana, Bahia, Brasil, 1998. Cad. Saúde Pública vol.18 n.3 Rio de Janeiro May/June 2002.

adolescência e resultados adversos para o RN como, prematuridade e baixo peso ou peso insuficiente ao nascimento, provavelmente decorrentes da situação socioeconômica dessas mães e da não adesão ao pré-natal. [64] [65] [66] [67] [68] Como os dados do perfil das mães adolescentes e dos seus partos e os fatores de risco para gravidez na adolescência relacionaram-se principalmente com condições socioeconômicas desfavoráveis, a intervenção necessária requer ações intersetoriais. Deve haver um esforço conjunto de diversos setores da sociedade no sentido de atender às necessidades dos jovens. O setor da saúde deve organizar seus serviços de forma diferenciada para o acolhimento e acompanhamento de saúde dos adolescentes, contando com uma equipe multidisciplinar motivada e capacitada para trabalhar com pessoas dessa faixa etária. É importante também haver parcerias com instituições governamentais e não-governamentais de educação e promoção social, com as famílias e com comunidade para que, por meio de informação, de conhecimento, com proteção e apoio, os jovens se encaminhem para a vida adulta de forma saudável e responsável". [69]

No Equador, um estudo controlado com 140 casos de gestação em adolescentes levou à conclusão de que o início da vida sexual precoce, a não utilização de contraceptivos na primeira relação sexual, moradias em áreas de pobreza, abusos sexuais

[64] Aquino EML, Heilborn ML, Knaut D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J, Menezes G. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. Cad Saúde Pública. 2003; 19 (Sup 2): S377-S88.
[65] Costa MCO, Santos CAT, Sobrinho CLN, Freitas JO, Ferreira KARL. Indicadores materno-infantis na adolescência e juventude: sociodemográfico, pré-natal, parto e nascidos vivos. J Pediatr (Rio J) 2001; 77: 235-42.
[66] Vieira MLF. Filhos de mães adolescentes: avaliação do crescimento e desenvolvimento com um ano de idade [tese doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciência Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2002.
[67] Batista RFL. Condições de vida e saúde de gestantes adolescentes residentes no município de Campinas [dissertação mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2001.
[68] Yazlle MEHD, Mendes MC, Patta MC, Rocha JSY, Azevedo GD, Marcolin AC. A adolescente grávida: alguns indicadores sociais. Rev Bras Ginecol Obstet 2002; 24: 609 - 14.
[69] Carniel EF, Zanoli ML, Almeida CAA, Morcílio AM. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. vol.6 no.4 Recife 2006.

na infância e adolescência e ruptura com o núcleo familiar, são fatores de risco para gravidez na adolescência. [70]

Cassorla realizou um estudo epidemiológico do tipo caso controle em Campinas, com a inclusão de 50 casos de tentativas de suicídio em jovens de 12 a 27 anos, e observou que um terço dos casos era de moças que haviam estado grávidas e sugere que a gravidez seria apenas um evento em uma carreira de vários outros eventos interligados e que levariam uma jovem a tentar o suicídio.[71] Essa possibilidade foi reforçada pelos achados de Wagner em estudo de caso-controle, envolvendo 1050 escolares com idade entre 12 e 18 anos: no grupo de jovens que haviam tentado suicídio, houve relatos de maior atividade sexual, mais namoros, mais parceiros sexuais e gestações.[72]

A gravidez é a primeira causa de internações (66%) em moças com idade entre 10 e 19 anos na rede SUS. Aproximadamente 20% do total de partos ocorrem em adolescentes de 10 a 19 anos. A segunda causa de internações nessa mesma população corresponde ao grupo de causas externas, entre as quais, a tentativa de suicídio.[73]

A gravidez na adolescência associa-se a um risco suicida elevado, tanto durante a gestação, quanto no pós-parto, paralelamente a uma maior incidência de depressão e a uma percepção negativa da rede de apoio social.[74] Além disso, são frequentes os registros de abusos físico e sexual nessa população[75], o que se associa com a presença de ideação suicida [76], com tentativas de suicídio e com sintomatologia depressiva crônica no primeiro ano após o parto.[77]

---

[70] Goicolea I, Wullf M, Ohman A, Sabastian MS. Risk factors for pregnancy among adolescent girls in Equador´s Amazon basin: a case control study, Revista Panamericana de Salud Publica 26(3), 2009.

[71] Cassorla RMS. Jovens que tentam suicídio: relacionamento social, gravidez e abortamentos: um estudo comparativo com jovens normais e jovens com problemas mentais (III). J Bras Psiquiatr 1985; 34:151-6.

[72] Wagner BM, Cole RE, Schwartzman P. Psychosocial correlates of suicide attempts among junior and senior high school youth. Suicide Life Threat Behav 1995; 25:358-72.

[73] Datasus. Banco de dados do Sistema Único de Saúde 1999. Disponível em: http://www.datasus.com.br. Acessado em 26 de maio de 2010.

[74] Vasquez R, Piñeros S. Psicopatologia en madres adolescentes. Pediatria (Bogotá) 1997; 32:229-38.

[75] Covington DL, Dalton UK, Diehl SJ, Whight BD, Piner MH. Improving detection of violence among pregnant adolescents. J Adolesc Health 1997; 21:18-24.

[76] Koniak-Griffin D, Walker DS, Traversay J. Predictors of depression symptoms in pregnant adolescents. J Perinatol 1996; 16:69-76.

[77] Lesser J. Childhood abuse, depression, and maternal role attainment in adolescent mothers. J Adolesc Health 1998; 137.

Kimberly McClanahan, da Universidade do Kentucky, faz o seguinte comentário em Editorial da revista referenciada:

> "A gestação na adolescência continua a ser considerado um problema de saúde pública nos Estados Unidos. A depressão em meninas adolescentes é também um problema muito relevante. A adolescência é uma época de metabolismo acelerado, mudanças hormonais, fisiológicas e psicológicas e as mudanças que ocorrem durante a gravidez se superpõem sobre as mudanças normais e esperadas do desenvolvimento, resultando num quadro médico bastante complexo que pode incluir sintomas depressivos. O tratamento da depressão em adolescentes é complexo devido à utilização de inibidores da reabsorção da serotonina em mulheres grávidas e ainda o fato de que somente a fluoxetina foi aprovada pela *Food and Drug Administration* (FDA) para ser utilizada em populações pediátricas. A preocupação com esta limitação terapêutica faz com que a depressão seja subtratada na população pediátrica e a depressão está associada com evolução desfavorável tanto para a mãe como para o bebê". [78]

Pesquisadores do Departamento de Psiquiatria da Universidade Estadual de Campinas analisaram uma amostra de 120 gestantes adolescentes atendidas no serviço de pré-natal e concluíram que:

> "As adolescentes com ideação suicida (16,7% da amostra) eram predominantemente solteiras e contavam com pouco apoio social. Essas associações corroboram o que outros autores já haviam assinalado [79] [80] [81]. Também encontramos associação significativa entre ideação suicida e

[78] McClanahan KK. Depression in Pregnant Adolescent: considerations for treatment. Journal of Pediatrics and Adolescent Gynecology (2009) 22:59-64.
[79] Rey Gex C, Narring F, Ferron C, Michaud PA. Suicide attempts among adolescents in Switzerland: prevalence, associated factors and comorbidity. Acta Psychiatr Scand 1998; 98:28-33.
[80] Mazza JJ, Reynolds WW. A longitudinal investigation of depression, hopelessness, social support, and major and minor life events and their relation to suicidal ideation in adolescents. Suicide Life Threat Behav 1998; 28:358-74.
[81] Barnet B, Joffe A, Duggan AK, Wilson MD, Repke JT. Depressive symptoms, stress, and social support in pregnant and postpartum adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med 1996; 150:64-9.

> depressão/ansiedade.[82] [83]. Com base em nossos achados, concordamos com a revisão de Vásquez & Piñeros, [84] ao afirmar que a gravidez na adolescência apresenta um risco suicida elevado, tanto durante a gestação, quanto no pós-parto, associando-o a uma maior incidência de depressão e a uma percepção negativa da rede de apoio social. Esse perfil, no entanto, não se aplica a todas as adolescentes grávidas, mas, especialmente a um subgrupo, em torno de um quinto do total, que manifesta ansiedade, depressão, ideação suicida e que conta com pouco apoio social. Podemos concluir que as adolescentes grávidas apresentaram-se como um grupo heterogêneo: havia as que estavam felizes com sua condição, dizendo que tinham feito de tudo para estarem grávidas. Em outro extremo, havia adolescentes cuja gravidez aparecia como a única esperança em uma vida de muita violência e desespero. Sentiam-se sós, desamparadas, chegando a pensar em suicídio. Esse perfil aplica-se especialmente a um subgrupo, em torno de um quinto do total, que manifesta ansiedade, depressão, ideação suicida e que conta com pouco apoio social. Dessa forma, o atendimento pré-natal de adolescentes grávidas confirma-se como uma excelente oportunidade de se conjugar esforços de diferentes profissionais, a fim de melhorar a detecção e a condição psicossocial dessas gestantes e, conseqüentemente, de seus futuros bebês".[85]

Pesquisadores de Cleveland, Ohio, relatam que as gestantes adolescentes com relatos de Doenças Sexualmente Transmissíveis são mais propensas a desordens depressivas. [86] Chalem et. al., ao estudar o perfil social, demográfico e comportamental de gestantes adolescente da periferia da cidade de São Paulo concluiram que:

---

[82] Ghaziuddin MDN, King CA, Naylor MW, Guaziuddin M. Anxiety contributes to suicidality in depressed adolescents. *Depress Anxiety* 2000; 11:134-8.

[83] Kovacs M, Goldston D, Gatsonis C. Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: a longitudinal investigation. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993; 32:8-20.

[84] Vasquez R, Piñeros S. Psicopatologia en madres adolescentes. Pediatria (Bogotá) 1997; 32:229-38.

[85] Freitas GVC, Botega NJ. Gravidez na Adolescência: Prevalência de Depressão, Ansiedade e Ideação Suicida. Rev. Assoc. Med. Bras. vol.48 no.3 São Paulo July/Sept. 2002

[86] Lee SH, O´Riordan MA, Lazebnik R. Relationships among Depressive Symtoms, Sexually Transmitted Infections, and Pregnancy in African-American Adolescent Girls. Journal of Pediatric Adolescent Gynecology (2009) 22:19-23.

"Em relação aos resultados perinatais, estudos brasileiros [87] [88] falam da associação de prematuridade e baixo peso ao nascer com idade materna, condições sócio-econômicas desfavoráveis, assistência pré-natal pública e tipo de parto. Os elevados índices de prematuridade (13,3%) e de baixo peso (15,9%) ao nascer encontrados no presente estudo confirmam essa associação, pois a população estudada era de mães adolescentes, predominantemente de classes sociais desfavorecidas, com assistência pré-natal no SUS. Esses dados fornecem subsídios para a elaboração de políticas de saúde e devem ser considerados nas prioridades da atenção materno-infantil. A associação de gravidez precoce a outros comportamentos de risco, como o uso e abuso de drogas numa população jovem, inserida num contexto de situações de violência, caracteriza a população estudada como extremamente vulnerável, que necessita de abordagens específicas e urgentes se desejarmos mudar o panorama encontrado. Resumindo, conforme já apontado por Singh [89] e confirmado pelo presente estudo, a gestação na adolescência é um fenômeno com repercussões significativas para o indivíduo e para a sociedade. Para a adolescente, a gravidez precoce pode marcar e alterar toda a sua vida. Pela perspectiva da comunidade e do governo, esse fenômeno tem uma forte associação com baixos níveis educacionais e um impacto negativo no seu potencial de ascensão econômica. A gravidez na adolescência é um fenômeno complexo, associado à grande número de fatores, como os econômicos, educacionais e comportamentais, precipitando problemas e desvantagens decorrentes da maternidade precoce". [90]

[87] Bettiol H, Barbieri MA, Gomes UA, Wen LY, Reis PM, Chiaratti TM, et al. Atenção médica à gestação e ao parto de mães adolescentes. Cadernos de Saúde Pública 1992; 8: 404-13.
[88] Bettiol H, Rona RJ, Chinn S, Goldani M, Barbieri MA. Factors associated with preterm births in southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts born 15 years apart. Paediatr Perinat Epidemiol 2000; 14:30-8.
[89] Sing S. Adolescent childbearing in developing countries: a global review. Stud Fam Plann 1998; 29:117-36.
[90] Chalem E. et. al. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública vol.23 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2007

Nos países em desenvolvimento, a gestação e a maternidade na adolescência, assim como as altas taxas de mortalidade perinatal e infantil encontram-se inseridas num contexto social mais amplo, consequência das precárias condições de vida e saúde da maioria da população. Pesquisas relacionadas à gestação e à maternidade entre adolescentes demonstram que a baixa escolaridade e a pouca profissionalização, assim como o abandono do parceiro ou da família, constituem situações de risco para o comprometimento do estado de saúde da adolescente e do(s) seu(s) dependentes(s), principalmente na ausência de suporte pré-natal. [91] [92] [93]

Um interessante estudo retrospectivo foi realizado na Grécia com 4.628 gestantes e, dentre estas, 349 (7,54%) tinham menos de 19 anos de idade. Durante todo o período analisado (de 2000 a 2005), ficou demonstrado que a maioria das gestações em adolescentes ocorreu em jovens provenientes de populações imigrantes que vivem em condições de vida mais desfavoráveis em relação aos gregos.[94] O trabalho dos gregos vem corroborar achados da literatura que sugerem que a gravidez na adolescência acomete mais frequentemente jovens provenientes de famílias com status social e econômico inferior.[95] [96] [97] Por seu turno, pesquisadores da Escola de Medicina da Universidade de Boston, em estudo prospectivo com uma amostra de 102 gestantes adolescentes, demonstraram que as meninas com peso normal ou alto antes da gravidez que apresentam excessivo ganho de peso durante a gravidez, tendem a permanecer obesas na vida adulta.[98]

---

[91] Costa MCO, Pinho FJ, Martins SJ. Aspectos psicossociais e sexuais de gestantes adolescentes em Belém, Pará. J Pediatr (Rio J) 1995;71:151-7.
[92] Guimarães MHP. Gravidez na adolescência: seus determinantes e conseqüências [dissertação]. Salvador: UFBA; 1994.
[93] Organización Mundial de la Salud. Risk approach for maternal and child health care. Geneva: WHO; 1978.
[94] Papagopoulos P. et. al. Adolescent Pregnancy in a Greek Public Hospital during a six-year period (2000-2005) – a retrospective trial. J Pediat Adolesc Gynecol (2008) 21; 265:268.
[95] Upchurch DM, Levy Storms L, Sucoff CA et. al. Gender and ethnic differences in the timing of first sexual intercouse. Family Planning Perspectives. Volume 30, Number 3, May/June 1998.
[96] Langille DB. – Teenage pregnancy: trends, contributing factors and the physician´s role. CAJM 2007; 176:1601.
[97] Preventing Teen Pregnancy: What Works and what doesn´t. Web seminar Child Trends and the Policy Institute for Family Impact Seminars, Washington, DC. Child-Trends 2003 Dec 3. Disponível na Internet: http://www.childtrends.org/_portalcat.cfm?LID=3086935F-008B-44B6-93E9C42C443B92D7 Acessado em 2 de junho de 2010.
[98] Joseph Np, Hunkali KB, Wilson B, Morgan E, Cross M, Freund KM. – Pre-pregnant Body mass índex among Pregnant Adolescents: Gestational Weight Gain and Long-Term Post Partum Weight Retention. Journal of Pediatric Adolescent Gynecology (2008) 21:195-200.

A Gravidez na Adolescência

Mandacaru quando fulora na seca
É o sinal que a chuva chega no sertão
Toda menina que enjoa da boneca
É sinal de que o amor já chegou no coração...
Meia comprida, não quer mais sapato baixo,
Vestido bem cintado, não quer mais vestir chitão,
De manhã cedo já ta toda pintada
Só vive suspirando, sonhando acordada,
O pai leva ao doutor a filha adoentada
Não come, nem estuda, não dorme , não quer nada,
Ela só quer, só pensa em namorar...
Mas o doutor nem examina,
Chamando o pai do lado lhe diz logo na surdina
Que o mal é da idade, e que pra tal menina
Não há remédio, em toda a medicina
Ela só quer,
Ela só pensa em namorar...

O Xote das Meninas
Zé Dantas e Luiz Gonzaga[99]

A descoberta da gravidez, muitas vezes, se dá como a percepção de um acontecimento indesejado acompanhado pelo medo de enfrentar a situação perante a família ou junto ao companheiro. A adolescente grávida vivencia um momento de dúvidas, inseguranças e incertezas, somado à aquisição de uma nova identidade para a qual pode não estar preparada e, sobretudo, à cobrança social que esse novo papel acarretará.

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 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.

[99]LuiZ Gonzaga (1912-1989) JosÉ de Souza Dantas Filho (1921-1962) Compositores e cancioneiros do nordeste brasileiro.

Sendo a menarca, em última análise, a resposta orgânica que reflete a interação dos vários segmentos do eixo neuroendócrino feminino, quanto mais precocemente ocorrer, mais exposta estará a adolescente à gestação. É nas classes sociais mais desfavorecidas , onde há menor atenção à educação, a promiscuidade é mais evidente, o nível de desinformação por parte dos adolescentes e dos pais é maior, a dificuldade de acesso ao serviço de saúde que dificulta a escolha de método contraceptivo, que está a grande incidência da gestação na adolescência.[100]

Para Elaine Brandão, que estudou a sexualidade e gravidez na adolescência em 25 jovens de camadas médias do Rio de Janeiro:

> "Presume-se que a gravidez na adolescência possa ser tomada como um fato social revelador dos paradoxos e tensões inerentes à socialização adolescente, na qual se forja um delicado e tênue equilíbrio entre a aquisição gradativa da autonomia juvenil (sempre relativa) e a afirmação da heteronomia consoante à função educativa parental". [101]

Raquel Foresti, em sua tese de Mestrado, relaciona a gravidez na adolescência como um caminho tortuoso e incerto na tentativa de buscar uma identidade própria:

> "A análise dos dados levantados – 16 jovens gestantes – indica que as jovens com dificuldades de se posicionarem no mundo por meio da escola e colocação profissional engravidam como tentativa de dar início a um processo de (re) construção de identidade. Essas adolescentes com histórias de deficiências afetivas mostraram falhas no seu processo de formação de identidade que vieram a ser denunciadas no momento de transição para a vida adulta. Assim, a gravidez pode ser compreendida como um 'estado de moratória diante do sentimento de dívida' apresentado por essas adolescentes no seu processo de desenvolvimento pessoal. Com a gravidez ganham tempo para dar início a um processo de

[100] Behle I. Reflexões sobre fatores de riscos na prevenção primária da gestação na adolescência. In: Maakaroun, M. F.; Souza, R. P.; Cruz, A. R. Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro, Editora Cultura Médica, 1991.
[101] Brandão ER, Heilborn ML. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 22(7): 1421-1430, julho, 2006.

(re)definição de identidade, buscando uma forma de se posicionarem no mundo. Importante ressaltar que esta é mais uma tentativa, que pode dar certo ou não no decorrer da gestação e maternidade". [102]

Segundo Albertina Duarte,

"A gravidez na adolescência não é um episódio, é parte do processo de busca de identidade, procura na qual a adolescente pode ter dificuldades em relação ao espaço e ao tempo, e que a faz assumir atitudes de rebeldia, buscar grupos menores ou até marginalizados que a compreendam, tentar soluções mágicas para seus problemas, criar juízos de valor e desprezar o que os adultos lhe impuseram e por isso, desenvolver atitudes agressivas com aqueles à sua volta. Constantemente tem necessidade de sonhar, escolher idéias com as quais pode se identificar e se refugiar na fantasia para realizar suas experiências e conquistas". [103]

De acordo com Pantoja,

"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 60, 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 considerado um problema social".[104]

[102] Foresti R. Gravidez na adolescência: um estudo exploratório sobre o início da experiência da gravidez. Interface (Botucatu) vol.5 no.9 Botucatu Aug. 2001.
[103] Duarte A. Gravidez na Adolescência. Ai, como sofri por te amar... - Editora Rosa dos Tempos. Rio de Janeiro, 2005. p. 8.
[104] Pantoja ALN. Ser alguém na vida: uma análise sócio-antropológica da gravidez maternidade na adolescência em Belém do Pará. Cadernos de Saúde Pública 2003; 19(supl. 2), S335-43.

Pesquisadores austríacos concordam com Pantoja e, após análise de gestações em 353 adolescentes primíparas que tiveram filhos entre os anos de 1983 e 1987 e entre 1999 e 2005, concluem que:

> "A evolução obstétrica das gestações em adolescentes tem permanecido favorável durante os últimos 18 anos. Nós não consideramos a adolescência um risco obstétrico. Nós sugerimos que a gestante adolescente é mais um problema de saúde pública do que um problema clínico". [105]

Deve-se considerar, todavia, que estes riscos se associam não só à idade materna, mas principalmente a outros fatores, como a baixa 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 anos.[106] 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 se postule que o risco da gestação nessa faixa etária seja mais social do que biológico, ainda que este último aspecto não possa ser totalmente desconsiderado.

Adolescentes gestantes, muitas veze, são filhas de mulheres que estiveram grávidas na adolescência, ou seja, a gravidez na adolescência tem uma associação com a história familiar.[107] Não se pode, ainda, deixar de mencionar que aproximadamente 25% das gestações não planejadas na adolescência evoluem para aborto, muitas vezes praticado com risco de mutilação ou, até mesmo, morte. [108]

---

[105] Zeck W, Walcher W, Tamussino K, Lang U. Adolescent primíparas: mudanças no risco obstétrico entre 1983-1987 e 1999-2005. J Obstetric Gynaecology Res. Volume 34 number 2: 195-198 April 2008.
[106] Correa MGBRN, Coates V. Medicina do adolescente. São Paulo: Sarvier, 1993. p. 259-62.
[107] East P, Reys BT, Horn EJ. Association between Adolescent Pregnancy and a Family History of Teenage Birhs. Perspectives on Sexual and Reproduction Health. Volume 39, number 2, June 2007.
[108] Olukoya AA, Kaya A, Ferguson BJ, AbouZahr C. - Unsafe abortion in adolescents. Int J Gynaecol Obstet 2001; 75: 137-47.

Considerando 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.

Uma proporção significativa de jovens adolescentes grávidas se sente estigmatizada pela gravidez e um risco aumentado para o isolamento e abuso. Wiemann afirma que as jovens requerem atenção especial durante e após a gravidez para desenvolver estratégias concretas de cuidados para com elas próprias e para com seus filhos para completar a educação escolar e evitar quadros depressivos futuros.[109]

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, pode se até mesmo afirmar que o uso descontextualizado dessa categoria reflete um discurso moral e regulador que objetiva o controle da disseminação da gravidez precoce.[110] 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 das oportunidades afetivas e materiais a ela associadas. Conforme relata Pantoja[111], "ser

[109] Wiemann CM, Rickert VI, Berenson AB, Volk RJ. Are pregnant adolescents stigamatized by pregnancy? Journal of Adolescent Health 36 (2005) 352.e.1-352.e.7

[110] Aquino EML, Heilborn ML, Knauth DR, Bozon M. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. Cadernos de Saúde Pública 2003; 19 (Sup. 2): S377-S388.

[111] Pantoja ALN. Ser alguém na vida: uma análise sócio-antropológica da gravidez maternidade na adolescência em Belém do Pará. Cadernos de Saúde Pública 2003; 19(supl. 2), S335-43.

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 de atividades do seu tempo livre. A falta de apoio e afeto da família em uma adolescente para a qual não se vislumbram perspectivas sociais, precário rendimento escolar, grande permissividade familiar e disponibilidade inadequada do tempo livre, podem induzir as meninas a buscar na maternidade precoce, o meio para conseguir um afeto incondicional, talvez uma família própria, reafirmando, assim, o seu papel de mulher, ou uma forma de se sentir indispensável para alguém.

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".[112]

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 podem antever as consequências indesejáveis imediatas de tal processo, como o aumento da frequência de doenças sexualmente transmissíveis (DST) nessa faixa etária; e da gravidez, às vezes indesejável e que, por isso, pode terminar em aborto provocado.[113] [114] [115] [116]

Diana Dadoorian explana sobre a causalidade da gravidez na adolescência:

---

[112] Ribeiro R, Nenevê M, Proença M. Psicologia e saúde na Amazônia. Pesquisa e realidade brasileira. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2003. P.37.

[113] Basso SC, Huino RB, Luna NF, Giorgi MM. Enfermidades de transmisión sexual. In: Sexualidad humana. Aspectos para desarrolar docencia in educación sexual. Brasilia: OPAS/Editora Brasília, 1991

[114] Crespin, J. Gravidez e abortamento na adolescência. Novos dados, velhos desafios. Rev. Paul. Pediatr. 1998; 16(4): 197-200

[115] Taquete SE. Sexo e gravidez na Adolescência. J Pediatr1992; março-abril; 68(3/4):135-9.

[116] Chabon B, Fitterman D, Hoffman ND. HIV and Aids in adolescence. Pediatric Clin. North Am2000; 47(1): 171-87.

"a gravidez na adolescência estaria relacionada com dois fatores principais: os dois fatores biológicos e os fatores não biológicos, nos quais se inserem os fatores culturais e os psicológicos. Freud mostrou que na puberdade operam-se mudanças visando a maturidade sexual. A pulsão sexual se unifica em torno de um único objetivo que é a função reprodutora. O corpo da adolescente sofre, assim, transformações e mudanças orgânicas que têm por objetivo a reprodução da espécie humana. Este processo orgânico se expressa através de uma grande pressão hormonal que impulsiona a adolescente a testar esse aparelho. Surge então o interesse pelo sexo e, deste ato decorre, frequentemente, a gravidez. A esta gravidez, fruto da estreita relação entre o corpo e a pulsão sexual, denominaremos somadesejo ou gravidez hormonal. A partir daí, dois desfechos se colocariam para a adolescente: o desejo negativo de ter o filho, situado na maternidade. Assim, esse desejo positivo ou negativo de ter um filho na adolescência é um fenômeno universal, visto que pode ocorrer com todas as adolescentes, indistintamente. Os fatores não biológicos, ou seja, os aspectos culturais e psicológicos, é que irão determinar o destino dessa gravidez hormonal. Dentre os aspectos culturais, esse somadesejo se traduziria frequentemente, nas classes populares, no desejo positivo de a adolescente ter o filho. A gravidez hormonal se transformará na gravidez simbólica, isto é, numa maternidade precária. Apesar das circunstâncias econômicas e sociais desfavoráveis, o desejo de ter o filho é predominante entre essas jovens, sendo necessário localizar sua origem. O intercurso da gravidez na adolescência é um fato rotineiro e comum nesta classe social. As colegas destas jovens, suas irmãs e sua própria mãe são ou foram mães adolescentes. Verifica-se então uma valorização da maternidade, em que ser mãe equivale a assumir um novo status social, o de ser mulher. Surge, assim, um trinômio: adolescente-mãe-mulher, em que a gravidez é a via de acesso à feminilidade. A afirmação social nesse meio se expressa na maternidade, o que possibilita dizer que se trata, também nesse caso, de uma gravidez social, isto é, maternidade social. Já no que concerne à adolescente de classe média, verifica-se

igualmente a confluência dos fatores culturais na determinação do destino da gravidez hormonal. Neste meio cultural, a maternidade é, em geral, indesejada na adolescência. A adolescência surge como um período intermediário adiando o ingresso do indivíduo na vida adulta. Na classe média há uma pressão social que se expressa pelo incentivo ao estudo e ao trabalho, possibilitando que as jovens vivam de modo mais prolongado sua adolescência, ao contrário do que ocorre às adolescentes de classes populares, em que a maternidade interfere neste ciclo. O desejo negativo de ter um filho, expresso geralmente pelas adolescentes de classe média, reflete a exacerbação da atitude masculina na mulher, visto que frente ao filho interpõem-se outros objetos, como a faculdade e o trabalho. O maior investimento narcísico de suas famílias soma-se a este aspecto e, os pais estimulam estas adolescentes a estudarem, a fazerem cursos, a viajarem. Logo, esses objetos atuam como reparadores narcísicos, ou seja, eles assumem o valor de falo e o desejo de ter um filho pode, assim, ser adiado para a vida adulta. Juntamente com os fatores culturais, os fatores psicológicos também são determinantes. Freud nos mostra que o tipo de escolha amorosa que leva ao amor objetal completo se expressa através da maternidade, em que a mulher transfere para a criança (objeto estranho e que é ao mesmo tempo extensão de seu corpo) o seu próprio narcisismo. O desejo de ter um filho representa a possibilidade de restauração do seu próprio narcisismo infantil abandonado. As jovens mães entrevistadas relataram que o filho representa tudo para elas e que elas desejam o melhor para eles, que eles estudem, trabalhem e que não lhes falte nada". [117]

Marta Yazlle, de Ribeirão Preto, faz importantes considerações sobre a gravidez na adolescência e classe social:

"É importante, na abordagem de medidas preventivas, considerar quais adolescentes estão mais expostas ao risco de engravidar. Entre 7.134 partos de adolescentes ocorridos no município de Ribeirão Preto,

[117] Dadoorian D. Um novo olhar sobre a Gravidez na Adolescência. Pronta para voar. Editora Rocco, 2000, p. 141-3.

São Paulo, observa-se entre gestantes adolescentes, cifras significativamente maiores entre aquelas atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), quando comparadas com jovens atendidas pelo sistema pré-pago (Convênio ou Particular), ou seja: 2,1% corresponderam a categoria particular, 17,9% a categoria convênio e 80,0% a categoria SUS".[118]

Maria Inês Brandão assim conclui seu trabalho intitulado Gravidez na Adolescência: o parto enquanto espaço do medo:

"em nossa investigação constatamos que, ao engravidarem, as adolescentes, independentemente de seu nível social, econômico e cultural, abandonam os estudos por vergonha da barriga, que demonstra sua condição de gestante e torna pública uma conduta considerada clandestina socialmente, ou seja, uma vida sexual ativa fora do casamento. A sociedade possui uma moral sexual na qual o sexo é permitido dentro do casamento. A adolescente grávida transgride essa norma e sente-se culpada. Sua conduta provoca o afastamento de seu grupo de amigos e, consequentemente, o isolamento social, tendo como reflexo a perda do apoio afetivo, que é muito importante para a sua vida. No que se refere ao parto, verificamos que, independentemente de classe social e nível cultural, as adolescentes admitidas na Maternidade para darem a luz vivem esse momento com muito medo e insegurança, por se tratar de uma situação desconhecida sobre a qual não tem nenhum tipo de controle. Constatamos, assim, que para estas jovens, o parto significa o medo. Os médicos consideram o parto de adolescente um evento complicado, devido à insegurança, ao despreparo e à imaturidade emocional delas. Para as auxiliares de enfermagem, este parto significa algo trabalhoso, pelo fato de as meninas solicitarem sua presença constantemente, alegando medo de permanecerem sozinhas. A fragilidade emocional acentua-se no decorrer do trabalho de parto nas adolescentes que foram abandonadas pelo namorado ou rejeitadas pela

[118] Yazlle MEHD. Gravidez na adolescência. Editorial. Revista Brasileira de Ginecol. Obstet. vol. 28 número 8, Rio de Janeiro Agosto, 2006.

família. Vale ressaltar que as adolescentes internadas pelo SUS não ficam acompanhadas pelos familiares[119]. Após a internação, a família é dispensada, sendo comunicada posteriormente sobre o nascimento do bebê. Esta situação também desgasta emocionalmente as jovens que se apóiam nos componentes da equipe de saúde, para obter um pouco de atenção. Este fato não é verificado no caso das adolescentes que são internadas através de convênios de saúde ou pelo sistema particular, uma vez que a família pode permanecer ao lado delas, proporcionando-lhes, maior apoio emocional. De qualquer forma, o medo é uma realidade vivenciada por todas elas. Embora todas as adolescentes estejam em fase de formação, necessitando de apoio, segurança e orientação, quando engravidam e dão à luz, a assistência que recebem dos profissionais de saúde é fragmentada e diferenciada de acordo com seu nível sócio-econômico. A partir desses fatores, observamos que as relações entre os atores sociais, no momento do parto, em geral ficam comprometidas, principalmente no caso das jovens que são atendidas pelo sistema público. A falta de informações adequadas, a ausência de apoio, as incertezas e, sobretudo, o medo fazem com o movimento dessas adolescentes na direção da equipe de saúde seja um apelo, um pedido de socorro. Por outro lado, a equipe de saúde, ou por falta de condições de lhes prestar um melhor atendimento ou por banalizar a situação, passam a se relacionar muito mais como o parto em si do que com os sujeitos que o vivenciam. No que se refere ao significado da gravidez e do parto na vida as adolescentes e de seus familiares, nosso estudo nos permitiu apontar que, também independente do nível sócio-econômico, a família tem dificuldades para aceitar a condição de gestante da adolescente. A primeira pessoa a tomar conhecimento da gravidez é a mãe, a qual muitas vezes, custa a aceitar o fato. De uma maneira geral, o primeiro sentimento da mãe é de não aceitação da gravidez da filha. Após o parto,

[119] O texto em citação é anterior à chamada Lei do Acompanhante que é a Lei número 11.108, de 7 de abril de 2005, que obriga todos os serviços de saúde da rede SUS, da rede própria ou conveniada, a permitir a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente dutante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Disponível na Internet: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm Acessado em 1 de maio de 2010.

> a criança transforma a vida da jovem que se vê presa a horários de amamentação e higienização que, de certa forma, a obrigam a permanecer ao lado da criança constantemente. Este fato contribui para a perda do convívio social com o grupo de amigos, pois a mãe adolescente não tem tempo disponível para este convívio e os amigos "estão noutra", por continuarem sua convivência normal com os amigos, na escola, nas festas, nos passeios e sem horários definidos e rígidos. As adolescentes sentem intensamente as mudanças que ocorrem em sua vida e chegam a causar-lhes sofrimento. Isto se dá pelo fato de estas jovens não estarem preparadas para a maternidade e por esta não ter sido uma opção, mas sim, uma condição imposta pela decorrência dos fatos. Nenhuma das adolescentes estava estudando. Aquelas com maior poder aquisitivo relataram que voltariam a estudar, assim que fosse possível. As que pertenciam às classes sociais desfavorecidas economicamente planejavam buscar um emprego para colaborar na renda familiar e retornar aos estudos passou a ser, para elas, um sonho distante. Esta investigação nos permitiu olhar a gravidez na adolescência a partir da ótica dos atores sociais envolvidos; podemos constatar que todas as adolescentes grávidas percorrem um longo e doloroso caminho de perdas em suas vidas, em diferentes níveis, pessoal, familiar, educacional e social. A insegurança permeia todos os momentos, desde a concepção até os cuidados do bebê. Estas constatações, de nenhuma forma, confirmam nossos pressupostos que nos remetem a dificuldades enfrentadas com a gravidez na adolescência, tanto por parte dos sujeitos que a vivenciam, como por parte daqueles que os atendem".[120]

Alguns autores falam sobre a influência da mídia, como um catalisador da gravidez na adolescência. As novelas mostram meninas mães felizes com seus bebês e sob o teto aconchegante de suas famílias, fazendo refeições em mesas fartas e abundantes. Ao que parece, a mídia tem um papel importante no "pensamento mágico" que envolve a gravidez de uma menina que ainda é totalmente dependente de terceiros para satisfazer suas necessidades básicas de sobrevivência.

[120] Bocardi MIB. Gravidez na Adolescência: o parto enquanto espaço do medo. São Paulo, Arte e Ciência; Marília SP: Editora UNIMAR, 2003 p. 115-117.

Sobre esta mágica, assim refere Oliveira:

> "A mídia reforça, em vários aspectos, o pensamento mágico ainda presente na adolescente, ao mostrar casos de gravidez na adolescência que são resolvidos de forma quase 'mágica' como quedas de escadas etc., além de raramente mostrar as conseqüências de ter um filho nessa fase da vida. Outro aspecto da contribuição da mídia é o grande reforço que dá aos papéis de esposa-mãe da mulher e a glorificação de algumas mulheres que optaram pela gravidez como Madona, Cláudia Raia, Demi Moore etc. A adolescente em busca de modelo tem na tela da TV a oportunidade de encontrá-lo. Ainda sobre o 'pensamento mágico', este não é privilégio de quem está transitando da infância para a vida adulta. Os pais também o apresentam ao se convencerem de que 'com minha filha isso não vai acontecer'. Daí pode decorrer a ausência de informações sobre prevenção de gravidez, por parte dos pais. O contexto familiar pode influenciar na ocorrência da gravidez também de outras formas. A ausência de laços afetivos fortes na família e da atenção aos seus peculiares problemas e o sentimento de abandono podem levar a jovem a apoiar-se apenas no namorado. Com receio do abandono também por parte deste, caso não lhe dê a tão requisitada 'prova de amor', a adolescente, já carente de afetividade, vai aceitando o curso que o namoro vai tomando sem aperceber-se dos riscos físicos e emocionais. Além disso, pode ver, na gravidez, a solução para agredir os pais punindo-os pela falta de afeto". [121]

Anita Chandra relata, em trabalho longitudinal, que entrevistou o mesmo grupo de meninas com idade entre 12 e 17 em 2001, 2002 e 2004 e concluiu que a exposição frequente a programas de televisão com conteúdo sexual estava associada a uma probabilidade significativamente maior de gravidez nos 3 anos subsequentes:

---

[121] Oliveira MW. Gravidez na Adolescência: Dimensões do Problema. Caderno Cedes, volume 19, Campinas, julho 1998. Disponível na Internet. Acessado em 27 de maio de 2010. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-32621998000200004&script=sci_arttext

> "Nossas conclusões sugerem que a televisão pode desempenhar um papel significativo nas altas taxas de gravidez adolescente nos Estados Unidos. O conteúdo sexual dos programas pode influenciar a taxa de gravidez na adolescência ao criar a percepção de que relações sexuais sem a proteção anticoncepcional oferecem pouco risco, e estimulando jovens a se iniciar sexualmente mais cedo. A quantidade de conteúdo sexual na televisão dobrou nos últimos anos, e há pouca representação de práticas seguras de sexo nesses programas. Apesar de ter havido algum progresso, os adolescentes que assistem televisão ainda vão encontrar pouca informação sobre as conseqüências de práticas sexuais sem proteção entre os muitos programas mostrando sexo". [122]

Pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo analisaram casos de gestações sucessivas na adolescência e chegaram às seguintes conclusões:

> "Parece haver indicações seguras de que gestações sucessivas na adolescência decorrem de vários aspectos que podem fazer parte do contexto de vida de uma adolescente. Contudo, a consideração destes aspectos deve ser relativizada tendo em vista o meio sócio-econômico e cultural ao qual a adolescente pertence. Há populações em que culturalmente a vida reprodutiva se inicia com a adolescência sendo comum a repetição de gestações em um curto período de tempo, sem que isso, aparentemente, acarrete prejuízos à adolescente e ao seu meio social. Ao contrário, a maternidade, nesses casos, parece produzir inúmeras satisfações às jovens.
>
> Deve-se levar em conta ainda as pressões decorrentes do mundo contemporâneo que exige, especialmente da mulher, a postergação do início da vida reprodutiva em favor da busca de outras metas, como formação escolar e sucesso profissional. Parece se situar no encruzilhamento da inter-relação existente entre 'situação de

[122] Chandra A, Martino S, Collins R, Elliott M, Berry S, Kanouse D, and Miu A, "Does Watching Sex on Television Predict Teen Pregnancy? Findings from a National Longitudinal Survey of Youth," *Pediatrics*, Vol. 122, No. 5, November 2008.

vulnerabilidade', 'características culturais' e 'necessidades da vida moderna' a figura das múltiplas e sucessivas gestações na adolescência como indicador do momento de intensa transformação pela qual passa a sociedade brasileira. Contudo, nem todas as relações guardam características de linearidade e de simplicidade uma vez que envolvem aspectos individuais e subjetivos de grande complexidade e parecem constituir uma reação das jovens frente à hostilidade do contexto, a proposição de um sonho possível frente à adstringência da realidade. Assim, gestações sucessivas na adolescência são expressões do exercício da vida sexual dos adolescentes em determinadas condições de vida e, portanto, a abordagem da vida reprodutiva dessas adolescentes transcende em muito a discussão sobre os aspectos obstétricos e deve estar situada no âmbito psico-social, inspirando políticas públicas de atenção que ofereçam às adolescentes grávidas, outras possibilidades que não apenas a de estar fadada a uma nova gestação. A criação de creches em escolas para filhos de mães-adolescentes e a garantia de acesso aos serviços e insumos de saúde (anticoncepcionais) no pós-parto são algumas providências recomendáveis. Em médio prazo trata-se de garantir às jovens condições de escolher o início de sua vida reprodutiva, assegurando-lhes, inclusive, o direito e a possibilidade de iniciá-la na adolescência". [123]

Conclusão bastante similar foi descrita por pesquisadores do Estado do Rio Grande do Norte:

"A repetição da gravidez ainda durante a adolescência se dá mediante diversos fatores de risco presentes no contexto de vida da adolescente. Estes fatores são de ordem biológica, psicossocial, cultural e econômica. Diante da multicausalidade desse fenômeno, torna-se imprescindível a discussão sobre as políticas de saúde em vigor voltadas para o público adolescente. Destaca-se aqui que não é possível recorrer apenas à pregação da abstinência sexual para adiar o início da vida

[123] Rosa AJ, Reis AOA, Tanaka ACA. Gestações sucessivas na adolescência. Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum. v.17 n.1 São Paulo abr. 2007.

> sexual, tampouco, de lhes dar informações sobre os métodos contraceptivos existentes. Trata-se de assumir uma prática educativa como um processo sistemático de orientação e reflexão sobre a sexualidade, trazendo condições para que rapazes e moças compreendam a relação entre as suas aspirações, a felicidade e a tomada de decisões sobre a vida sexual e reprodutiva. É, acima de tudo, adotar uma postura de prevenção em saúde, atuando-se sobre os fatores de risco relacionados à ocorrência da gravidez (identificados tanto no presente estudo quanto nos demais), no sentido de minimizar os seus efeitos sobre o desenvolvimento saudável da adolescente. É, também, imprescindível, considerar a presença desses fatores de risco ao lidar com o adolescente, incitando uma reflexão sobre sua situação econômica, social e cultural, e motivando a elaboração de planos e projetos de vida que podem sofrer a interferência de uma gravidez". [124]

Revelar as nuances do quadro aqui delineado, que aborda a 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 a realidade, sem negligenciar os perfis epidemiológicos, mas considerando as histórias e a trajetória de vida das adolescentes, que revelam seus sonhos, esperanças, dores, medos 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 expresse o desejo dessas meninas por algo mais do que brincar de bonecas.

Brincar de bonecas pressupõe uma criança brincando com um objeto inanimado, no caso em tela, nos deparamos com uma mãe, recentemente criança, assumindo para si os cuidados para com outro ser vivo.

---

[124]Braga LP, Carvalho MFO, Ferreira CL, Mata ANS, Maia EMC. - Riscos psicossociais e repetição de gravidez na adolescência. Bol. psicol vol.60 no.133 São Paulo dez. 2010. Disponível na Internet. Acessado em 15 de maio de 2012 http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0006-59432010000200007&script=sci_arttext

Algo mais do que brincar de bonecas

Os riscos obstétricos são mais elevados

A partir do final da década de 70, a OMS passou a classificar a gestação nesse período que vai dos 10 aos 19 anos, da vida como sendo uma gravidez de alto riscok,[125] o que foi e tem sido corroborado por muitos autores [126] tanto para a mãe como para o feto. [127] [128] [129] [130]

Quando a atividade sexual tem como resultante a gravidez, esta pode gerar consequências tardias, tanto para a adolescente quanto para o recém-nascido. A adolescente poderá apresentar problemas de crescimento e desenvolvimento, distúrbios emocionais e comportamentais, educacionais e de aprendizado, além de complicações da gravidez e problemas inerentes ao parto. [131]

Pesquisadores da Universidade Federal do Maranhão estudaram uma amostra de 2.429 partos de mulheres residentes em São Luís, MA, que abrangeu 94% dos nascimentos hospitalares. As mulheres foram separadas em seis grupos de idade para melhor avaliação do comportamento das variáveis entre os dois grupos de adolescentes de acordo com suas idades (abaixo de 18 anos; 18 a 19 anos) e entre as adolescentes e as demais mulheres. O teste do qui-quadrado foi utilizado para a comparação de proporções, e a razão de prevalências foi empregada como medida de efeito. Das 2.429 mulheres, 714 eram adolescentes (29,4%). Seu coeficiente específico de fecundidade, 72,2 por mil, foi mais elevado do que em outras regiões do país. As adolescentes apresentaram piores condições

[125] Página da Internet da OPAS. Tema: Saúde integral do adolescente e do jovem. (http://www.opas.org.br/familia/temas.cfm?id=72&area=Conceito)
[126] Mayor S. Pregnancy and childbirth causes of death in teenage girls in development countries. BJM 2004; 328: 1152.
[127] Guzman JM, Hakkert R, Contreras JM, Falconier de Montano M. Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescents em América Latina y El Caribe. New York: United States Population Fund; 2001.
[128] Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnacy in Latin America: cross sectional study. American journal of Obstetrics and gynecology, 2005; 192(2): 342-9.
[129] Bissel M. Socio-economic outcomes of teen pregnancy and parenthood: a review of the literature. Canadian Journal of Human Sexuality, 2009; (3): 191-204.
[130] Jolly MC, Sebire MN, Harris J. et. al. Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old. Obstetr Gynecol 2000; 960-962.
[131] 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: 77-81

socioeconômicas e reprodutivas que as demais mulheres, maior proporção de pré-natal inadequado (39,2%) e muitas não tinham companheiro (34,5%). Por outro lado, tiveram menor proporção de parto cesáreo (23,0%) e de fumantes (3.5%). As conclusões foram que:

> "Apesar da situação socioeconômica igualmente desfavorável, as adolescentes de 18 a 19 anos apresentaram resultados perinatais semelhantes às mulheres de 25 a 29 anos. Já as menores de 18 anos tiveram maiores proporções de filhos com baixo peso ao nascer, prematuros e com maior risco de mortalidade infantil. Isto sugere que a imaturidade biológica possa estar associada a maiores taxas de prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade infantil". [132]

Pesquisadores da Universidade Estadual do Rio de Janeiro comentam sobre a assistência às adolescentes grávidas:

> "Durante a gravidez, o ideal é que as adolescentes tenham um espaço específico de atendimento que inclua dinâmicas de grupo, forma ideal para discutir os medos, ansiedades, fantasias e mitos sobre a gravidez e o parto e para esclarecer dúvidas e ensinar noções básicas de puericultura. Na adolescência, os grupos exercem papel importante. Através do convívio com os outros, a adolescente forma sua identidade e começa a definir seu papel e seu espaço. Ao engravidar, acaba afastando-se do seu grupo de amigos e passa a se sentir meio perdida, sem lugar. Assim, ao encontrar a possibilidade de um novo espaço grupal, em que possa compartilhar sua situação com seus pares, costuma responder positivamente, com resultados excelentes. A situação de desproteção em que se encontram as mães mais jovens durante a gravidez agrava-se com o parto, momento de confronto com a realidade. Se não houver, durante o pré-natal, algum tipo de preparação para essa situação, as conseqüências poderão ser graves, para mãe e filho, no que se refere aos aspectos

[132] Simões VMF, Silva AAM, Bettiol H, Lamy-Filho F,Tonial SR, Mochel EG. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. Rev. Saúde Pública vol.37 n.5 São Paulo Oct. 2003.

> emocionais, com risco sério de comprometimento da saúde mental de ambos. Em nossa experiência, quando a adolescente sente-se apoiada e recebe adequada preparação, raramente apresenta problemas, mas, quando isso não acontece, descontrola-se com facilidade, logo no início do trabalho de parto. O ideal seria que pudessem estar acompanhadas, no pré-parto, por algum familiar, seu companheiro, sua mãe, madrinha ou qualquer outra pessoa de confiança, de preferência alguém que tenha recebido orientação". [133]

Trabalho publicado no New England Journal of Medicine, em 1995, demonstra clara associação de complicações nas gestações em adolescentes americanas brancas, de classe média, na faixa de 13 até 20 anos incompletos, quando comparadas com gestantes de 20 até 24 anos com as mesmas características sociais. A ocorrência de complicações é significativamente maior quanto mais jovem é a gestante.[134] O artigo de Fraser gerou muitas controvérsias, pois muitos autores apresentavam estudos com resultados opostos [135] [136] e isto levou os editores do NEJM a publicarem um Editorial com o seguinte conteúdo:

> "embora o assunto possa gerar muitas controvérsias sobre os riscos inerentes à gravidez em adolescentes, não restam dúvidas sobre os impactos sociais causados pela gestação em adolescentes".[137]

Artigo publicado por pesquisadores do Missouri corrobora a preponderância dos fatores sociais e econômicos que podem causar aumento do risco de mortalidade neonatal entre gestantes adolescentes, mas não aumentam o risco de mortalidade pós-neonatal. [138] Essa noção, também endossada pelo Ministério da Saúde, é sustentada por um discurso

---

[133] Bouzas I, Miranda AT. – Gravidez na Adolescência. Adolescência e saúde. Volume 1, número 1, março 2004. P. 1 - 4.

[134] Fraser AM, Brockert J, Ward TH. Associations of Young age with adverse reproductive outcomes. NEJM, 332(17): 1113-1117, april 27, 1995.

[135] Satin AJ, Leveno KJ, Sherman ML, Reedy NJ, Lowe TW, McIntire DD. Maternal youth and pregnancy outcomes: middle school versus high school age groups compared with women beyond the teen years. American Journal of Obstetric and Gynecology 1994; 171: 184-187.

[136] Blankson ML, Cliver SP, Goldenberg RL, Hickey CA, Jin J, Dubard MB.- Health behavior and outcomes in sequential pregnancies of Black and White adolescentes. JAMA 1993; 269:1401-3.

[137] Goldenberg RL, Klerman LV. – Adolescent Pregnancy: another look. NEJM, Editorial, 332 (17) april 1995.

[138] Markovitz BP, Cook R, Flick LH, Leet TL. Socio-economic factors and adolescence preganancy outcomes: distinctions between neonatal and post-neonatal deaths. BMC Public Health 2005, 5:79.

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 concepto.

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 parto.[139] Existem relatos de que complicações obstétricas ocorrem em maior proporção nas adolescentes, principalmente nas de faixa etária mais baixa. Há constatações que vão desde anemia, ganho de peso insuficiente, hipertensão, infecção urinária, DST, desproporção céfalo-pélvica, até complicações puerperais.[140] [141] [142] [143] [144]

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. [145] [146] [147]

As repercussões nutricionais da gravidez na adolescência serão tanto maiores quanto mais próxima da menarca acontecer à 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

---

[139] 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; Mar;12(2):77 - 81.

[140] Rubio RM, Fuentes AG, Sanhueza EA, Rodrigues CS, Ortiz MV. Reproduction en la adolescencia. Rev. Chil. Obstetr. Gynecol.; 56(3); 112-117, 1981.

[141] Sismondi P, Volante R, Giai M. El emabarazo yel parto en la adolescence. Rev . Chil. Obstetr. Gynecol.1984; 23(2): 41-5

[142] Black C, Deblassie ER. - Adolescent Pregnancy: contributing factors: consequences, treatment and plausible solutions. Adolescence 1985; (78): 281-90.

[143] Stevens-Simon C, Wuhite MM. - Adolescent pregnancy. Pediatric Ann. 1991; 20(6): 322-31.

[144] Zhang B, Chan A. Teenage pregnancy in South Australia 1986-1988. Aus. N. Z. Obstetrci Gynecol. 1991; 31(4): 291 - 8.

[145] Felice ME, Granados JC, Ances IG, Hebel R, Roeder LM, Heald FP. The young pregnant teenager: impact of comprehensive prenatal care. J. Adolescn. Health Car 1981; 1:193-7.

[146] McAnarney ER, Hendee WR. Adolescent pregnancy and its consequences. JAMA 1989; 262:74 - 77.

[147] Madi JM, Chiaradia A, Lunardi PV. Gravidez na adolescência. A propósito de 46 casos. J Bras. Ginecol. 1986; 96(6): 267-70.

crescimento fetal.[148] 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.

Os problemas nutricionais da gestação na adolescência influenciam sobremaneira alterações no peso corporal que se refletirão na vida adulta. Adolescentes com sobrepeso, ao engravidarem, se tornarão mais obesas.[149] O ganho de peso durante a gravidez contribui para maiores riscos obstétricos durante o trabalho de parto. Adolescentes obesas apresentam mais complicações do que as não obesas. [150] [151] Enfermeiras de Los Angeles, Califórnia, recomendam a realização de exercícios físicos para melhorar o bem-estar psicológico e os desconfortos físicos da gravidez nas adolescentes.[152]

Pesquisadores de Atlanta analisaram uma amostra de 14.718 gestantes adolescentes e compararam os riscos obstétricos com o de outras 11.830 gestantes não adolescentes, e relataram que as adolescentes mais jovens apresentam gestações com riscos adversos e aumentados em relação a não adolescentes. [153]

Pesquisadores de Denver, no Colorado, publicaram artigo no qual estabelecem uma relação entre prematuridade e comprimento do colo uterino em adolescentes grávidas. Foram feitas medidas do colo uterino de meninas menores de 18 anos e comparadas com as medidas do colo uterino de gestantes com mais de 28 anos. A conclusão é de que o comprimento do colo uterino inferior ou igual a 25 mm pode acarretar complicações na gravidez para gestantes adolescentes com idade inferior a 16 anos e os autores

---

[148] American Dietetic Association. Nutrition management of adolescent. J. Diet. Assoc. 1989; 89: 104-9.

[149] Groth SW. The long-term impact of adolescent gestational weight gain. Research in Nursing & Health. Publicação on-line. Disponível na Internet: http://www3.interscience.wiley.com/journal/117881081/abstract Acessado em 16 de abril de 2010.

[150] Berenson AB, Wiemann CM, Rowe TF, Rickert VI. Inadequate weight gain among pregnant adolescents: Risk factors and relationship to infant birth weight. American Journal of Obstetrics and Gynecology (1997) 176, number 6, 1220-1227.

[151] Sukalich S, Mingione MJ, Glantz C. Obstetric outcomes in overweight and obese adolescents. American Journal of Obstetrics and Gynecology (2006) 195, 851-5.

[152] Koniak-Griffin D. Aerobic exercise, psychological well-being, and discomforts during adolescent pregnancy. The long-term impact of adolescent gestational wight gain. Research in Nursing & Health. Volume 17, issue 4, P. 253-263, Jan 2007.

[153] Eure CR, Lindsay MK, Graves WL. Risk of adverse pregnancy outcomes in Young adolescent parturients in a inner-city hospital. American Journal of Obstetrics and Gynecology, volume 186, n. 5, may 2002, 918-920.

recomendam acompanhamento com ultrassonografia a partir da metade do período gestacional. [154]

Existem evidências de que o risco de Doença Trofoblástica Gestacional é maior nas gestações em adolescentes e que estas compreendem 21,3% de todos os casos de gravidez molar. Curiosamente, as meninas têm alta adesão ao tratamento quimioterápico e as chances de nova gestação são elevadas.[155]

Em estudo comparativo com gestantes adultas (maiores de 20 anos), pesquisadores da Universidade de São Paulo relataram mais complicações nas gestações e puerpérios das mães adolescentes e relacionaram estas ocorrências às deficiências do pré-natal:

> "As gestantes adolescentes do serviço em estudo apresentaram uma baixíssima concentração de consultas no pré-natal, o que poderia estar sendo relacionado com uma maior proporção de partos operatórios e intercorrências no parto e no puerpério. Portanto, a influência do fator idade – que em nossa população em estudo vem acompanhada da falta de assistência a necessidades psicossociais e qualidade de assistência à saúde oferecida pelos serviços, – faz com que as adolescentes apresentem durante a gestação, para si e para o concepto, maior risco reprodutivo. Sugerimos um maior aprofundamento desta problemática de saúde junto à população estudada, a fim de se atender, realmente, às necessidades de saúde deste grupo etário".[156]

Evidências dão conta que a ansiedade é prevalente nas gestantes adolescentes e pode ser particularmente problemática[157], e alguns autores relatam que a presença de fístulas obstétricas é maior nos partos das adolescentes.[158] Tem sido relatada também uma maior incidência de casamentos entre adolescentes com homens mais idosos que já

---

[154] Stevens-Simon C, Barret J, McGregor JÁ, French J, Persutte W. Short cervix: a cause of preterm delivery in young adolescents. The Journal of Maternal Fetal Medicine, volume 9, issue 6, p. 342-347, Feb 2001.

[155] Uberti EMH. Et. al. Gestational Trophoblastic Disease; one more risk in adolescnet pregancy. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, volume 81, issue 4, P. 356-363, April 2002.

[156] Alegria FVL, Schor N, Siqueira AAF. Gravidez na adolescência: estudo comparativo. Rev. Saúde Pública vol.23 no.6 São Paulo Dec. 1989

[157] Schieefelbein VL, Susman EJ, Dorn LD. Self-competence mediates ealier and later anxiety in Adolescent Mothers: a 3 Year Longitudinal Perspective. Journal of Research on Adolescence, volume 15, issue 4, p. 625-655, november 2005.

[158] Zheng AX, Anderson FWJ. Obstetric fistula in low-income countries. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2009, 104(2):85-89.

estiveram sexualmente ativos por vários anos e que transmitem o HIV para a companheira menina.[159] [160]

Trabalho publicado por pesquisadores da Universidade de Dokuz Eylul, na Turquia, relata que os índices de complicações obstétricas e evolução neonatal adversa são consideravelmente mais elevados em adolescentes. A conclusão final do estudo traz o seguinte conteúdo:

> "Neste estudo, foi observada uma relação entre os índices de gravidez na adolescência e fatores de ordem social, econômica e cultural. Em países em desenvolvimento, alterações dos fatores sociais e culturais podem ser causadas por casamentos precoces. No entanto, nós sugerimos que complicações obstétricas e perinatais poderiam ser significativamente reduzidas por ações efetivas dos serviços de planejamento familiar, direcionadas aos casais sobre saúde reprodutiva e promovendo melhorias no atendimento pré-natal para as gestantes adolescentes". [161]

Trabalho de pesquisadores do mesmo país, Turquia, publicado em 2005, com resultados coincidentes, corrobora a conclusão do anteriormente citado.[162] Pesquisadores do Johns Hopkins, em Baltimore, Maryland, compararam gestantes adolescentes com gestantes adultas e concluíram que:

> "As gestantes adolescentes têm um risco aumentado para depressão. Adicionalmente, gestantes adolescentes com ideação suicida têm um risco mais elevado de terem bebês com baixo peso quando comparadas com gestantes adolescentes sem queixas psiquiátricas".[163]

---

[159] Clark S. Early marriage and HIV risks in Sub-Saharan Africa. Studies in Family Planing, 2004, 35(3): 149-160.
[160] Khan S, Mishra V. Youth reproductive and Sexual Health, DHS Comparative Reports, Valverton, MD, USA: Macro International, Inc, 2008, n. 19.
[161] Keskinoglu P. et. al. Perinatal Outcomes and Risks Factors of Turkish Adolescent Mothers. J Pediatr Adolesc Gynecol (2007) 20:19-24.
[162] Ylridim Y, Inal M, Tinar S. Reproductive and Obstetric Characteristics of Adolescent Pregnancies in Turkish Women. J Pediatr Adolesc Gynecol (2005) 18: 249-253.
[163] Hodgkinson SC, Colantuoni E, Roberts D, Berg-Cross L, Harolyn ME, Belcher MD. Depressive Symptons and Birth Outcomes among Pregnant Teenagers. J Pediatr Adolesc Gynecol (2009) 22: 59-64.

Um amplo estudo transversal, realizado com uma amostra de 854.377 gestações entre os anos de 1985 e 2003, realizado em Montevidéo, Uruguai, e publicado em 2005, analisou fatores de risco para meninas grávidas com menos de 15 anos, comparadas com gestações de mulheres com 20 a 24 anos de idade. A conclusão foi que:

> "Adolescentes com 15 anos ou menos têm elevados índices de morte materna e mortalidade perinatal precoce e anemia quando comparadas com mulheres com idade de 20 a 24 anos. Além do mais, as adolescentes de todas as idades têm riscos mais elevados de hemorragia pós-parto, endometrite puerperal, parto vaginal operatório, episiotomia, recém-nascidos com baixo peso, sangramentos no terceiro trimestre e diabetes gestacional. Finalmente, a gravidez na adolescência é um fator independente e está associado com aumento dos riscos para efeitos adversos na gravidez".[164]

Trabalho científico, realizado em Camarões, apresenta resultados bastante semelhantes ao anteriormente citado. [165]

Lemen, em estudo relacionado ao screening de Diabetes Gestacional em adolescentes relata que 4,5% das adolescentes têm níveis glicêmicos acima de 140 mg/dl e que o diagnóstico de Diabetes Gestacional foi confirmado em 6 meninas de uma amostra de 509 adolescentes, o que dá uma incidência de 1,18% para a patologia neste grupo populacional. [166]

[164] Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross Sectional Study. American Journal of Obstetrics and Gynecology (2005) 192, 342-9.
[165] Kongnyuy EJ. Et. al Adverse Perinatal OUtcomes of Adolescent Pregnancies in Cameron. Maternal Child Health Journal (2008) 12: 149-154.
[166] Lemen PM, Wigton TR, Miller-McCarthey AJ, Cruikshank DP. Screening for Diabetes Mellitus in Adolescent Pregnancies. American Journal of Obstetrics and Gynecology (1998) June, 1251-1256.

Os riscos obstétricos são os mesmos

Reproduzo texto dos pesquisadores da Unicamp:

> "A via de parto, levando-se em consideração a idade materna, sempre foi uma questão polêmica, baseada no preconceito de que as adolescentes não estivessem "prontas" para dar à luz por parto vaginal, com bacias e musculatura uterina imaturas para a parturição e por despreparo emocional. Os dados da literatura mostram exatamente o contrário, e o desempenho obstétrico das adolescentes é igual ou até melhor que o das mulheres adultas quanto à via de parto. A gravidez e o parto nos extremos da vida reprodutiva da mulher sempre foram cercados de mitos, marcados por diferenças culturais que consideram a gravidez precoce ou na idade avançada, ora uma recomendação, ora uma inconveniência biológica. Os avanços da medicina tornaram as gestações mais seguras em qualquer época da vida reprodutiva, e aliados a progressos sociais, nutricionais e educacionais, permitiram que fatores comprovadamente de risco fossem reduzidos ou dominados baseados em dados com suporte em evidências científicas". [167]

Pesquisadores de New Jersey, ao comparar os riscos obstétricos entre 239 primíparas com menos de 16 anos e com 148 primíparas com idade entre 18 e 29 anos chegaram às seguintes conclusões:

> "As gestantes jovens eram mais baixas, tinham idades próximas à menarca, um índice de massa corporal mais baixo e um ganho de peso corporal mais elevado. As mais jovens fumavam menos, mas eram usuárias mais frequentes do *Medicaid*. A incidência da maioria das complicações neonatais (hipertensão arterial induzida pela gravidez, rotura de placenta, placenta prévia, rotura prematura de membranas, infecção do trato urinário e anemia) era similar nos dois grupos. Parto prematuro e contrações pélvicas eram mais comuns entre as mais jovens,

[167] Pinto e Silva JLC, Surita FGC. Idade materna: resultados perinatais e via de parto. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.31 no.7, Rio de Janeiro July 2009.

> enquanto que diabetes gestacional era menos comum. As primíparas jovens eram significativamente (p<0,05) menos sujeitas à cesariana ou a lacerações vaginais. A duração do trabalho de parto em todos os estágios, assim como a média de peso dos recém-nascidos e a duração da gestação. Assim, os conceitos relacionados a gravidez em adolescentes podem ser infundados. Com exceção do risco aumentado de parto prematuro, parece que a gravidez, o trabalho de parto e o nascimento não possuem maiores riscos médicos nas primíparas adolescentes muito jovens".[168]

Pesquisadores ingleses de Sheffield analisaram a evolução obstétrica de 1.922 adolescentes, que foram comparadas com outras 10.550 gestantes entre 20 a 39 anos e concluíram que as adolescentes tiveram um menor índice de cesarianas de emergência e, ainda, uma evolução mais favorável quando considerada a mortalidade fetal e a prematuridade em relação às gestantes mais idosas.[169] Outros autores relatam que o índice de cesarianas em adolescentes grávidas tem diminuído[170] e que a incidência de parto com fórceps e também a vácuo extração tem aumentado quando comparado a população geral de gestantes.[171]

Corroborando as informações acima., pesquisadores franceses do Hospital de Caen foram taxativos em suas conclusões quando analisaram os registros de nascimentos ocorridos entre 1994 a 2001 naquele hospital universitário e demonstraram que quanto mais jovens as gestantes maiores são os riscos de morte fetal e anemia e menores os riscos de complicações obstétricas.[172]

Na Áustria, foi constatado que ocorru uma redução na incidência de gravidez na adolescência quando foram comparados os períodos de 1983-1987 e 1999-2005 e foi observado o percentual de cesarianas se manteve no mesmo patamar na contrapartida de

[168] Perry RL. et. al. Pregnancy in early adolescent: Are there obstetric risks? The Journal of maternal-Fetal Medicine, volume 5, issue 6, p. 333-339, Jan 1999.
[169] Jivraj S, Nazzal Z, Davies P, Selby K. Obstetric outcome of teenage pregnancies from 2002 to 2008. The Sheffield experience. Journal of Obstetric & Gynaecology; April 2010.volume 30, issue 3, p. 253-256.
[170] Zeteroglu S, Sahin I, Gol K. Cesarean delivery rates in adolescente pregnancy. Eur J Contracept Reproduc Health Care 2005; 10: 119-122.
[171] Buittendjik SE, Van Enk A, Oosterhout R, Ris M. Obstetrical outcome in teenage pregnancies in rhe Netherlands. Ned Tijdschr Gneskd 1993; 137: 2536-2540.
[172] Vienne CM, Creveul C, Dreyfus M. Does Young maternal age increase de risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: a cohort study. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, volume 147, issue 2, december 2009, p. 151-156.

um aumento nos índices de baixo peso para os neonatos e um aumento nos índices de partos operatórios. Os pesquisadores da Universidade de Graz concluíram que:

> "A evolução da gestação em adolescentes tem permanecido favorável nos últimos 18 anos. Nós não consideramos a gravidez na adolescência como um risco obstétrico. Nós sugerimos que a gravidez na adolescência é muito mais um problema de saúde pública do que um problema clínico".[173]

Após estudar 557 adolescentes, primigestas, com idade de 9 a 19 anos da Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da USP, que foram divididas em dois grupos. O Grupo I com 242 gestantes de 9 a 16 anos e o Grupo II constituído por 315 gestantes com 17 a 19 anos, os pesquisadores concluem que:

> "Todas as adolescentes no momento da gestação atingem maturidade biológica e endócrina semelhante e com igual desempenho obstétrico e que a evolução pouco satisfatória das adolescentes precoces se deve a condições sócio-econômicas associadas com controle insuficiente do pré-natal".[174]

Pesquisadores portugueses compararam parto e seguimento de gravidez entre grávidas adolescentes e não-adolescentes que pariram num hospital terciário da região de Lisboa (Portugal) em estudo retrospectivo com 10.656 partos. Foram avaliados: seguimento da gravidez, idade gestacional no parto, tipo de parto, necessidade de episiotomia e lacerações graves, índice de Apgar no quinto minuto e peso ao nascer. As grávidas foram divididas em dois grupos, acima e abaixo dos 20 anos. O grupo abaixo dos 20 anos foi, depois, subdividido entre grávidas com menos ou mais de 16 anos. Foi usado o teste do χ^2 para análise estatística. Os resultados demonstraram que as adolescentes tiveram pior seguimento: primeira consulta após as 12 semanas (46,4 *versus* 26,3%) e menos de quatro consultas (8,1 *versus* 3,1%), menos distócia (21,5 *versus* 35,1%), menos cesarianas

[173] Zeck W, Walcher W, Tamusino K, Lang U. Adolescent primiparas: changes in obstetrical risk between 1983-1987 and 1999-2005. Journal of Obstetric and Gynecology Research, volume 34, n. 2: 195-198, april 2008.
[174] Mathias L, Nestarez JE, Kanas M, Neme B. Gravidez na Adolescência: idade limite do risco reprodutivo entre adolescentes. Jornal Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia; 95(4):141-3, 1985.

(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, as menores de 16 anos tiveram mais recém-nascidos de baixo peso (12 *versus* 7,4%) e mais partos entre 34 e 37 semanas (10,8 *versus* 4,2%). As conclusões foram de que:

> "Num hospital com serviço dedicado a grávidas adolescentes com apoio social e psicológico, apesar de pior seguimento pré-natal vigilância, o seu desempenho não foi pior. Uma atenção especial deve, no entanto, ser dada a grávidas abaixo dos 16 anos". [175]

Pesquisadores da Maternidade Escola da Universidade Federal de Minas Gerais, em Belo Horizonte, estudaram, retrospectivamente, 88 gestações em adolescentes e concluíram que a pré-eclâmpsia, a infecção urinária e a anemia foram mais comuns entre gestantes adolescentes. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as complicações neonatais apresentadas pelos grupos estudados. [176] Já pesquisadores de Belém do Pará estudaram os riscos obstétricos em 308 adolescentes na Maternidade da Santa Casa de Belém/Pará/Brasil, no período de Janeiro a agosto/1994, e concluíram que:

> "Do ponto de vista obstétrico, as condições de parto e evolução puerperal até 48 horas das adolescentes mais jovens foram semelhantes às outras faixas etárias avaliadas. Os RN de adolescentes mostraram perfil antropométrico, idade gestacional e evolução neonatal de 48h semelhante aos das adultas, com ressalva para a tendência de maior proporção de baixo peso e peso insuficiente em relação ao peso adequado entre os RN das adolescentes mais jovens. No caso específico deste estudo, as diferenças estatisticamente significantes entre os grupos etários ocorreram em relação aos aspectos sócio-demográficos (escolaridade, ocupação, situação conjugal), da sexualidade (idade da menarca e da iniciação sexual e paridade) e do comportamento frente à inserção no

[175] Metello J. et. al. Desfecho da gravidez nas jovens adolescentes. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.30 no.12, Rio de Janeiro Dec. 2008.
[176] Cabral ACV, Peixoto RML, Miranda SP, Vieira E. Gravidez e Adolescência. Jornal Brasileiro de Ginecologia; 95(6):251-3, 1985.

pré-natal. Do ponto de vista clínico, obstétrico e dados dos RN, a distribuição das proporções não mostrou diferenças estatísticas. [177]

Curiosamente, a literatura relata que a incidência de gravidez ectópica é mais incidente em mulheres adultas do que em gestantes adolescentes, provavelmente em virtude de maior exposição a infecções pélvicas, procedimentos cirúrgicos e gestações prévias. [178] [179] [180]

Pesquisadores de New Jersey, em trabalho retrospectivo, analisaram casos de adolescentes infectadas pelo HIV no período neonatal e concluíram que, apesar dos elevados índices de Doenças Sexualmente Transmissíveis, altas taxas de cesarianas e desordens hipertensivas, a evolução perinatal foi favorável em todos os casos.[181]

Sobre os filhos das meninas mães

E os filhos das meninas adolescentes? Têm a mesma evolução biológica e psicológica e o mesmo comportamento social que os filhos das mulheres adultas? O cuidado materno constitui um conjunto de ações biopsicossocioambientais que permite à criança desenvolver-se bem. Além de sentir-se rodeada de afeição, a criança precisa de um potencial de cuidados e providências a serem tomados: o sono tranquilo, a alimentação, a higiene e outros. Reconhecer e saber interpretar corretamente os sinais que o recém-nascido emite é imprescindível para a sua saúde e o seu bem-estar.

Os primeiros dias de convívio com o recém-nascido em casa são desafiadores para a família. Um dos grandes desafios é compreender e responder ao comportamento do bebê,

[177] Costa MCO, et. al. Condições de gestação, parto e nascimento em adolescentes e adultas jovens: Santa Casa. Adolesc. Latinoam. vol.1 n.4 Porto Alegre dez. 1999.
[178] Menon S. et. al. Risk Factors for Ectopic Pregnancy: a comparision between adults ADN adolescent mothers. J Pediatr Adolesc Gynecol (2007) 20:181-185.
[179] Barnshart KT, Sammel MD, Gracia CR. Et. al. Risk Factors for ectopic pregnancy in women with syntomatic first trimestre pregnancies. Fert Steril 2006; 20 - 1.
[180] Kamwendo F, Forslin L, Bodin et. al. Epidemiology of ectopic pregnancy during a 28-year period and the role of pelvic inflamatory disease. Sex Trans Dis 2000; 76:82.
[181] Willian SF, Keane-Tarchichi MH, Bettica L, Dieudonne A, Bardeguez AD. Pregnancy outcomes in Young women perinatally acquired Human Immunodificiency Virus-1. American Journal of Obstetrics ADN Gynecology. February 2009 149.e1.

especialmente quando esse se expressa pelo choro. A sensação de incapacidade para acalmar a criança, nesses momentos, é apontada pelas adolescentes como uma dificuldade no exercício do cuidado materno. Pesquisadoras da Universidade de Passo Fundo salientam que:

> "Nas relações sociais estabelecidas na família e no seu grupo de convivência, as adolescentes constroem e projetam as representações e expectativas que orientam o seu modo de ser. Na condição de primíparas, projetam a aceitação social da maternidade precoce e sua esperança no surgimento de uma família unida e harmônica, que possa suprir suas próprias lacunas socioafetivas. O novo status de mãe para algumas confere um sentimento de realização pessoal; para outras, de arrependimento e medo. O cuidado materno é um exercício difícil e conflitivo, ora representando o alcance da maturidade e da apropriação do filho, ora confrontando-a com a insegurança, o despreparo, a dependência, a infantilidade e, principalmente, com o conflito de identidade, que a faz perceber-se pouco competente como cuidadora do bebê. A travessia de uma situação de dependência para a de independência no cuidado materno, requer escuta e diálogo dos profissionais de saúde e sua mediação no favorecimento à participação gradativa e segura da adolescente no cuidado ao recém-nascido, para que ela possa superar o conflito de papéis mãe/filha e construir sua identidade pessoal e materna". [182]

Um estudo da escola de enfermagem do Children´s Boston Hospital, no Massachusetts, ao fazer a revisão de exames laboratoriais positivos para gravidez, confirmou que 48,2% das adolescentes que engravidam, optam por levar adiante a gravidez, outras 45,8% optam por provocar abortamento e 6,0% acabam em abortamentos espontâneos. [183] Os riscos para o filho das meninas adolescentes começam ao ser realizado o diagnóstico.

---

[182] Folle E, Geib LTC. Representações sociais das primíparas adolescentes sobre o cuidado materno ao recém-nascido. Rev. Latino-Americana de Enfermagem vol.12 nº.2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2004.

[183] Aruda MM, McCabe M, Burke P, Litty C. Adolescent Pregnancy Diagnosis and Outcomes: a six-year clinical sample. J Pediat Adolesc Gynecol (2008) 21:17-19.

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 concepto, 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 para adoção. Foi constatado também que quando o recém-nascido não é abandonado, está mais sujeito a maus tratos, em comparação à população de crianças da mesma idade. Existem riscos, tanto físicos, imediatos, quanto psicossociais, que se manifestam em longo prazo, nos filhos de adolescentes.[184]

A dificuldade de adaptação à sua nova condição a mãe adolescente pode acarretar em abandono do filho, destinando-o para adoção e, quando o recém-nascido não é abandonado, está mais sujeito, em relação à população geral, a maus tratos. Thomson relata que filhos de mães adolescentes têm mais dificuldades de acesso à escola em virtude de as mães – ainda meninas – precisarem frequentar a escola e, para isto, dependem de recursos financeiros e do auxílio de terceiros.[185]

A literatura mostra que há maior frequência de prematuridade[186], de baixo peso ao nascer, Apgar [187] mais baixo, doenças respiratórias, trauma obstétrico, além de maior ocorrência de doenças perinatais e mortalidade infantil. Deve-se considerar que estes riscos se associam não só à idade materna, mas principalmente a outros fatores, como a baixa escolaridade, pré-natal inadequado ou não realizado, baixa condição socioeconômica, intervalos interpartais curtos (< de 2 anos) e estado nutricional materno comprometido. Estas complicações biológicas tendem a ser tanto mais frequentes quanto mais jovens a mãe (≤ 15 anos) ou quando a idade ginecológica for menor que 2 anos.[188]

[184] Fessler KB. Social outcomes of early childbearing: important considerations for the provision of clinical care. J Midwifery Women´s Health, 2003;48(30): 178-85.a.
[185] Thomson M. Teen Pregnancy and Parenthood: Infants and Toddlers Who need care. Early Childhood Education Journal, volume 25, n. 3, 1998.
[186] Jolly MC, Sebire N, Harris J, Robinson R, Regan L. Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old. Obstet Gynecol 2000; 96: 262-6.
[187] APGAR: escala numérica de 1 a 10 relativa às condições de vitalidade do concepto.
[188] Correa MGBRN, Coates V. Medicina do adolescente, Sarvier, São Paulo, 259-262, 1993

Pesquisadores brasileiros de Vitória, Estado do Espírito Santo, compararam as gestações de 164 adolescentes entre 10 e 15 anos, 537 adolescentes entre 16 e 19 anos e 423 gestações em mulheres adultas. A conclusão foi que:

> "O índice de prematuridade foi similar entre ambos os grupos de adolescentes e a incidência de recém-nascidos de baixo peso foi significativamente maior nas gestações de meninas com menos de 16 anos". [189]

Pesquisadores ingleses publicaram um interessante artigo, no qual demonstram que os filhos das adolescentes têm a mesma boa vontade de dividir ou compartilhar durante as atividades lúdicas pré-escolares, quando estimulados pelos parentes e pelos amigos quando os grupos são comparados com filhos de mulheres adultas.[190]

Em relação ao baixo peso ao nascer, Gama e colaboradores [191] encontraram 12,8% de recém-nascidos com baixo peso ao nascer entre adolescentes de 15 a 19 anos, no Rio de Janeiro, e 9,1% entre adultas de 20 a 24 anos de idade; Melo e outros [192] encontraram até 11,0% de baixo peso ao nascer, nas regiões administrativas do Estado de São Paulo, entre as adolescentes (sem distinguir a faixa de 10 a 14 e 15 a 19 anos) e uma variação de 8,0 a 9,0% entre as adultas jovens. Bacci et. al., em Moçambique, num contexto socialmente diferenciado, encontraram valores superiores: 15,5% entre as adultas e 21,7%, num total de 2.185 adolescentes. [193] Já pesquisadores do Colorado sugerem a criação de um Registro Eletrônico sobre a Gravidez na Adolescência (ERAP: *Electronic Report on Adolescent Pregnancy*), com o objetivo de construir um banco de dados que irá facilitar a colaboração interinstitucional e normatizar as informações sobre a gravidez na adolescência e facilitar a

[189] Rocha RCL. Et. al. Prematurity and Low Birth Weigut among Brazilian Adolescents and Young Adults. J Pediatr Adolesc Gynecol (2009) Article in Press.
[190] Ensor R, Hughes C. With a little help from my friends: maternal social support, via parentig, promotes willingness to share in preschoolers Born to Young mothers. Infant and Child Development, volume 19, issue 2, p. 127-141, Oct 2007.
[191] Gama SGN, Szwacwald CL, Leal MDC, Theme Filha MM. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. Rev Saúde Pública 2001; 35:74-80.
[192] Melo AV, Yazaki LM, Morell MGG. Risco e ônus das gestações precoces. SEADE – Estudo sóciodemográfico sobre a juventude paulista. São Paulo: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados; 1998. p. 151-7.
[193] Bacci A, Manhica GM, Machungo F, Bugalho A, Cuttini M. Outcome of teenage pregnancy in Maputo, Mozambique. Int J Gynaecol Obstet 1993; 40:19-23.

adoção de intervenções preventivas em programas especiais. [194] Santos, Martins e Souza analisaram os fatores relacionados ao baixo peso ao nascer em gestações adolescentes e concluíram que: "a gravidez na adolescência esteve associada a início tardio do pré-natal e baixo número de consultas pré-natal, além de baixa escolaridade, baixo peso ao nascer e menor incidência de desproporção céfalo-pélvica e pré-eclâmpsia." [195]

Vieira, Bicalho e Barros, realizaram estudo sobre o crescimento e o desenvolvimento de filhos de mães adolescentes que foram comparados com os de mães adultas. Foram selecionadas 122 crianças filhas de mães adolescentes e 123 de mulheres com 20 anos ou mais, nascidas no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas, cujas idades variavam, ao exame, entre 11 e 13 meses de vida. Avaliaram-se variáveis maternas médicas e sociais: dados do parto, medidas antropométricas das crianças, necessidade de hospitalização no primeiro ano, utilização de creches no período e o desenvolvimento neuropsicomotor. As conclusões foram que: "Os filhos das adolescentes estudadas apresentaram desenvolvimento semelhante aos filhos de mães adultas, mostrando, entretanto, um déficit de crescimento a ser considerado". [196]

Medidas de Prevenção

A literatura sobre gravidez de repetição na adolescência descreve muitas estratégias para a prevenção da repetição da gravidez nesta fase da vida. Infelizmente, a maioria dos programas não tem tido efeitos capazes de prevenir a repetição da gravidez. Mães adolescentes mantidas em programas específicos e destinados a prevenir nova gravidez, com a atuação voltada para aspectos educativos, não têm diferenças quando são comparadas aos grupos controle.[197] O Fórum intitulado Adolescência e Contracepção de Emergência, realizado em 2005, foi organizado pela Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), coordenado pela professora doutora Maria Ignez Saito e pela doutora Marta Miranda Leal, e realizado em

[194] Sheeder J, Scott S, Steves-Simon C. The Eletronic Report on Adolescent Pregnancy (ERAP). J Pediat Adolesc Gynecol (2004) 17:341-346.
[195] Santos GHN, Martins MG, Souza MS. - Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(5): 224-31.
[196] Vieira MLF, Bicalho GG, Silva JLCP, Barros Filho AAB. Crescimento e desenvolvimento de filhos de mães adolescentes no primeiro ano de vida. Rev. paul. pediatr. vol.25 n.4 São Paulo Dec. 2007.
[197] Jones ME, Monday LW. Lessons for prevention and intervention in adolescent pregnancy: a Five year comparison of outcomes of two programs for school-aged pregnant adolescents. Journal of Pediatric Health Care, 1994, 8(4), 152-159.

13 de agosto de 2005. Este evento contou com a participação de pediatras, ginecologistas, profissionais ligados a Comissões de Bioética, ao Conselho Federal de Medicina e ao Ministério da Saúde, e foram escolhidos, para respaldar os debates representantes da Justiça – advogados e juízes. Saito e Leal publicaram as Conclusões do Fórum:

> "A CE cumpre papel de destaque dentro da proposta de educação sexual, posto que seu caráter emergencial pode preceder o próprio processo educativo, sem deixar de fazer parte desse processo em suas etapas. Quando se leva em consideração as características e singularidades dos adolescentes, fica claro que a CE vai ao encontro de seu imediatismo, das constantes mudanças de pensar e sentir, colocando-se, portanto, como opção relevante de prevenção. É reconhecido ser direito do adolescente ter acesso ao conhecimento de todos os métodos, inclusive da CE, identificando aqueles que ofereçam maior eficácia contraceptiva e proteção contra DST, levando-se em conta a autonomia de suas escolhas. E, é dever do profissional de saúde oferecer todas as alternativas de informação de forma clara, fácil, acessível, independente de qualquer circunstância. Partindo dessas premissas, é relevante enfatizar os conceitos de liberdade de escolha, de dupla proteção e incorporação da CE como parte de políticas públicas de saúde para os jovens. Características dessa faixa etária poderiam conduzir ao uso mais freqüente, devendo redobrar-se a atenção dos profissionais no que diz respeito à queda de eficácia do método. A nova proposta da CE em dose única elimina a preocupação em relação ao uso incorreto pelas adolescentes, desde que não mais haverá a possibilidade do esquecimento da segunda dose. A incorporação da CE às políticas públicas não só visa facilitar o acesso e treinar profissionais pra lidar com essa questão, mas também contribui para a formação de opinião. A realidade da iniciação precoce da atividade sexual e as estatísticas relevantes de gravidez e aborto na adolescência corroboram essa necessidade. Colocada como estratégia de redução de danos, a CE deve participar efetivamente no projeto de educação sexual como um todo, para ambos os gêneros, quando se enfatiza um projeto de desenvolvimento da sexualidade de forma saudável, que torne o adolescente sujeito de suas escolhas. Na

realidade, a orientação da CE favorece a orientação do uso do condom, sendo que tanto outros métodos hormonais como a CE serão sempre complementares do preservativo. Lembrar que, além da falha mecânica, pode ocorrer a falha comportamental (por exemplo: o preservativo geralmente não é usado nas preliminares). Assim, até mesmo os trabalhos de prevenção da AIDS deveriam incluir informações sobre a CE. De maneira mais ampla, considerou-se que a CE deva fazer parte de uma educação sexual que:

1. Considere seu caráter intersetorial (educação/saúde/cultura) e processual (processo contínuo, seqüencial, não pontual);

2. Inclua a educação de pares (multiplicadores adolescentes), aproveitando a tendência grupal do adolescente;

3. Tenha marcos de referência definidos (características da adolescência; conceito de gênero; conceito de saúde; direitos sexuais e reprodutivos; metodologias participativas);

4. Destaque o auto-cuidado e o cuidado do outro;

5. Ressalte o prazer;

6. Não seja meramente uma proposta sexual 'medicalizada';

7. É importante reiterar que uma política de saúde sexual que promova ações coletivas deve começar pela sensibilização e treinamento para técnicos. Em relação aos riscos de utilização da CE, nenhum foi ainda definitivamente demonstrado. Deve ser esclarecido que alguns riscos temidos não foram demonstrados:

1. Ação como método abortivo teratogênico, em caso da adolescente já estar grávida no momento da tomada do contraceptivo de emergência;

2. Facilitação da aquisição de DST/AIDS;

3. Banalização do seu uso, passando a ser usado como método contraceptivo regular;

4. Passaporte para vulgarização da relação sexual na adolescência – promiscuidade. Não se deve culpar a CE pela promiscuidade; as origens ou causas da mesma estão na própria sociedade, na questão de gênero, no meio onde o adolescente se encontra inserido, na ausência de projeto de vida, auto-estima e auto-cuidado;

5. Alteração do eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal definitiva, mesmo frente ao uso repetitivo. Fazem-se necessários estudos multicêntricos com metodologia qualitativa e quantitativa para melhor entendimento do risco hipotético do uso habitual do método.

Algumas preocupações procedem e servem de alerta para que dúvidas possam ser sanadas, devendo-se destacar os riscos já comprovados:

1. O método é pouco eficaz se utilizado repetidamente (a curtos intervalos); na realidade, o único risco real do contraceptivo de emergência é de falha do método, pois é o menos eficaz entre os métodos modernos para contracepção rotineira;

2. A adolescente não deve se acreditar protegida até o próximo ciclo menstrual, sendo fundamental a orientação sobre uso de outro método ou abstinência até a próxima menstruação;

3. Na experiência da maioria dos profissionais, a CE é mais subutilizada do que superutilizada;

4. O uso inadequado, infelizmente, muitas vezes decorre de problemas mais relacionados ao despreparo dos profissionais de saúde, à venda equivocada nas farmácias e às estratégias de divulgação antiéticas;

5. Não houve consenso quanto à prescrição prévia do contraceptivo de emergência para adolescentes:

a) A maioria advoga a pertinência da mesma dentro de uma proposta de prevenção. Receitar é direito e dever do médico. Avaliar risco é papel do médico. Portanto, ele pode prescrever a CE para a adolescente nas consultas de prevenção e fornecer a receita para os casos que considerar de risco pessoal, biológico, social, familiar e psicológico;

b) Os profissionais que não concordaram com o fornecimento da receita prévia e assim se posicionaram por acreditarem que a CE não deve ser enfatizada numa consulta de prevenção, imaginando que isso possa intervir no comportamento adequado por parte do adolescente, quando da orientação da contracepção regular.

Discutindo-se estratégias para facilitar o acesso e o uso do contraceptivo de emergência, foi sugerido que deveria ser parte das ações de prevenção das Unidades Básicas de Saúde/Unidades de Saúde da

Família (UBS/USF). Nas localidades que não contassem com UBS/USF abertas nos fins de semana, seria estabelecido o acesso a um Pronto Socorro (PS) de referência. Neste último caso, uma opção ao PS seria a dispensação, sendo entregue a algumas farmácias (de plantão), que forneceriam o contraceptivo de emergência ao usuário, retendo sua receita, por meio da qual seria ressarcido posteriormente.

Independentemente da idade, os profissionais valorizaram a autonomia de decisão e capacidade do adolescente de administrar suas tarefas. Assim, cabe a orientação e o uso da CE em menores de 14 anos, não existindo infração ética nessa prescrição, respeitadas as ressalvas do artigo 103 do Código de Ética Médica. Quanto à implicação legal, novamente, deve ser salientado que a presunção de violência desaparece mediante as informações que o profissional possui da sua não existência, e que devem ser registradas em prontuário.

Em relação aos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes, cabe lembrar as seguintes premissas:

1. A afirmação e construção do conceito de direitos reprodutivos vêm se dando, basicamente, no campo da saúde, o que implica, por vezes, restringi-lo às questões de saúde sexual e reprodutiva. Portanto, um grande desafio para a afirmação do novo conceito é não permitir sua restrição às questões de saúde, mas aportá-lo na esfera da cidadania plena, buscando tratá-lo na sua dimensão política, ou seja, "como prerrogativa de autonomia e liberdade dos sujeitos humanos nas esferas da sexualidade e reprodução.

2. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei nº 8.069 de 13/07/90 – claramente dispõe a prioridade do atendimento médico do adolescente, o direito à autonomia e sua absoluta proteção à vida e à saúde de forma que permita seu desenvolvimento sadio e harmonioso. Em nenhum momento, o ECA condicionou o acesso do adolescente a esses serviços ou direitos, por meio da anuência de seus pais ou responsáveis, por outro lado, garante que toda criança ou adolescente seja ouvida e sua opinião considerada no momento de decidir sobre fatos que envolvam sua vida íntima. Portanto, os direitos dos adolescentes à assistência sexual e reprodutiva consistem em direitos personalíssimos

garantidos pelo ECA e podem ser exercidos independentemente da autorização da família ou responsável.

3. É importante incluir uma das principais conclusões do "Fórum 2002 – Contracepção, Adolescência e Ética": ‘o respeito da autonomia da criança e do adolescente, o que implica para este último em privacidade e confidencialidade, faz com que esses indivíduos passem de objeto a sujeito de direito’. O adolescente tem direito à educação sexual, ao acesso à informação sobre contracepção, à confidencialidade e ao sigilo sobre sua atividade sexual e sobre a prescrição de métodos anticoncepcionais, respeitadas as ressalvas acima (Art. 103, Código de Ética Médica). O profissional que assim se conduz não fere nenhum preceito ético, não devendo temer nenhuma penalidade legal. "Porém, nem a Constituição Federal, nem o Estatuto da Criança e do Adolescente abordam expressamente os direitos sexuais e reprodutivos dos jovens, merecendo revisão legislativa ou interpretação satisfatória que atenda aos objetivos traçados nos documentos internacionais".

As orientações, quando da prescrição da CE dirigidas a ambos os gêneros, incluem:

1. Orientar quanto às indicações e quanto à dosagem (priorizar as apresentações contendo apenas levonorgestrel, pela sua maior eficácia, e a tomada em dose única, por aumentar a adesão);

2. Reforçar que a CE é o último passo antes da ocorrência ou da possibilidade de uma gravidez, portanto deve ser entendida como uma opção que só está sendo utilizada porque os métodos contraceptivos falharam ou porque não foram utilizados;

3. Orientar que não é eficaz como método de rotina, devendo ser utilizado em casos emergenciais; além disso, seu uso inadequado, repetitivo, aumenta a ineficácia do método;

4. Orientar sobre a ocorrência de efeitos colaterais leves, nos primeiros dois dias após tomada da medicação, como cefaléia, náuseas e vômitos;

5. Se vomitar nas primeiras duas horas após a ingestão do contraceptivo de emergência, orientar sobre a necessidade de repetir a mesma dosagem do medicamento;

6. Esclarecer que não interfere na evolução de gravidez já estabelecida e que não é teratogênico;

7. É um método seguro, sem condições médicas que contra-indiquem seu uso; pode ser utilizado por pacientes com doenças crônicas;

8. Ideal usar o mais próximo possível da relação sexual desprotegida; a eficácia é maior quanto mais precoce for a tomada, mas pode ser utilizado até cinco dias após ato sexual desprotegido;

9. A menstruação é esperada para mesma data ou com pequenas variações, antecipando ou atrasando o fluxo por cerca de sete dias;

10. Não ter relações sexuais ou usar outro método contraceptivo (método de barreira, por exemplo) até a próxima menstruação, pois a CE confere proteção somente para aquele evento, não garantindo prevenção seqüencial;

11. Esclarecer sobre mecanismo de ação, que não é abortivo por não atuar após a nidação;

12. Se não menstruar em três semanas, pensar na possibilidade de gravidez;

13. Identificar a adolescente que faz uso do contraceptivo de emergência como adolescente de risco e aproveitar o momento da prescrição do contraceptivo de emergência para iniciar a orientação sexual de forma ampla, reforçando a necessidade de adesão à dupla proteção;

14. Lembrar que, nesse momento, a adolescente poderá não estar disponível emocionalmente para apreender todos os conhecimentos necessários e tomar decisões, havendo necessidade, portanto, de retornos posteriores e inclusão da paciente no programa de atenção à saúde do adolescente da Unidade de Saúde;

15. É importante ter presente que outro grupo que se beneficia com esse método, nas situações de emergência, é o dos portadores de doenças crônicas, mesmo os que são impossibilitados de usarem anticoncepcionais hormonais de rotina que contenham estrógeno;

16. Os participantes do Fórum acreditam que se deva abolir o termo da ‘pílula do dia seguinte’, pois isto pode confundir a adolescente quanto ao uso correto, ao sugerir que só possa ser utilizado nas primeiras

24 horas, ou confundir o profissional ao identificá-la como a RU486, droga abortiva que nunca foi aprovada para uso no Brasil.

Algumas sugestões elaboradas neste segundo Fórum seguem-se abaixo:

1. Parceria da Saúde com os meios de comunicação (mídia) para o exercício de uma sexualidade com responsabilidade, abrangendo propostas educativas e preventivas;

2. Execução de trabalhos multicêntricos nacionais para reconhecimento do comportamento dos adolescentes frente à CE, com avaliação do uso e dos desdobramentos da CE. Para isso é necessária a elaboração de protocolos de pesquisa e o emprego das técnicas de medicina baseada em evidência;

3. Proposta junto à rede pública – acesso mais rápido aos atendimentos nas Unidades de Saúde; equipe de acolhimento preparada para orientação e informação. Trabalho de sensibilidade e educativo junto aos profissionais de PS e Pronto Atendimento com kit e protocolo para CE.

4. Proposta de elaboração de uma resolução no Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre CE para orientar e respaldar o profissional. A exposição de motivos dessa resolução deve se basear nas conclusões deste fórum.

A CE cumpre papel de destaque dentro da proposta de educação sexual, devendo fazer parte da orientação anticoncepcional como um todo, posto que é um direito dos adolescentes terem acesso ao conhecimento sobre todos os métodos contraceptivos. Com a antecipação da puberdade e do início da atividade sexual, cada vez mais a anticoncepção faz parte da proposta pediátrica de prevenção de problemas ou agravos à saúde, ainda que possam persistir alguns aspectos polêmicos para sua prescrição. Este Fórum teve como principal contribuição esclarecer alguns desses aspectos. Pôde-se concluir que a CE não é um método abortivo, não leva reconhecidamente ao abandono

de outros métodos ou incremento da promiscuidade e pode ser usada em qualquer etapa da vida reprodutiva".[198]

A repetição da gravidez em adolescentes não foi evitada em trabalho randomizado [199], no qual mães adolescentes foram divididas em 4 grupos, sendo que no primeiro grupo a mãe recebeu auxílio financeiro mais suporte ao parceiro; ao segundo grupo foi destinado suporte apenas ao parceiro, ao terceiro grupo somente ajuda financeira e para o quarto grupo não foi efetuada nenhuma intervenção. Nenhuma diferença foi encontrada entre os 4 grupos. [200]

Setzer e Smith compararam um programa desenvolvido na escola como base da clínica e um programa de planejamento familiar que ajudava mães adolescentes a evitar gravidez de repetição e permanecer na escola; as taxas de repetição variaram de 19 a 28% sem diferenças significativas entre os grupos.

Outro programa desenvolvido e baseado em visitas domiciliares, com as mães recebendo instruções em seus próprios lares em conjunto com familiares, não mostrou diminuição nos índices de repetição da gravidez.[201] Um declínio nas taxas de repetição de gravidez na adolescência foi registrado em Minnesota, no qual enfermeiras atuam nas escolas realizando testes de gravidez, a cada mês nas meninas mães, aconselhamento e grupos de discussão em educação para saúde. Resultados positivos foram obtidos após 9 anos de acompanhamento.[202] Em estratégia àquelas mães adolescentes para as quais se identifica risco de nova gravidez, Boardman sugere focar a atenção nos problemas causados pelas gestações seguidas e encorajar a adolescente e seus parceiros a planejar uma gravidez futura, mais tardia.[203]

---

[198] Saito MI, Leal MM. Adolescência e contracepção de emergência: Fórum 2005. Revista Paulista de Pediatria 2007; 25(2):180-186.

[199] Setzer JR, Smith DP. Comprehensive school-based services for pregant and parenting adolescents in West Dallas, Texas. Journal of School Health, 1992, 62(3), 97-1, 97-2.

[200] Steves-Simon C, Kelly L, Singer D. The effect of monetary incentives and peer suport groups on repeat adolescent pregnancies: a randomized Trial of the dollar-a-day program. Journal of American Medical Association, 1997, 277 (12), 977-982.

[201] Steves-Simon C, Kelly L, Kullick R. A village would be nice but... it takes a long acting contraceptive to prevent repeat adolescent pregancies. 2001, 21(1), 60-65.

[202] Schaffer MA, Jost R, Pederson BJ, Lair M. Pregnancy-Free Club: a strategy to Prevent Repeat Adolescence Pregnancy. Public Health Nursing, 2008, volume 25, n 4, p. 304-311.

[203] Boarmam LA, Allsworth J, Phillips MG, Lapane KL. Risk Factors for uninteded versus intended rapid repeat pregancies among adolescentes. Journal of Adolescent Health, 2006, 39(4), 597.e1-597.e8.

Crianças que sofrem abuso sexual e gravidez na adolescência são morbidades sociais intimamente relacionadas e fartamente documentadas na literatura.[204] A violência doméstica relacionada, seja física ou sexual, está associada com riscos elevados de gravidez na adolescência, baixo rendimento escolar, gravidez indesejada com nascimentos de evolução desfavorável. [205] Frequentemente, as estratégias utilizadas pelos adolescentes para enfrentar as situações de abusos domésticos é a busca das drogas, ‘‘fugir’ de casa e envolvimentos que levam à gravidez na adolescência.[206] Estratégias para identificar adolescentes que tenham sido sexualmente abusados constituem uma importante ferramenta para intervenção precoce.[207]

Em países africanos, o acompanhamento de meninas abusadas, tem sido uma estratégia recomendada nos Programas para redução da gravidez na adolescência que também estão associadas ao elevado risco de contaminação pelo HIV.[208]

Em muitas situações, elevados níveis de infecções por HIV, associados ao início precoce da vida sexual e múltiplos parceiros, têm levado os pesquisadores em saúde reprodutiva de que existe a necessidade de intervenções que compreendem algo mais do que promover abstinência. [209] [210] [211]

Trabalhos bem elaborados com medidas de impacto das avaliações são necessários para prover evidência sobre o controle e conteúdo das intervenções. Muitas adolescentes sujeitas a elevados riscos, não se encontram nas escolas porque tiveram que abandonar os estudos. Assim, existe a necessidade de intervenções direcionadas para alvos que estão

[204] Francisco MA. Et. al. The effect of childhood sexual abuse on Adolencent Pregnancy: An Integrative Research Review. Journal for Specialists in Pediatric Nursing, volume 13, n 4, october 2008.
[205] Van der Hulst L, Bonsel G, Estes M, Birnie E, Van Teijlingen E, Blecker O. Bad experience, good birthing: Dutch low-risk pregnant women with a history of sexual abuse. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 2006, 27(1), 59-66.
[206] Saewyc EM, Magee LL, Pettinggell SE. Teenage Pregnancy and associated risk behaviors among sexually abused adolescents. Perspectives on Sexual Abuse and Reproductive Health, 2004, 36(3), 98-105.
[207] Osborne L, Rhodes J. The role of life stress and social support in the adjustment of sexually victimized pregnant and parenting minority adolescents. American Journal of Community Psychology, 2001, 29(6), 833-849.
[208] Sperlzer IS. Et. al. Sexual Violence and Reproductive Health Outcomes Among South African Female Youths: a Contextual Analysis. American Journal of Public Health, 2009, supplement 2, vol 99, p. 425-431.
[209] Bearinger LH et. al. Global perspectives on the sexual and reproductive health for adolescents: patterns, prevention, and potencial. Lancet, 369 (9568):1220-1231.
[210] Bersamin MM et. al. Defining virginity and abstinence adolescent´s interpretation of sexual behaviors. Journal of Adolescent Health, 2007, 41(2): 182-188.
[211] Masatu MC, et. al. Predictors of risky sexual behavior Among adolescents in Tanzania. AIDS and Behavior, 2009, 13(1):94-99.

dentro e fora das escolas. Aliado a isto, é importante promover a comunicação com os familiares para avaliar a forma como estão se relacionando com as meninas e se as informações estão sendo obedecidas.

Pesquisadores do Texas relatam que a implementação de educação sexual no currículo escolar resultou em impacto no conhecimento e mudança nas atitudes com retardo no início da atividade sexual.[212] Trabalho semelhante, realizado com uma amostra de 332 gestantes adolescentes afroamericanas em New Orleans demonstra resultados parecidos. [213]

A socióloga Bruckner, da Universidade do Yale, prega a necessidade de enfatizar atitudes positivas em direção à utilização de contraceptivos, visto que a utilização sistemática de contraceptivos influencia fortemente a prevenção de nova gravidez em adolescentes.[214] A mesma opinião é compartilhada por pesquisadores da Bahia,[215] por pesquisadores americanos de Rhode Island[216] e por pesquisadores da Carolina do Norte, que investigaram aspectos comportamentais de 278 adolescentes em Teresina, Piauí, Brasil em 2008. [217] Kinsella e colaboradores, da Universidade do Colorado, enfatizam a importância de a adolescente continuar a utilizar contraceptivos após a primeira relação sexual, porque as meninas passam a ter "dúvidas" sobre a necessidade de manter o método contraceptivo em vigência de uma vida sexual ativa.[218]

Cristina Duarte e outros, pesquisadores da Faculdade de Medicina do ABC, localizada na Grande São Paulo, publicaram um estudo transversal ecológico com 1.314

[212] Sulak PJ, Herbelin SJ, Fix DDA, Kuehl TJ. Impact of an adolescent sex education program that was implemented by an academic medical Center. American Journal of Obstetrics and Gynecology (2006) 195, 78-84.
[213] Afable-Munsuz A, Speizer I, Magnus JH, Kendall C. A positive orientation toward early motherhhod is associated with uninteded pregnancy among New Orleans youth. Maternal and Child Health Journal, volume 10, n. 3, May 2006, 265-276.
[214] Bruckner H, Martin A, Bearman PS. Ambivalence and Pregnancy: Adolescent´s Attitudes, contraceptive Use and Pregnancy. Perspective on Sexual Reproductive Health. Volume 36, number 6, November/December 2004.
[215] Almeida MCC, Aquino EML, Gaffikin L, Magnani RJ. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. Revista de Saúde Pública 2003;37(5):566-575.
[216] Phipps MG, Rosengard C, Weitzen S, Meers A, Billinkoff Z. Age Group among Pregnant Adolescents: sexual behavior, health habits and contaceptive use. J Pediatr Adolesc Gynecol (2008) 21:9-15.
[217] Gomes KRO, Speizer IS, Oliveira DDC, Moura LNB, Gomes FM. Contraceptive Method use by adolescents in Brazilian State Capital. J Pediatr Adolesc Gynecol (2008) 21:213-219.
[218] Kinsella EO, Crane LA, Ogden LG, Steves-Simon C. Characteristics of adolescent women Who stop using contraception after use at first sexual intercourse. J Pediatr Adolesc Gynecol (2007) 20:73-81.

adolescentes. As quatro áreas utilizadas foram as previamente identificadas no mapa da exclusão/inclusão social da cidade de Santo André, sendo a área 1 a de exclusão social mais pronunciada e a 4 a de menor exclusão social. O nível de escolaridade mostrou uma relação estatisticamente significativa com as áreas mais pobres, que concentravam o maior número de adolescentes com menos escolaridade. Quanto à distribuição do baixo peso ao nascer, 76,8% dos bebês nascidos com < 2.500 g encontravam-se nas áreas mais pobres da cidade. A maior taxa de fecundidade (35,7 em 1.000 adolescentes) também esteve associada às piores condições socioeconômicas, enquanto a menor taxa (12,1 em 1.000) foi observada na área mais favorecida. A frequência de bebês prematuros não foi diferente entre as quatro áreas (P = 0,81). Os resultados mostraram que:

> "Mais adolescentes de baixa escolaridade e menor nível socioeconômico tiveram mais filhos. É necessário promover ações específicas para evitar a gravidez nesse grupo e para incentivar a inclusão social dessas adolescentes e de seus filhos, abrindo a eles perspectivas de modificar a sua condição". [219]

Os programas implementados e direcionados ao início da vida sexual devem gerar dados que devem ser cuidadosamente analisados para não provocar presunções incorretas de que os programas aumentam os riscos comportamentais das adolescentes. Existem lacunas dentro de programas que objetivam levar informações e aumentar o conhecimento das adolescentes, com a finalidade de modificar comportamentos, tais como programas sobre a AIDS, DST´s, prevenção da gravidez. Estes programas devem levar em consideração as diferenças de gênero, visto que as informações são compreendidas e assimiladas de formas diferentes, assimétricas, pelas meninas e pelos meninos.[220]

Após vários anos de investimentos direcionados e limitados para a abstinência e para a utilização de contraceptivos, verifica-se que tais métodos, isoladamente, não são efetivos[221] e que outras intervenções bem desenhadas devem ser formuladas para assegurar

[219] Duarte CM, Nascimento VB, Akerman M. Gravidez na adolescência e exclusão social: análise de disparidades intra-urbanas. Rev. Panam Salud Publica vol.19 n.4 Washington Apr. 2006.
[220] Glasier A, et. al. Sexual and Reproductive health: a matter of life and death, Lancet, 2006, 368(9547):1595-1607.
[221] Santelli J. et. al. Abstinence-only education policies programs: a position paper of the Society for Adolescent Medicine. Journal of Adolescent Health, 2006, 38(1): 83-87.

informações saudáveis aos jovens sobre a saúde sexual e reprodutiva, para que os próprios saibam fazer suas escolhas. Um interessante trabalho publicado por pesquisadores de Ohio refere resultados bastante promissores com a utilização de um simulador de bebê que "chora" e reivindica cuidados de forma aleatória e somente pode ser desligado com a utilização de uma senha que é de conhecimento do portador. O simulador de bebê foi distribuído entre 77 jovens de ambos os sexos, que passaram por uma programação denominada "Sob seus Cuidados" (*In your Care*), cujo conteúdo era os cuidados e responsabilidades daqueles que têm filhos. Reuniões de grupo e acompanhamentos foram realizados periodicamente. Os autores relatam resultados muito positivos em relação às percepções e sentimentos dos jovens adolescentes capazes de interferir de forma efetiva no comportamento sexual dos mesmos.[222]

Para Eleanora Ribeiro e colaboradores, após comparar duas coortes de mães adolescentes em Ribeirão Preto concluíram:

> "É importante que se tenha este conhecimento e que se comece desde o início da adolescência a fornecer atendimento não só às jovens adolescentes, como também aos adolescentes do sexo masculino. O fornecimento de informações sobre saúde reprodutiva deve ser feito antes do início da atividade sexual, para que os jovens possam optar pelo sexo seguro, sem riscos de doenças ou gravidez indesejada." [223]

Em relação à prevenção de nova gestação, pesquisadores americanos após analisarem amostra constituída por 718 jovens gestantes concluíram que: "Informações sobre contracepção de emergência prévia não se constitui em um preditor de gravidez subsequente ou infecções ou de risco de nova gestação em mulheres jovens".[224]

---

[222] Didion J, Gatzke H. The Baby Think It Over Experience to Prevent Teen Pregnancy: a Postintervention Evaluation. Public Health Nursing, volume 21, n 4, p. 331-337.

[223] Ribeiro ERO, Barbieri MA, Bettiol H, Silva AAM. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil. Rev. Saúde Pública vol.34 n.2 São Paulo Apr. 2000

[224] Sander PM, Raymond EG, Weaver MA. Emergency contraceptive use as a marker of future risky pregnancy, and sexually transmitted infection. American Jouurnal of Obstetrics and Gynecology, August 2009, 146.e1.

De acordo com pesquisadores da Universidade de Illinois, em Chicago, após recrutar e analisar sete diferentes grupos focais de adolescentes de origem latina, concluíram que:

> "Devido à falta de informações e às crenças familiares que proíbem a utilização de pílulas anticoncepcionais, pois estas facilitam práticas de atividades sexuais, as adolescentes têm uma elevada incidência de não utilização de contraceptivos ou fazem utilização irregular do condom. Verificou-se que após a gestação, as adolescentes têm mais acesso à utilização de contraceptivos e são muito determinadas para fazer uso dos mesmos. Assim, a abordagem para a prevenção da primeira gravidez em adolescentes deve ser feita de maneira apropriada e diferente da abordagem feita para as meninas que já tiveram filho".[225]

Trabalho científico publicado no mesmo periódico em 2007 por pesquisadores do Massachussets tem resultados e conclusões muito semelhantes,[226] assim como trabalho realizado no Brasil e publicado em 2008[227] e outro trabalho publicado em 2007 por pesquisadores da Universidade de Indiana.[228]

Em outro Programa destinado à prevenção da gravidez em adolescentes, os pesquisadores da Universidade do Utah concluem que:

> "10% das adolescentes atendidas pelo programa muldisciplinar experimentam uma nova gravidez enquanto ainda estão participando do programa. Comparadas com as outras adolescentes que não engravidaram novamente, as jovens grávidas são mais jovens, mais frequentemente hispânicas e mantinham relacionamentos mais estáveis com os pais do

[225] Gillian ML, Warden MM, Tapia BT. Young Latinas Recall Contraceptive Use before and after Pregnancy: a Focus Group Study. J Pediatr Adolesc Gynecol (2004) 17:279-287.
[226] Lemay CA, Cashman SB, Elfenbein DS, Felice ME. Adolescent Mothers´Attitudes Contraceptive use before and after Pregnancy. J Pediatr Adolesc Gynecol (2007) 20:233-240.
[227] Gomes KRO, Speizer IS, Oliveira DDC, Moura LNB, Gomes FM. Contraceptive Method Use by Adolescents in Brazilian State Capital. J Pediatr Adolesc Gynecol (2008) 21:213-219.
[228] Bartz DB, Shew M, Ofner S, Fortenberry D. Pregnancy Intentions and contraceptive Behaviors Among Adolescents Women: a Coital Event Level Analysis. Journal of Adolescent Health 41 (2007) 271-276.

> primeiro bebê. A literatura relata que muitas meninas participantes destes programas apresentam fatores psicológicos relacionados a uma repetição da gravidez. Relatos de tentativas de suicídio e histórias psiquiátricas significativas são achados frequentes naquelas que têm nova gravidez. Infelizmente, somente em torno de 25% das adolescentes completam o curso superior, independentemente de experimentar ou não uma repetição da gravidez. Conquanto intervenções psicológicas sejam direcionadas para adolescentes que apresentam riscos elevados de repetir a gravidez possam diminuir os riscos de repetição, todas as jovens que participam de nosso Programa aparentemente se beneficiam destes serviços". [229]

Costa e outros, realizaram estudo para conhecer características e associações entre idade materna e aspectos da gestação, parto e nascidos vivos de adolescentes e adultas jovens em Feira de Santana, Bahia. Foi realizado um estudo epidemiológico de corte transversal com nascidos vivos e mães adolescentes (10-16 e 17-19 anos) e adultas jovens (20-24 anos), através do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC-1998), totalizando 5.279 nascimentos. As variáveis foram classificadas em sociodemográficas (idade, escolaridade e sexo do recém-nascido) e relacionadas a gestação, parto e condições dos recém-nascidos. Os dados foram processados usando a razão de prevalência e a análise multivariada. A regressão logística foi usada para controlar fatores confundidores (pré-natal e idade gestacional) e associar idade materna e peso de nascimento. As conclusões foram que:

> "Os resultados do estudo apontaram, entre adolescentes das duas faixas etárias, alta prevalência de nascidos vivos, analfabetismo, escolaridade de 1º grau e não realização de pré-natal. Os recém-nascidos de adolescentes de 10 a 16 anos apresentaram maior prevalência e chance de peso insuficiente e menor prevalência e chance de peso adequado, quando comparados aos filhos das outras faixas etárias estudadas. São as seguintes as propostas que emanam dos resultados deste estudo:

[229] Pfitzner MA, Hoff CH, McElligott K. – Predictors of repeat Pregnancy in a Program for Pregnant Teens. J Pediatr Adolesc Gynecol (2003) 16:77-81.

1. Necessidade de sensibilização dos profissionais de saúde quanto à importância do preenchimento adequado da ficha do SINASC;

2. Investimento dos Serviços de Saúde em ações específicas de captação precoce e inserção da mãe adolescente ao pré-natal, acompanhamento pós-parto e planejamento familiar;

3. Implementação de ações de sensibilização da população adolescente pelos Sistemas de Educação e de Saúde quanto à responsabilidade de prevenir a gestação precoce e não planejada e quanto às suas conseqüências". [230]

Transcrevo abaixo conteúdo de matéria publicada no site da UOL Estilo e Comportamento, que versa sobre vários aspectos da orientação sexual para adolescentes:

"Os pais, a escola e o ginecologista são fundamentais para a boa orientação sexual na adolescência. Isso pode refletir fazer a diferença na vida adulta da mulher, segundo a ginecologista e obstetra Barbara Murayama, especializada em endoscopia ginecológica pela UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo) e titulada pela FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia). A afirmação ganha mais importância quando se consulta os dados do Ministério da Saúde: no Brasil, a idade média de iniciação sexual está em torno dos 15 anos, ou seja, em idade escolar. "O que justifica a necessidade de realizar ações de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e HIV/AIDS à população de adolescentes e jovens escolares", diz a ginecologista. Em entrevista ao UOL Estilo Comportamento, ela afirma que a masturbação ainda é tabu na vida das meninas. "A orientação que costumo passar é a necessidade de conhecer o seu próprio corpo muito bem para poder ter e dar prazer a alguém durante um ato sexual", afirma. Mas o diálogo com os pais, segundo

[230] Costa MCO, Santos CAT, Sobrinho CL, Freitas JO, Ferreira KASL- Indicadores Materno-infantis na adolescência e juventude: sociodemográfico, pré-natal, parto e nascidos-vivos. J. Pediatr. (Rio J.) vol.77 n.3 Porto Alegre May/June 2001

Barbara, ainda é o melhor caminho para filtrar a avalanche de informações que permeia a vida dos adolescentes atualmente. [231]

[231] Ferreira R. Orientação Sexual na Adolescência Pode Fazer a Diferença na Vida Adulta da Mulher. Matéria publicada no site UOL Estilo e Comportamento em 07 de junho de 2010. Disponível na Internet: Acessado em 8 de junho de 2010. http://estilo.uol.com.br/comportamento/ultnot/2010/06/07/orientacao-sexual-na-adolescencia-pode-fazer-a-diferenca-na-vida-adulta-da-mulher.jhtm Seguem-se trechos de uma entrevista realizada a Barbara Murayama (BM). **UOL Estilo Comportamento** - Quando deve ocorrer a primeira visita ao ginecologista? BM - Não existe data precisa, mas, assim que a menina começar a apresentar os primeiros sinais da puberdade, como nascimento dos pêlos pubianos e das mamas, já pode ser um bom momento. Esses acontecimentos, muitas vezes, vêm acompanhados de dúvidas. Por isso, com o auxílio de uma profissional, a mãe pode ter mais respaldo para transmitir segurança para a menina durante essa transição. Caso esse período passe, o ideal é que, a partir da primeira menstruação, as visitas se tornem rotineiras. **UOL Estilo Comportamento** - A mãe deve entrar junto com a filha no consultório médico? BM - Não existe regra. Isso deve ser discutido com cada menina e com cada mãe. Algumas meninas preferem a mãe junto delas, enquanto outras preferem entrar sozinhas. O importante é deixar o canal aberto para que a menina se sinta à vontade para tomar essa decisão, sem repressão. **UOL Estilo Comportamento** - Quais são as orientações que um ginecologista costuma passar para uma paciente adolescente no consultório? BM - Após conversar com a menina e saber um pouco sobre ela, eu procuro focar as orientações de acordo com o momento que ela está passando. Por exemplo, para uma menina de 11 anos, que está começando a menstruar, mas ainda não tem relações sexuais, muitas vezes nem beijou na boca ainda, irei explicar sobre higiene íntima e as mudanças que acontecem no corpo nesta fase, como a secreção vaginal que é mais evidente, as cólicas que podem aparecer e os fluxos menstruais. Por outro lado, para uma menina que já iniciou ou que eu percebesse que já está pensando em iniciar sua vida sexual, é preciso explicar sobre DST (doenças sexualmente transmissíveis), uso de preservativos e métodos anticoncepcionais. Sempre de uma forma suave e clara, deixando um canal aberto para que a menina tenha confiança. **UOL Estilo Comportamento** - Em relação à educação sexual, qual o papel do ginecologista? Como ele pode ajudar nessa questão? BM - O ginecologista, como médico da mulher em todas as fases de sua vida, exerce papel primordial, pois tem informações de qualidade sobre os assuntos que envolvem esse tema. É importante, em todas as consultas, que o ginecologista se mostre aberto a esclarecer dúvidas sobre a atividade sexual, doenças sexualmente transmissíveis e métodos anticoncepcionais, entre outros assuntos. Cabe ao profissional fornecer informações médicas e epidemiológicas sobre gravidez na adolescência, transmissão de doenças etc. Essas informações devem ser introduzidas nas consultas de rotina e sempre que a paciente trouxer dúvidas. **UOL Estilo Comportamento** - Como lidar com a timidez típica do adolescente na hora de falar sobre sexo? Como você lida com isso para obter informações importantes? BM - É preciso ganhar a confiança da adolescente, como a de qualquer paciente, em qualquer idade. E isso, muitas vezes, leva tempo. Nem tudo precisa ser conversado na primeira consulta. Geralmente, em uma primeira consulta apenas conversamos sobre assuntos diversos, antecedentes médicos e familiares. E deixamos o exame ginecológico e temas como sexo para uma próxima visita, quando a menina se sentir mais à vontade. **UOL Estilo Comportamento** - Qual é a maior dúvida das meninas? BM - O início das menstruações nem sempre é regular. Muitas vezes, a menstruação adianta ou atrasa um pouco. Isso - e também os corrimentos - costuma gerar dúvidas. Quando começam a menstruar, as meninas passam a ter secreção vaginal em maior quantidade. A secreção tem como finalidade lubrificar a vagina e isso pode ser confundido com corrimentos causados por fungos ou bactérias. Por isso, sempre que houver sintomas como esse é preciso de uma

O texto abaixo reflete as conclusões do trabalho de pesquisadores de Baltimore, publicado em junho de 2009:

---

avaliação ginecológica. **UOL Estilo Comportamento -** Atualmente, as meninas estão perdendo a virgindade com que idade? BM - Segundo dados retirados do site do Ministério da Saúde, no Brasil, a idade média de iniciação sexual está em torno dos 15 anos, ou seja, em idade escolar, o que justifica a necessidade de realizar ações de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e HIV/Aids à população de adolescentes e jovens escolares. De acordo com o último Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (Dezembro, 2007), foram identificados 54.965 casos de Aids, sendo 10.337 entre jovens de 13 e 19 anos e 44.628 entre os de 20 e 24 anos. É importante ressaltar que o número de casos entre os jovens de 13 a 19 anos vem crescendo desde o início da epidemia. **UOL Estilo Comportamento -** Masturbação ainda é um tabu? Qual orientação que se pode dar para as adolescentes? BM - Sim, a masturbação ainda é um tabu, principalmente para as meninas. A orientação que costumo dar para minhas pacientes é a necessidade de conhecer o seu próprio corpo muito bem para poder ter e dar prazer a alguém durante um ato sexual. E, para se conhecer, é preciso não só ter noções da anatomia do corpo feminino, ensinamentos esses que são - ou devem ser - ministrados no colégio, mas também saber onde fica cada parte e como esse órgão reage ao toque. O conhecimento e o toque do próprio corpo também são importantes quando se fala em autoexame das mamas e percepção de verrugas vaginais em estágios inicias. Ou seja, independentemente do objetivo, seja ele de prevenção de doenças ou prazer, é indispensável que a menina conheça seu próprio corpo. **UOL Estilo Comportamento -** A iniciação sexual da adolescente ainda é vista com receio e preocupação pelos pais, diferentemente do que ocorre em relação aos meninos. E muitos pais protelam a ida ao ginecologista com medo de "incentivar" o sexo. Comente essa questão. BM - O ginecologista tem um papel imparcial, no sentido de fornecer informações de qualidade para uma vida ginecológica, sexual e, depois, obstetrícia tranquila e saudável. O que se percebe é que meninas mais bem informadas - não só pela ginecologista, mas também pela escola e, principalmente, pelos pais - terão uma iniciação sexual mais segura. Cabe aos pais mostrar às adolescentes a importância de cada fase da vida no seu tempo. A ginecologista é apenas uma coadjuvante, que tentará ao máximo ajudar a família, sempre respeitando os desejos da sua paciente e o sigilo médico. **UOL Estilo Comportamento -** Qual o impacto da educação sexual correta na adolescência na vida adulta da mulher? BM - Mulheres que foram adolescentes que conheciam seu próprio corpo, que tinham acesso a informação de qualidade e canal aberto na família, em geral, terão uma vida sexual mais saudável no futuro. Meninas que iniciam a vida sexual muito precocemente, sem informação sobre anticoncepção nem conhecimento do seu corpo, tendem a apresentar, muito cedo, dificuldades sexuais que podem acompanhá-las por muito tempo. Sem contar uma gravidez indesejada, um aborto clandestino, doenças sexualmente transmissíveis e até mesmo o HIV. **UOL Estilo Comportamento -** Dê um conselho aos pais. BM - O diálogo ainda é o melhor caminho. A velocidade com que as informações chegam até nós, hoje, é muito grande. Porém, é preciso filtrá-las. Os pais devem achar um caminho para realizar esse filtro para os filhos. É preciso encontrar a linguagem deles para tentar se comunicar e aproveitar situações do dia a dia para introduzir assuntos considerados tabus. Assim, cada dia mais esses tabus serão quebrados. Os adolescentes não decidem fazer sexo porque se fala de sexo em casa ou porque vão ao ginecologista. Decidem porque faz parte da vida. Com o diálogo, podemos mostrar quais são os nossos valores, os valores de cada família, e dizer que gostaríamos que esses valores fossem seguidos. Mas, ao final, caberá à adolescente a escolha".

"Em muitas situações, elevados índices de prevalência do HIV, associado com início precoce da vida sexual e múltiplos parceiros, têm levado os pesquisadores a concluir que existe a necessidade de se promover a educação sexual com um enfoque mais abrangente do que simplesmente recomendar a abstinência sexual. [232] [233] Trabalhos bem designados com avaliações de impacto são necessários para prover evidências sobre a qualidade e conteúdo destas intervenções. Muitos adolescentes sob grande risco são perdidos nos programas escolares porque simplesmente não frequentam as escolas. [234] É importante focar medidas tanto dentro da escola como fora da escola e é importante que os familiares estejam conscientes e participantes das medidas a serem adotadas. Os programas devem ser executados preferencialmente antes do início da vida sexual, mas podem ser implementados após o início da vida sexual. Há uma opinião equivocada de que os programas iniciados antes da vida sexual aumentam os riscos. Existem '*gaps*' com programas visam que, ao mesmo tempo, promovem informações e visam mudanças no comportamento dos adolescentes. Os programas dever ir além da simples prevenção do HIV e focar espectros mais amplos da vida sexual e reprodutiva. Em muitos programas, a prevenção de outras DST´s e da gravidez estão incompreensivelmente ausentes. Além do mais, as diferenças de gênero devem ser consideradas, pois as diferenças de gênero têm conseqüências na compreensão das informações dado que a sensibilidade e percepção dessas informações e as meninas jovens devem ser empoderadas para a aquisição de comportamentos baseados nas informações transmitidas de forma adequada. Após anos de investimentos baseados na educação baseada na abstinência sexual, as evidências científicas demonstram que outras medidas educativas devem ser implementadas. Está evidenciado que nem a abstinência nem o ABC (*Abstinence, Be faithful, Condoms*) têm se mostrado eficazes. É essencial

[232] Bersamin MM. Et. al. Defining Virginity and abstinence adolescents´interpretations of sexual behavior. Journal of Adolescence Health, 2007, 41(2):182-188.
[233] Masatu MC. et. al. Predictors of risky behavior among adolescents in Tanzania. AIDS and Behavior, 2009, 13 (1):94-99.
[234] Bearinger LH. Et. al. Global Perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents patterns, prevention, and potential. Lancet, 369 (9568):1220-1231.

> continuar a cuidadosamente desenhar intervenções e rever os impactos destas para assegurar que os adolescentes tenham ferramentas e instrumentos para estarem informados sobre escolhas saudáveis para a saúde sexual e reprodutiva".[235]

A identificação dos fatores de risco pode ser determinante na escolha das ferramentas e na priorização dos grupos alvo das medidas educativas. A literatura registra que existe uma clara associação entre gravidez na adolescência e história familiar de gravidez na adolescência, seja relacionada à mãe da adolescente ou mesmo com a irmã da mesma e que medidas preventivas podem ser efetivas quando consideradas estas situações de risco. [236]

Pesquisadores da Universidade Federal do Sergipe, publicaram pesquisa na qual entrevistaram um grupo de 216 meninas mães e concluíram que:

> "Na atualidade, a gravidez na adolescência é um fenômeno de grande importância e relevância social. Há um grande questionamento sobre suas causas, seus riscos; suas conseqüências, vivências e possível problemática. Muitos que consideram-na como problema por ser precoce, indesejada e transgressora, sem ao menos saberem o que pensam, sonham e planejam as adolescentes. É sabido que o número de partos na adolescência seriam reduzidos e teríamos cidadãs adultas cada vez mais felizes, se tivéssemos aparelhos sociais eficientes e efetivos e políticas públicas destinadas às necessidades das adolescentes e de suas famílias e não as do (s) sistema (s) político (s) e econômico e de seus formuladores. Quando isto ocorrer, teremos adolescentes mais saudáveis, vivendo sua cidadania plena. E, adolescentes saudáveis são aqueles que afirmaram sua personalidade, com excelente desenvolvimento sexual e capacidade reprodutiva, com a concretização dos projetos de vida, desenvolvimento

[235] Hindin MJ, Fatusi AO. Adolescent Sexual and Reproductive Health in Developing Coutries: an Overview of Trends and Interventions. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health. Volume 35, number 2, June 2009.
[236] East PL, Reyes BT, Horn EJ. Association between Adolescent Pregnant and a Family History of Teenage Births. Perspectives on Sexual and Reproductive Health, volume 39, number 2, june 2007.

espiritual e auto-estima e ainda com a capacidade de pensamento abstrato e independência". [237]

Síntese dos problemas éticos gerados pela gravidez na adolescência

Dependência dos familiares	A dependência financeira dos familiares é própria da faixa etária e os gastos com o bebê entrarão na composição do orçamento pois significa mais custos e despesas com consequências para lares de baixa renda que, frequentemente, assumem – de uma forma ou de outra - a nova situação.
Limitação das liberdades	A responsabilidade de formar consciências para um exercício livre e responsável encontra várias limitações próprias da faixa etária e da imaturidade física e psíquica inerente das adolescentes.
Critérios para tomada de decisões	Uma menina ainda em fase de formação terá que tomar decisões diante de uma gestação precoce. A gravidez não planejada – mesmo quando consciente ou inconscientemente desejada implica sempre um processo de decisão com respeito à sua aceitação. A alternativa de recusá-la se coloca como uma possibilidade através do aborto. Uma outra alternativa que se coloca, nos casos em que – embora assumindo a gravidez – a jovem não queira ou não possa assumir a criança, é a adoção. Alguns setores – especialmente religiosos – veem aconselhando, nestes casos, esta solução, que, em princípio, pode ser uma possibilidade eticamente aceitável.
Autonomia da pessoa	A jovem mãe tem uma limitação na autonomia para a tomada de decisões, entre outras causas, pela subordinação que caracteriza a estrutura social marcada pelo patriarcalismo. Visto de outro ângulo, uma jovem que irá ssumir a enorme responsabilidade de ser mãe precisará dispor de autonomia para fazer escolhas relativas aos cuidados com o bebê.
Contexto social desfavorável	As meninas de baixa renda estão mais expostas ao risco de engravidar e terem seus bebês em condições sociais e financeiras inapropriadas.
Abandono escolar	Naturalmente, cuidar do bebê implica em abandono escolar, por períodos de difícil previsibilidade.
Vulnerabilidade e riscos	A gravidez não planejada pode ser a consequência de um ato sexual livre e consensual lastreado em fantasias eróticas ou, então, baseado na coerção ou em outros

[237] Neto FRGX, Dias MSA, Rocha J, Cunha ICKO. - Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. Rev Bras Enferm, Brasília 2007 maio-jun; 60(3):279-85.

	abusos motivados pelos parceiros, cabendo aqui os riscos inerentes como a AIDS, DST´s e outros próprios da idade como a drogadição.
O papel do pai	A gravidez adolescente tem sido tradicionalmente tratada como uma "questão da mulher", já que esta é a principal implicada. Entretanto, esta feminilização do tema é redutiva ao não levar em conta o insubstituível papel do pai. Aqui, mais uma vez, do ponto de vista ético, se colocam questões: até que ponto o pai é responsável pela criança? Se o pai não quer ter o filho, mesmo assim deve assumir a responsabilidade pela gravidez? Ao assumir o filho, como se coloca a relação com a parceira? Quais os valores que estão em jogo?
Segredo e confidencialidade	O acesso ao serviço de saúde é fundamental para que o adolescente busque tratamento em tempo hábil. Além disso, ele necessita privacidade e confidencialidade na relação com os profissionais de saúde como expressão de seu processo de individualização. O importante não é se o profissional deve abrir uma informação oriunda de uma consulta, mas sim se o adolescente consente com a quebra do sigilo, quer seja para a família ou para representantes da lei.
Consentimento informado	Para que um adolescente receba tratamento médico, segundo a lei, os pais ou responsáveis devem firmar um termo de consentimento. No entanto, na prática, frequentemente, isso não ocorre, pois os serviços que se propõem a dar atenção especial ao adolescente precisam aproveitar sua vinda e atendê-lo sem esta formalidade. Cabe ao profissional, portanto, procurar uma solução de acordo com o bom senso, de preferência solicitando ao próprio adolescente que firme seu consentimento e que procure o envolvimento da família, sempre que possível.
Os métodos contraceptivos	A orientação sexual é um trabalho educativo que se expande muito além do fornecimento de informações e conhecimentos sobre saúde reprodutiva. É um processo que envolve o resgate do indivíduo, a promoção da autoestima e a conscientização dos riscos vivenciados; somente dessa maneira estabelece-se uma postura saudável frente à vida sexual. O sexo responsável, objetivo maior da educação sexual e, certamente, requer uma abordagem especial no que diz respeito às meninas com menos de 15 anos de idade.
Leis, Normas e Códigos e conflitos Éticos	Código de Ética Médica Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) Código Civil Constituição Federal Código Penal Normatização do Sistema Único de Saúde (SUS)

O OBJETIVO DESTE TRABALHO

Estudar as causas para a gravidez na adolescência na cidade de Porto Velho, Rondônia, Brasil e suas implicações éticas no âmbito pessoal, familiar e social, além dos desdobramentos para a Saúde Pública, que deve enquadrar a questão e propor ações destinadas à prevenção da gravidez em adolescentes no quadro dos valores éticos mais representativos das sociedades pluralistas, levando-se em consideração que se trata de um grupo populacional exposto às vulnerabilidades próprias da idade e que são pessoas que requerem proteção especial, pois carregam muitos sonhos e, ao mesmo tempo, muitas incertezas sobre o futuro próximo, sobre os próprios valores e sobre o próprio destino.

A HIPÓTESE

As adolescentes são um grupo de pessoas vulneráveis que engravidam, em busca de novas expectativas de vida futuras, e fazem da gestação uma ferramenta que proporcionará possibilidades reais de oportunidades para o abrandamento das diferenças e eliminação das condições sociais desfavoráveis. Trata-se de um grupo de meninas socialmente oprimidas, sem perspectivas, esmagadas pela necessidade de sobreviver, buscam, ingênuas, a gravidez desamparada como alternativa para dar concretude aos sonhos ou como instrumento de autorrealização e, por consequência, precocemente, têm seus projetos de vida amputados por essa gravidez.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo, exploratório, transversal em uma unidade pública da cidade de Porto Velho, capital do Estado de Rondônia: O Hospital de Base Ary Tupinambá Pena Pinheiro, conhecido como Hospital de Base[238]. O Hospital de Base serve como referência para o atendimento terciário, não somente para a capital, mas para todo o Estado de Rondônia.

Foi realizado um inquérito em todos os prontuários médicos levantados e relacionados aos nascimentos ocorridos durante os anos de 2006 e 2007 e, destes, coletados dados sumários sobre as gestantes, tais como identificação, idade, endereço, tipo

[238] O Hospital de Base Ary Tupinambá Pena Pinheiro é o principal hospital do Estado de Rondônia e atende várias especialidades médicas em 400 leitos hospitalares. É administrado pelo Governo do Estado de Rondônia.

de parto, dados da história obstétrica e dados relacionados ao procedimento obstétrico realizado.

Foi elaborado um instrumento para a coleta dos dados padronizado e pré-codificado com especificidade para a pesquisa. O questionário, contendo 71 perguntas, foi dividido em 3 partes: a primeira parte com 29 perguntas relacionadas aos dados sociais e demográficos das gestantes; a segunda parte com 28 perguntas relacionadas à história reprodutiva e a terceira parte com 14 perguntas relacionadas à experiência do nascimento propriamente dito. As perguntas do questionário foram dirigidas às gestantes que foram procuradas e entrevistadas em suas residências na conformidade dos endereços coletados no prontuário do Centro Obstétrico. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Rondônia em 3 de março de 2009, sob número 4432.0.000.047-08 e Folha de Rosto 226.837.

As limitações do estudo

Foram analisados 4.710 prontuários de nascimentos ocorridos no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007, sendo que 3.153 (66,9%) nascimentos ocorreram em 2.006 e 1557 (33,1%) nascimentos ocorreram em 2007. As informações registradas nos prontuários são de baixíssima qualidade. A inexistência de dados fundamentais como a idade ou data de nascimento da gestante é uma achado frequente e o que mais chamou a atenção foi que os endereços registrados no prontuário médico não correspondiam ao endereço real e, em muitos casos, as ruas e os números informados, nem sequer existiam. Não foi possível identificar se a causa para a desinformação quanto aos endereços foi originada pelo desinteresse ou descuido do funcionário que coletava as informações ou se a própria gestante fornecia a informação erroneamente de forma propositada ou não. Os dados obtidos e demonstrados a seguir são resultantes da análise de todos os nascimentos ocorridos entre os anos de 2006 e 2007, após o consentimento da gestante ou de seus responsáveis quando a mesma tinha idade inferior a 18 anos.

Coleta e processamento dos dados

Dentre o total de 4710 nascimentos, 1354 (28,7%) eram de gestantes menores de 19 anos e todas foram procuradas nos respectivos endereços para as entrevistas que foram realizadas por equipe composta por profissionais da área da saúde, agentes de saúde,

previamente treinados e supervisionados por este pesquisador. Quando as adolescentes não eram encontradas no endereço especificado no prontuário ou o próprio endereço não existia – situação bastante freqüente – a amostra era sistematicamente excluída e assim foram realizadas entrevistas com 422 gestantes adolescentes. Todos os questionários foram revisados e os dados armazenados no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). As dúvidas surgidas foram ratificadas por telefone ou com retorno à moradia de cada entrevistada. Os dados foram coletados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido cujo conteúdo está constante nos Anexos desta dissertação (obtido junto da jovem mãe e, quando necessário, dos seus legítimos representantes).

O Trabalho de Campo

A fonte de dados para esta pesquisa foram os nascimentos ocorridos e registrados no Prontuários Médicos do Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007. A coleta dos dados foi realizada, de forma concomitante, pelos pesquisadores Jose Hiran da Silva Gallo e Jose Odair Ferrari. A apresentação da amostra global apresenta importantes e notáveis semelhanças na descrição do cenário, que é coincidente, assim como na apresentação dos dados iniciais, também coincidentes. Em tópico seguinte, cada um dos autores, passa a trilhar por caminhos diferentes e a seguir com a análise dos dados unicamente relacionados com os projetos originalmente propostos, ou seja, Gallo trabalha especificamente com o grupo das gestantes adolescentes e Ferrari segue com a temática que aborda a cesariana a pedido.

O Cenário: Porto Velho, Rondônia, Brasil

De acordo com informações obtidas na página da Internet da Prefeitura Municipal de Porto Velho[239]:

> "Durante a Segunda Guerra Mundial, o Decreto-lei nº 5.812 (13 de setembro de 1943) criou o Território Federal do Guaporé, com partes desmembradas dos estados do Amazonas e do Mato Grosso. Através da

[239] Prefeitura Municipal de Porto Velho. Página da Internet. http://www.portovelho.ro.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=1&Itemid=15 Acessado em 31 de julho de 2009.

Lei Complementar n. 41, de 22 de dezembro de 1981, o então Presidente João Batista de Figueiredo criou o Estado de Rondônia. A Lei foi publicada no Diário Oficial da União no dia 23 de dezembro de 1981. Oficializada em 2 de outubro de 1914, a cidade de Porto Velho foi criada por desbravadores por volta de 1907, durante a construção da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré. Em plena Floresta Amazônica, e inserida na maior bacia hidrográfica do globo, onde os rios ainda governam a vida dos homens, é a Capital do estado de Rondônia, à margem direita do rio Madeira, o maior afluente da margem direita do rio Amazonas. Desde meados do século XIX, nos primeiros movimentos para construir uma ferrovia que possibilitasse superar o trecho encachoeirado do Rio Madeira (cerca de 380 km) e dar vazão à borracha produzida na Bolívia e na região de Guajará Mirim, a localidade escolhida para construção do porto onde o caucho seria transbordado para os navios seguindo, então, para a Europa e os EUA, foi Santo Antônio do Madeira, província de Mato Grosso. As dificuldades de construção e operação de um porto fluvial, em frente aos rochedos da cachoeira de Santo Antônio, fizeram com que construtores e armadores utilizassem um pequeno porto amazônico localizado 7 km abaixo, em local muito mais favorável para o atracamento das embarcações.Em 15/01/1873, o Imperador Pedro II assinou o Decreto-Lei nº 5.024, autorizando navios mercantes de todas as nações subirem o Rio Madeira. Em decorrência, foram construídas modernas facilidades de atracação em Santo Antônio, que passou a ser denominado Porto Novo. O velho porto dos militares continuou a ser usado por sua maior segurança, apesar das dificuldades operacionais e da distância até Santo Antônio, ponto inicial da EFMM. Percival Farquar, proprietário da empresa que afinal conseguiu concluir a ferrovia em 1912, desde 1907 usava o velho porto para descarregar materiais para a obra e, quando decidiu que o ponto inicial da ferrovia seria aquele (já na província do Amazonas), tornou-se o verdadeiro fundador da cidade que, quando foi afinal oficializada pela Assembléia do Amazonas, recebeu o nome Porto Velho, hoje, a capital do Estado de Rondônia. A moderna história de Porto Velho começa com a descoberta de cassiterita (minério de estanho) nos velhos seringais no final dos anos 50, e se segue com a

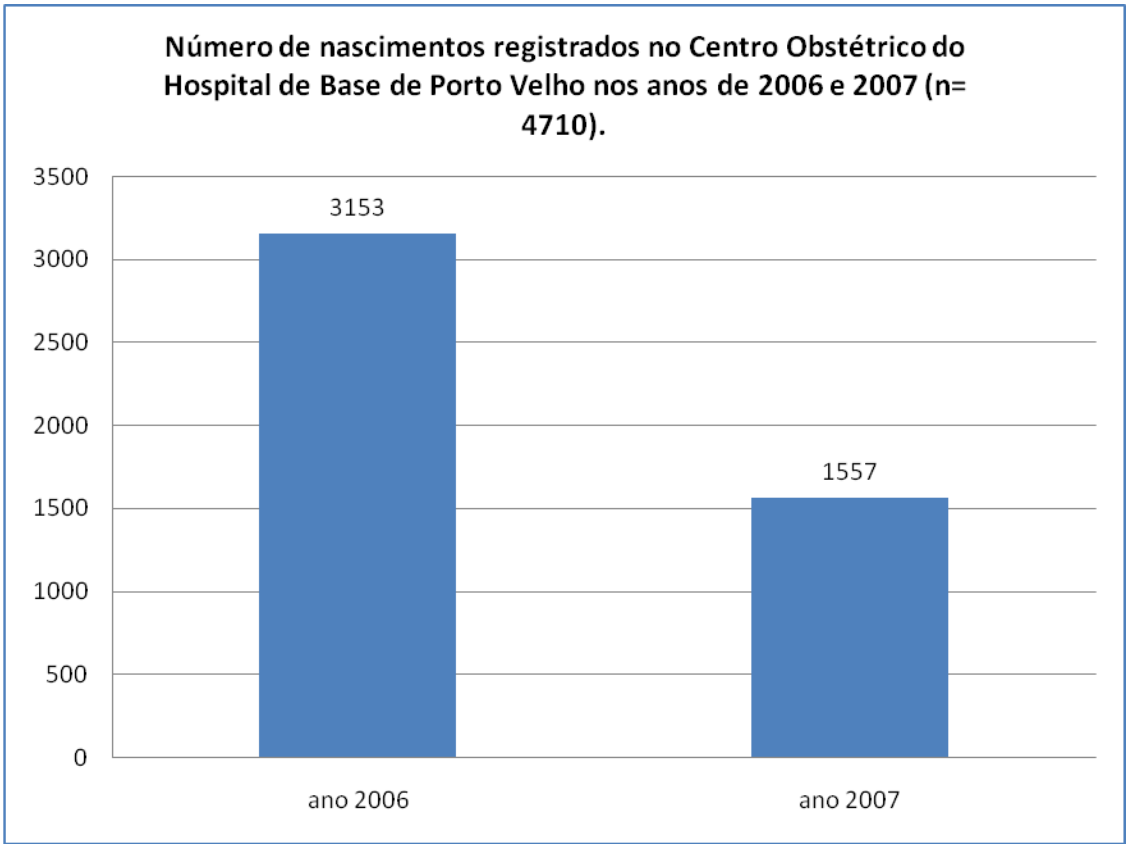
exploração de ouro no leito do Rio Madeira após 1970. Mas, principalmente, com a decisão do governo federal, no final dos anos 70, de abrir nova fronteira agrícola no então Território Federal de Rondônia, como meio ocupar e desenvolver essa região segundo os princípios da segurança nacional vigentes. "Integrar para não entregar" era o lema. Na verdade, foi uma forma encontrada para aliviar tensões fundiárias, principalmente nos estados do sul e sudeste, por meio da transferência de grandes contingentes populacionais para o novo Eldorado, e assim, aproximadamente 1 milhão de pessoas migraram para Rondônia e a população de Porto Velho cresceu vertiginosamente, passando de 90.000 para 300.000 habitantes entre 1970 e 1990. Esta migração intensa provocou um explosivo crescimento da cidade, particularmente na década de 80. Hoje a urbe mostra as feridas decorrentes desse crescimento desordenado. Os bairros periféricos são pouco mais que um aglomerado de casebres de madeira cobertos de palha, sem ordenação ou infraestrutura. Em grande parte resultam de invasões de terras ainda não ocupadas, por parte de uma população sem teto, que aqui chegava num ritmo não acompanhado pelas instituições públicas. Os nomes desses bairros expressam bem as condições de sua criação. São: o Esperança da Comunidade, o Pantanal, o Socialista, etc. Apenas o centro, uma herança dos desbravadores, apresenta características de urbanização definidas. Os bairros que se interpõem entre o centro e a periferia mostram bem essa condição. As ruas esburacadas, sem asfalto e sem calçadas, rede de esgotos inexistente, casebres de madeira ao lado de belas residências. Há, na cidade, uma histórica relação de amor entre a população e o rio, do qual se diz que, quem bebe de suas águas, ainda que vá embora, volta sempre. Navios de grande porte trafegam pela hidrovia do Rio Madeira de Porto Velho até a cidade de Manaus num percurso de 1.108 km. Seguem depois, agora pelo Rio Amazonas, outros 1.953 até o Porto de Belém do Pará. O censo realizado no ano de 2010 [240], pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), registrou uma população de 428.527 habitantes na capital Porto Velho.

[240] Disponível na Internet, página do IBGE: http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=ro

Apresentação e análise dos dados obtidos dos prontuários médicos dos nascimentos ocorridos no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007.

A seguir, são apresentados e analisados os dados obtidos de todos os registros nos prontuários médicos dos nascimentos ocorridos no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007.

Gráfico 1 – Número absoluto de nascimentos registrados no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007 (n = 4.710).



Fonte: SAME/Hospital de Base

A diminuição verificada no número de nascimentos entre os anos de 2006 e 2007 (Gráfico 1) aconteceu em virtude da entrada em funcionamento da Maternidade Municipal de Porto Velho, que foi inaugurada em 29 de junho de 2006 e passou a fazer o atendimento dos partos das gestações classificadas como de baixo risco.

Tabela 4 – Número de nascimentos ocorridos a cada mês nos anos de 2006 e 2007 no Centro Obstétrico do Hospital de Base conforme via de parto (n = 4.710).

Meses	Via Vaginal		Cesariana		Total	
	N	%	N	%	N	%
Janeiro 2006	193	8,2	134	5,7	327	6,9
Fevereiro 2006	186	7,9	135	5,7	321	6,8
Março 2006	266	11,3	136	5,8	402	8,5
Abril 2006	233	9,9	127	5,4	360	7,6
Maio 2006	295	12,6	126	5,3	421	8,9
Junho 2006	288	12,3	127	5,4	415	8,8
Julho 2006	74	3,2	121	5,1	195	4,1
Agosto 2006	68	2,9	120	5,1	188	4,0
Setembro 2006	41	1,7	108	4,6	149	3,2
Outubro 2006	59	2,5	105	4,4	164	3,5
Novembro 2006	22	0,9	72	3,0	94	2,0
Dezembro 2006	36	1,5	76	3,2	112	2,4
Janeiro 2007	34	1,4	60	2,5	94	2,0
Fevereiro 2007	44	1,9	67	2,8	111	2,4
Março 2007	44	1,9	88	3,7	132	2,8
Abril 2007	50	2,1	85	3,6	135	2,9
Maio 2007	49	2,1	80	3,4	129	2,7
Junho 2007	45	1,9	63	2,7	108	2,3
Julho 2007	68	2,9	90	3,8	158	3,4
Agosto 2007	60	2,6	109	4,6	169	3,6
Setembro 2007	52	2,2	89	3,8	141	3,0
Outubro 2007	52	2,2	82	3,5	134	2,8
Novembro 2007	46	2,0	90	3,8	136	2,9
Dezembro 2007	43	1,8	72	3,0	115	2,4
Total	2348	100	2362	100	4710	100

Fonte: SAME/Hospital de Base

Os dados da Tabela 4 revelam que ocorreu uma queda substancial no número de nascimentos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho a partir de julho de 2006 visto que foi inaugurada a Maternidade Municipal de Porto Velho destinada ao atendimento das gestações de baixo risco e o Hospital de Base passou a ser referência para as gestações ditas de alto risco. Até julho de 2006 o número de partos normais era superior ao número de cesarianas e esta situação se inverteu a partir da mesma data.

Tabela 5 – Distribuição das gestantes que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho em 2006 e 200,7 de acordo com idade em anos (n = 4.710).

IDADE (em anos)	N	%
12 anos	2	0
13 anos	25	0,5
14 anos	66	1,4
15 anos	151	3,2
16 anos	204	4,3
17 anos	274	5,8
18 anos	279	5,9
19 anos	353	7,5
20 anos	367	7,8
21 anos	329	7,0
22 anos	311	6,6
23 anos	288	6,1
24 anos	261	5,5
25 anos	272	5,8
26 anos	237	5,0
27 anos	203	4,3
28 anos	177	3,8
29 anos	183	3,9
30 anos	112	2,4
31 anos	106	2,3
32 anos	98	2,1
33 anos	77	1,6
34 anos	49	1,0
35 anos	66	1,4
37 anos	62	1,3
38 anos	33	0,7
39 anos	20	0,4
40 anos	24	0,5
41 anos	11	0,2
42 anos	12	0,3
43 anos	7	0,1
44 anos	5	0,1
45 anos	2	0
46 anos	2	0
47 anos	1	0
Sem Registro	6	0,1
Total	4710	100

Fonte: SAME/Hospital de Base

A média da idade das mulheres atendidas no período foi de 23,47 anos, a mediana encontrada foi de 22 anos e a moda foi de 20 anos, O Desvio Padrão foi de 5,964 posto que 2 gestantes tinham apenas 12 anos de idade, 1 gestante tinha 46 anos e 1 gestante tinha 47 anos de idade.

Tabela 6 – Distribuição do peso dos recém-nascidos entre os anos de 2006 e 2007, no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho (n = 4.710).

Faixa de peso (mg)	N	%
< 500	10	0,2
500 ├ 1000	51	1,1
1000 ├ 1500	84	1,8
1500 ├ 2000	193	4,1
2000 ├ 2500	394	8,4
2500 ├ 3000	1008	21,4
3000 ├ 3500	1647	35,0
3500 ├ 4000	976	20,7
4000 e +	317	6,7
Sem Registro	30	0,6
Total	4710	100

Fonte: SAME/Hospital de Base

A média de peso (Tabela 6) encontrada para os recém-nascidos no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 foi de 3.099 gr, a mediana encontrada foi de 3185 gr. e a moda foi de 3225 gr. para um desvio padrão de 694 gr. Chama a atenção que em 30 prontuários não foi registrado o peso dos recém-nascidos, dado extremamente relevante e indispensável em um serviço desta natureza.

Tabela 7 – Distribuição dos nascimentos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho conforme Estado de nascimento das gestantes (n = 4.710).

Estado de Nascimento da Gestante	N	%
Rondônia	2365	50,2
Amazonas	500	10,6
Mato Grosso	55	1,2
Acre	185	3,9
Outro Estado	748	15,0
Sem Registro	857	18,2
Total	4710	100

Fonte: SAME/Hospital de Base

Rondônia é um Estado da Amazônia que, até 1970, tinha uma população nativa cujo total de habitantes não ultrapassava 100.000 pessoas. A partir de 1970, com o incentivo à migração, um grande contingente populacional aflorou ao Estado. Não é incomum o fato de muitos moradores já fixados e vivendo com suas famílias no Estado optam por retornar aos Estados de origem em caso de doença ou por ocasião do nascimento dos filhos. Em 857 (18,2%) dos prontuários não foi encontrado o registro referente ao local de nascimento da gestante.

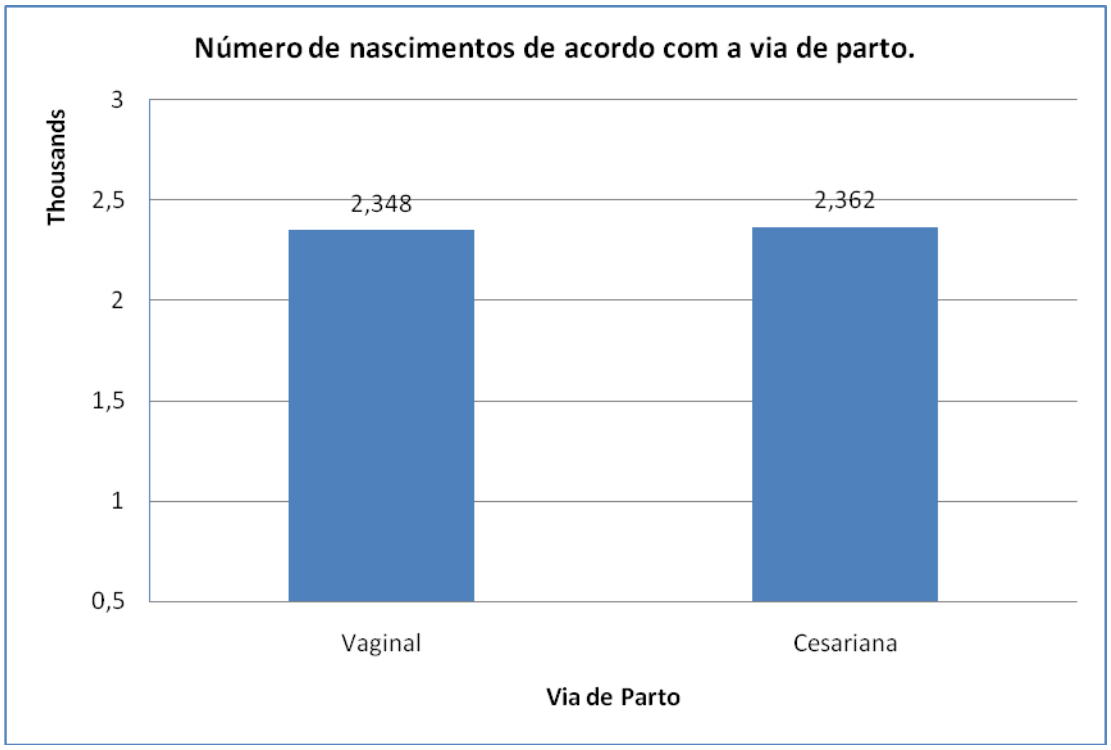
Tabela 8 – Número de nascimentos nos anos de 2006 e 2007 ocorridos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho, de acordo com o município de residência da mãe (n = 4.710).

Município de Residência da gestante	N	%
Porto Velho	3977	84,4
Ariquemes	50	1,1
Guajará Mirim	6	0,1
Itapuã d´Oeste	50	1,1
Humaitá	44	0,9
Aldeia Indígena	9	0,2
Outra Cidade	362	7,7
Sem Registro	212	4,5
Total	4710	100

Fonte: SAME/Hospital de Base

O município de residência é o local declarado pela gestante por ocasião da internação. O hospital não solicita comprovante de residência. É bastante provável que muitas gestantes forneciam os endereços nos quais estavam hospedadas em Porto Velho, mas que, na verdade, tinham residência fixa em outros municípios. O número de gestantes cujos registros constavam endereços na capital Porto Velho (n= 3.977) correspondem a 84,43% dos casos. Os casos tabulados como Sem Registro no Prontuário Médico (n= 212) correspondem a 4,5% dos casos.

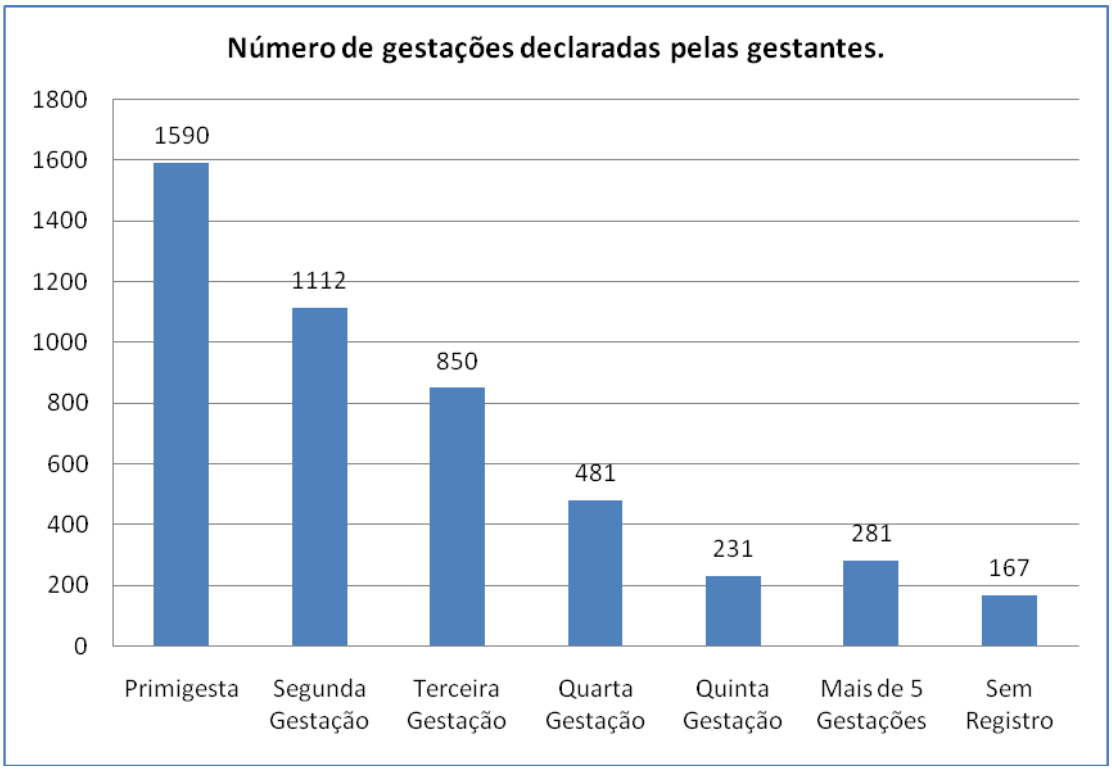
Gráfico 2 – Número de nascimentos nos anos de 2006 e 2007 ocorridos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho, de acordo com a Via de Parto (n = 4.710).



Fonte: SAME/Hospital de Base

Gallo e Ferrari verificaram que nos anos de 2006 e 2007 ocorreram 4710 nascimentos, sendo que 2.348 (49,9%) foram pela via vaginal e 2.362 (50,1%) ocorreram através de cesarianas. Vale ressaltar que a Maternidade Municipal de Porto Velho foi inaugurada em 29 de junho de 2006 e, desde então, o Centro Obstétrico do Hospital de Base passou a ser referência para atendimentos das gestações de alto risco.

Gráfico 3 – Número de gestações declaradas pelas gestantes por ocasião dos nascimentos ocorridos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007 (n = 4.710).



Fonte: SAME/Hospital de Base

Os dados acima, coletados dos registros dos prontuários, certamente, trazem muitos erros de informações ocasionadas, seja por omissão de informação das gestantes ou omissão na coleta de dados por parte da pessoa que preencheu a ficha de internação do Prontuário Médico. O número de prontuários nos quais não constava o registro do número de gestações prévias da gestante (n=167) corresponde a 3,54% dos casos, o que reflete a falta de zelo com o registro das informações no Prontuário Médico.

Tabela 9 – Número de abortos declarados pelas gestantes por ocasião dos nascimentos ocorridos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007 (n = 4.710).

Abortos declarados	N	%
Nenhum	3758	79,8
Um aborto	576	12,2
Dois abortos	146	3,1
Três abortos	34	0,7
Quatro abortos	9	0,2
+ de 5 abortos	5	0,1
Sem Registro	182	3,9
Total	4710	100

Fonte: SAME/Hospital de Base

Certamente, os números de abortos prévios relatados pelas gestantes estão subestimados. Os profissionais trabalham em regime de plantões e são pessoas desconhecidas para a gestante que, absolutamente, não vai revelar uma informação rigorosamente íntima relacionada a abortamentos prévios provocados ou não. Não existem informações sobre a causa dos abortos, se foram espontâneos ou provocados. Chama a atenção o elevado número de prontuários nos quais o dado sequer foi mencionado (3,86%). (Tabela 9)

Tabela 10 – Indicações clínicas para as cesarianas realizadas no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007 (n = 4.710).

Indicações de Cesarianas	N	%
Desproporção Céfalo-Pélvica	396	16,7
Sofrimento Fetal	316	13,4
Laqueadura Tubárea	55	2,3
Macrossomia	68	2,9
Iterativa	402	17,0
Pré-eclâmpsia	1	0,0
Outros	1077	45,6
Sem Registro	47	2,0
Total	2.362	100

Fonte: SAME/Hospital de Base

Gallo e Ferrari verificaram que em 47 prontuários (2,0%) não havia qualquer anotação relacionada à indicação clínica para a cesariana realizada. Em 1077 prontuários (45,6%) os registros relacionados à indicação de cesariana não estavam compreensíveis ou se tratava de gemiparidade ou classificados como causas múltiplas.

A disponibilidade de dados relacionados à indicação de cesarianas foi abordada por pesquisadores de Baltimore que fazem recomendações para que "os registros sejam rotineiros e adequados para avaliar corretamente os índices e as indicações de cesarianas." [241]

[241] Stanton C, Ronsmans C, and Baltimore Group Cesarean. Recomendations for routine reporting on indications for cesarean delivery in developing coutries. Birth 35:3 September 2008.

Tabela 11 – Semanas de Gravidez das gestantes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007 (n = 4.710).

Semanas de Gravidez	N	%
+ de 40 semanas	421	8,9
40 semanas	891	18,9
39 semanas	644	13,7
38 semanas	503	10,7
37 - 36 semanas	547	11,6
35 – 34 semanas	260	5,5
33 – 32 semanas	150	3,2
31 – 30 semanas	83	1,8
29 – 28 semanas	47	1,0
Menos de 28 semanas	52	1,1
Sem Registro	1112	23,6
Total	4710	100

Fonte: SAME/Hospital de Base

Gallo e Ferrari verificaram que em 1112 prontuários (23,6%) não foram encontrados quaisquer anotações relacionadas à idade gestacional (Tabela 11). Em alguns pouquíssimos prontuários foram encontrados laudos de ultrassonografia, confirmando a idade gestacional. Em todos os demais havia apenas a anotação do médico que realizou o primeiro atendimento.

Tabela 12 - Índice de Apgar no Primeiro Minuto e Quinto Minuto dos recém-nascidos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007 (n = 4.710).

Índice de Apgar	Primeiro Minuto		Quinto Minuto	
	N	%	N	%
Apgar 0	9	0,2	4	0,1
Apgar 1 – 2	30	0,6	2	0,0
Apgar 3 – 4	36	0,8	4	0,1
Apgar 5 – 6	48	1,0	4	0,1
Apgar 7	75	1,6	12	0,3
Apgar 8	3008	63,8	355	7,54
Apgar 9	843	17,9	3316	70,0
Apgar 10	67	1,4	769	16,3
Sem registro	594	12,6	244	5,2
Total	4710	100	4710	100

Fonte: SAME/Hospital de Base

Os dados da Tabela 12 revelam que o índice de Apgar 8 para o primeiro minuto de vida dos recém-nascidos tem uma prevalência absoluta (63,8%) sobre os demais índices. Evidentemente, o indicador de Apgar é uma medida que tem aspectos subjetivos em sua mensuração. Outra explicação é que, frequentemente, o Prontuário Médico não é preenchido pelo obstetra que assistiu o parto e, sim, pela auxiliar da sala ou pelo plantonista que o sucedeu. Notável também que em 594 prontuários (12,6%) não foi encontrado qualquer registro relacionado ao Índice de Apgar no Primeiro Minuto.

O índice de Apgar 9 para o quinto minuto de vida dos recém-nascidos tem uma prevalência absoluta (70,0%) sobre os demais índices. Aqui, mais uma vez, chama a atenção que em 244 prontuários (5,2%) não foi encontrado qualquer registro relacionado ao Índice de Apgar no Quinto Minuto e este percentual é discordante do percentual encontrado para o registro de Apgar no Primeiro Minuto (12,6%).

Um interessante artigo relacionado a obsolescência do índice de Apgar, escore criado pela Dra. Virgínia Apgar em 1952[242], foi publicado no NEJM e questiona a medida diante da disponibilidade de tecnologias mais precisas na abordagem da vitalidade do nascituro [243] como, por exemplo, a mensuração dos gases na artéria umbilical, e também porque o índice de Apgar não prediz complicações no desenvolvimento neurológico do bebê. Crianças com paralisia cerebral frequentemente apresentam índices de Apgar normais. O autor do artigo, da Universidade do Novo México, conclui que o índice de Apgar medido no primeiro e quinto minuto de vida é uma ferramenta bastante útil na avaliação das condições fetais imediatamente após o nascimento. O método, de vantajosa praticidade e aplicação é de grande efetividade e sua utilização deve ser continuada até evidências em contrário.

Lamentavelmente, no Centro Obstétrico do Hospital de Base, o registro do índice de Apgar tem sido inexplicavelmente desconsiderado e não registrado em 12,6% dos prontuários para o primeiro minuto de vida. A qualidade da informação sobre o parto tem sido abordada por outros pesquisadores e demonstra problemas no registro de alguns dados do prontuário médico o que justifica auditorias seletivas e treinamento dos profissionais que preenchem os documentos. [244]

Em relação a importância do registro do índice de Apgar, pesquisadores do Estado do Tocantins concluíram que:

> "Os resultados mostraram existência de uma relação entre a gravidez na adolescência e após os 35 anos nas condições perinatal relacionadas ao baixo peso ao nascer, baixo índice de Apgar e prematuridade. A frequência de partos normais diminuiu com o aumento da idade e maior ocorrência de partos cirúrgicos. As adolescentes realizaram maior número de consultas, condição essencial para condução da assistência pré-natal de qualidade e sem risco."[245]

---

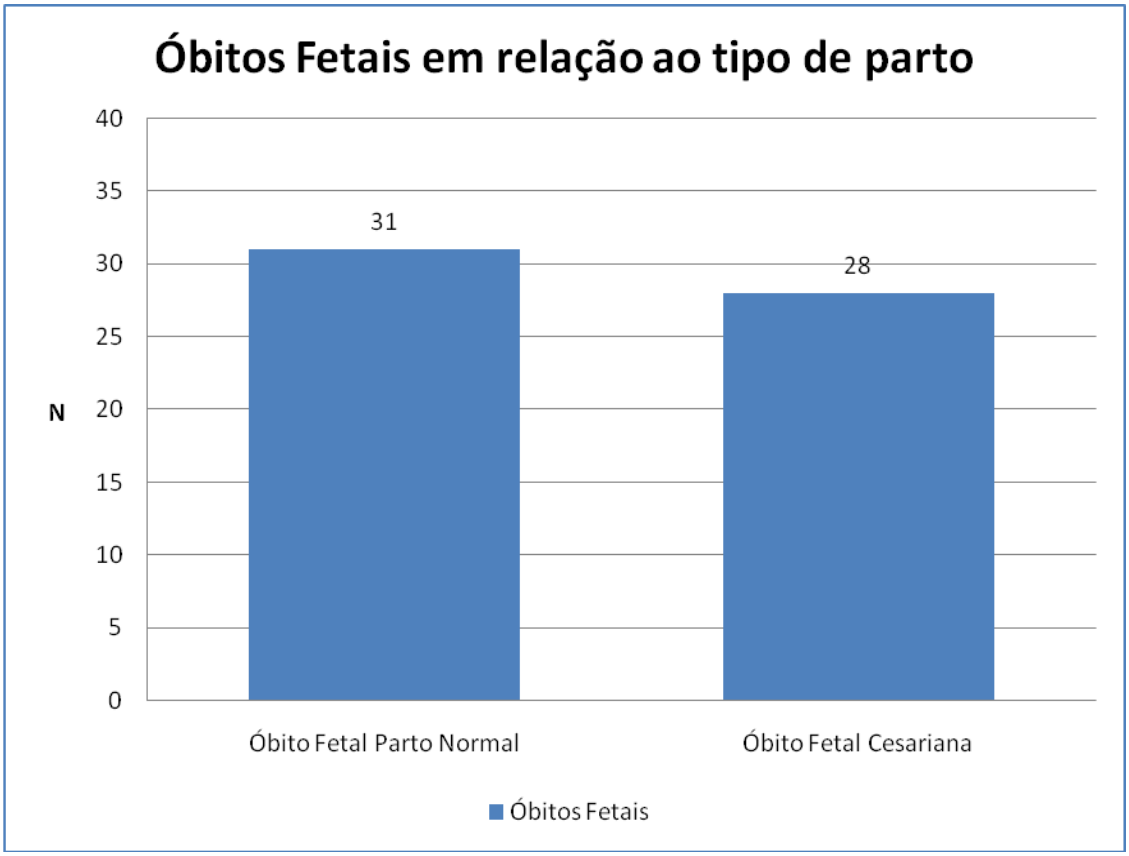
[242] Apgar V. A proposal of a new method of evaluation of the newborn infant. Presented at the 27th Annual Congress os Anesthesists, Joint Meeting of the International Anesthesia Research Society and International College of Anesthesists, Virginia Beach, VA, September 22-25, 1952.

[243] Papile L. The Apgar Score in the 21st Century. NEJM, volume 344: 519-520, February 15, 2001, number 7.

[244] Bittencourt AS, Camacho LAB, Leal MC. A qualidade da informação sobre o parto no Sistema de Informações Hospitalares no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999 a 2001. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(6): 1344-1354, junho, 2008.

[245] Santana FG. et. al. - Relação entre a idade materna e condições perinatais no município de Augustinópolis-TO. Rev Pesq Saúde,11(3): 35-40, set-dez, 2010.

Gráfico 4 – Número absoluto de óbitos fetais em relação à via de parto ocorridos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007 (n = 4.710).



Fonte: SAME/Hospital de Base

Gallo e Ferrari registraram a ocorrência de 59 óbitos fetais em 4710 nascimentos ocorridos nos anos de 2006 e 2007 o que resultaem uma Taxa de Mortalidade Neonatal de 1,25%. O x2 revelou um valor de 0,47 (Pearson) e um p valor de 0,828, de onde pode se concluir que não há associação entre Óbito Fetal e a Via de Nascimento. Infelizmente, não foi possível estudar a causa dos óbitos fetais em virtude da ausência de informações nos Prontuários Médicos e também porque a maioria dos natimortos é enviada ao Instituto Médico Legal para verificação do óbito. É verificado também o registro de apenas 1 óbito materno entre os 4.710 prontuários analisados e, dentre estes, havia 29 casos de gestantes portadoras do vírus HIV o que corresponde a 0,61% das gestantes que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007. Do total de 4710 gestantes, 29 eram portadoras do Vírus HIV (Human Immunodeficiency Virus) o que corresponde a 0,6% da amostra.

Apresentação, análise e discussão dos dados obtidos

A Tabela 13 demonstra o número absoluto de nascimentos ocorridos nos anos de 2006 e 2007, de acordo com a faixa etária das parturientes. Aproximadamente 1 em cada 3 gestantes estão na faixa etária que as classifica como adolescentes (28,7%). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) registra percentuais diferentes nos vários estados da Federação, sendo que o percentual de nascidos vivos em mulheres com menos de 20 anos é 21,6% para todo o Brasil, ou seja, 1 em cada 5 gestantes. [7] Para a mesma faixa etária, percentuais variáveis ocorrem entre as regiões do país, sendo de 15,8% no Distrito Federal, 16,9% no estado de São Paulo e de 30,2% no Maranhão e 29,9% no Pará. Vale comentar que nos países industrializados, de 1970 a 2000, aumentou a taxa de nascimentos entre mulheres com 35 anos ou mais, nos Estados Unidos aumentou de 5 para 13% de todos os partos, o que caracteriza uma tendência que parece se reproduzir também no Brasil onde o percentual de nascimentos nas mulheres nesta faixa etária passou de 7,95% em 1996 para 9,55% em 2006. [246] O aumento das taxas de natalidade em mulheres nas faixas etárias mais avançadas ocasiona um aparente declínio nas taxas de gravidez em adolescentes.

Tabela 13 - Distribuição das gestantes que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho em 2006 e 2007 por faixa etária (n = 4.710).

Faixa Etária	N	Percentual
Até 19 anos	1354	28,7%
20 até 35 anos	3136	66,6%
Mais de 35 anos	214	4,5%
Sem registro	6	0,1%
Total	4710	100%

Fonte: SAME/Hospital de Base

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que o número de nascimentos reduziu-se entre 2000 e 2006. O número de nascimentos no país, de acordo com as informações fornecidas pelo SINASC (Sistema de Nascidos Vivos) do Ministério da Saúde, caiu de 3,2 milhões, em 2000, para 2,9 milhões, em 2006.

[246] Ministério da Saúde. DATASUS. Informações em Saúde, Brasília 2008. Disponível na Internet: http://datasus.gov,br/tabnet/tabnet.htm.

Regionalmente, a queda foi mais acentuada nas regiões Sul e Sudeste, enquanto Nordeste e Centro-Oeste apresentaram volume de nascimentos praticamente estabilizado. O aumento dos nascimentos na região Norte, nesse período, decorre da melhoria da captação da informação. No Estado de São Paulo, o percentual de gestantes com mais de 35 anos tem aumentado nos últimos anos. No período de 2000 a 2006, houve declínio da participação dos nascimentos oriundos de mães dos grupos etários de 15 a 19 anos e 20 a 24 anos. No grupo de mães entre 10 a 14 anos houve estabilidade e entre as mães acima de 24 anos houve um pequeno crescimento nos percentuais de nascimentos. Em 2006, 51,4% (1.512.374) dos nascidos vivos eram filhos de mães com idade até 24 anos, sendo 27.610 (0,9%) de mães do grupo etário de 10 a 14 anos; 605.270 (20,6%) filhos de mães de idade entre 15 a 19 anos e 879.493 (29,9%) crianças nascidas de mães com idade de 20 a 24 anos. Em 2000, esses grupos etários correspondiam, respectivamente, a 0,9% (28.973), 22,5% (721.564) e 31,1% (998.523).

No Distrito Federal, em São Paulo, no Rio Grande do Sul, em Santa Catarina, no Rio de Janeiro, em Minas Gerais e no Paraná, as proporções de nascimentos de mães com até 24 anos de idade foram menores que 50%. Nos demais estados, a maioria dos nascimentos foi oriunda dos segmentos de mulheres mais jovens, porém, com redução em todas as unidades da federação, em relação a 2000.

O Maranhão registrou, em 2006, a maior proporção de nascimentos de mães com idade até 24 anos (66,2%).[247]

Matéria divulgada no site da UOL Ciência e Saúde em como manchete que "Uma em cada 6 gestantes Atendidas no Hospital das Clínicas tem mais de 35 anos":

> "A cada seis gestantes atendidas, atualmente, no Hospital das Clínicas da USP (Universidade de São Paulo), uma tem mais de 35 anos. Na década de 70, a taxa era de uma a cada 20. O aumento é creditado a uma série de fatores, entre eles o avanço da medicina e a entrada das mulheres no mercado de trabalho – o que as levam a adiar o momento de engravidar. Esse fato é muito frequente e, talvez, se torne ainda mais daqui a alguns anos, prevê o obstetra Adolfo Liao, do Ambulatório de Obstetrícia do HC. (da Universidade de São Paulo). Após os 35 anos, o

[247] Site do IBGE. Indicadores Sociais e Demográficos de 2009. Comunicação social em 2 de setembro de 2009. Disponível na Internet: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1445 Acessado em 13 de maio de 2010.

organismo é mais sujeito a complicações durante a gravidez, por isso a gestação é tratada com atenção especial e pode trazer riscos tanto para a mãe quanto para o bebê. A mãe com idade mais avançada pode ter dificuldades de se adaptar à gravidez, pois há uma sobrecarga no funcionamento do organismo da mulher, explica o médico. O obstetra afirma que até 25% das gestações em idade materna avançada resultam em aborto. 'Quando uma mulher com 20 anos engravida, a chance de ocorrer um aborto espontâneo é menor', completa. A taxa de bebês nascidos prematuramente também é mais alta e chega a 15%, devido a complicações como o diabete ou hipertensão. Essas duas doenças podem também afetar a formação e o desenvolvimento da criança. Mães com o diabete mal controlado no início da gestação podem gerar filhos com má formação física, sendo essas, em geral, no coração, no cérebro ou na coluna vertebral. A complicação genética mais comum, cuja probabilidade é influenciada pela idade da mãe, é a Síndrome de Down. A prevalência em fetos de mães com cerca de 20 anos chega a ser de uma em mil. Já nas mães com 35 anos ou mais essa fração é de uma em cada 350 gestantes. Conforme o aumento da idade, aumenta também o risco. 'A chance de uma mulher de 40 anos ter um filho com a doença chega a ser de uma em 70', completa o obstetra. Tendo em vista as complicações que a gestação de uma mãe com idade mais avançada pode ter, o acompanhamento durante o pré-natal deve ser muito mais intenso. "As consultas são mais constantes e os exames mais específicos para esse grupo", explica o obstetra. Para o médico, a mãe também deve estar consciente dos riscos antes de engravidar. O diagnóstico de doenças que podem afetar o desenvolvimento saudável do feto, como pressão alta ou diabetes, deve ser realizado antes do início da gestação e o tratamento deve ser feito com remédios que não afetem a formação do feto. Alguns remédios para controlar a pressão podem induzir à má formação, exemplifica".[248]

[248] Site da UOL Ciência e Saúde.Publicado em 17 de maio de 2010. http://noticias.uol.com.br/ultnot/cienciaesaude/ultimas-noticias/2010/05/17/uma-em-cada-seis-gestantes-atendidas-no-hc-em-sp-tem-mais-de-35-anos.jhtm Acessado em 17 de maio de 2010.

Tabela 14 – Via de parto de todas as gestantes atendidas – e posteriormente entrevistadas - no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 conforme faixa etária. (n = 422)

Via de Parto	Faixa Etária						Total	
	Até 19 anos		De 20 até 35 anos		36 anos ou mais			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Vaginal	206	48,8	395	50,3	24	44,4	625	49,6
Cesariana	216	51,2	390	49,7	30	55,6	636	50,4
Total	422	100,0	785	100,0	54	100,0	1261	100,0

Fonte: SAME/Hospital de Base

A Tabela 14 registra a via de parto das gestantes que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007. Do total de 422 adolescentes, 206 (48,8%) tiveram filhos por via vaginal e 216 (51,2%) por meio de cesariana. Vale ressaltar que o Hospital de Base passou a ser referência para gestações de alto risco a partir de junho de 2006, quando foi inaugurada a Maternidade Municipal. Os dados indicam que o índice de cesarianas não apresenta variações significativas em cada uma das faixas etárias pesquisadas.

Os dados da Tabela 14 quando comparados aos dados da Tabela 4 ou aos dados do Gráfico 2 que demonstram o índice global de cesarianas, indicam que o índice de cesarianas em adolescentes em Porto Velho praticamente se sobrepõe aos da média geral (n=4710), de onde se pode concluir que em nosso meio, a cirurgia de cesariana não é prevalente nas adolescentes como já foi sugerido por outros autores.[249]

[249] Griffiths NA, Avasarala S, Wiener JJ. A prospective observational study of emergency caesarean section rates and the effects of the labour ward experience. Journal of Obstetrics and Gynecology 2005; 25: 666-668.

Tabela 15 - Idade das adolescentes e via de nascimento registrada no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 (n = 422)

Idade em anos	VIA DE PARTO				Total	
	Vaginal		Cesariana			
	N	%	N	%	N	%
13	3	30,0	7	70,0	10	2,4
14	12	70,6	5	29,4	17	4,0
15	23	53,5	20	46,5	43	10,2
16	33	52,4	30	47,6	63	14,9
17	42	50,0	42	50,0	84	19,9
18	46	46,9	52	53,1	98	23,2
19	47	43,9	60	46,1	107	25,4
Total	206	48,8	216	51,2	422	100,0

A Tabela 15 registra a idade das pacientes e a via de nascimento dos bebês. Observa-se que há uma inversão no percentual de procedimentos realizados nas parturientes com 13 e 14 anos de idade. A partir dos 15 anos de idade o número de partos normais e cesarianas segue uma proporção equitativa. ($x2= 6,548 – p = 0,365$). O teste de Pearson ficou prejudicado em função dos valores extremos registrados para as meninas mais jovens. Estudos prévios sobre a relação entre a idade materna e os resultados perinatais são extremamente controversos. No grupo de gestantes adolescentes, vários autores têm relatado maior incidência de complicações obstétricas e perinatais, tais como baixo peso ao nascer, parto pré-termo, amniorrexe prematura, pré-eclâmpsia e diabetes gestacional [250] [251] [252].

[250] Duenhoelter JK, Jimenez JM, Baumann G. Pregnancy performance of patients under fifteen years of age. Obstet Gynecol 1975; 46:49-52.
[251] Goldberg GL, Craig CJ. Obstetric complications in adolescent pregnancies. S Afr Med J 1983; 64:863-4.
[252] Leppert PC, Namerow PB, Barker D. Pregnancy outcomes among adolescent and older women receiving comprehensive prenatal care. J Adolesc Health Care1986; 7:112-7.

Estudos mais recentes, entretanto, têm sugerido que os resultados adversos descritos nesta população traduzem mais claramente as condições sociais e de saúde às quais está submetida, que propriamente à faixa etária dos adolescentes. [253] [254] [255]

Figueiredo e outros pesquisadores portugueses, analisaram uma amostra de 130 gestantes da Maternidade Júlio Dinis, na cidade do Porto, sendo que 66 eram grávidas adolescentes e 64 eram grávidas adultas e concluíram que:

> "Os resultados mostram que a gravidez na adolescência se associa um elevado númerode condições menos favoráveis, que podem comprometer a gestação e os cuidados ao bebé, como por exemplo: desemprego, monoparentalidade, consumo de tabaco, condições anteriores de existência adversas e gravidez não desejada. No entanto, outras circunstâncias adversas estão associadas à gravidez na idade adulta, como seja: históriade problemas de fertilidade e de problemas psicológicos com tratamento ou internamentoe ausência por morte de pelo menos um dos pais. Conclui-se que um número considerável de grávidas adolescentes vive em condiçõesdesfavoráveis, pelo que, não obstante a sua variabilidade, o grupo enquanto um todo pode ser considerado de risco, quando comparado ao grupo de grávidas adultas. Conclui-se ainda que grávidas adolescentes e adultas vivem a gravidez em condições específicas; observam-se diferentes circunstâncias de risco junto de cada um destes dois grupo, que devem ser atendidas na adequação da ajuda prestada pelos técnicosde saúde às reais necessidades das mães." [256]

Atualmente considera-se que primigestas adolescentes, com idade entre 16 e 19 anos e que recebem cuidados pré-natais adequados, não apresentam risco perinatal

[253] Lubarsky SL, Schiff E, Friedman AS, Mercer BM, Sibai BM. Obstetric characteristics among nulliparas under age 15. Obstet Gynecol 1994; 84: 365-8.
[254] Satin AJ, Leveno KJ, Sherman ML, Reedy NJ, Lowe TW, McIntire DD. Maternal youth and pregnancy outcomes: middle school versus high school age groups compared with women beyond the teen years. Am J Obstet Gynecol 1994; 171: 184-7.
[255] Berenson AB, Wiemann CM, McCombs SL. Adverse perinatal outcomes in young adolescents. J Reprod Med 1997; 42: 559-64.
[256] Figueiredo B, Pacheco A, Magarinho R. Grávidas adolescentes e grávidas adultas: diferentes circunstâncias de risco? Acta Med Port. 2005;18(2): 97-105.

aumentado, quando comparadas a mulheres mais velhas em condições sociais e econômicas similares. Por outro lado, este quadro aparentemente favorável do ponto de vista obstétrico não anula as significativas conseqüências psicológicas e sócio-econômicas que uma gravidez na adolescência pode acarretar. Conforme destacado por Card & Wise [257], as mulheres que tiveram filhos durante a adolescência estão submetidas a um risco aumentado de descontinuação dos estudos, divórcio, gestações repetidas e maior probabilidade de permanecer na pobreza.

Azevedo e colaboradores, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte encontraram uma maior incidência de partos normais nas adolescentes em relação às gestantes com idade superior a 35 anos. Foram estas as conclusões dos autores:

> "Os dados apresentados reconhecem a gestação nos extremos da vida reprodutiva como associada a uma maior frequencia de resultados perinatais adversos, notadamente o parto pré-termo e o baixo peso ao nascimento. A despeito dos resultados perinatais observados, a idade materna não se mostrou associada a piores resultados obstétricos, tendo em vista os maiores percentuais de partos normais observados entre as adolescentes e naquelas com idade superior a 35 anos". [258]

Pesquisadores austríacos demonstraram que:

> "existem diferenças significativas entre a evolução da gestação e a idade das jovens quando se faz a comparação entre os grupos de meninas grávidas dos 12 até 16 anos e grupos dos 17 até 19 anos. Há uma tendência de maior aumento de peso nas mais jovens, o que acarreta em aumento de peso dos bebês que acaba influenciando a evolução do trabalho de parto."[259]

[257] Card JJ, Wise LL. Teenage mothers and teenage fathers: the impact of early childbearing on the parents' personal and professional lives. Fam Plann Perspect 1978; 10:199-205.
[258] Azevedo GD. Efeito da Idade Materna sobre os Resultados Perinatais. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.24 n^{o}.3 Rio de Janeiro, 2002.
[259] Kirchengast S, Hartmann B. Impact of maternal age and maternal somatic characteristics on newborn size. American Journal of Human Biology, volume 15, issue 2, pages 220-228, Feb 2003.

Em Montes Claros, Minas Gerais, a proporção de cesariana entre as adolescentes, por sua vez, da ordem de 21,0%, foi menor do que entre as adultas (ao redor de 35,0%) sendo estes índices condizentes com o selo de Hospital Amigo da Criança e de Maternidade Segura com os quais se qualificam as instituições da rede hospitalar de Montes Claros, esses dados evidenciaram a primazia do parto vaginal na adolescência, ressaltando-se, outrossim, a magnitude significativa da proporção de cesarianas nesse segmento etário. [260] Lubarsky e colaoradores [261], nos Estados Unidos, registraram 23,5% de cesáreas em adultas e 13,8% entre adolescentes; Lao & Ho [262], em Hong Kong, encontraram, respectivamente, nesses segmentos etários, 12,6% e 4,1%; Mahfouz e outros [263], por sua vez, encontraram 6,9% e 3,2%.

Pesquisadores da Universidade Federal de São Paulo relataram que "o estado nutricional materno não teve relação com o tipo de parto, se vaginal ou cesariana. O IMC final de desnutrição esteve relacionado com um número maior de recém-nascidos de baixo peso (< 2.500 g)." [264]

Pesquisadores de Pernambuco, Brasil, analisaram, em estudo prospectivo, analítico, transversal, tipo incidência, a sucessão das vias de parto da primeira até a quarta gestação de 714 parturientes adolescentes, com idade variando entre 13 e 19 anos (média 17,2±1,5 anos), que pariram na Maternidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, no período de janeiro a dezembro de 2001. A conclusão do trabalho foi que "há uma tendência da coincidência das vias de parto em gestações sucessivas em parturientes adolescentes, até a terceira parturição." [265]

---

[260] Goldenberg P, Figueiredo MCT, Silva RS. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública vol.21 nº.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2005.

[261] Lubarsky SL, Schiff E, Friedman SA, Mercer BM, Sibai BM. Obstetric characteristics among nulliparas under age 15. Obstet Gynecol 1994; 84:365-8.

[262] Lao TT, Ho LF. Obstetric outcome of teenage pregnancies. Human Reprod 1997; 13:3228-32.

[263] Mahfouz AAR, El-Said MM, Al-Erian RAG, Hamid AM. Teenage pregnancy: are a high risk group? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1995; 59:17-20.

[264] Furlan JP, et. al. A influência do Estado Nutricional da Adolescente Grávida sobre o Tipo de Parto e o Peso do Recém-nascido. RBGO- volume 25 n. 9, 2003.

[265] Maia VAM, Azevedo AC, Queiroga FL, Maia Filho, VOA, Araújo, Lippo AB, Marinho LA, Albuquerque RM. Via de parto em gestações sucessivas em adolescentes: estudo de 714 casos. Rev. bras. ginecol. obstet; 26(9):703-707, out. 2004.

Tabela 16 - Idade das adolescentes e a ocorrência de óbito fetal em decorrência do nascimento no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007. (n = 422)

Idade em anos	Óbito fetal		Total
	SIM	NÃO	
13	0	10	10
14	1	16	17
15	0	43	43
16	5	58	63
17	5	79	84
18	3	95	98
19	4	103	107
Total	18	404	422

A Tabela 16 registra a idade das adolescentes e a ocorrência de óbito fetal em decorrência do nascimento no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 (x2 = 5,556 – p = 0,475). Os dados demonstram que não há relação entre idade das gestantes e ocorrência de óbito fetal. Trabalhos científicos similares demonstram que "não existem diferenças significativas na evolução da gestação e desempenho obstétrico entre as gestantes adolescentes precoces e tardias. " [266]

Ocorreram 58 óbitos fetais na amostra total de nascimentos (n=4.710) ocorridos entre 2006 e 2007 o que resulta em uma Taxa de Mortalidade Neonatal de 1,25% (Gráfico 4). A Taxa de Mortalidade Neonatal foi de 4,26%, ou seja, ocorreram 18 óbitos em 422 nascimentos (Tabela 16) entre as adolescentes de todas as idades, o que indica que as adolescentes apresentam riscos, significativamente maiores, para Mortalidade Neonatal.

A mortalidade infantil tem sido referida como o principal prejuízo da gravidez na adolescência. Apesar dos inúmeros avanços nos diagnósticos pré-natais, a prematuridade e o BPN permanecem como as principais causas de morbidade e mortalidade no primeiro ano de vida. Esses agravos têm se manifestado mais intensamente nas jovens com menos de 20 anos de idade, particularmente naquelas com idade inferior a 15 anos. [267] [268]

[266] Magalhães MLC. et al. Gestação na adolescência precoce e tardia. Há diferença nos riscos obstétricos? RBGO 2006;28(8): 446-52.
[267] Scholl TO, Hediger ML, Belsky DH. Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: a review and meta-analysis. J Adolesc Health 1994;15: 444-56.

Alguns autores relatam que a mortalidade perinatal mais elevada nas adolescentes está relacionada ao baixo peso ao nascer. Pesquisadores da Universidade Federal do Maranhão analisaram 2.429 nascimentos mulheres, dos quais 714 eram adolescentes (29,4%). O coeficiente específico de fecundidade, 72,2 por mil, foi mais elevado que em outras regiões do País. As adolescentes apresentaram piores condições socioeconômicas e reprodutivas que as demais mulheres, maior proporção de pré-natal inadequado (39,2%) e muitas não tinham companheiro (34,5%). Por outro lado, tiveram menor proporção de parto cesáreo (23,0%) e de fumantes (3.5%). As conclusões do trabalho foram que:

> "Apesar da situação socioeconômica igualmente desfavorável, as adolescentes de 18 a 19 anos apresentaram resultados perinatais semelhantes às mulheres de 25 a 29 anos. Já as menores de 18 anos tiveram maiores proporções de filhos com baixo peso ao nascer, prematuros e com maior risco de mortalidade infantil. Isto sugere que a imaturidade biológica possa estar associada a maiores taxas de prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade infantil." [269]

Trabalho realizado por pesquisadores turcos conclui que:

> "O índice de gravidez na adolecêcnai na Turqui é similar ao de outros países desenvolvidos. No entanto, existem consideráveis diferenças com possíveis reflexos nas diferenças étnicas, sociais e culturais entre as populações. Nossos maiores problemas parecem estar relacionados à baixa utilização de contraceptivos pelas gestantes adolescentes e à baixa eficácia dos cuidados de prénatal, mesmo quando as gestações são planejadas." [270]

---

[268] Malamitsi-Puchner A; Boutsikou T. Adolescent pregnancy and perinatal outcome. Pediatr Endocrinol Rev;3 Suppl 1:170-1, 2006 Jan.

[269] Simões VMF, Silva AM, Bettio H, Lamy-Filho F, Tonial SR, Mochel EG. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. Rev. Saúde Pública vol.37 no.5 São Paulo Out. 2003.

[270] Yildirim Y, Inal MM, Tinar S. Reproductive and obstetric characteristics of adolescent pregnancies in Turkish women. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2005;18(4): 249-53.

Tabela 17 – Idade da primeira menstruação das gestantes que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n = 422)

Idade da primeira menstruação	N	%
9 anos de idade	6	1,4
10 anos de idade	17	4,0
11 anos de idade	65	15,4
12 anos de idade	134	31,8
13 anos de idade	106	25,1
14 anos de idade	67	15,9
15 anos de idade	23	5,5
16 anos de idade	2	0,5
17 anos de idade	2	0,5
Total	422	100,0

A média de idade para a menarca foi de 12,5, a mediana 12 e a moda foi 12 com um desvio padrão de 1,331. As 134 meninas cuja menarca ocorreu aos 12 anos correspondem a 31,8% da amostra e as 106 mulheres com menarca aos 13 anos constituem 25,1% da amostra. (Tabela 17). Inquérito semelhante, realizado no município de Santana do Acaraú, estado do Ceará, nordeste brasileiro, registra que 15,1% das meninas tiveram a

primeira menstruação aos 10 anos de idade, 15,1% aos 11 anos de idade, 27,3% aos 12 anos de idade, 27,3% aos 13 anos de idade e 18,2% aos 15 anos de idade.[271]

Não se pode tratar da mesma maneira a ocorrência da gravidez no grupo de 10 a 19 anos, pois, as moças de 15 a 19 anos, sobretudo nas últimas faixas etárias, têm reais aspirações reprodutivas, em particular nos estratos populares em que a maternidade é valorizada como forma de inserção social e de fortalecimento do vínculo com o companheiro. [272] Relatos na literatura apontam que a idade média da menarca vem apresentando uma tendência de queda de cerda de 4 meses a cada década.[273] [274] [275] Quanto mais cedo a ocorrência da menarca, mais cedo ocorrerá a iniciação sexual das meninas jovens. Ribeiro, ao observar duas coortes de mães adolescentes na cidade de Ribeirão Preto, concluiu que:

> "Muitas características das mães adolescentes de 13 a 17 anos foram mais desfavoráveis do que daquelas com 18 e 19 anos. Estas especificidades no grupo de adolescentes necessitam ser melhor estudadas e compreendidas e levadas em conta no planejamento da oferta de serviços de atenção ao pré-natal e ao parto". [276]

Essa tendência é reforçada por Schor que identificou, em estudo retrospectivo, no Centro de Saúde Paula Souza, da Faculdade de Saúde Pública da USP, a idade média da menarca de 13,6 anos, na década de 30; 13,4 anos, na década de 40; 12,3 anos, na década

---

[271] Ponte Jr. GM, Ximenes Neto FRG. Gravidez na adolescência no município de Santana da Acaraú – Ceará – Brasil: uma análise de causas e riscos. Revista eletrônica de Enfermagem – volume 6, número 1, 2004. Disponível na Internet: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/pdf/f3_gravidez.pdf Acessado em 29 de abril de 2010.

[272] Leal OF, Fachel JMG. Jovens, sexualidades e estratégias matrimoniais. In: Heilborn ML, organizadora. Sexualidade: o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Zahar; 1999. p.96-116.

[273] Colli AS. Maturacion sexual de los adolescentes de Sao Paulo. In: Organización Panamericana de la Salud. La salud del adolescente y el joven en las Americas. Washington, 1985. (OPAS Publicacion científica, 489).

[274] Tanner, JM. Growth at adolescence, 2nd ed., Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1962.

[275] Santos Jr. JD. Fatores etiológicos relacionados a gravidez na adolescência; vulnerabilidade e maternidade. In: Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Política de Saúde. Cadernos Juventude, Saúde e desenvolvimento. Brasília, 1999, volume 1, p. 223-229. Disponível na Internet: http://www.adolec.br/bvs/adolec/P/cadernos/capitulo/cap22/cap22.htm Acessado em 29 de abril de 2010.

[276] Ribeiro ERO, Barbieri MA, Bettiol H, Silva AAM. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil. Rev. Saúde Pública vol.34 n.2 São Paulo apr. 2000.

de 60 e 12,6 anos, na década de 80.[277] Moura encontrou, no município de Pindamonhangaba, estado de São Paulo, numa série histórica entre 1978 e 1987, declínio na idade média da menarca, onde, em 1978, foi de 12,3 anos; em 1982, de 12,00 e, em 1987, de 11,62 anos.[278]

Segundo Desser, para abordar o significado da menarca na construção da identidade feminina, torna-se necessário mencionar alguns aspectos fisiológico-médico-sociais:

> "Embora a menarca tenha sempre se constituído num evento importante tanto dentro da vida das mulheres quanto ao nível social, sua ocorrência precoce tem levado a interrogar seu papel nas fases da vida e sua relação com a gravidez e maternidade precoce".[279]

Pesquisadores da Universidade de São Paulo analisaram uma amostra de 670 jovens entrevistadas em inquérito domiciliar e verificaram que o uso de preservativo na primeira relação sexual aumentou significativamente em relações estáveis e casuais em quase todos os segmentos entre os anos de 1998 e 2005. Persistiram as diferenças relacionadas à iniciação sexual e ao uso de preservativos segundo gênero, cor da pele e escolaridade. A diminuição no uso de preservativo entre os jovens que se iniciaram sexualmente antes dos 14 anos, em todos os contextos de parceria, foi expressiva na região Sudeste e entre os mais escolarizados. A conclusão do trabalho foi que:

> "Como em outros países, observou-se tendência à estabilização da idade da iniciação sexual entre jovens de 15 a 19 anos. O adiamento do início da vida sexual, mais freqüente entre os jovens mais escolarizados, deve ser tema discutido no planejamento da educação dos adolescentes para a sexualidade e prevenção das IST. Quanto à diminuição da

[277] Schor N. et. al. Adolescent pregnancy trends in São Paulo, American Public Health Association (APHA) 122nd, Annual Meeting. Washington, D.C., october 30 - november 3, 1994.
[278] Moura JVC. Gravidez na Adolescência: estudo retrospectivo nos anos 1978, 1982 e 1987 na Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba, Saõ Paulo, 1991. Tese de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno Infantil, Universidade de São Paulo, 1991.
[279] Desser, N. A. Adolescência, sexualidade e culpa. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; Brasília, DF: Fundação Universidade de Brasília, 1993. P. 72-73.

vulnerabilidade ao HIV, é relevante e significativo o incremento no uso de preservativo na iniciação sexual".[280]

Tabela 18 – Idade da primeira relação sexual das gestantes que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n = 422)

Idade da primeira relação sexual	N	%
10 anos de idade	3	0,7
11 anos de idade	7	1,7
12 anos de idade	20	4,7
13 anos de idade	78	18,5
14 anos de idade	106	25,1
15 anos de idade	104	24,6
16 anos de idade	62	14,7
17 anos de idade	31	7,3
18 anos de idade	7	1,7
19 anos de idade	1	0,2
Total	422	100,0

A média de idade encontrada foi de 14,48 anos, a mediana foi de 14 anos e a moda foi de 14 anos, com um desvio padrão de 1,499. (Tabela 18)

Na região da Amazônia é bastante frequente que a vida sexual das meninas tenha início em idades muito precoces. É notável que 25,6% das meninas tiveram a primeira relação antes de completarem 14 anos. A coleta dos dados pode ter sofrido interferências em virtude da brevidade do vínculo entrevistador/entrevistada e, muitas vezes, da falta de privacidade no momento da entrevista.

Alguns autores afirmam que, em nosso meio, "as relações sexuais começam cada vez mais cedo". [281]

[280] Paiva V, Calazans G, Venturi G, Dias R. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. Revista de Saúde Pública 2008;42(supl. 1):45-53.
[281] Carelli G. O sexo começa cedo e com ousadia. Revista Veja 2002; 35: 80-3.

A maioria das participantes deste estudo tinha feito sua iniciação sexual entre 10 e 14 anos de idade, em geral, com parceiros adolescentes. Apesar da predominância do desejo de ter relações naquele momento, são bastante conhecidas as dificuldades da mulher para influenciar os rumos da primeira vez, circunstância em que a vontade masculina tende a preponderar, ainda que seja por meio da persistente solicitação de uma prova de amor e confiança que termina dando origem ao temor de perder o outro. Diante dos sentimentos e emoções que permeiam a vivência sexual-amorosa, torna-se muito mais difícil dizer não e conseguir estabelecer um pacto sobre a adequação do momento para ambos, assim como, concretizar a negociação para a prática de sexo seguro. [282]

O início da vida sexual ativa aumenta a necessidade das adolescentes e seus parceiros agirem de forma que possam considerar as conseqüências de seus atos, ou seja, a necessidade de tomar decisões informadas tendo uma perspectiva de futuro, portanto, com base nos seus sonhos e projetos de vida, os quais consubstanciam diferentes aspirações e possibilidades em decorrência dos padrões socioculturais de referência. Embora as opções pela forma, pelo ritmo das relações sexuais e pela prevenção da gravidez não sejam o resultado de uma decisão individual e solitária, mas o produto de uma interação em que as pessoas nem sempre estão movidas por interesses comuns, o homem continua mantendo um maior poder de negociação e decisão sobre as práticas sexuais. [283] [284]

A tendência de antecipação da idade do início da vida sexual mais intensamente entre as jovens do sexo feminino foi confirmada comparando com os resultados apontados em outros estudos de âmbito nacional [285] [286].

Neste presente estudo, não somente as adolescentes iniciaram sua vida sexual mais precocemente se comparadas a outras gerações, mas tiveram a primeira relação sexual praticamente com a mesma idade que os homens (mediana de 15 anos), ao contrário dos

---

[282] Feliciano KVO. Prevenção da AIDS entre jovens: conflitos entre os discursos técnicos e a prática cotidiana de escolares da Região Metropolitana do Recife [tese doutorado]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2001.

[283] Paiva V. Os gêneros, o sensual e o reprodutivo. In: Paiva V. Fazendo arte com a "camisinha". São Paulo: Summus; 2000. P.141-77.

[284] Arilha M. Homens: entre a "zoeira" e a "responsabilidade". In: Arilha M, Ridenti SGU, Medrado B, organizadores. Homens e masculinidades: outras palavras. São Paulo: Ed 34; 1998. P. 51-77.

[285] Ministério da Saúde. Pesquisa sobre comportamento sexual e percepções da população brasileira sobre HIV/AIDS. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS; 2000.

[286] Melo AV, Yazaki LM. O despertar do desejo. In: Secretaria de Economia e Planejamento, Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, organizador. 20 anos no ano 2000: estudos sócio-demográficos sobre a juventude. São Paulo: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados; 1998. p. 119-25.

resultados encontrados por Pirotta [287] e Almeida. [288]. No entanto, é preciso considerar que estudos conduzidos com populações jovens da Suécia, dos Estados Unidos e do Reino Unido têm observado que a idade média na primeira relação sexual das mulheres vem se mantendo similar ao longo dos últimos anos, com uma particular convergência desta idade entre homens e mulheres [289] [290] [291], sugerindo que a progressiva diminuição da idade de iniciação sexual alcança certo limite e passa, a partir de então, a se manter em níveis estáveis, fenômeno que pode vir a ocorrer em futuro próximo também no Brasil.

Em relação ao início da vida sexual, Albertina Duarte cita que:

> "As primeiras relações sexuais não serão programadas, mas sim imprevisíveis, se não houver diálogos constantes, contínuos e carinhosos, cara a cara, desde a infância, entre família e adolescente. A sensação e a excitação ocorrem em momentos inesperados, em lugar não programado e a adolescente acaba experimentando uma nova situação, tendo a primeira relação sem maiores precauções. Resulta assim, muito importante que os adultos saibam lidar com o descobrimento da primeira relação sexual da adolescente, sem traumas, culpas, cobranças e ameaças, pois o assunto da contracepção para as adolescentes é um problema difícil de ser enfrentado e elas precisam ser ajudadas". [292]

Heilborn enfatizou sobre as diferenças marcantes no início da vida sexual entre homens e mulheres:

---

[287] Pirotta KCM. Não há guarda-chuva contra o amor: estudo do comportamento reprodutivo e de seu universo simbólico entre jovens universitários da USP [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2002.
[288] Almeida MCC, Aquino EML, Gaffikin L, Magnani RJ. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. Rev Saúde Pública 2003; 37:566-75.
[289] Singh S, Darroch JE. Trends in sexual activity among adolescent American women 1982-1995. Fam Plann Perspect 1999; 31:212-9.
[290] Wellings K, Nanchahal K, MacDowall W, McManus S, Erens B, Mercer CH, et al. Sexual behaviour in Britain: early heterosexual experience. Lancet 2001; 358:1843-50.
[291] Häggström-Nordin E, Hanson U, Tydén T. Sex behavior among high school students in Sweden: improvement in contracpetive use over time. J Adolesc Health 2002; 30:288-95.
[292] Duarte A. Gravidez na Adolescência. Ai, como sofri por te amar... Editora Rosa dos Tempos.Rio de Janeiro, 2005. p. 8-9.

> "a entrada na vida sexual adulta e a maneira como as mulheres vivem esta passagem continuam a diferir fortemente daquelas dos homens; enquanto para elas a primeira relação sexual é freqüentemente um momento decisivo (e inicial) na construção do primeiro relacionamento verdadeiro, para eles trata-se de um momento de iniciação pessoal no qual a relação com a parceira conta pouco. A primeira relação sexual não foi planejada pela maior parte dos jovens, sem diferença entre homens e mulheres. Ao também considerar o local em que esta primeira relação sexual ocorreu, majoritariamente dentro de casa, pode-se aferir que houve um certo improviso e até mesmo pressa em terminar o ato sexual, visto que os jovens, além de lidarem com todas as ansiedades e preocupações que normalmente permeiam o início da vida sexual, tiveram também como preocupação a eminência da chegada de algum membro da família que pudesse surpreender este momento, fazendo com que, possivelmente, outras prioridades fossem colocadas em primeiro plano em detrimento de atitudes voltadas à contracepção e prevenção de DST/AIDS." [293]

E acrescentou, juntamente com Bozon que, para os homens,

> "a primeira relação tem um caráter de prova, de experiência aventureira e arriscada. Os discursos masculinos são centrados sobre o indivíduo, sua satisfação ou suas dúvidas sobre si mesmo, a parceira não é o foco de interesse". [294]

No tocante aos homens, a maior parte de suas primeiras experiências sexuais ocorreu em relacionamentos não estáveis. No entanto, uma proporção considerável dos homens também se relacionou sexualmente pela primeira vez com namorados (as), compreendendo 32,6%. A este respeito, Rieth descreveu que "a experiência masculina [...] traduz-se em duas atitudes: numa, o desempenho sexual é visto como um ganho,

[293] Heilborn ML. Construção de si, gênero e sexualidade. In: Heilborn ML, organizador. Sexualidade: o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1999. p. 40-58.
[294] Bozon M, Heilborn ML. As carícias e as palavras: iniciação sexual no Rio de Janeiro e em Paris. Novos Estudos CEBRAP 2001; 59:111-35.

sustentando o poder da masculinidade, noutra, a atitude é decididamente romântica, em que o homem busca 'entregar-se' no momento certo e à parceira certa". [295]

Pesquisadores da Columbia University de Nova York relataram que as experiências que ocorrem antes da primeira relação sexual são fundamentais no desenvolvimento sexual das meninas e muito importantes na aquisição de conhecimentos e de mudanças no comportamento das meninas. Os pesquisadores concluíram que estas experiências são mais importantes do que a primeira relação sexual propriamente dita.[296]

Tabela 19 - A idade das grávidas adolescentes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 (n = 422) e as características da primeira relação sexual.

Na Tabela 19, estão registradas as características da primeira relação sexual e a idade das adolescentes grávidas atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007. Na absoluta maioria dos casos houve consentimento por parte das meninas para a efetivação da primeira relação sexual.

IDADE em anos	Característica da primeira relação sexual			Total
	Consentida	Forçada	Estupro	
13	9	1	0	10
14	16	1	0	17
15	38	4	1	43
16	63	0	0	63
17	84	0	0	84
18	92	0	0	98
19	103	3	1	107
Total	405 (96%)	15 (3,5%)	2(0,5%)	422 (100%)

[295] Rieth F. Ficar e namorar. In: Bruschini C, Hollanda HB, organizadores. Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil. São Paulo: Editora 34; 1998. P. 113-33.
[296] Ó Sullivan LF, Brooks-Gunn J. The timing of changes in girls´sexual cognitions behaviors in early adolescence: a prospective, cohort study. Journal of Adolescent Health 37 (2005) 211-219.

Uma análise de 3753 gestações de mulheres salvadorenhas relatou que a violência sexual na infância é um significante fator de risco para a gravidez na adolescência.[297]A violência sexual é um problema global e acomete todos os segmentos sociais, especialmente os grupos etários mais jovens. [298] [299]

Estudiosos do assunto chamam a atenção para a elevada ocorrência de tais eventos e a pouca divulgação dada aos mesmos[300] e chamam a atenção para a magnitude do problema que deve ser tratado como um problema de saúde pública.[301]

É relatado que meninas abusadas sexualmente em seus próprios lares busquem intencionalmente uma gravidez precoce para criar seu próprio ambiente familiar para se livrarem dos abusos.[302]

A Tabela 20 demonstra a idade das adolescentes na ocasião do nascimento dos filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007. Observa-se um percentual crescente de adolescentes grávidas a medida que a idade aumenta a cada ano e o número de portadoras do HIV em cada faixa etária. Os dados são similares aos encontrados em estudo similar realizado na USP de Ribeirão Preto. [303]

---

[297] Pallitto C, Murillo V. Childhood Abuse as a Risk Factor for Adolescence Pregnancy in El Salvador. Journal of Adolescence Health 42 (2008) 580-586.
[298] World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2003. Disponível na Internet: http://www.who.int/violence_injury_prevention?public?publications/violence?med_leg_guidelines/en/ Acessado em 12 de maio de 2010.
[299] Bureau of Justice Statistics. Criminal victimization in the United States, 2002 statistical tables. Washington, DC: U.S.. Department of Justice, 2004. Disponível na Internet: http://www.ojp.usdoj.gov/bjs Acessado em 12 de maio de 2010.
[300] Koss MP, Dinero TE, Seibel CA, Cos SL. Stranger and acquaintance rape: are there differences in the victim´s experience? Psycol Women Q 1988; 12:1-24.
[301] Irwin Jr. CR, Rickert VI. Coercive sexual experience during adolescence and young adulthood: a public health problem. Journal of Adolescent Health 36 (2005) 359-361.
[302] Rainey DY, Steves-Simon C, Kaplna DW. Are adolescents who report prior sexual abuse at higher risk for pregnancy? Chil Abuse Neglect 1995;29(10): 283-8.
[303] Yaslle MED. et al. A adolescente grávida: alguns indicadores sociais. RBGO – v. 24, número 9, 2002, 609-14.

Tabela 20 - Idade das adolescentes na ocasião do nascimento dos filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007. (n = 422) e prevalência de HIV em cada faixa etária.

IDADE em anos	N	%	Portadoras do HIV
13	10	2,4	0
14	17	4,0	0
15	43	10,2	0
16	63	14,9	1
17	84	19,9	0
18	98	23,2	1
19	107	25,4	1
Total	422	100	3 (0,7%)

Fonte: SAME/Hospital de Base

Nos Estados Unidos o número de pessoas jovens com HIV (Human Immunodeficiency Virus) ou AIDS (Adquired Immunodeficiency Syndrome) está em crescimento.[304] [305] Estimativas dão conta que 1 em cada 1.000, ou 21.400 pessoas com idade entre 18 e 24 anos sejam portadores de infecção pelo HIV.[306]

Em 2005, dados do Center for Disease Control and Prevention de 33 estados americanos revelaram que 1.268 jovens entre 13 a 19 anos receberam o diagnóstico de infecção pelo HIV; 5.322 jovens entre 13 a 19 anos estavam vivendo com HIV ou AIDS. A gravidez na adolescência e a soropositividade pelo HIV afetam, similarmente, grupos minoritários socialmente vulneráveis nos Estados Unidos, em especial nos estados do Sul, onde as meninas afroamericanas apresentam os índices mais elevados de gravidez na adolescência e contaminação pelo HIV.[307] [308]

[304] Centers for Disease Control and Prevention. HIV/AIDS Surveillance Report, vol 17. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services; 2006.
[305] Rangel M, Gavin L, Reed C, Fowler M Lee L. Epidemiology of HIV/AIDS among adolescent and young adults in the United States. Journal of Adolescent Health 2006;39: 156-63.
[306] Morris M, Hancock MS, Miller WC, et. al. Prevalence of HIV infection among oung adults in the United States: results from Add Health Study. American Journal of Public Health 2006;96: 1091-7.
[307] Leone P, Adimoa A, Foust E. et. al. HIV transmission among women – North Carolina, 2004. MMMR Mortal Wkly Rep 2005;54:89-94.

A despeito dessas similaridades e da vasta literatura que aborda a gravidez na adolescência, poucos estudos abordam a ocorrência concomitante de infecção pelo HIV e gravidez na adolescência.[309]

O agrupamento das mulheres quanto à sua etnia (Tabela 21) foi feito de acordo com critérios pessoais do entrevistador. No Estado de Rondônia há um predomínio das pessoas morenas ou pardas, especialmente na região da capital Porto Velho onde ocorreu uma forte migração de negros e nordestinos com o objetivo de atuarem como mão de obra para a construção da Estrada de Ferro Madeira Mamoré no início do século XX. Assim, a Tabela abaixo apresenta a análise de 6 etnias quanto ao tipo de parto:

Tabela 21 – Etnia das adolescentes grávidas atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007. (n = 422)

ETNIA	Via de Parto				Total	
	Vaginal		Cesariana			
	N	%	N	%	N	%
Branca	37	8,8	46	10,9	83	19,7
Parda	142	33,6	139	33,0	281	66,6
Indígena	0	0,0	1	0,2	1	0,2
Amarela	2	0,5	1	0,2	3	0,7
Negra	25	5,9	29	6,9	54	12,8
Total	206	48,8	216	51,2	422	100

[308] Mississipi State Department of Health and the Centers for Disease Control and Prevention. Cluster of HIV-infected adolescents and Young adults – Mississsipi, 1999. MMMR Mortal Wkly Rep 2000;49:861-4.

[309] Koenig LJ, Espinoza L, Hodge K, Ruffo N. Young, seropositive, and pregnant: an epidemiologic and psychosocial perspective on pregnant adolescents with Human Immunodeficiency vírus infection. American Journal of Obstetrics and Gynecology, supplement to September 2007, 123-131.

Segundo a avaliação dos entrevistadores, as mulheres de cor parda constituíram 66,6% da amostra e as mulheres brancas 19,7% da amostra (Tabela 21). O x2 foi de 2,402 e o p valor de 0,662 o que indica não haver relação entre etnia e via de parto, o que se diferencia da literatura em que, em alguns países se registra uma notável relação entre a via de parto e etnia.[310] [311]

Pesquisadores de Stanford relatam que a gestação na adolescência eleva o risco de assistência pública e queda no rendimento escolar das meninas. Em relação ao rendimento escolar, aparentemente, as meninas da raça negra não ficam em desvantagem em relação às suas pares de raça branca.[312]

Tabela 22 – Adolescentes entrevistadas segundo Religião declarada na data do nascimento. (n = 422)

Religião declarada	N	%
Católica	230	54,5
Evangélica	97	23,0
Espírita	1	0,2
Candomblé	0	0,0
Nenhuma religião	88	20,9
Outra Religião	6	1,4
Total	422	100,0

As adolescentes quando perguntadas sobre a religião (Tabela 22) antes do parto, se classificaram como católicas em 54,5% dos casos e em 23,0% dos casos se declararam evangélicas. Quando questionadas sobre se houve umaa mudança de religião após o

[310] Walsh J, Robson M, Foley M. The influence of ethnicity on caesarean section rates in the home of acitve management of labour. The Intenational Journal of Gynecology and Obstetrics 107S2 (2009) S93-S396.
[311] Manthata ALA, Hall DR, Steyn OS, Grove D. The attitudes of two groups of South African women towards mode of delivery. The International Journal of Gynecology and Obstetrics (2006 92, 87-91.
[312] Casares WN, Lahiff M, Eskenazi B, Halpern-Felsher BL. Unpredict Trajectories: the relationship between race/ethnicity, pregnancy during adolescence, and Young women´s outcomes. Journal of Adolescent Health (2010) 1 - 8.

nascimento do filho, 8,5% das mulheres responderam que SIM, ou seja, mudaram de religião após o parto. Todas as demais mantiveram o mesmo hábito religioso.

A mudança no hábito religioso decorre, provavelmente, por influência da nova situação de vida que, muitas vezes, é influenciada pela família do progenitor que manifestam o desejo de batizar a criança na conformidade de suas crenças. A opção religiosa adotada tem uma importante relação com o comportamento sexual. Alguns trabalhos mostram que a religião tem participação importante como preditora de atitudes sexuais.

Adolescentes que têm atividade religiosa apresentam um sistema de valores que os encoraja a desenvolverem comportamento sexual responsável [313]. Em nosso meio, nos últimos anos, as 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 frequentam essas igrejas iniciam a prática sexual mais tardiamente, porém, não há pesquisas comprovando essas impressões. [314]

Tabela 23 – Distribuição dos nascimentos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho, conforme local de nascimento das gestantes adolescentes (Estado da Federação) (n = 422).

Estado de Nascimento da Gestante	N	%
Rondônia	337	78,9
Amazonas	46	10,7
Mato Grosso	3	0,7
Acre	26	5,9
Outro Estado	12	2,8
Total	422	100,0

Fonte: SAME/Hospital de Base

[313] Glass JC. Premarital sexual standards among church youth leaders. J. Sci. Res. 1972.
[314] Guimarães, E.B. Gravidez na adolescência: fatores de risco. In: Saito, M.I. & Silva, E.V. Adolescência - Prevenção e Risco. São Paulo, Editora Atheneu, 2001.

Rondônia é um Estado da Amazônia que, até 1970, tinha uma população nativa cujo total de habitantes não ultrapassava 100.000 pessoas. A partir de 1970, com o incentivo à migração, um grande contingente populacional aflorou ao Estado. Nos dias atuais (2010), muitos moradores fixados no Estado ainda preferem retornar aos Estados de origem em caso de doença ou por ocasião do nascimento dos filhos. Da amostra total de adolescentes entrevistadas (n = 422), 419 (99,3%) declararam residência no município de Porto Velho. (Tabela 23)

Tabela 24 – Estado Civil declarado pelas adolescentes entrevistadas na ocasião do nascimento. (n = 422)

Estado Civil	N	%
Solteira	143	33,9
União estável	259	61,4
Casada	14	3,3
Viúva	0	0,0
Separada	6	1,4
Total	422	100,0

A maioria das adolescentes entrevistadas que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 declarou ter uma relação conjugal fixa (n=273), sendo que 259 (61,4%) mantinham uma união estável com o companheiro, 14 (3,3%) se declararam formalmente casadas e 143 (33,9%) se declararam solteiras (Tabela 24). A expressão utilizada pelas mulheres para definir a União Estável é “nós somos só juntos”. Definem-se como casadas aquelas que se submeteram aos ritos e formalidades do casamento civil e ou religioso.

Estudos têm demonstrado que a presença do companheiro influencia favoravelmente na evolução da gravidez e diminui riscos e efeitos desfavoráveis à saúde da

criança, pois a insegurança e a solidão podem causar riscos físicos e psicológicos, principalmente, quando a mulher é adolescente. [315] [316]

Pesquisadores de Feira de Santana, na Bahia, realizaram estudo de corte transversal, com amostra aleatória, estratificada por conglomerado, em 438 entrevistas, com mães adolescentes (10-24 anos) e adultas jovens (20-24 anos), informantes-chave, que tiveram seu primeiro filho na adolescência e freqüentavam as 19 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Feira de Santana (BA), agrupadas por áreas de localização (estratos), segundo critério da Secretaria Municipal de Saúde, no período de agosto a dezembro de 2001, abordando questões relativas aos co-responsáveis pela gravidez ocorrida na adolescência. Foi considerado co-responsável o pai biológico referido pelas informantes-chave. A conclusão do trabalho foi que:

> "Foram observadas mudanças significativas no perfil sociodemográfico dos co-responsáveis, após a gestação, com aumento do abandono escolar, da união formal e não formal e da coabitação; a grande maioria trabalhava, sendo que cerca de 40% ganhavam até um salário mínimo; com atitudes semelhantes entre adolescentes e adultos que, na grande maioria, tiveram atitudes positivas diante da gravidez e da criança. A ausência de dados sobre a população masculina nos Sistemas Oficiais de Informação relacionados a Nascidos Vivos e Saúde Reprodutiva (IBGE e SINASC) evidencia a necessidade de adequação desses sistemas para a viabilização de pesquisas e ações estratégicas na prevenção da gravidez precoce e repetição dessa ocorrência entre adolescentes, envolvendo também a população masculina. Considera-se que a necessidade de inserir o homem no contexto das ações de Saúde Reprodutiva possa contribuir para maior integração e participação desses

[315] SantAnna MJC & Coates V 2001. Atenção integral à adolescente grávida. Revista Pediatria Moderna 37 (edição especial):10-13.
[316] Lima IC 2002. Gravidez na adolescência: atitudes e responsabilidade paterna. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana. Disponível na Internet: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300028. Acessado em 27 de agosto de 2011.

nas decisões e responsabilidades diante da saúde reprodutiva e cuidados com os filhos. [317]

Montessoro reflete sobre a importância da estabilidade da união conjugal para os bons resultados da gestação:

> "Uma maior propensão à baixa auto-estima e à depressão é citada como contribuinte para resultados adversos durante a gestação, o parto e o período neonatal, além de conseqüências emocionais advindas de relações conjugais instáveis". [318]

Transcrevo texto de Oliveira, de 1998, que trata da relação da mãe adolescente com o parceiro e intercorrências desta importante e marcante relação:

> "Algumas famílias aceitam e acolhem a adolescente grávida sem fazer pressão para que ocorra o casamento. Outras, nem tanto. Unir-se ao pai da criança não raro significa submeter-se à sua família. A adolescente paga um preço por 'ter sua dignidade recuperada', mesmo que apenas parte dessa, através dessa união. Sua família (e, muitas vezes, a própria adolescente) vê o arranjo matrimonial com alívio e gratidão e a família do pai aceita o 'muito obrigado', o que deixa implícito o débito, colocando-se em posição privilegiada de impor suas condições perpetuando-se a situação de inferioridade a que a jovem se vê exposta. Inicialmente, especialmente para a adolescente que não percebia a gravidez como um empecilho aos seus projetos acalenta as mesmas expectativas que tinha antes da experiência de mãe. Aos poucos, no entanto, vai notando a piora das condições de existência. Desser (1993) encontrou, entre mães adolescentes de estratos operários que passaram ou não a morar com o parceiro, um descompasso entre a avaliação daquelas que estão nos primeiros seis meses de sua maternidade e a avaliação

[317] Costa COM et. al.- Gravidez na adolescência e co-responsabilidade paterna: trajetória sociodemográfica e atitudes com a gestação e a criança. Ciênc. saúde coletiva vol.10 no.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2005.
[318] Montessoro AC, Blixen CE. - Public policy and adolescent pregnancy: a reexamination of the issues. *Nurs Outlook* 1996;44: 31-6.

daquelas que já ultrapassaram o primeiro ano. Assim, o tempo se encarrega de dissipar a ilusão de que a vida matrimonial lhe traria a tão sonhada independência, mostrando que o mundo opressivo em que vivia apenas mudou de endereço.

Ao assumirem a paternidade, muitos rapazes deixam o estudo para trabalhar. Em casa, a adolescente cuida dos afazeres domésticos. Ambos visualizam claramente que seus projetos de vida estão desfeitos. Essa nova situação traz reflexos na relação com o bebê, pois adolescentes que têm essa visão podem revelar problemas no desempenho afetivo da maternidade e da paternidade (Desser 1993). A frustração decorrente dessa visão, a imaturidade para organizar a vida em família, as dificuldades financeiras, entre outros, tornam essa união pouco duradoura. Porém, a mais significativa dentre as causas da instabilidade da união é justamente aquela que a motivou: a pretensa autonomia econômica e emocional em relação à família de origem (Desser 1993). Ainda poderíamos acrescentar outros ingredientes explosivos nessa relação: o desencanto com o projeto acalentado durante a gravidez, de uma maternidade/paternidade igualitária, a descoberta de precisar da ajuda da própria mãe no cuidado com a criança - ajuda que fora desqualificada no projeto original de maternidade/paternidade -, as alterações da vida sexual, gerando acusações bilaterais de 'falta de interesse' são vividas como críticas que introduzem a separação como possibilidade concreta entre casais com, em média, 10 meses de vida conjugal (Desser 1993, p. 132).[319] Finda a união, à adolescente caberá carregar o filho e os estigmas de mulher separada e mãe solteira." [320]

É consenso geral que pesquisas sobre corresponsabilidade masculina, tanto na gravidez, quanto no acompanhamento do filho, podem possibilitar a "discussão mais circunstanciada sobre medidas efetivas de intervenção na implementação de ações que

[319] Desser, N.A. Adolescência, sexualidade e culpa. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; Brasília, DF: Fundação Universidade de Brasília, 1993.
[320] Oliveira MW. Gravidez na Adolescência: Dimensões do Problema. Caderno Cedes, volume 19, Campinas, julho 1998. Disponível na Internet:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-32621998000200004&script=sci_arttext
Acessado em 27 de maio de 2010.

possibilitem e incentivem a definição de responsabilidades e papéis sociais de homens e mulheres diante da paternidade e maternidade".[321]

Tabela 25 – Estado civil declarado pelas adolescentes no momento da entrevista. (n = 422)

Estado Civil	N	%
Solteira	133	31,5
União estável	245	58,1
Casada	20	4,7
Viúva	2	0,5
Separada	22	5,2
Total	1261	100,0

Em relação aos dados registrados na Tabela 24, é possível observar que ocorreu uma pequena diminuição no percentual de adolescentes que se declararam solteiras, assim como naquelas que declararam ter união estável à época do nascimento. A presença de 2 adolescentes que se declararam viúvas, na ocasião da entrevista, pode ser reflexo dos elevados índices de criminalidade na periferia da capital Porto Velho.

A comparação dos dados não permite estabelecer conexões entre o grau de influência do nascimento da criança com a estabilidade ou não no relacionamento dos pais, a despeito de um pequeno aumento no percentual de adolescentes que se declararam casadas e um incremento no percentual das adolescentes que se declararam separadas na ocasião da entrevista.

Os homicídios em adolescentes inscrevem-se em uma problemática abrangente, que diz respeito ao crescimento da violência e sua expressão em diversos contextos e sociedades.[322]

[321] Saito MI 2001. Adolescência, sexualidade e educação sexual. *Revista Pediatria Moderna* 37(edição especial): 3-6.

Pesquisadores do Massachusetts analisaram o comportamento de 769 jovens adolescentes afro-americanos e latinos e concluíram que:

> "meninas submetidas a violências físicas na escola estão sob risco de cometer atos de violência contra elas próprias, incluindo pensamentos e tentativas suicidas. É preciso identificar este grupo de risco e direcionar formas de atenção para conectar a violência externa às atitudes de violência dirigidas internamente e ainda se os indícios suicidas apresentam diferenças de gênero e requerem diferentes intervenções. [323]

Site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística refere que óbitos violentos têm maior incidência entre os jovens pobres:

> Os homens jovens, pobres, na faixa de 15 a 29 anos de idade são, ao mesmo tempo, as principais vítimas e os principais agentes da situação de violência que têm afetado a sociedade brasileira. As informações sobre óbitos, da Base de Dados Nacional do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM/DATASUS), do Ministério da Saúde, obedecem a uma padronização e são divulgadas anualmente. O SIM segue a metodologia da Organização Mundial de Saúde (OMS) e está construído com base nas declarações de óbito, de preenchimento obrigatório[4], emitidas em todo o país. A proporção de óbitos por causas externas aumentou principalmente a partir do final dos anos 70, mas as mortes violentas não são um fator determinante de óbito para as mulheres. Seus percentuais são baixos e mantêm-se estáveis: de 4,5%, em 1980, a 4,9%, em 2005. Na população masculina, os percentuais foram 12,9% em 1980 e 18,3%, em 2005.[324]

---

[322] Ranna W. Violência do corpo, violência na mente. In: Leviski DL, organizador. Adolescência pelos caminhos da violência: a psicanálise na prática social. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo; 1998. p. 65-74.

[323] O´Donnell L, Stueve A, Wilson-Simmons R. Aggressive behaviors in early adolescence and subsequent suicidality among urban youths. Journal of Adolescent Health 37 (2005) 517.e15-517.e25.

[324] Site do IBGE. Indicadores Sociais e Demográficos de 2009. Comunicação social em 2 de setembro de 2009. Disponível na Internet: Acessado em 13 de maio de 2010. http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1445

A Tabela 26 registra o grau de instrução das adolescentes na ocasião do nascimento dos bebês. As adolescentes classificadas como analfabetas foram aquelas que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com a impressão digital do polegar. Á época da coleta dos dados, o Ensino Fundamental no Brasil era de 8 anos seguidos. No que se refre à estrutura de ensino no Brasil, nos dias atuais, o nível fundamental é composto por um período de 9 anos.

Tabela 26 – Nível de escolaridade na ocasião do nascimento declarado pelas adolescentes entrevistadas. (n = 422)

Escolaridade	N	%
Analfabeta	4	0,9
Fundamental Incompleto	222	52,9
Fundamental Completo	56	13,3
Médio Incompleto	87	20,6
Médio Completo	47	11,1
Superior Incompleto	6	1,4
Total	422	100,0

È possível verificar que a maioria das adolescentes (52,9%) não havia completado o nível fundamental de ensino ao parir seu filho. Somente 6 meninas (1,4%) declararam estar freqüentando uma escola de nível superior.

Quando perguntadas sobre a continuidade dos estudos após o nascimento, 51,9% das adolescentes entrevistadas responderam que pararam de estudar para cuidar dos seus filhos.

Os resultados acima corroboram que a gravidez na adolescência é um acontecimento decisivo no que tange a vida escolar e a permanência das jovens nos bancos escolares.

A literatura indica que 30% das adolescentes grávidas abandonam a escola e, na maioria dos casos, o retorno ao estudo se dá em menores proporções. [325] Muitas vezes o abandono escolar precede a gravidez, sendo inclusive uma condição de risco para engravidar. [326]

Em matéria divulgada intitulada "Mães Adolescentes são Preocupação", diretora da Maternidade Municipal Mãe Esperança, divulgou que uma pesquisa realizada nos últimos dois anos nos dados constantes nos prontuários da instituição revelou que 40% das mulheres que engravidaram na adolescência têm mais de um filho e o mais preocupante, segundo a diretora é que 78% delas não havia concluído o ensino fundamental. [327]

Segundo Blum, 53% das adolescentes que engravidam completam o segundo grau, enquanto que entre as adolescentes que não engravidam, essa cifra corresponde a 95%. [328]

Têm sido citados também efeitos negativos na qualidade de vida das jovens que engravidam, com prejuízo no seu crescimento pessoal e profissional.[329] [330] [331]

No que se refere à educação, a interrupção, temporária ou definitiva, no processo de formação escolar, isto advirá em prejuízos na qualidade de vida e nas oportunidades futuras, pois não raro a adolescente se afasta da escola. [332] [333] [334]

---

[325] Upchurch DM, McCarthy J. The timing of a first birth and high school completion. Am Sociol Ver 1990; 55:224-34.

[326] Steves-Simon C, Lowy R. Teenage childbearing. An adaptive strategy for the socioeconomically disadvataged or a strategy for adapting to socioeconomic disadvantage? Arch Pediatr Adolesc Med 1995; 149:912-5.

[327] Mães Adolescentes são preocupação. Folha de Rondônia, Ji-Paraná, Domingo, 9 de maio de 2010, caderno 1, P. 8.

[328] Blum RW, Geer L, Hutton L, McKay C, Resnick MD, Rosenwinkel K, et al. The Minnesota Adolescent Health Survey. Implications for physicians. Minn Med. 1998;71(3):143-5, 149.

[329] Michelazzo D, Yazlle MEHD, Mendes MC, Patta MC, Rocha JSY, Moura MD. Indicadores sociais de grávidas adolescentes: estudo caso-controle. Rev Bras Ginecol Obstet. 2004; 26(8): 633-9.

[330] Herrman JW. The voices of teen mothers: The experience of repeat pregnancy. Maternal Child Nursing, 31(4), 243-249.

[331] Klerman LV. Another chance: preventing additional births to teen mothers. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.

[332] McGoldrich KE. Teenage pregnancy. J. Am. Méd. Women Assoc. ; 6(3): 216-219, 1985.

[333] Aliaga EM, Suazo EW, Diaz, Munõz RG, Meneses MCB, Araya MO, Venegas MEV. Experiência em uma unidade de gestantes precoces. Ver Chil. Obstetric Ginecol.; 50(2): 127-139, 1985.

[334] Fernandez PF, Castro GMA, Fuentes AS, Avla RA, Blanco EMM, Godinez GME, Reyes JGM. Características sociofamilares y morbilidade materno-infantil del embarazo em adolescentes. Bol Méd. Hosp. Infant. México; 55(8): 452-477, 1998.

Para Albertina Duarte:

> "Depois do parto, ela, que adorava ir a festas, bailar e cantar terá que balançar seu corpo ao som do choro do bebê; ela, que podia caminhar pelas ruas do bairro, agora se incomoda ao ser mostrada como exemplo, se estiver casada perceberá como é difícil ser adolescente, mulher e mãe; se não casou, enfrentará várias pressões da família; se relaciona com um namorado, a família dele a perseguirá; as casadas e as solteiras param de estudar e, às vezes, também, de trabalhar. Interrompem bruscamente sua formação para se esconder primeiro da sociedade e depois cuidar do bebê. Se a adolescente não estudava, dificilmente a curto prazo, pensará em freqüentar a escola. Terá dificuldades em transformar-se em profissional, integrar-se ou colocar-se no mercado de trabalho e isto a levará a aceitar qualquer trabalho que seja e por qualquer salário".[335]

Pesquisadores de Recife publicaram dados que demonstram que:

> "uma adolescente tem entre 10 e 14 anos de idade, 57,9% cursaram de cinco a oito anos no sistema formal de educação e uma havia concluído o primeiro ano do curso universitário. Cerca de 47,4% vivem com o companheiro – 22,2% dos quais têm entre 15 e 19 anos – e uma é casada em regime civil. Em torno de 57,9% estão tendo a primeira gestação, enquanto, de entre as adolescentes com história de gravidez anterior, 62,5% têm antecedentes de abortamento e 62,5% de nascidos vivos – uma delas de três nascidos vivos. Não há referência a nascidos mortos." [336]

[335] Duarte A. Gravidez na Adolescência. Ai, como sofri por te amar... - Editora Rosa dos Tempos. Rio de Janeiro, 2005. P. 12

[336] Lima CTB et. al. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. vol.4 no.1 Recife Jan./Mar. 2004.

Tabela 27 - Idade das gestantes adolescentes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 (n = 422) e a utilização prévia de métodos anticoncepcionais. (x2 = 39, 818 – p = 0, 108).

Idade em anos	Utilização de Métodos Anticoncepcionais												Total	
	Nunca utilizou		Tabelinha		Uso regular da camisinha		Uso irregular da camisinha		Pílula		DIU			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
13	7	70,0	0	0,0	1	10,0	1	10,0	1	10,0	0	0,0	10	100,0
14	13	76,5	0	0,0	0	0,0	1	5,9	3	17,6	0	0,0	17	100,0
15	23	53,5	0	0,0	3	7,0	7	16,3	9	20,9	1	2,3	43	100,0
16	34	54,0	1	1,6	3	4,8	12	19,0	13	20,6	0	0,0	63	100,0
17	40	47,6	1	1,2	8	9,5	15	17,9	20	23,8	0	0,0	84	100,0
18	43	43,9	0	0,0	6	6,1	14	14,3	34	34,7	1	1,0	98	100,0
19	41	38,3	0	0,0	8	7,5	8	7,5	49	45,8	1	0,9	107	100,0
Total	201	47,6	2	0,5	29	6,9	59	14,0	129	30,5	2	0,5	422	100,0

A Tabela 27 relaciona a idade das gestantes adolescentes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 e a utilização prévia de métodos anticoncepcionais. A literatura demonstra que a utilização de camisinha tem aumentado significativamente, tanto nas relações estáveis, como nas relações casuais, em quase todos os segmentos. [26]

A maioria das adolescentes (47,6%) relatou que nunca fez uso de nenhum método anticoncepcional, em especial as mais jovens. Esta é uma indicação de que os Programas de Saúde devem intensificar ações neste sentido, em especial com a intensificação de campanhas e com a regularização do fornecimento da pílula do dia seguinte, cujo

fornecimento para as usuárias do sistema deve ser facilitado e desburocratizado. É uma queixa frequente das meninas que "nunca encontram a pílula do dia seguinte nos postos de saúde". Esta recomendação corrobora sugestão do Fórum 2005 sobre Adolescência e Contracepção de Emergência. [337] Se a anticoncepção não é uma tarefa fácil para o adulto, torna-se ainda mais complexa para o adolescente, que acredita que "isso nunca vai acontecer comigo".

A utilização de contraceptivos pelas adolescentes está associada com intenções planejadas de manter relações sexuais. No entanto, aproximadamente 50% das relações sexuais são desprotegidas naquelas meninas que mantiveram relações sexuais, mas não tinham a intenção de engravidar. Estas constituem um grupo de risco para gravidez não planejada.[338]

A utilização de métodos contraceptivos não ocorre de modo eficaz 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; não assumem perante a família a sua sexualidade e a posse do contraceptivo seria a prova formal de vida sexual ativa. [339] [340] [341]

Pesquisadores da Universidade Federal do Sergipe realizaram um estudo de corte transversal, com o objetivo de identificar, em escolares do ensino médio, informações relativas aos métodos anticoncepcionais. A amostra compreendeu 816 adolescentes de ambos os sexos de escolas públicas de Aracaju, Sergipe. Em relação a essas informações, foram investigados também aspectos demográficos, pedagógicos, comportamentais e reprodutivos. Verificaram que 59% dos adolescentes possuíam vida sexual ativa e 57,7% afirmaram não receber informações sobre métodos anticoncepcionais nas escolas. As fontes de informações, revistas, livros e jornais, alcançaram o percentual de 28% e o condon masculino (84,5%) foi o método mais conhecido. A conclusão do trabalho foi que:

---

[337] Saito MI, Leal MM. Adolescência e contracepção de emergência: Fórum 2005. Revista Paulista de Pediatria 2007; 25(2): 180-6.

[338] Bartz D, Shew M, Ofner S, Fortenberry D. Pregnancy Intentions and Contraceptive Behaviors Among Adolescent Women: a Coital Event Level Analysis. Journal of Adolescent Health 41 (2007) 271-276.

[339] Zelnick M, Kartner JF. Reasons for non use of contraception by sexually active women aged 15-19. Fam. Plan. Perspectives, 11:289-94, 1979.

[340] McAnarney ER, Hendee WR. Adolescent Pregnancy and childbearing: what we have learned in a decade and remain to be learned. Semin. Perinatol; 5:91-103, 1981.

[341] Steves-Simon C, Wuhite MM. Adolescent pregnancy Pediatric. Ann. ; 20(6):433-434, 1991.

> "a vida sexual dos adolescentes é uma realidade inegável, o que torna imprescindível sua conscientização e orientação, a fim de evitar gravidezes não planejadas e propiciar maior responsabilidade sobre a anticoncepção, uma vez que esse grupo necessita de informações concretas acerca do assunto. A falta de informações sobre métodos anticoncepcionais é particularmente importante, pois o número de gravidezes na adolescência vem-se elevando, trazendo muitas complicações que recairão não somente sobre os adolescentes, especialmente a mulher, bem como para a criança, a família e toda a sociedade. A escola, como um dos principais responsáveis pela educação do indivíduo, não vem de fato assumindo seu papel, que é também participar das transformações socioculturais ligadas à questão sexual. A família deve ser incorporada ao processo de formação dos adolescentes, pois, muitas vezes, possui informações distorcidas sobre o tema, além de apresentar dificuldades em lidar com sua própria sexualidade, devendo a escola e serviços de saúde encontrarem estratégias para atraí-las.A escola, unidades de saúde e família devem atuar de forma integrada, de modo que o trabalho educativo encontre, na prática, o devido respaldo para transformar conhecimentos em atitudes e atitudes em comportamento, com a criação de oportunidade para que os adolescentes não só conheçam os métodos contraceptivos, mas reflitam sobre as questões biopsicossociais ligadas ao tema. Os educadores (professores, família e profissionais de saúde) poderão gerar comportamentos éticos e de respeito mútuo, bem como promover a integridade e a qualidade de vida desse grupo populacional". [342]

Pesquisadores do Colorado analisaram questionários respondidos por 531 adolescentes nuligrávidas e concluíram que as meninas não desejam engravidar, mas não tem convicção suficiente para evitar uma gravidez por omissão, ou seja, não fazem a adequada e necessária prevenção.[343]

---

[342] Guimarães AMAN, Vieira MJ, Palmeira JÁ. Informações dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais. Rev. Latino-Am. Enfermagem v.11 n.3 Ribeirão Preto maio/jun. 2003.

[343] Steves-Simon C, Sheeder J, Beach R, Harter S. Adolescent preganancy: do expectations affect intentions? Journal os Adolescent Health 37 (2005) 243e.15- 243e.22.

Albertina Duarte, ginecologista e obstetra, é professora na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), responsável pelo ambulatório de Ginecologia da Adolescência do Hospital das Clínicas de São Paulo e coordenadora do Programa Estadual do Adolescente da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo cita que:

> "O Programa de Saúde do Adolescente do Estado de São Paulo – num estudo sobre sexualidade e Contracepção na Adolescência, em 1991, com uma amostra de 250 mães adolescentes, inscritas no serviço de Referência do Posto de Saúde de Tatuapé, compreendidas na faixa etária de 14 a 19 anos completos – constatou que 28% ficaram grávidas nos três primeiros meses após o início da atividade sexual, 70% não utilizaram nenhum método contraceptivo na primeira relação, apesar de que quase 80% sabiam que podiam ficar grávidas e 68% tinham grande preocupação com a hipótese. Os dois motivos principais que levaram ao início da atividade sexual foram para 52% a idéia de que a relação sexual é parte do namoro e para 40% da excitação. Durante o estudo, 54% utilizavam um método contraceptivo, 10% desejavam a gravidez, por isso interromperam seu uso, 48% declaravam ter a colaboração do companheiro no uso do contraceptivo (83% moravam com o pai da criança).[344]

Continua Albertina Duarte:

> "Outro estudo, coordenado pelo Programa de Saúde do Adolescente, mostrou que entre duzentas adolescentes com atividade sexual, 23% não conheciam nenhum método contraceptivo, 52% tinham ouvido falar da pílula, 12% lavagens, 15% de coito interrompido, 9% em curativos, 5% em DIU, 3% no método do ritmo e 6% em ligadura, sendo que do total das duzentas adolescentes, apenas 5% utilizaram algum deles. Esta amostra nos levou a pensar que não é suficiente que a adolescente conheça os métodos contraceptivos para garantir o seu uso. Como a atividade sexual não é autorizada socialmente, seu psiquismo

[344] Duarte A. Gravidez na Adolescência. Ai, como sofri por te amar... - Editora Rosa dos Tempos. Rio de Janeiro, 2005. p. 8.

> produz bloqueios e esquecimentos que levam a não utilizá-los. Ao nível consciente, a adolescente pode citar até vantagens e desvantagens de cada método, mas por falta de maturidade emocional, pelo sentimento de culpa em relação à sua sexualidade ativa e por uma série de coisas que produz medo nas adolescentes (faz mal à saúde, engorda, produz câncer, deixa estéril) a utilização se torna complicada, ameaçando a disposição para assumir qualquer um que seja. Neste sentido, as taxas de fecundidade crescentes da mulher adolescente são um desafio que merece uma preocupação maior, uma reflexão contínua, já que a gravidez na adolescência, de um modo geral, é enfrentada com muita dificuldade". [345]

É próprio dos adolescentes o prazer em vivenciar situações de perigo que, mais do que um desafio, pode ser determinante para se descobrir o novo, para se testar os próprios limites e para experimentar "emoções iradas". A emoção de enfrentar o perigo, de viver no limite, envolve o risco de engravidar e, ao ter uma relação sexual desprotegida, a maioria dos adolescentes, mesmo conhecendo algum método contraceptivo, deixa de utilizá-lo.

Contracepção em adolescentes

O presente tópico foi inserido nesta dissertação tendo em vista a importância e a delicadeza do tema em questão. Tratando-se de adolescentes portadores de deficiência mental "é importante ressaltar que como esses jovens têm dificuldade de discriminar uma sedução de uma manifestação afetiva e, muitas vezes, não perceberem uma situação de perigo, há a necessidade de estar alerta para essa possibilidade e de como evitar o abuso sexual".[346]

Albertina Duarte cita a este propósito:

> "É muito importante que a adolescente tenha a oportunidade de juntar seus pedaços e que cumpra seu papel de mulher, adolescente e cidadã. Ela precisa estar inteira para viver o papel de mãe e permitir-se

[345] Duarte A. Gravidez na Adolescência. Ai, como sofri por te amar... - Editora Rosa dos Tempos.Rio de Janeiro, 2005. p. 9

[346] Gejer D. In: Cuidando de Crianças e Adolescentes sob o olhar da Ética e da Bioética. Constantino CF, Barros JCR, Hirschheimer MR. – Livraria Atheneu, São Paulo, 2009. p. 290

ter ou não ter novos relacionamentos, planejar sua atividade sexual, repensar sua vida escolar e profissional, readquirir e estimular sua auto-estima para poder, como é seu direito, viver plenamente. Sabe-se que ainda são poucas, as que puderam contar com a compreensão dos familiares e dos profissionais devidamente preparados para as ajudarem a encontrar caminhos para recuperar a alegria e a esperança de superação das situações difíceis pelas quais se passa numa gravidez na adolescência. Por isso, é necessário, cada vez mais, que os programas e os profissionais, que têm como objetivo uma população de adolescentes, aprofundem seus conhecimentos e suas ações em cadeias de prevenção contínua, passem a combater os fatores que colocaram em risco as expectativas de futuro das adolescentes e fortaleçam os fatores que protegem a saúde e a vida.

A prevenção se faz com garantias sociais no atendimento integral, multiprofissional e intersetorial; no acesso a uma educação que compreenda os aspectos da adolescência normal, seus riscos e seus desafios; na criação de espaços onde a adolescente possa falar de suas dúvidas, de seus problemas, de seus sonhos; no incentivo do amor pelo conhecimento e pelos livros, num resgate das raízes da nossa identidade e da nossa tradição, na valorização da nossa história. Também se faz através de garantias de acesso à cultura e esportes, como uma forma de incentivar um potencial criador; de garantias no acesso de formação profissional de acordo com a vocação; de garantias de direitos iguais entre os homens e as mulheres; de garantias de falar, ouvir e ser compreendido; de garantias de conviver com estilos de vida saudáveis que levem a adolescente a ser um agente multiplicador de sua saúde, da de seus companheiros e da comunidade em que vive". [347]

[347] Duarte A. Gravidez na Adolescência. Ai, como sofri por te amar... - Editora Rosa dos Tempos.Rio de Janeiro, 2005. P. 12-13.

Tabela 28 – Número absoluto de adolescentes entrevistadas e uso eventual ou rotineiro de contraceptivos antes e após a gravidez. (n = 422)

Uso de contraceptivos	Antes da gravidez		Após a gravidez	
	N	%	N	%
Não utilizam contraceptivos	201	47,6	101	23,9
Faz tabelinha	2	0,5	7	1,7
Uso regular de camisinha	29	6,9	83	19,7
Uso irregular de camisinha	59	14	11	2,6
Anticoncepcionais orais ou injetáveis	129	30,5	193	45,7
DIU	2	0,5	27	6,4
Total	422	100,0	422	100,0

Em relação aos métodos contraceptivos utilizados antes ou após a gravidez (Tabela 28), verificou-se uma importante mudança nos hábitos e, assim, um número significativo de meninas passou a fazer uso regular de métodos contraceptivos. O incremento de mulheres que optam pela utilização de Dispositivo Intra-uterino pode estar associado às medidas educativas promovidas durante o acompanhamento pré-natal quando são ministradas palestras sobre métodos contraceptivos. As puérperas com 19 anos (ou mais) de idade que optam pela utilização de DIU são encaminhadas para o ambulatório de referência e aquelas menores de 19 anos são encaminhadas para a Maternidade Municipal para a colocação do dispositivo durante o período menstrual.

Houve incremento na utilização de todos os métodos contraceptivos disponíveis, exceto a utilização irregular de camisinha que foi substituída por outros métodos mais permanentes.

O início da vida sexual da jovem mulher tem forte influência do parceiro masculino que, no imaginário popular, é o boto sedutor. Normalmente, na primeira relação sexual se faz uso da camisinha pela praticidade e pela orientação do parceiro. Isso poderia se constituir em uma vantagem se a "camisinha" fosse utilizada de modo regular, permitindo

a prevenção, simultaneamente, da ocorrência de gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis. Porém, é possível que seja um indicativo de maiores impedimentos para a negociação do sexo seguro, já que: 1) a "camisinha" é um método masculino cuja utilização, em última instância, depende da vontade do homem que, com frequencia, prescinde do seu uso nos relacionamentos duradouros; 2) é bastante difundida a idéia de que a garantia da disponibilidade da "camisinha" no momento do ato está associada à imagem de masculinidade; e 3) são comuns os relatos femininos sobre a falta de habilidade dos homens para realizar os procedimentos adequados para o manuseio da "camisinha". [348] [349]

Pesquisadores de Campinas estudaram a utilização de contraceptivos por adolescentes e concluíram que:

> "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 estão relacionadas ao maior ou mais adequado conhecimento dos métodos, enquanto a multiparidade a seu maior uso. Cinqüenta 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." [350]

Na mesma linha de raciocínio, pesquisadores da Universidade de São Paulo efetuaram um estudo transversal com o objetivo de identificar os diferenciais de gênero presentes no início da vida sexual de adolescentes. Foram entrevistados 406 adolescentes de 15 a 19 anos de idade inscritos em uma unidade de saúde da família da zona leste do Município de São Paulo, Brasil, entre maio e dezembro de 2002. Quase metade dos adolescentes já havia iniciado sua vida sexual, em média aos 15 anos de idade, fossem homens ou mulheres. O início da vida sexual ocorreu, em grande parte, de forma não

[348] Paiva V. Os gêneros, o sensual e o reprodutivo. In: Paiva V. Fazendo arte com a "camisinha". São Paulo: Summus; 2000. p.141-77.
[349] Feliciano KVO. Prevenção da AIDS entre jovens: conflitos entre os discursos técnicos e a prática cotidiana de escolares da Região Metropolitana do Recife [tese doutorado]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2001.
[350] Belo, MAV, Pinto e Silva JP. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. Rev. Saúde Pública v.38 n.4 São Paulo ago. 2004

planejada (72,7%) e dentro de casa (86,1%). O uso de um método contraceptivo na primeira relação sexual foi similar entre homens e mulheres (61,0%), entretanto, foi observado um aumento maior na proporção de uso de algum anticonceptivo entre os homens na última relação sexual. Pelo fato de terem iniciado sua vida sexual em relacionamentos estáveis com vínculos afetivo-amorosos, as mulheres mostraram-se mais vulneráveis às DST/AIDS, pois substituíram o preservativo masculino por outros métodos na última relação sexual, enquanto os homens permaneceram utilizando largamente o condom, provavelmente por estarem inseridos em relacionamentos não estáveis. A conclusão do trabalho foi que:

> "os resultados evidenciaram que, mesmo que a primeira relação sexual esteja ocorrendo em idades muito próximas entre homens e mulheres, aspectos importantes do comportamento sexual diferem entre os adolescentes de ambos os sexos e devem ser levados em consideração na assistência e promoção de sua saúde reprodutiva. As questões de gênero, ao sugerirem condutas diferenciadas para homens e mulheres em relação à primeira relação sexual, ao tipo de vínculo com o primeiro parceiro e às decisões acerca das práticas contraceptivas, geram impacto importante no processo de decisão de relacionar-se sexualmente de formas mais ou menos seguras e necessitam ganhar espaço na elaboração das políticas públicas voltadas ao adolescente". [351]

Em relação à contracepção, pesquisadores do Massachussets enfatizam a necessidade de compreender as atitudes, conhecimentos e crenças das adolescentes relacionadas à utilização de contraceptivos em mães adolescentes, dado que a utilização de contraceptivos constitui uma intervenção efetiva neste "difícil" grupo populacional. [352]

Pesquisadores da Universidade de Campinas, relatam as dificuldades para a implantação de medidas efetivas quando se trata da utilização de métodos contraceptivos na adolescência:

[351] Borges ALV, Schor N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. Cad. Saúde Pública vol.21 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2005.

[352] Lemay CA, Cashman SB, Elfenbein DS, Felice NE. Adolescent Mother´s Attitudes toward Contraceptive use before and after Pregancy. J Pediatr Adolesc Gynecol (2007) 20:233-240.

> "As adolescentes com maior nível socioeconômico apresentaram conhecimento significativamente maior sobre os métodos anticoncepcionais, indicando que as classes consideradas mais privilegiadas teriam maior acesso e contato com os meios de informação mais eficientes. Os presentes resultados, entretanto, não foram suficientes para induzir diferenças claras em relação à prática contraceptiva entre as mais e menos nformadas." [353]

O mesmo argumento é defendido por Berenson que recomenda implantes de levonorgestrel, visto que, muito embora este método cause mais efeitos colaterais, é muito mais efetivo, em especial, quando se detecta "resistência" ao uso da pílula.[354]

A Associação Portuguesa de Bioética (APB) emitiu o PARECER N.º P/02/APB/05 SOBRE A DIMENSÃO ÉTICA DA CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA no ano de 2005, e que traz em seu bojo ressalva quando se trata de adolescentes visto a limitação da Autonomia que é própria das meninas nesta fase da vida, assim sendo:

A ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA É DE PARECER:

> "Que só é legítima a referência à expressão 'contracepção de emergência' quando o método em causa impede a fertilização do ovócito, ou seja, quando o medicamento é administrado nas primeiras horas após uma relação sexual desprotegida;
>
> Que o fármaco, se utilizado nos primeiros 14 dias após a fertilização, não envolve verdadeiramente uma contracepção de emergência, mas uma 'contraimplantação de emergência', pelo que se pode concluir que não está em causa nem a existência de um abortamento, nem a utilização de um método abortivo;
>
> Que é razoável supor que, na ausência de um total esclarecimento relativamente à biologia humana, o benefício da dúvida deve prevalecer

[353] Belo MAV, Silva JLP. - Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. Rev Saúde Pública 2004; 38(4): 479-87.
[354] Berenson AB, Wiemann CM. Use of levonorgestrel implants versus oral contraceptives in adolescents: a case-control study. AJOG, volume 172, number 4, Part 1, April 1995.

quanto ao estatuto a atribuir ao embrião nos estádios iniciais do desenvolvimento humano;

Que, do ponto de vista ético, o conceito de pessoa humana é, em essência, evolutivo, pelo que se deve atribuir um respeito progressivo – de acordo com o grau de diferenciação ontogénico – desde a formação do zigoto até ao momento em que o feto tenha nascido totalmente e com vida;

Que importa definir regras de conduta que possam dignificar ao máximo o respeito pela vida humana no seu início, limitando a sua destruição para casos excepcionais;

Que não é possível apelar ao dualismo beneficência/autonomia, dado que, ao tratar-se de duas entidades humanas distintas – a mãe e o embrião – não pode determinar-se, com clareza, qual a hierarquia dos princípios éticos invocados;

Que, durante todo o processo de aconselhamento, o profissional de saúde deve assumir uma postura de 'neutralidade relativa' respeitando a autonomia da jovem grávida e expondo claramente a verdade factual e a realidade científica;

Que só um risco mínimo para a jovem pode legitimar a dispensa de fármacos contraceptivos sem a participação activa de um médico, estando este conceito definido por normas internacionais;

Que o acesso generalizado a estes medicamentos fora das farmácias, de centros de saúde, ou de consultas de planeamento familiar pode trazer consequências negativas para a saúde das adolescentes;

Que os direitos à privacidade individual e à autonomia reprodutiva implicam a existência de estruturas judiciais que permitam aferir em tempo real o grau de maturidade da adolescente, quando exista desacordo evidente entre esta e o seu legítimo representante e seja discutível a sua competência na esfera decisional;

Que quando se comprovar, de forma clara e inequívoca, que a adolescente é incompetente, a decisão final cabe sempre ao seu legítimo representante;

Que o facto dos fármacos utilizados na contracepção de emergência actuarem numa fase precoce da embriogénese pode implicar

uma resposta emocionalmente mais estável por parte da adolescente, minorando assim o sofrimento físico e psicológico associado à interrupção de gravidez se esta for uma das opções em perspectiva;

Que a contracepção de emergência pode eventualmente contribuir para uma diminuição do número absoluto de casos de interrupção voluntária de gravidez;

Que, no entanto, a sua implementação generalizada pode originar uma destruição indiscriminada de vida humana nas fases iniciais do desenvolvimento do embrião;

Que a sociedade deve providenciar todos os meios e envidar todos os esforços para que uma adolescente possa levar a cabo uma gravidez desejada, promovendo um ambiente social e familiar de acordo com as suas expectativas;

Que a contracepção de emergência não pode nem deve ser apreciada fora do contexto do exercício de uma sexualidade responsável e que esta pressupõe a existência de estruturas adequadas de informação dos jovens sobre a sua saúde reprodutiva;

Que a expressão 'dignidade humana'se refere não apenas a um conceito teórico e fungível, mas a um princípio estruturante da ética nas relações humanas, pelo que deve ser judiciosamente aplicado no âmbito da política orientadora da contracepção de emergência.

19 de Julho de 2005

Aprovado pela Assembleia-Geral da Associação Portuguesa de Bioética." [355]

A Tabela 29 relaciona a idade das gestantes à frequência às consultas do pré-natal. Verifica-se que a adesão ao Programa de Atenção Básica de Saúde da Mulher tem índices globais de 83,4% o que é bastante significativo se somados ao percentual de 11,3% de adolescentes grávidas que fizeram 3 consultas durante a assistência pré-natal.

[355] Associação Portuguesa de Bioética.
http://www.sbem-fmup.org/fotos/gca/12802569471128590675contracepcao_parecer_02.pdf
Acessado em 1 de agosto de 2011.

Tabela 29 – Idade das adolescentes grávidas atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 e número de consultas ao pré-natal. (n = 422)

Idade (anos)	Realização do pré-natal								Total	
	Não fez PN		1 ou 2 consultas		3 consultas		PN completo			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
13	0	0,0	0	0,0	2	20,0	8	80,0	10	100,0
14	2	11,8	0	0,0	0	0,0	15	88,2	17	100,0
15	2	46,5	1	2,3	9	20,9	31	72,0	43	100,0
16	3	4,8	2	3,2	6	10,0	52	82,5	63	100,0
17	0	0,0	5	5,9	10	11,9	69	82,1	84	100,0
18	3	3,0	2	2,0	10	10,0	83	84,7	98	100,0
19	2	1,87	1	1,0	10	9,3	94	87,8	107	100,0
Total	12	2,84	11	2,6	47	11,3	352	83,4	422	100,0

É bastante conhecida a importância do pré-natal como um fator de proteção para a mãe e o bebê. "Estudos têm mostrado a associação entre um cuidado pré-natal adequado e um melhor resultado na gestação e no parto, seja em mulheres adolescentes ou mais maduras. Porém, tem sido observado que as gestantes adolescentes frequentam menos as consultas no período pré-natal ou iniciam mais tardiamente esse acompanhamento".[356] Nesse sentido, é relevante o papel da assistência pré-natal evidenciado na presente investigação. Se, por um lado, não foram detectadas diferenças quanto ao baixo peso ao nascer por faixa etária entre as mulheres que não fizeram consultas pré-natais, por outro foi encontrada diferença por faixa etária para os dois grupos que receberam alguma assistência, independente do número de consultas. Isto sinaliza o efeito protetor do acompanhamento pré-natal em relação ao BPN.

[356] Scholl TO, Hediger ML, Belsky DH. Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: a review and meta-analysis. J Adolesc Health 1994;15:444-56.

Alguns autores sustentam a ideia de que a gravidez pode ser bem tolerada pelas adolescentes, desde que elas recebam assistência pré-natal adequada [357], ou seja, precocemente e de forma regular, durante todo o período gestacional, o que nem sempre acontece, devido a vários fatores, que vão desde a dificuldade de reconhecimento e aceitação da gestação pela jovem até a dificuldade para o agendamento da consulta inicial do pré-natal.

O número condizente de consultas de pré-natal, referenciado a um adequado acompanhamento da gestação, vem sendo apontado como condição interveniente na incidência de complicações na adolescência. [358] [359] Goldenberg, da Escola Paulista de Medicina, ao estudar 7.672 nascimentos ocorridos no ano de 2001, em Montes Claros, Minas Gerais, refere que:

> "A proporção estimada de nascidos vivos de mães adolescentes foi de 21,5%. Ao lado da reduzida presença de adequada frequencia ao pré-natal, particularmente na faixa de 10 a 14 anos de idade (12,0%), o estudo apontou, no âmbito dos desfechos, para um crescimento da ocorrência de complicações, inversamente relacionada com a idade, sendo estas diferenças significativas no tocante à prematuridade e baixo peso ao nascer – o que não aconteceu com o Apgar no quinto minuto. Confirmando a hipótese de maior chance de ocorrência dessas complicações na vigência de um número inadequado de consultas ao pré-natal, os resultados também sinalizaram para a existência de um risco associado à idade, particularmente na adolescência precoce (10 a 14 anos). Ao lado dos indicativos de aumento da gravidez na adolescência, na região (período de 1997 a 2001), esses resultados apontaram para a consideração da gravidez na adolescência como problema de saúde pública." [360]

---

[357] Lao TT, Ho LF. The obstetric implications of teenage pregnancy. Hum Reprod. 1997;12(10):2303-5.

[358] Mahfouz AAR, El-Said MM, Al-Erian RAG, Hamid AM. Teenage pregnancy: are a high risk group? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1995; 59:17-20.

[359] Bukulmez O, Deren O. Perinatal outcome in adolescent pregnancies: a case-control study from a Turkish University Hospital. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2000; 88:207-12.

[360] Goldenberg P, Figueiredo MCT, Silva RS. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública vol.21 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2005.

A literatura é farta em documentar a associação ente os bons resultados das gestações e a frequência das gestantes às consultas do pré-natal.

Pesquisadoras do Maranhão estudaram 1.978 casos de gestações em adolescentes e verificaram a frequência de 25,4% de partos em adolescentes, que apresentaram baixa escolaridade, ausência de companheiro, menor número de consultas no pré-natal, início tardio do pré-natal, BPN e prematuridade. Realizando a análise, tendo como variável desfecho o BPN e associação com prematuridade (OR=29,0), verificou-se nítida associação com baixo número de consultas do pré-natal e início tardio do pré-natal, baixa escolaridade em relação com a adolescência (OR=1,50; IC95%=1,1-1,9). Obtiveram-se resultados similares quando se excluiu a variável prematuridade. As adolescentes tiveram menor incidência de cesárea (33,3%) que as adultas (49,4%), com diferença significativa, além de menor associação com pré-eclâmpsia e desproporção céfalo-pélvica. A conclusão do trabalho foi que:

> "É bem conhecido o fato de que a adolescente muito jovem grávida falha em buscar assistência pré-natal e tem risco aumentado de complicações antes e após o parto, tais como pré-eclâmpsia, anemia e obesidade. Outros fatores relacionados à gravidez na adolescência são imaturidade do sistema reprodutivo, uso freqüente de fumo, drogas e álcool, risco de distúrbios emocionais e má nutrição, todos estes fatores evidenciados como de risco aumentado para partos de crianças com BPN. Assim, a inadequabilidade na assistência pré-natal, por si mesma é um fator de risco para a gestante e o recém-nascido.[361] [362] Ainda com relação à assistência pré-natal, estudos mostram que não há prejuízo na evolução da gestação e condições dos recém-nascidos quando a gestação ocorre na adolescência, desde que a assistência pré-natal seja adequada, bem como o risco obstétrico, materno e infantil está relacionado não só com a idade, mas com a paridade, assistência pré-natal, assistência perinatal e condições socioeconômicas [16,30]. A atenção pré-natal é reconhecidamente importante na investigação de riscos biológicos de gestantes adolescentes tais como colo curto, infecções, nutrição inadequada e abusos de drogas

[361] Amaya J, Borrero C, Ucrós S. Estudio analítico del resultado del embarazo en adolescentes y mujeres de 20 a 29 años en Bogotá. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2005; 56(3): 216-24.
[362] Raatikainen K, Heiskanen N, Verkasalo PK, Heinonen S. Good outcome of teenage pregnancies in high-quality maternity care. Eur J Public Health. 2005;16(2): 157 - 61.

ilícitas. O pré-natal poderia também ser importante no sentido de oferecer suporte psicossocial nas dificuldades e situações de stress nas quais as mães adolescentes se encontram. Sofrimento emocional é causador de distúrbios endócrinos e parto pré-termo e, reduzindo este stress, a adolescente poderia ser conduzida para resultados mais favoráveis. Suporte psicossocial de mães adolescentes pode prevenir marginalização econômica, educacional e social e não se limitar ao atendimento médico necessário. Além do mais, como parturientes adolescentes são mais freqüentemente desempregadas que outras mulheres de sua idade, suas crianças podem necessitar de suporte e vigilância adicional. [363]

Tabela 30 – Idade das adolescentes grávidas e número de gestações anteriores declaradas na ocasião do parto ocorrido no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007. (n = 422)

Idade em anos	Número de gestações prévias na ocasião do nascimento								Total	
	Primigestas		2ª Gestação		3ª Gestação		4ª Gestação			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
13	10	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	2,4
14	17	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	4,0
15	39	90,7	4	9,3	0	0,0	0	0,0	43	10,2
16	51	81,9	11	17,5	1	1,6	0	0,0	63	14,9
17	66	78,6	16	19,0	2	2,4	0	0,0	84	19,9
18	58	59,2	32	32,7	6	6,1	2	2,0	98	23,2
19	69	64,5	26	24,3	9	8,4	3	2,8	107	25,4
Total	310	73,6	89	21,1	18	4,1	5	1,2	422	100,0

A Tabela 30 demonstra a número de gestantes que declararam gestações anteriores, assim como o número de gestações declaradas pelas mesmas na ocasião do parto. O número de

[363] Santos GHN, Martins MG, Sousa MS. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.30 nº.5 Rio de Janeiro May 2008.

gestantes adolescentes com gestações anteriores apresenta aumento progressivo em conformidade com a idade das parturientes. Vale ressaltar que, entre as parturientes com 15 anos de idade, 4 delas (9,3%) já estavam na segunda gestação. No outro extremo, das 69 parturientes com 19 anos de idade, um total de 38 (35,5%) já tinham experimentado uma gravidez anterior e 3 meninas já estavam na quarta gestação. Chama a atenção que 36,4% das adolescentes já haviam tido pelo menos uma gestação anterior.

Em tom poético, Albertina Duarte comenta sobre a ocorrência de uma nova gravidez:

> "Cada olhar, cada palavra, cada gesto da sociedade, a adolescente interioriza profundamente junto com aquilo que já sentia: a adolescência não é o melhor momento para ser mãe. A primeira gravidez, portanto, não imuniza, pelo contrário, fragiliza, fragilização que pode prejudicar medidas futuras de proteção diante do relacionamento com o companheiro ou com futuras relações. Novamente, o pacto da magia prevalecerá, "não é possível que aconteça de novo", e acontece[...]" [364]

O seguinte enunciado foi divulgado no site Tudorondonia, de Porto Velho, Rondônia:

> "A Maternidade Municipal de Porto Velho, Mãe Esperança, criou o programa 'Gravidez na Adolescência, De Novo Não', que é voltado para ajudar as mães adolescentes a prevenir a reincidência da gravidez ainda na adolescência. As mães adolescentes podem procurar ou serem encaminhadas para a Maternidade de terça à quinta-feira, a partir das 13 horas. Segundo pesquisa realizada na própria Maternidade com as meninas que engravidaram na adolescência, quase 40% têm mais de um filho, em alguns casos, até três filhos, antes de completarem 20 anos de idade. Esta pesquisa foi baseada nos dados de dois anos colhidos dos prontuários de mulheres que realizaram laqueadura tubária. Os números revelaram que 70,77% das mulheres pesquisadas tiveram o primeiro filho ainda na adolescência e destas 37,66% tiveram mais um, dois e até três filhos antes de completarem 20 anos. O mais preocupante é que 78%

[364] Duarte A. Gravidez na Adolescência. Ai, como sofri por te amar... - Editora Rosa dos Tempos.Rio de Janeiro, 2005. P. 12

delas não haviam concluído nem o ensino fundamental e, portanto, não têm empregabilidade sendo certo que estarão à mercê da assistência social, informou a diretora da Maternidade Municipal.

A Prefeitura de Porto Velho, através das Secretarias Municipais de Saúde, de Educação e de Assistência Social e das Coordenadorias de Políticas Públicas para as Mulheres e para a Juventude, está enfrentando este problema. Em 2007, foi realizada uma campanha para auxiliar às jovens adolescentes a evitarem a gravidez. A ação foi por meio de uma oficina onde foram abordados vários temas sobre o assunto. A atividade da prefeitura para as adolescentes levantou que geralmente estas gravidezes acontecem entre a primeira e a quinta relação sexual, e a maior causa da gravidez precoce ainda é o desconhecimento dos métodos anticoncepcionais. Para ajudar na prevenção da gravidez na adolescência o prefeito Roberto Sobrinho sancionou a Lei nº 1.687 que implanta o Programa de Prevenção e Orientação sobre a Gravidez na Adolescência. Pelo programa, pais e adolescentes poderão participar de cursos, palestras e seminários, além de oficinas de auxílio sobre a questão da educação sexual.

Para as adolescentes grávidas, ficam asseguradas as condições necessárias a sua frequencia e permanência na escola. Entre outras garantias da nova municipal, ficam assegurados os apoios às grávidas adolescentes nas áreas de assistência social, ginecologia, pediatria, psicologia, além de terem à disposição, profissionais como enfermeiros, nutricionistas e agentes sociais na própria comunidade. Os grupos de apoio funcionam nos postos de saúde sob a coordenação da Semusa. A Semas também tem uma ação específica para o tema, que é o Plano de Ação Assistência à Saúde do Adolescente (ASA). O Plano envolve a maioria das secretarias municipais, cada uma com sua responsabilidade dentro da sua área, mas todas envolvidas no único propósito que é tentar reduzir o número de adolescentes grávidas na capital". [365]

[365] Site Tudorondonia: http://www.tudorondonia.com.br/ler.php?id=15494
Publicado em 2 de maio de 2010. Acessado em 2 de maio de 2010.

A Maternidade Municipal Mãe Esperança é administrada pelo município de Porto Velho e é destinada a gestações classificadas como de baixo risco. A amostra estudada na Maternidade Municipal é constituída por mulheres que procuraram o serviço para laqueadura tubária. Isto explica a pequena diferença de percentuais, visto que a amostra desta pesquisa é, primordialmente, constituída por meninas ainda adolescentes.

Pesquisadores de Providence, Rhode Island, exaltam os elevados riscos de nova gravidez em adolescentes que tiveram gestações não planejadas e recomendam intervenções apropriadas e efetivas no núcleo familiar das meninas mães.[366] Os riscos para novas e repetidas gestações em adolescentes foram também estudados por outros autores[367] [368] e a literatura é relativamente consensual de que as intervenções devem ser feitas nas escolas[369] com educação sexual e informações sobre métodos contraceptivos o que tem surtido efeitos positivos no Reino Unido, por exemplo.[370]

Mães extremamente jovens e vivendo em situações de extrema pobreza são consideradas de elevado risco para gestações repetidas em curtos períodos de tempo. [371] Quando comparadas com mulheres mais velhas, as mães adolescentes recebem cuidados de pré-natal menos adequados [372] e as adolescentes multíparas têm elevado risco para desnutrição e depleção de nutrientes antes e depois da gravidez. [373] A prevenção de gestações repetidas nas adolescentes deve levar em conta o papel da saúde mental, fatores

[366] Boardmann LA, Allsworth J, Phipps MG, Lapane KL. Risk Factors for unintended versus intended repeat pregnancies among adolescents. Journal of Adolescent Health 39 (2006) 597e.1-597e.8.
[367] Rigsby DC, Macones GA, Driscoll DA. Risk Factors for rapid repeat pregnancy among adolescent mothers: a review of the literature. Journal of Pediatric Adolescnet Gynecology 1998; 11:115-26.
[368] Klerman JA. Another Chance: Preventing Additional births to teen mothers. Washington, DC: The National Campaingn to Prevent Teen Pregnancy, 2004.
[369] Key JD, Barbosa GA, Owens VJ. The Second Chance Club: repeat Adolescent Pregnancy Prevention with a School-Based Intervention. Journal of Adolescent Health 2001; 28: 167-169.
[370] Frencs RS. et. al. What Impact Has England´s teenage Pregnancy Strategy had on Young People´s Knowledge of and Access to Contraceptive Services? Journal of Adolescent Health 41 (2007) 594 - 601.
[371] Klerman LV, Cliver SP, Goldenberg RL. The impact of short inter-pregancy intervals on pregancy outcomes in a low-incomepopulation. Am J Public Health 1998; 88: 1182-85.
[372] Wiemann CM, Berenson AB, Pino LG, et. al. Factors associated with adolescent´s risck for late entry into prenatal care. Fam Plann Perspect 1997; 29: 273 - 6.
[373] King JC. The risk of maternal nutricional depletion and poor outcome increase in early or closely spaced pregancies. Journal of Nutrition 2003; 5(suppl 2): S1732-6.

comportamentais e as experiências passadas, segundo trabalho publicado por pesquisadores de Atlanta.[374]

Pesquisadores do Ceará realizaram estudo de coorte que incluiu 187 adolescentes grávidas, atendidas e acompanhadas durante cinco anos após o parto em um serviço de atendimento de adolescentes:

> "Foi verificado que 61% das adolescentes engravidaram nos cinco anos seguintes ao primeiro parto. Não foram fatores protetores: idade, estudar, trabalhar ou morar com os pais. Entretanto, quando as adolescentes tinham oito anos ou menos de escolaridade, o risco de engravidar quase duplicou. Novas gestações foram mais frequentes entre as solteiras sem companheiro estável e aquelas que mudaram de parceiro. A conclusão foi de que a baixa escolaridade, a mudança de parceiros e uniões não estáveis foram fatores de risco para reincidência de gravidez".[375]

Em relação à fecundidade na adolescência, sabe-se que um dos importantes determinantes do seu aumento nos últimos 30 anos diz respeito à iniciação sexual precoce nos diferentes contextos socioeconômicos e à frequente associação deste comportamento com o desconhecimento ou conhecimento inadequado de adolescentes sobre saúde reprodutiva e anticoncepção, aliado a pouca participação da família, escolas e serviços de saúde na educação para a sexualidade.

Na adolescência, a principal fonte de informação sobre sexualidade são os próprios colegas e, embora ainda estejam em plena fase de crescimento e desenvolvimento, "os adolescentes têm participado de forma efetiva no aumento dos índices de partos e nascimentos, em diferentes países". [376] [377]

---

[374] Crittenden CP, Boris NW, Rice JC, Taylor CA, Olds DL. The Role of Mental Health Factors, Behavioral Factors and past Experiences in the Prediction of Rapid Repeat Pregnancy in Adolescence. Journal of Adolescent Health 44 (2009) 25-32.

[375] Bruno ZV, Feitosa FEL, Silveira KP, Morais IQ, Bezerra MF. Reincidência de gravidez em adolescentes. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.31 no.10 Rio de Janeiro Oct. 2009

[376] Barroso C, Campos MM, Moraes MLQ. Gravidez na adolescência. Brasília: IPLAN/IPEA/UNICEF, Fundação Carlos Chagas; 1986.

[377] OPAS & UNICEF. A situação da fecundidade. Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE/UNICEF/OPAS; 1988.

Docentes da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas realizaram trabalho com o objetivo de identificar o perfil biopsicossocial das adolescentes com repetição da gravidez, atendidas num ambulatório de pré-natal. A conclusão dos pesquisadores foi que:

> "A presença marcante de alguns fatores no perfil das adolescentes com repetição da gravidez, pesquisadas no presente estudo, demonstra que existe influência causal multifatorial por trás do evento. Esses dados corroboram com os encontrados na literatura: menarca precoce (até os 12 anos), 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 o parceiro, um parceiro fixo, baixo uso de condon, história familiar de gravidez na adolescência (pela mãe, irmãs, primas), ausência do pai por morte ou abandono, reação positiva por parte da família à gravidez anterior, aborto anterior, parto anterior bem conceituado pela adolescente e ausência à revisão pós parto-anterior. Embora significativos, os resultados são limitados a essa população, sendo sugestivo um futuro aprofundamento quantitativo e qualitativo, com estudo de cada dado isoladamente". [378]

A maioria das adolescentes entrevistadas (48,8%) exercia atividades de trabalho em seus próprios lares (Tabela 31) o que pressupõe dependência financeira dos progenitores. Declararam-se estudantes 163 (38.8%) meninas e 12 (2,8%) se declararam como domésticas. O trabalho de doméstica, no Brasil, é, na grande maioria dos casos, considerado informal, ou seja, não segue as normas da legislação trabalhista. É possível verificar que 20 meninas (4,7%) declararam ter trabalho formal, no Brasil chamado "trabalho de carteira assinada" que segue a legislação trabalhista vigente.

Não foi feito uma abordagem direcionada para quantificar a renda familiar, mas se pode constatar que 369 adolescentes (87,6%) declararam trabalhar em casa ou serem

[378] Persona L, Shimo AKK, Tarallo MC. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. Rev. Latino-Am. Enfermagem v.12 n.5 Ribeirão Preto sep./oct. 2004.

estudantes o que pressupõe que a ampla maioria tem total dependência financeira dos companheiros ou dos próprios pais.

Tabela 31 – Atividade de trabalho declarada pelas adolescentes entrevistadas na ocasião do nascimento. (n = 422)

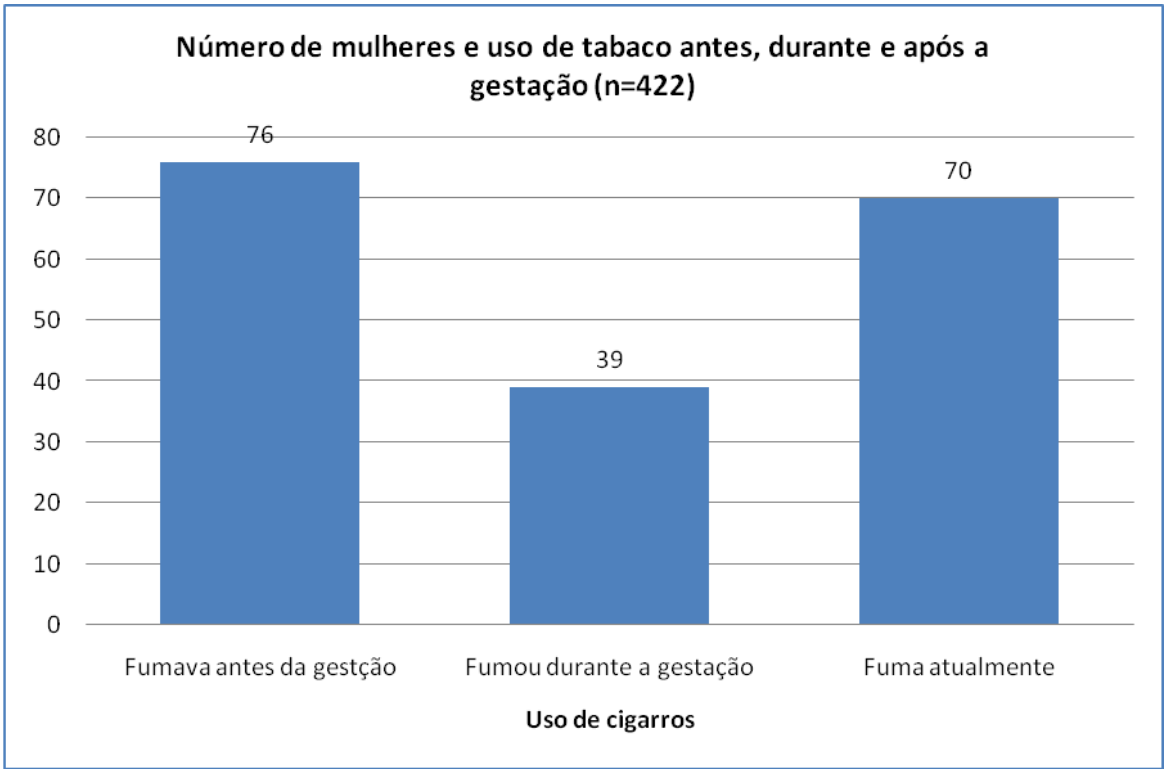
Atividade de trabalho	N	%
Do lar	206	48,8
Estudante	163	38,8
Empregada Doméstica	12	2,8
Emprego Formal	20	4,7
Emprego Informal	21	5,0
Total	422	100,0

Michelazzo e um grupo de pesquisadores. analisaram indicadores sociais em uma população de 7.134 gestantes adolescentes que tiveram partos em Ribeirão Preto entre janeiro de 1992 e dezembro de 1996 e verificaram que:

> "apenas 14,1% das adolescentes tinham inserção na população economicamente ativa, comparado com 34,8% das adultas. Apenas 6,8% das adolescentes eram estudantes, ao passo que 79,0% eram 'do lar' ou sem ocupação remunerada. Houve predomínio de adolescentes com atividades no lar e sem remuneração. Baseados nestes achados, os autores, recomendam medidas para prevenção de gestação na adolescência, com ênfase à população mais carente".[379]

[379] Michelazzo D, Yazlle MEHD, Mendes MC, Patta MC, Rocha JSY, Moura MD. Indicadores sociais de grávidas adolescentes: estudo caso-controle. Rev Bras Ginecol Obstet. 2004;26(8):633-9.

Gráfico 5 – Número absoluto de adolescentes e uso de tabaco antes, durante a após o nascimento. (n = 422)



O Gráfico 5 demonstra que o número de meninas (76) que fumavam antes da gestação corresponde a 18,0% da amostra. Este percentual diminuiu para 9,2% de gestantes que continuaram a fumar durante a gravidez e teve um novo incremento para 16,6% após o nascimento do filho. A quantidade de cigarros utilizada pelas mulheres não foi dimensionada.

Pesquisadores de Pelotas, no Rio Grande do Sul, Brasil, relataram que o hábito de fumar "vem de casa", ou seja, o hábito de fumar entre adolescentes está fortemente relacionado aos hábitos familiares e que os adolescentes que experimentam tabaco têm um risco acentuado de adição ao tabaco na vida adulta e o consumo de cigarros na adolescência se relaciona a um consumo maior na vida adulta.[380]

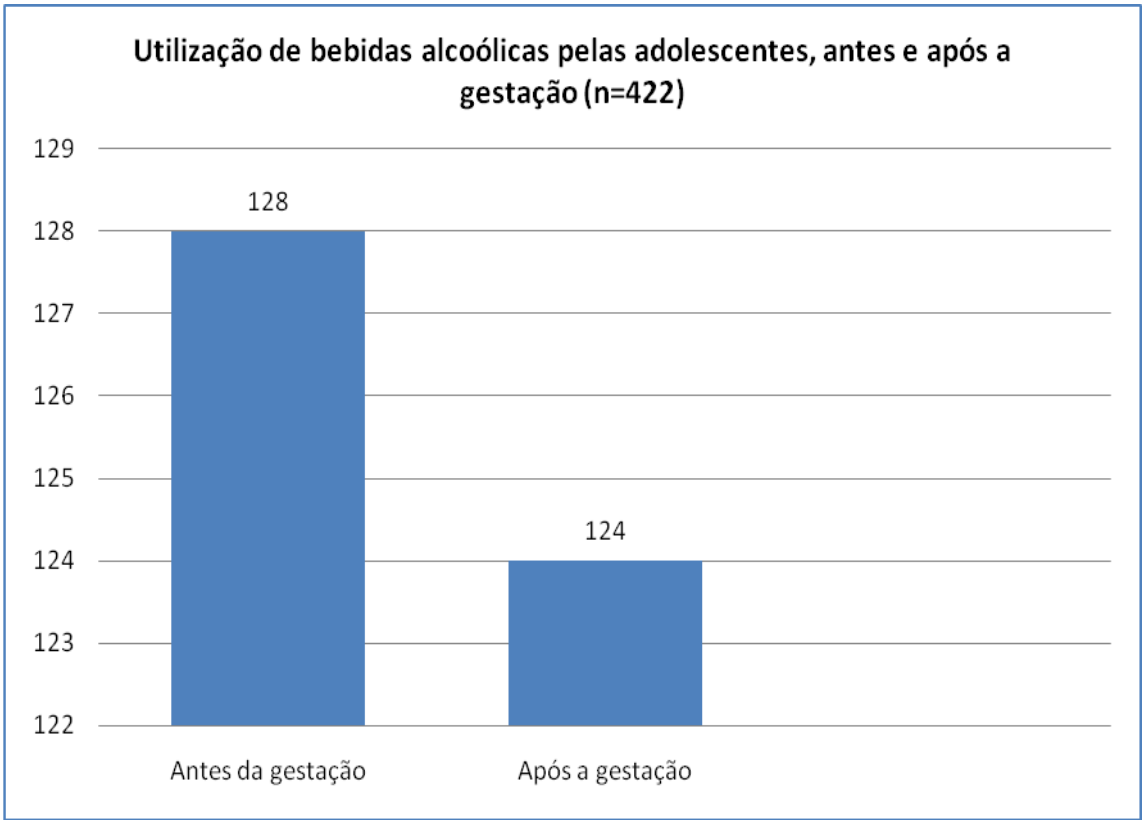
Resultados semelhantes foram publicados em outros trabalhos[381] e, em comparação com outras drogas, a adição à nicotina é uma das mais difíceis de combater e as recidivas

[380] Menezes AMB. Et. al. Smoking in early Adolescence: evidence from the 1993 Pelotas (Brazil) Birth Cohort Study. Journal of Adolescent Health 39 (2006) 669 - 677.
[381] Jackson C, Dickinson D. Cigarrete consumption during childhood and pesistence of smoking through adolescence. Arch Pediatr Adolesc Medicine 2004; 158: 1050 - 6.

são muito frequentes.[382] Um interessante trabalho publicado por pesquisadores da Universidade de Rochester, em Nova Iorque, verificou que o índice de gestações em adolescentes está associado a um baixo risco nas adolescentes que têm o hábito de fumar, muito embora as causas para esta associação sejam desconhecidas.[383]

O número de adolescentes (n=128) que faziam uso de bebidas alcoólicas corresponde a (30,3%) da amostra (Gráfico 6) e, após a gestação, o número de meninas (n=124) que mantêm o hábito de utilizar bebidas alcoólicas praticamente se manteve nos mesmos patamares (29,4%). A quantidade de álcool ingerida pelas mulheres não foi dimensionada.

Gráfico 6 – Número absoluto de adolescentes gestantes e uso de bebidas alcoólicas antes e após o nascimento. (n = 422)



[382] Shields M. The Journal of quiting smoking. Health Reproductive 2005;16:19-36.
[383] Fiscela K. et. al. Delayed First Pregnancy among African-American Adolescent Smokers. Journal of Adolescent Health 1998;23: 232-237.

A literatura relata que, em muitas ocasiões, a primeira relação sexual é estimulada pela influência de bebidas alcoólicas.[384]

Neste trabalho, a ampla maioria das meninas entrevistadas (n=422) negou a utilização de drogas durante a gestação (97,2%). É possível que este dado esteja superestimado, pois se trata de uma informação muito íntima e a relação com o entrevistador é muito fugaz para permitir tamanho grau de confidencialidade. De tal forma que 7 (1,7%) meninas declararam ter feito uso esporádico de maconha e 0,7% das meninas declararam ter usado a mela, que é um subproduto do fabrico da cocaína, de fácil acesso e baixo custo na cidade de Porto Velho que fica próxima de países produtores da cocaína. A mela é utilizada pela via inalatória, assim como o "crack" utilizado em outros centros. A maconha, até onde se sabe, não é produzida na região e, possivelmente, é "importada" de outros estados. Apenas 2 (0,5%) adolescentes declararam ter feito uso de cocaína.

Pesquisadores de Cincinati relataram que:

> "na última década a incidência de gravidez e uso de drogas na adolescência tem aumentado significativamente, sendo que 80% das adolescentes declararam que estão sexualmente ativas aos 19 anos e 80% das estudantes reportaram o uso de álcool e 64% reportaram uso de tabaco; 41% já usaram a maconha no ano de 1995". [385]

Pesquisadores da Universidade de Washington relataram que mulheres que engravidaram na adolescência têm um elevado risco para o uso de drogadição na vida adulta.[386]A utilização de metanfetamina, um estimulante do sistema nervoso central e inibidor do apetite está associado a um risco mais elevado de gravidez na adolescência, segundo pesquisadores de Atlanta.[387]

---

[384] Wight D, Henderson M, Raab G, et. al. Extent or regretted sexual intercourse among Young teenagers in Scotland: a cross sectional survey. BMJ 2000; 320: 1243-4.

[385] Bragg EJ. Pregnant adolescent with addictions. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, volume 26, issue 5, pages 577-584, Jul 2006.

[386] Gilmore MR, Gilchrist L, Lee J, Oxford ML. Women Who gave Birth as Unmarried Adolescents; Trends in substance use from Adolescence to Adulthood. Journal of Adolescent Health 39 (2006) 237-243.

[387] Zapata LB, Hillis SD, Marchbanks PA, Curtis KA, Lowry R. Methamphetamine use is independently associated with recent risky sexual behaviors and adolescent pregnancy. Journal of School Health, december 2008, vol 78, n 12, P. 641-649.

De forma geral, o uso de substâncias pelos jovens, incluindo o hábito de fumar, uso de álcool, maconha e outras drogas ilícitas, têm-se associado com o início da atividade sexual com 4 ou mais parceiros e à não utilização de contracepção nas relações sexuais.[388] [389] [390]

Pesquisadores da Universidade de Montreal, Canadá, relatam que a gravidez na adolescência está relacionada a abuso sexual e utilização precoce de drogas injetáveis, em especial nas chamadas "meninas de rua" que constitui um grupo especial de jovens que abandonam seus lares por razões diversas e vão viver na rua [391], estando o uso de álcool e drogas durante a gravidez diretamente associado ao aumento na mortalidade perinatal. [392]

Não somente o uso de álcool pela gestante acarreta riscos, mas a utilização de drogas e álcool no contexto familiar é fator de risco para a gravidez na adolescência. Foi esta a conclusão de pesquisadores de Marília que analisaram uma amostra de 408 adolescentes sexualmente ativas:

> "A baixa escolaridade paterna (p=0,01), a falta de informação sobre sexualidade e fertilização (p=0,001) e o uso de drogas ilícitas por familiar residente no domicílio (p=0,006) foram fatores de risco independentemente dos demais. Renda familiar *per capita* e pedir ao parceiro que usasse preservativo foram fatores de confundimento. O uso freqüente de drogas ilícitas por familiar residente no domicílio é um fator fortemente associado à gravidez na adolescência, independentemente dos demais. A expectativa de cursar a faculdade constitui fator de proteção, principalmente na presença de baixa escolaridade materna". [393]

---

[388] Lowry R, Holtzman D, Truman BI, et. al. Substance use and HIV-related sexual behaviors among US high school students: are they related? American Journal of Public Health, 1994:84(7):116-1120.

[389] Crosby R. et. al. Psychosocial Predictors of Pregnancy among Low-Income African-American Adolescent Females: a prospective Analysis. J Pediatr Adolesc Gynecol (2002) 15:293-299.

[390] Golder S, Gillmore MR, Spieker S, Morrison D. Substance Use, related Problem behaviors and adult attachment in a Sample of high risk older adolescent. Journal of Child and Family Studies, Volume 14, n. 2, june 2005, p. 181-193.

[391] Haley N, Roy E, Leclerc P, Boudreau JF, Boivin JF. Characteristics of Adolescent Street Youth with a History of Pregnacy. J Pediat Adolesc Gynecol (2004) 17: 313-320.

[392] Wolfe EL, Davis T, Guydish J, Delucchi KL. Mortality risk associated with perinatal drug and alcohol use in California. Journal of Perinatology, 2005 Feb; 25(2): 93-100.

[393] Caputo VG, Bordin IA. Gravidez na adolescência e uso freqüente de álcool e drogas no contexto familiar. Rev. Saúde Pública vol.42 nº.3 São Paulo June 2008.

Tabela 32 – Quanto ao tipo de parto normal realizado, conforme declaração das adolescentes entrevistadas. (Como ocorreu seu Parto?) (n = 422)

Nascimento	Frequência (n)	%
Parto Normal	181	42,9
PN com Episiotomia	25	5,9
Cesariana	216	51,2
Total	422	100

A tabela 32 tipifica o parto realizado. A episiotomia ainda é utilizada por alguns obstetras apesar das recomendações da OMS. As mulheres da região, costumeiramente, chamam a episiotomia de “corte”.

Tabela 33 – Quanto à indicação de cesariana, conforme declaração das adolescentes entrevistadas. (n = 422)

Cesariana	Frequência (n)	%
Feita de Urgência	169	40,0
Eletiva	43	10,2
Parto Normal	206	48,8
Total	422	100,0

As cesarianas classificadas como eletivas (Tabela 33) podem ser atribuídas à indicação de laqueaduras ou ainda cirurgias feitas como cortesia, a pedido da própria paciente ou de terceiros.

As tabelas 34 e 35 registram as declarações das mulheres entrevistadas quanto às complicações de cada um dos procedimentos. Verifica-se que 5,9% das meninas cesariadas declararam ter tido complicações enquanto 4,7% das meninas que tiveram partos normais declararam ter tido complicações. No caso em tela, existe um nítido viés, pois se trata de informações prestadas pelas próprias mulheres e não dos prontuários médicos nos quais deveriam estar registrados estes dados.

Pesquisadores do Estado de Pernambuco, após a análise de um grupo de 714 parturientes adolescentes, identificaram que " há uma tendência da coincidência das vias de parto em gestações sucessivas em parturientes adolescentes até a terceira parturição". [394]

Tabela 34 – Quanto às complicações decorrentes da cirurgia de Cesariana, conforme declaração das entrevistadas. (n = 422)

Complicações relatadas	Frequência (n)	%
Sim	25	5,9
Não	189	45,3
Parto Normal	206	48,8
Total	422	100,0

Tabela 35 – Quanto às complicações decorrentes do Parto Vaginal, conforme declaração das entrevistadas. (n = 422)

Complicações relatadas	Frequência (n)	%
Sim	20	4,7
Não	186	44,1
Cesariana	216	51.2
Total	422	100,0

[394] Maia VOA, et al - Via de Parto em Gestações Sucessivas em dolescentes: Estudo de 714 Casos. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 26(9): 703-707, 2004.

Os dados das Tabelas 34 e 35 são relacionados às declarações das entrevistadas e o que se observa é que, praticamente, há uma superposição de dados, sem diferenças que corroborem outras discussões.

A Tabela 36 registra as declarações fornecidas pelas adolescentes quanto à necessidade de retornar ao Centro Obstétrico por complicações decorrentes do nascimento.

O teste do qui-quadrado de Pearson foi de 7,664 para um p valor de 0,006 o que indica que existe relação entre retorno ao hospital por complicações para os nascimentos por via abdominal.

Tabela 36 – Relação entre Via de Parto e retorno ao Hospital por complicações do nascimento conforme declaração das jovens entrevistadas. (n = 422)

Via de Parto	Retorno ao Hospital por complicações				Total	
	SIM		NÃO			
	N	%	N	%	N	%
Vaginal	14	6,8	192	93,2	206	100,0
Cesariana	33	15,3	183	84,7	216	100,0
Total	47	22,1	375	77,9	422	100,0

A média de peso (Tabela 37) encontrada para os recém-nascidos das adolescentes no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2006 foi de 3.085 gr, a mediana encontrada foi de 3.155 gr. e a moda foi de 3.100 gr. para um desvio padrão de 618,6 gr. Deve-se salientar que em 1 prontuário não foi encontrado o registro do peso do recém nascido. A inadequação do estado nutricional materno tem grande impacto sobre o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, pois o período gestacional é uma fase

na qual as necessidades nutricionais são elevadas, decorrentes dos ajustes fisiológicos da gestante e das demandas de nutrientes para o crescimento fetal.[395] [396]

Tabela 37 – Distribuição do peso dos recém-nascidos das gestantes adolescentes entre os anos de 2006 e 2007 no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho (n = 422).

Faixa de peso (mg)	N	%
< 500	1	0,2
500 ├ 1000	3	0,7
1000 ├ 1500	5	1,2
1500 ├ 2000	16	3,8
2000 ├ 2500	31	7,3
2500 ├ 3000	103	24,4
3000 ├ 3500	166	39,3
3500 ├ 4000	69	16,4
4000 e +	27	6,4
Sem Registro	1	0,2
Total	422	100,0

Fonte: SAME/Hospital de Base

Chama a atenção que em 1 prontuário não foi encontrado o registro do peso do recém nascido. "A inadequação do estado nutricional materno tem grande impacto sobre o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, pois o período gestacional é uma fase na qual as necessidades nutricionais são elevadas, decorrentes dos ajustes fisiológicos da gestante e das demandas de nutrientes para o crescimento fetal".[397] [398]

[395] Accioly E, Saunders C, Lacerda EMA. Nutrição em obstetrícia e pediatria. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2002. p. 540.
[396] Ramakrishman U. Nutrition and low birth weight: from research to practice. Am J Clin Nutr. 2004; 79(1): 17-21.
[397] Accioly E, Saunders C, Lacerda EMA. Nutrição em obstetrícia e pediatria. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2002. 540p.
[398] Ramakrishman U. Nutrition and low birth weight: from research to practice. Am J Clin Nutr. 2004; 79(1): 17-21.

O estado nutricional pré-gestacional da mulher pode interferir no processo normal da gestação. Gestantes que apresentam uma reserva inadequada de nutrientes, aliada a uma ingestão dietética insuficiente, poderão ter um comprometimento do crescimento fetal, e consequentemente, do peso ao nascer. "Estudos realizados em nosso meio têm demonstrado que mulheres que iniciaram a gravidez com peso inferior a 50kg apresentaram maior risco de gerarem crianças com baixo peso ao nascer". [399]

Pesquisadores da Carolina do Norte relataram que o baixo peso dos recém-nascidos das gestantes adolescentes não deve ser atribuído somente à imaturidade biológica da mãe, mas ao nível social e econômico e ao comportamento das jovens. "Em estudo sistematizado no qual foram controlados os fatores sociais, econômicos, nutricionais e cuidados de pré-natal, em comparação com gestantes adultas, verificou-se que, controlados estes fatores, não existem diferenças significativas entre o peso dos recém-nascidos em ambos os grupos". [400]

Neste trabalho, quando se compara o peso dos recém-nascidos das adolescentes (n=422) com o peso de todos os demais recém-nascidos (n=4710), é possível constatar que, praticamente, há uma sobreposição dos números. O peso médio dos neonatos das adolescentes foi de 3.085 gr. e das gestantes geral foi de 3.099 gr.; a mediana e a moda de peso dos neonatos das adolescentes foram, respectivamente, de 3.155 gr. e 3.100, enquanto que para o total das gestantes foi de 3.185 gr. e 3.225. (Tabela 3).

Os dados deste trabalho, quanto ao peso dos recém-nascidos das adolescentes são coincidentes com os da literatura, ou seja, praticamente não existem diferenças significativas para ambos os grupos. No entanto, sobre esta abordagem, existem controvérsias na literatura. Um trabalho semelhante realizado no Estado do Acre "demonstra que as gestantes apresentam incidência maior de recém-nascidos com baixo peso". [401]

Pesquisadores do Rio de Janeiro estudaram uma amostra de nascimentos provenientes do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC/RJ), entre 1996 e

[399] Halpern R, Schaefer ES, Pereira AS, Arnt EM, Bezerra JPV, Pinto LS. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer em uma comunidade rural do sul do Brasil. J Pediatr. 1996; 72(6): 369-73.
[400] Borja JB, Adair LS. Assessing the net of Young maternal age on birthweight. American Journal of Human Biology, volume 15, issue 6, pages 733-740, Oct, 2003.
[401] Cunha MA, Andrade MQ, Tavares Neto J, Andrade T. Gestação na Adolescência: Relação com o Baixo Peso ao Nascer. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.24 no.8 Rio de Janeiro Sept. 2002.

1998, e os fatores determinantes do BPN foram analisados em dois grupos de mães, de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos e foram conclusivos:

> "Os achados sugerem que investigações sobre os mecanismos explicativos da associação entre o BPN e a gravidez na adolescência devem ser realizadas, abrangendo fatores socioculturais como pobreza e marginalidade social, assim como os de natureza biológica e de alimentação na gravidez. O efeito da faixa etária da mãe sobre o BPN permaneceu expressivo mesmo quando controlado pelo grau de instrução da mãe e pelo tipo de maternidade (pública ou privada) em que a mãe se internou para o parto. Entendendo que essas duas variáveis constituem-se em aproximação para expressar o nível socioeconômico, os resultados sugerem que outros fatores, como nutrição inadequada e estilo de vida, estão provavelmente contribuindo para o BPN de filhos de mães adolescentes no Município do Rio de Janeiro". [402]

Outros autores chamam a atenção para a associação entre a gravidez na adolescência e o risco maior de Baixo Peso ao Nascer (BPN). Além da maior chance dos filhos de mães adolescentes nascerem com baixo peso (menor do que 2.500 g), alguns estudos revelam maiores taxas de morbidade e mortalidade nesse grupo. [403] [404] Ekwo e Moawad identificaram que o peso dos bebês de mães adolescentes é menor que os de mães mais velhas. [405] Já Mariotoni e Barros Filho, em estudo realizado em Campinas, São Paulo, concluíram que a "gravidez na adolescência não representou risco para a ocorrência de baixo peso ao nascer na população estudada, quando outros fatores foram controlados". [406]

---

[402] Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC, Theme Filha MM. Gravidez na adolescência como fator de risco para Baixo Peso ao Nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. Revista de Saúde Pública vol.35 no.1 São Paulo, Fevereiro, 2001.

[403] Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes.New Engl J Med 1995;332:1113-7.

[404] Spitz AM, Velebil P, Koonin LM, Strauss MA, Goodman KA, Wingo P et al. Pregnancy, abortion, and birth rates among US adolescents ¾ 1980, 1985, and 1990. JAMA 1996; 275: 989-94.

[405] Ekwo EE, Moawad A. Maternal age and preterm births in a black population. Pediatr Perinat Epidemiol 2000;14:145-51.

[406] Mariotoni GGB, Barros Filho AA. Peso ao nascer e características maternas ao longo de 25 anos na maternidade de Campinas. J Pediatr (Rio J) 2000; 76: 55- 64.

Outros estudos também não encontraram associação entre gravidez em idade jovem e baixo peso ao nascer [407] ou prematuridade. [408] Pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, após estudo de coorte com 97 gestantes adolescentes atendidas no período de maio a junho de 2004, concluíram que a altura materna e o Ganho de Peso Gestacional (GPC) influenciaram positivamente o estado nutricional do recém-nascido. [409]

De forma semelhante, pesquisadores de Minas Gerais realizaram estudo transversal com 168 gestantes de baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade que realizaram o pré-natal no único serviço público de saúde do município de Viçosa, Minas Gerais, no período de dezembro de 2002 a maio de 2003, e concluíram que as variáveis antropométricas maternas apresentaram correlação com o peso ao nascer. Neste estudo não houve relação entre o estado nutricional de ferro das gestantes e o peso de nascimento. [410]

Tabela 38 – Quanto ao desejo por uma gestação futura, conforme declaração das entrevistadas. (Você pretende ter outros filhos?) (n = 422)

Pretende ter outros filhos	Frequência (n)	%
Sim	141	33,4
Não	143	33,9
Somente ter filhos com parceiros estáveis	138	32,7
Total	422	100,0

Os dados da Tabela 38 indicam que as jovens que engravidam podem ser distribuídas em 3 grupos distintos quanto ao desejo de uma nova gravidez. Muito embora o assunto não

[407] Silva AAM, Barbieri MA, Gomes UA, Bettiol H. Trends in low birthweight: a comparison of two birth cohorts separated by a 15 year interval in Ribeirão Preto, Brazil. Bull World Health Organ 1998; 76: 73-84.
[408] Foix-L'Hélias L, Blondel B. Changes in risk factors of preterm delivery in France between 1981 and 1995. Paediatr Perinat Epidemiol 2000;14: 314-23.
[409] Guerra AFFS, von der Heyde MED, Mulinari RA. Impacto do estado nutricional no peso ao nascer de recém-nascidos de gestantes adolescentes. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.29 no.3 Rio de Janeiro Mar. 2007.
[410] Rocha DS. et. al. Estado nutricional e anemia ferropriva em gestantes: relação com o peso da criança ao nascer. Rev. Nutr. vol.18 n.4 Campinas July/Aug. 2005.

tenha sido abordado neste estudo, é importante salientar que o parceiro desempenha um papel de destaque no desejo das meninas mães em relação à gestação. [411]

A Tabela 39 contém dados que buscam correlacionar o desejo pela via de parto em gestação futura em relação a via de nascimento registrada no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007.

Tabela 39 – Quanto ao desejo pela Via de Parto em gestação futura. (Caso você pudesse escolher, qual via de parto você escolheria?) (n = 422)

Via de Parto Anterior (2006 e 2007)	Via de parto pretendida				Total	
	Cesariana		Vaginal			
	N	%	N	%	N	%
Vaginal	30	14,6	176	85,4	206	100,0
Cesariana	88	40,7	128	59,3	216	100,0
Total	118	30,0	304	70,0	422	100,0

Os dados demonstram que a maioria das meninas (85,4%) que tiveram partos normais optaria pela mesma via de parto em gestação futura e somente 14,6% optaria por cesariana. Dentre as gestantes submetidas à cesariana, 40,7% manifestaram desejo pela mesma via de parto de gestação futura e 59,3% optariam pela via de parto vaginal. O teste do qui quadrado de Pearson de 35,871 e o p valor de 0,000 indicam que existe uma relação entre a via de parto prévia e o desejo ou intenção pela via de parto em uma futura gestação.

Os dados são coincidentes com a literatura que demonstra que as mulheres que já experimentaram ambas as vias de parto irão preferir a via vaginal em gestação futura o que revela um maior grau de satisfação por esta via de parto [412] [413] e mesmo quando

[411] Crosby RA. et. al. Correlates of Adolescent Females worry about undesired Pregnancy: the importance of partner desire for pregnancy. J Pediatr Adolesc Gynecol (2001) 14:123-127.
[412] Dunn EA, Colm H. Comparison of maternal satisfaction following vaginal delivery after caesarean section and caesarean section previous vaginal delivery. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology 121 (2005) 56- 60.
[413] Ojeme DS, et al Preferred and actual delivery mode after a caesarean in London, UK. International Journal of Gynecology and Obstetrics (2008) 102, 156 -159.

perguntadas ainda no início da gravidez, poucas mulheres preferem a via de parto abdominal.[414] [415]

Pesquisadores de Pernambuco identificaram que há uma tendência em se repetir a via de parto em gestações sucessivas em gestantes adolescentes, até a terceira parturição.[416] É possível que, por um lado, a dor de parto seja concebida como algo inerente ao processo de parturição e, por outro, que as dores sejam consideradas parte da experiência de se tornar mãe, já que a capacidade de enfrentar ou resistir à dor do parto seria um dos aspectos valorizados da passagem para o status de adulta e mãe. Trata-se de um processo de "naturalização" do sofrimento associado à forma como se dá a construção social de gênero prevalente entre as camadas populares brasileiras.[417] Nesse sentido, é significativo que a preferência pelo parto normal tenha sido consenso entre as adolescentes.

A Tabela 40 demonstra que não ocorreram diferenças significativas entre o desejo sexual antes e após o nascimento independentemente da via de parto (p valor = 0,109). Do total de adolescentes submetidas a partos vaginais (n=206), 41 (19,9%) responderam que tiveram o desejo sexual diminuído e do total de mulheres submetidas a parto abdominal 136 (63%), um total de 42 (19,4%) emitiram a mesma resposta.

Tabela 40 – Quanto ao desejo sexual após o nascimento. (Como ficou seu desejo sexual após o nascimento?) (n = 422)

Via de Parto	Desejo sexual após o nascimento								Total	
	Continua o mesmo		Diminuiu		Aumentou		Não respondeu			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Vaginal	124	60,2	41	19,9	22	10,7	19	9,2	206	100,0
Cesariana	136	63,0	42	19,4	30	13,9	8	3,7	216	100,0
Total	260	61,6	83	19,7	52	12,3	27	6,4	422	100,0

[414] Hildingsson I, Radestad I, Rubertson C, Waldestrom U. Few women wish to be delivered by caesarean section. BJOG, JUne 2002, volume 109, P. 618-623.
[415] Gamble JÁ, Creedy DK. Women' s request for a cesarean section: a critique of the literature. Birth 27:4 December 2000.
[416] Maia VOA, et. al. Via de Parto em Gestações sucessivas em adolescentes: estudo de 314 casos. RBGO 26(9): 703-707, 2004.
[417] Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. Cad. Saúde Pública vol.18 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2002.

Pesquisadores da Turquia verificaram que nas mulheres que apresentaram problemas musculares no assoalho pélvico não ocorreu o correspondente prejuízo na função sexual dado que a vida sexual e o componente muscular do assoalho pélvico tem relações que precisam ser mais bem estudadas.[418] A abordagem desta variável requer estudos direcionados com ênfase nas questões psicológicas e o questionário deve ser realizado em ambiente privativo e em estreita interação com o entrevistador.

Quando questionadas sobre o tempo de recuperação de cada uma das vias de parto, existe uma quase unanimidade de que o tempo de recuperação necessário para o restabelecimento – conhecido como resguardo – é maior nas cesarianas, sendo que 86,7% das mulheres entrevistadas concordaram que o tempo de recuperação após a cesariana é maior. (Tabela 41)

Tabela 41 – Quanto ao tempo de recuperação de cada via de parto, segundo opinião das entrevistadas. (n = 422)

Tempo de Recuperação	Frequência (n)	%
O tempo de recuperação do PN é maior	19	4,5
O tempo de recuperação da cesariana é maior	366	86,7
O tempo de recuperação é o mesmo para ambos	30	7,1
Não souberam responder	7	1,7
Total	422	100

Esta parece ser a principal motivação pela preferência pela Via de Parto Vaginal. As mulheres de baixa renda não podem pagar por uma babá e precisam elas próprias, cuidar de seus filhos, lavarem as roupas e realizar outras obrigações domésticas e, para tanto, precisam estar fisicamente aptas, assim que chegam a seus lares com o recém

[418] Baytur YB. Et al. Mode of delivery and pelvic floor muscle strength and sexual function after childbirth. International Journal of Gynecology and Obstetrics (2005) 88, 276-280.

nascido. Esta necessidade de trabalhar é ainda mais acentuada quando a puérpera tem outros filhos que ainda dependem do trabalho da mãe para as necessidades básicas.

A Tabela 42 indica, de forma indireta, o grau de satisfação bastante superior para as adolescentes que tiveram seus filhos pela via vaginal, pois 86,9% das mulheres que tiveram partos normais indicariam o mesmo procedimento para pessoas amigas ou parentes, enquanto apenas 33,8% das cesariadas indicariam o mesmo procedimento.

Tabela 42 – Quanto à indicação da Via de Parto para alguma amiga ou parente. Você indicaria a mesma Via de Parto que você teve? (n = 422)

Via de Parto	Indicaria a mesma via de parto				Total	
	SIM		NÃO			
	N	%	N	%	N	%
Vaginal	179	86,9	27	13,1	206	100,0
Cesariana	73	33,8	143	66,2	216	100,0
Total	252	59,7	170	40,3	422	100,0

É preciso, no entanto, levar em conta o viés, de que muitas cesarianas foram feitas em caráter emergencial após a tentativa da via vaginal o que pode acarretar traumas psicológicos de magnitude considerável (p = 0,000).

Pesquisadores nova-iorquinos demonstraram dados semelhantes em uma amostra de 188 mulheres submetidas a um questionário no segundo trimestre da gravidez.[419]

Outros relatos publicados associam a escolha da via de parto a experiências traumáticas em eventos anteriores. [420]

[419] Pevzner L. et al. Patient's request associated with caesarean delivery on maternal request in na urban population. American Journal of Obstetrics and Gynecology, volume 198, issue 5, may 2008, pages e35-e37.

[420] Kottmel A, Huang D, Hoesli I, Bitzer J, Tschudin S. Maternal request for cesarean section due to previous traumatic birth experience – Quantifying an increasing obstetric care problem. International Journal of Gynecology and Obstetrics 107S32 (2009) S413-S729.

Tabela 43 - Idade do pai do bebê no momento do nascimento conforme declaração das mães adolescentes. (n = 422)

Idade do Pai do Bebê	N	%
15	1	0,2
16	4	0,9
17	7	1,7
18	11	2,6
19	20	4,7
20	31	7,3
21	30	7,1
22	43	10,2
23	46	10,9
24	38	9,0
25	27	6,4
26	27	6,4
27	22	5,2
28	19	4,5
29	13	3,1
30	6	1,4
31	10	2,4
32	12	2,8
33	8	1,9
34	4	0,9
35	5	1,2
37	2	0,5
38	6	1,4
40	5	1,2
41	2	0,5
42	2	0,5
43	2	0,5
44	2	0,5
45	2	0,5
46	1	0,2
47	3	0,7
48	2	0,5
Não sabida	9	2,1
Total	422	100

A média de idade encontrada para a idade dos pais foi de 25,39 anos, a mediana foi de 24 anos e a moda foi de 23 anos, para um desvio padrão de 6,133 anos, haja vista os valores extremos apresentados na Tabela 43. Ter filho(s) na adolescência mostra-se como

um fenômeno majoritariamente "feminino", no sentido de que a incidência de paternidade durante a adolescência é muito menor que a maternidade.

Um interessante artigo de pesquisadores do Alabama, feito com 335 meninos afroamericanos demonstrou que os meninos que sofrem agressões na infância são particularmente mais propensos a se envolverem com gravidez entre adolescentes. [421] Em relação ao papel masculino na gravidez entre adolescentes, Cristiane Cabral, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, publicou um artigo baseado na realização de entrevistas individuais semi-estruturadas com quinze jovens com idade entre 18 e 24 anos, moradores de uma comunidade favelada no Rio de Janeiro, que foram pais no dito período da adolescência e concluiu:

> "Neste artigo, pretendeu-se chamar a atenção para a necessidade de se incluir a perspectiva masculina como um importante elemento na saúde reprodutiva, de modo complementar às abordagens da saúde coletiva e de sua ênfase nas repercussões biopsicossociais da gravidez na adolescência. Procurou-se ressaltar que a questão sobre o (não) uso de métodos contraceptivos não pode ser interpretada apenas à luz de conhecimento e/ou erro em sua utilização, recorrendo-se às explicações "causais" para o acontecimento dos episódios de gravidez. Há outros elementos interdependentes. Argumentou-se que os episódios de gravidez subseqüentes ao início da vida sexualmente ativa da parceira, indicam a permanência de atributos tradicionais no que concerne os papéis e relações de gênero. As situações apresentadas podem ser contextualizadas segundo uma cultura de gênero que impele/incita o homem ao não controle sobre seus impulsos sexuais, e deixa nas mãos das mulheres uma certa responsabilização sobre as questões contraceptivas. Este cenário é propiciador de um certo desconhecimento dos homens quanto aos métodos contraceptivos e, sobretudo, há que se considerar a hipótese da gravidez como uma importante forma de publicização do início da vida sexualmente ativa do rapaz. Mostrou-se também que em estreita relação com a caracterização das parceiras está o

[421] Johnson SM, Winn DMC, Coie JD, Malone OS, Lochman J. Risk Factors for adolescent pregnant among African American Males. Journal of Research on Adolescence, volume 14, issue 4, pages 471- 495, Oct 2004.

‘tipo de relacionamento’ no qual surge uma gravidez. Todos esses elementos estão articulados na contextualização da gravidez na adolescência e balizam a análise de quando e/ou como uma gravidez tem por desfecho a paternidade assumida; e o fato dos casos de aborto estarem vinculados a parceiras eventuais reforça esta hipótese. Além disso foi salientado que o nascimento e a assunção de um filho parecem incrementar o processo de transição para a vida adulta. ‘Ter responsabilidade’, conseqüência direta da paternidade, implica a incorporação ou assunção de novos papéis caracterizados pelos atributos da ‘seriedade’ e da ‘maturidade’. Argumentou-se em termos de uma obrigação moral que impele o homem a assumir e a desempenhar a função de provedor. Todavia, é imprescindível a participação da família: nesse universo em que a ajuda recíproca é fundamental, ela é um ator central que provê moral e materialmente as condições para que o jovem possa ‘assumir a paternidade’. Mais ainda, a assunção da paternidade efetua a transição de uma condição à outra: para alguns, ela representa a consolidação do processo de passagem à vida adulta; para outros, ela acirra essa transição. Em suma, procurou-se salientar a relevância do entendimento da paternidade não só como uma questão para os estudos sobre gravidez na adolescência, mas principalmente, para uma abordagem que dialogue com os usos e desusos, informação e acesso aos métodos contraceptivos, trazendo para este debate os significados que a paternidade na adolescência entre jovens das camadas populares desempenha na ascensão à vida adulta e na redefinição em termos de ‘homem sério’, ‘viril’ e ‘maduro’ que este jovem pai assume perante seus pares e familiares. Chamo a atenção a estes aspectos por entender que estas notas, mais do que definirem a gravidez na adolescência ou bem nos riscos biológicos à saúde, ou nos psicossociais à qualidade de vida, abrem o debate para a complexidade deste fenômeno que tanto nos desafia em sua compreensão, quanto nas intervenções sociais e campanhas para promoção de saúde (reprodutiva) entre os jovens”. [422]

[422] Cabral CS. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública vol.19 suppl.2 Rio de Janeiro, 2003.

A maternidade é uma questão inerente à mulher no sentido anatômico, fisiológico, hormonal, afetivo. No estudo em tela, o que se pretende é estudar a maternidade em um grupo especial de recém-mulheres ou quase mulheres que são as adolescentes.

Sabroza e outros, da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, ao analisar o perfil social, demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes no Rio de Janeiro entre 1999 e 2001, conclui que:

> "As reações negativas à gestação por parte da família e do pai do bebê são mais evidentes entre as mais jovens e sem união consensual. Cabe ressaltar que a aceitação familiar e do companheiro em relação à gravidez pode mostrar-se negativa no início desta, porém tende a melhorar com o passar do tempo, especialmente pela necessidade de apoio das adolescentes. A constatação de que a experiência da maternidade nos primeiros anos da adolescência influencia negativamente a vivência e os efeitos da gravidez leva-nos a ressaltar a importância do desenvolvimento de políticas públicas que privilegiem a educação sexual como forma de se adiar a ocorrência da gestação. Essas medidas certamente possibilitarão o desenvolvimento de todo o potencial psíquico da adolescente, bem como a ampliação de oportunidades de vida, que venham a garantir uma melhor condição social futura para as gerações subseqüentes. Chama a atenção o fato de a situação conjugal influenciar no modo como a gestação é percebida pela família e pela própria adolescente, chegando mesmo a alterar padrões relacionais e interferir nos comportamentos ao longo da gestação e, conseqüentemente, afetar o resultado gestacional. Esse achado sinaliza a importância de uma assistência pré e perinatal que inclua não somente a gestante, mas todos os envolvidos, como o companheiro e as famílias de origem de ambos. Tais medidas favoreceriam o estreitamento do vínculo com o pai do bebê e a criação de uma rede social mais efetiva de apoio à adolescente, desfazendo principalmente o mito machista de que a jovem seria a única responsável por essa gravidez inoportuna. Se ainda não há consenso quanto aos prejuízos biológicos da gravidez nas adolescentes mais jovens, este estudo constata as enormes desvantagens sociais

advindas dessa experiência, que não apenas interfere na vida das adolescentes, mas que acaba por repercutir no ambiente conjugal e familiar". [423]

Tabela 44 – Duração da relação com o pai da criança declarada pelas adolescentes até a data do nascimento. (n = 422)

Duração da relação com o pai	N	%
Relação casual	65	15,4
Menos de 6 meses	42	10,0
Entre 6 meses e 1 ano	70	16,6
1 a 2 anos	108	25,6
2 a 4 anos	99	23,4
Mais de 4 anos	38	9,0
Total	422	100,0

Os dados da Tabela 44 demonstram que 65 jovens (15,4% do total) tiveram apenas uma relação casual com o pai da criança. Apenas "ficaram", como se costuma dizer no Brasil. A maioria dos nascimentos foi fruto de relações mais duradouras e em 9,0% dos casos a relação com o pai tinha mais de 4 anos de duração. Os dados indicam que 58,0% das gestações nas adolescentes foi fruto de relações com tempo superior a 1 ano e que as relações com tempo de duração inferior a 12 meses correspondem a 42,0% dos casos. A partir dessa constatação pode se inferir que relações mais duradouras podem ou devem ocasionar gestações planejadas.

A situação conjugal da gestante é um aspecto relevante que interfere no futuro da gestante adolescente e do seu bebê. Algumas famílias, após a descoberta da gravidez, desencadeiam uma pressão para a formalização do casamento, pois se trata de uma

[423] Sabroza AR, Leal MC, Gama SGN, Costa JV. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil - 1999-2001. Cad. Saúde Pública vol.20 suppl.1 Rio de Janeiro 2004.

possibilidade de a adolescente ter sua dignidade recuperada através da união, ainda que esta não corresponda a um desejo do casal. Outras vezes, a própria gestação é vista pela adolescente como a possibilidade de "segurar" o parceiro, concretizar o sonho do casamento e alcançar autonomia econômica e emocional em relação à família de origem.

Viver com o pai do bebê, legal ou consensualmente, poderá influenciar o modo como a gestação será percebida e aceita pela adolescente e sua família. De fato, a existência do apoio conjugal traz reflexos na vivência da gestação, assim como na determinação do padrão reprodutivo da adolescente. Estudos demonstram que "adolescentes que se casaram durante a gestação eram mais propensas a utilizar métodos contraceptivos após o nascimento do bebê do que as que permaneceram solteiras, sendo estas as mais expostas ao risco de uma gestação subseqüente". [424]

Um estudo formulado por pesquisadores da Universidade Federal de Santa Catarina explorou o papel desempenhado pelo pai da criança que, sem dúvida alguma, é um ator inseparável do contexto da gravidez na adolescência. As conclusões foram que:

> "Pode-se argumentar, por exemplo, que a gravidez na adolescência parece ter sido significada como problemática ou como um problema social à medida que a idade do pai coincidiu com essa fase do ciclo vital. Por quê? Uma das respostas possíveis talvez esteja associada à tradicional divisão sexual do trabalho que delega aos homens a função de prover a família. Como um adolescente, sem qualquer qualificação profissional, poderá ser provedor? A paternidade na adolescência engendra, então, um ônus a mais para o Estado e para as famílias de origem**,** que se vêem às voltas com o sustento de mais um membro no grupo familiar. O ônus para o Estado recai na necessidade de mais vagas nos serviços públicos de saúde e nas instituições escolares, bem como em políticas públicas de geração de renda e apoio às famílias dos setores de baixa-renda. Muitas dessas jovens não comparecem sequer mensalmente nas instituições para as consultas de rotina do atendimento pré-natal. As que o fazem, via de regra, não conseguem acesso a setores mais especializados, incluindo exames como a ecografia, em tempo hábil para o acompanhamento eficaz da gestação.

[424] Ford K. Second pregnancies among teenage mothers. Family Plann Perspect 1983; 15:268 -72.

O espaço físico destinado aos programas investigados é exíguo, implicando em salas de espera lotadas, nas quais, em algumas situações, um dos profissionais – freqüentemente uma enfermeira – dá orientações gerais sobre o processo de gestação. Observou-se, com relação aos rapazes entrevistados, que os poucos homens que ali se encontravam permaneciam na sala de espera aguardando a parceira. Apenas um deles não demonstrou vontade de acompanhá-la na consulta. Todos os outros manifestaram interesse em estar mais próximos, acompanhando a gestação do filho. Ouvir o coração do bebê parece ser um desejo unânime desses rapazes. Este desejo talvez esteja associado à materialização da criança que, antes dessas manifestações, era apenas intuída pelo pai através das informações obtidas da mãe. A despeito de tudo isto, no entanto, esses homens não são convidados pelos programas, não fazem parte da rotina de suas atividades e, aqueles poucos que aguardavam na sala de espera, não foram convidados sequer para adentrarem à sala de consulta. A presença maciça de mulheres, tanto nas equipes profissionais quanto no grupo de usuários, demonstra bem a associação entre a saúde reprodutiva e as mulheres. Mesmo as gestantes adolescentes, embora expressando um desejo de que seus parceiros as acompanhassem, compareciam às consultas, em geral, com suas mães ou outras mulheres. A grande maioria delas, permanece com o pai do bebê, o que, com relação ao grupo investigado, não confirma a tese dos profissionais sobre o término da relação amorosa e/ou o abandono da mãe pelo pai da criança. O fato de muitas não se casarem através de contrato civil ou religioso não destoa significativamente da tendência contemporânea da diminuição do número de casamentos. Em se tratando de segmentos de baixa-renda, esta situação sempre esteve presente. A gravidez na faixa dos 13 aos 19 anos também era freqüente há algumas décadas em todas as camadas sociais, uma vez que as mulheres casavam-se cedo e tornavam-se mães logo após a menarca. O que parece ter se modificado é a idade dos pais, pois há mais adolescentes tornando-se pais do que acontecia anteriormente, já que a diferença etária entre os parceiros era acentuada. Esta diferença ainda permanece existindo, como esta própria

pesquisa permite deduzir, mas aumentou o número de adolescentes do sexo masculino que se tornam pais. O que aparece de forma mais significativa é exatamente a exclusão do jovem pai das atividades previstas pelos programas. Os profissionais argumentam que os pais não são atuantes e que, em sua maioria, abandonaram a parceira, o que esta pesquisa não confirma. Lembrando que as recomendações sobre a inclusão dos homens na arena reprodutiva têm como um de seus objetivos a construção da eqüidade de gênero, esta clientela adolescente precisa ser considerada e incluída nos trabalhos desenvolvidos. Trata-se de uma oportunidade ímpar de se discutir, com esses jovens, questões como as relações de gênero no cotidiano do casal e da família, a distribuição mais eqüitativa de responsabilidades entre o casal, a negociação da contracepção, os direitos reprodutivos, entre tantas outras, que poderiam significar uma contribuição para a constituição de sujeitos mais autônomos, mais solidários e, ao mesmo tempo, mais críticos. Neste sentido, trata-se de colaborar mais efetivamente para o exercício dos direitos reprodutivos no que diz respeito à cidadania no âmbito da vida pública, bem como no da vida privada. O caráter educativo que os serviços de saúde podem engendrar assume uma especial importância no sentido não apenas da melhoria da qualidade da vida, no sentido restrito do não adoecer. Os adolescentes estão exatamente na fase de transição entre o mundo da infância e o mundo adulto no qual a constituição das relações amorosas e sexuais assume um lugar de destaque. A desnaturalização dos modelos preconceituosos/estereotipados sobre o masculino e o feminino é fundamental para a constituição de relações mais igualitárias entre os sexos. Considerando-se, ainda, o papel multiplicador dos agentes de saúde e educação, urge discutir estas questões com os profissionais que trabalham na área para que as diretrizes firmadas formalmente no papel possam, de fato, ser implementadas. Finalmente, é de fundamental importância a discussão sobre as políticas públicas voltadas para os adolescentes. Destacam-se, sobretudo, aquelas voltadas para a educação, a saúde, o trabalho/profissionalização, a cultura e o lazer, uma vez que a saúde

sexual e reprodutiva não pode ser pensada de forma desarticulada das demais". [425]

A Tabela 45 demonstra o tipo de relação da gestante adolescente com o pai do bebê. Muitos autores se dedicaram a estudar questão da maternidade e da paternidade na adolescência e das diferentes consequências quando se leva em conta a chamada assimetria de gêneros.

Tabela 45 – A forma de relacionamento com o pai da criança declarada pelas adolescentes até a data do nascimento. (n = 422)

Relacionamento com o pai do bebê	N	%
Apenas namorava o pai do bebê	226	52,6
Já vivia junto com o pai do bebê	188	44,5
Não sabe quem é o pai	1	0,2
Sabe quem é o pai, mas os pais não sabem	7	1,7
Total	422	100,0

Transcrevo texto de pesquisadoras da UNESP de Botucatu, São Paulo, onde as autoras retratam a importância da relação da gestante adolescente com o parceiro que é, normalmente, a primeira pessoa com a qual buscam apoio:

"Com relação à posição do parceiro frente à gravidez, três quartos das entrevistadas disseram que eles a desejavam. Repete-se aqui, com frequencia, as mesmas razões apontadas para justificarem a vontade delas próprias terem filho, ou seja, 'porque queria ter um filho' e 'porque ele gosta de criança'. Outros motivos citados foram: 'para podermos morar

[425] Siqueira MJT, Mendes D, Finkler I, Guedes T. Profissionais e usuárias(os) adolescentes de quatro programas públicos de atendimento pré-natal da região da grande Florianópolis: onde está o pai?. Estud. psicol. (Natal) vol.7 n.1 Natal Jan. 2002.

juntos' e 'para tentar um filho homem'. Justificativas não muito claras também foram apresentadas, como 'ele aceitou bem' ou 'ele ficou comigo', o que nos parece evidenciar não o desejo de gravidez da companheira, mas sim a mera resignação frente a um fato consumado. Mais uma vez a idealização dessas adolescentes transparece, ao interpretar isso como aprovação ou desejo acerca da gravidez. Quanto às garotas que disseram que os companheiros não queriam a gravidez, os motivos apresentados foram: 'porque a gravidez foi sem querer', 'ele acha que não é dele', 'ele não gosta de mim' e 'ele fala besteiras para mim'. Estas frases mostram a imaturidade da relação, visto que muitas vezes o pai também é adolescente e incapaz de assumir o fato de que terá um filho. Nessa situação, o apoio de que trata esse estudo seria necessário não só para a gestante adolescente, mas também para o pai.

Assim, tanto as justificativas para sua própria vontade de engravidar, quanto acerca do desejo do parceiro são, na grande maioria das vezes, frágeis. Afinal, será que gostar de criança, por exemplo, é razão suficiente para engravidar na adolescência? A vontade de ter um filho nesta fase da vida, não teria relação, por exemplo, com o desejo de sentir-se mais mulher, de prender o namorado, de sair da escola ou da casa dos pais, de dar mais sentido a uma vida vazia? Entretanto, tudo isso é pensado no plano do ideal e o real começa a aflorar para essas jovens quando elas contam para o companheiro e família, podendo experimentar, então, o abandono ou uma mudança radical em suas vidas, expressa nas falas: 'precisei mudar tudo na minha vida, tive que sair da escola, parar de trabalhá, tive que amigá' ou 'com a gravidez tudo na vida muda'.

A maior parte das entrevistadas, porém, não relatou mudança em suas vidas após a gravidez, algumas demonstrando, inclusive, que não tinham qualquer plano de vida, o que se expressou na fala: 'eu não mudei nada na minha vida, eu não tinha plano nenhum'. Entre aquelas que referiram mudanças, a principal foi o abandono da escola, apontado com maior frequencia pelas adolescentes mais jovens. Ressaltamos que a perda das oportunidades educacionais tem sido apontada como um dos

principais efeitos sociais negativos relacionados à gravidez na adolescência.” [426]

Em relação a paternidade adolescente, Heilborn e outras pesquisadoras da Universidade Estadual do Rio de Janeiro concluíram que:

> “Em suma, pode-se postular que, tanto nas classes médias quanto nas populares, a paternidade adolescente impacta pouco nos percursos escolares e de trabalho masculinos. A relatividade dessas conseqüências se deve a fatores distintos, como diversos são os modos de manifestação em cada um dos contextos. Nos estratos médios, o fenômeno é atestado na preservação dos projetos e percursos educacionais e de carreira dos sujeitos a despeito da ocorrência da paternidade. Entre os populares, o pequeno impacto da experiência deriva do fato de que as inflexões mais significativas nessas carreiras são produzidas por fatores que antecedem, em muito, a paternidade adolescente. Visto sob outro ângulo, a exterioridade ou expulsão dos rapazes de classes populares com relação à casa tende a preceder a eventual ocorrência de uma paternidade adolescente na biografia. Já nos estratos médios, o fenômeno da exterioridade masculina aparece menos vigoroso: ele é contrabalançado pelo prolongamento de sua juventude, mesmo quando advém a paternidade. Por sua vez, a maternidade adolescente nas classes populares não apressa o ingresso dessas mulheres no mercado de trabalho. Torna-as, ainda que provisoriamente, mais dependentes de outros – parceiros, familiares ou ambos – para garantir sua subsistência e a da criança. Quando seus parceiros assumem a criança em um sentido não meramente verbal, estipula-se uma complementaridade entre a internalidade feminina e a externalidade masculina. Essa divisão de trabalho mais segregada entre os gêneros, mesmo que temporariamente instalada, impõe um peso considerável sobre os ombros masculinos. Deduz-se que as repercussões impostas pela maternidade nas carreiras

[426] Roselí Aparecida Godinho RA, Schelp JRB, Parada CMGL, Bertoncello NMF. Adolescentes e Grávidas: onde buscam apoio? Rev. Latino Americana de Enfermagem vol.8 n.2 Ribeirão Preto Apr. 2000.

> femininas também têm, sob esse ponto de vista, significativas implicações nas masculinas. Contudo, as adversas condições de classe fazem com que os jovens pais populares raramente consigam arcar sozinhos com o peso das novas responsabilidades. É justamente aí que, tal como se verifica entre as classes médias, o comparecimento dos familiares de origem revela-se fundamental. Porém é fato que esses personagens atuam no drama de uma paternidade adolescente muito antes do nascimento da criança, fazendo mais do que pagar, parcial ou integralmente, as contas".[427]

Uma gravidez adolescente acarreta não somente impactos na vida pessoal das meninas, mas acabam envolvendo outras pessoas da família que irão, com maior ou menor grau de compromisso, acabar por auxiliar nos cuidados do bebê. O pai da criança pode, caso for esta sua opção, se limitar a assumir a paternidade pressionado pela Justiça da Vara de Família, dentro dos pressupostos legais, sem, no entanto, se envolver afetivamente com o filho gerado. Pode alegar, simplesmente, que foi uma gravidez indesejada e o nascimento da criança foi uma iniciativa da parceira que planejou a gravidez contrariando seu desejo e sua vontade.

Jaccard relata que a relação de ambivalência com o parceiro é determinante para a aceitação e planejamento da gravidez que nem sempre é indesejada.[428]

A Tabela 46 relaciona a idade das grávidas adolescentes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 com a idade do pai dos bebês. Verifica-se que, com exceção das meninas com 16 anos de idade, todos os grupos com a mesma idade permanecem, em aproximadamente 60% dos casos com o mesmo parceiro que é também o pai da criança.

[427] Heilborn ML et. al. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. Horizontes Antropológicos. Volume 8 nº.17 Porto Alegre, junho, 2002.
[428] Jaccard J, Dodge T, Dittus P. Do adolescent want to avoid Pregnancy? Attitides toward Pregnancy as Predictor of Pregnancy. Journal of Adolescent Health 2003; 33:79-83.

Tabela 46 – Idade das adolescentes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 (n = 422) e características da relação com o pai da criança no momento da entrevista. (x2 = 20, 523 – p = 0, 304).

Idade em anos	O pai da criança								Total	
	É o parceiro atual		Não é o parceiro atual		Não sabe quem é o pai		Não quer informar			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
13	6	60,0	4	40,0	0	0,0	0	0,0	10	100,0
14	10	58,8	7	42,2	0	0,0	0	0,0	17	100,0
15	16	37,2	27	62,8	0	0,0	0	0,0	43	100,0
16	36	57,1	27	42,9	0	0,0	0	0,0	63	100,0
17	44	52,4	40	47,6	0	0,0	0	0,0	84	100,0
18	60	61,3	35	35,7	1	1,0	2	2,0	98	100,0
19	67	62,6	40	37,4	0	0,0	0	0,0	107	100,0
Total	239	56,6	180	42,7	1	0,2	2	0,5	422	100,0

Cabe o registro de que o medo exagerado do parto, a tocofobia, se associa, entre outros fatores, a qualidade do relacionamento com o parceiro que tem uma inegável influência na evolução e nas decisões relacionadas ao nascimento.[429] Ao se pensar a gravidez adolescente e, em geral, as intervenções a ela dirigidas, não se deve descartar o fato de que parte dos parceiros das mães adolescentes é adolescente também. É notável que tanto os dados governamentais quanto os dados de pesquisas acadêmicas ou outros de órgãos não governamentais parecem ignorar a existência de um grande número de adolescentes que se tornam pais. A literatura é rica em citações sobre o papel desempenhado pelos jovens do gênero masculino quando se deparam com uma situação de paternidade antes de completar 20 anos.

[429] Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmaki E. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal delivery. BJOG. 2001 May;108(5): 492-8.

Trindade, da Universidade Federal do Espírito Santo, relata em trabalho publicado em 2002:

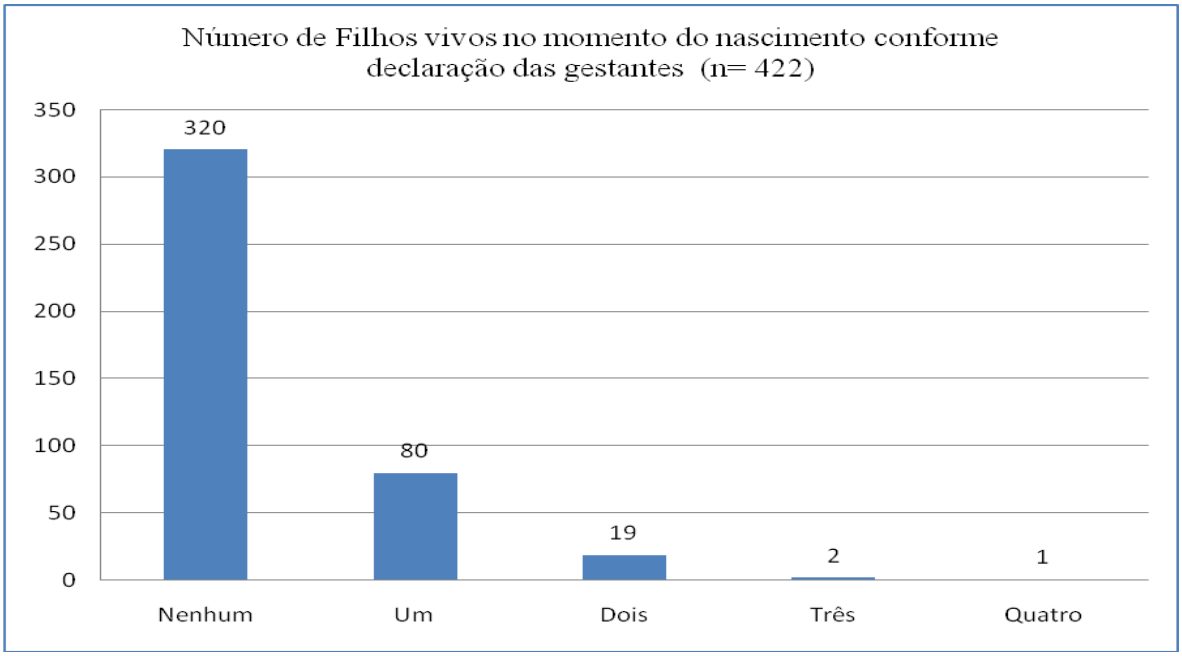
> "Foram investigadas mudanças ocorridas na vida de pais adolescentes e identificados os significados da paternidade e da maternidade para esses jovens. Oito participantes com idades de 16 a 21 anos foram entrevistados com base em roteiro focalizando: mudanças decorrentes da paternidade; significados da paternidade e da maternidade; práticas parentais. Entre as mudanças referidas destacaram-se a perda de liberdade e a inserção no mercado de trabalho. Para eles ser pai significa, principalmente, trabalhar para prover as necessidades da criança e também educar, dar carinho e atenção. A mãe é aquela que cuida e dá carinho, sacrifica-se e é a figura mais importante na vida da criança. As práticas parentais mais mencionadas estavam relacionadas com lazer e brincadeiras. Os dados indicaram a permanência de forte vínculo com os modelos tradicionais de parentalidade, embora tenham mostrado também a emergência de relações afetivas significativas entre pais e filhos".

Continua Trindade:

> "Pode-se afirmar, então, que a compreensão da gravidez na adolescência, tanto no que se refere à maternidade quanto à paternidade, passa pela admissão de sua complexidade, sendo múltiplas as possibilidades de determinação. Para a ocorrência da gravidez na adolescência confluem diversos fatores culturais, sociais, afetivos e cognitivos, ou seja, tanto os fatores micro-sociais, referentes às condições objetivas e subjetivas da vida do sujeito em questão, quanto os fatores macro-sociais, como a classe social da qual ele é proveniente, fazem parte do processo. Na medida em que os fatores sócio-culturais sejam considerados relevantes para a compreensão da gravidez na adolescência, uma forma privilegiada de abordar o tema da paternidade adolescente é através da consideração do que os jovens pais têm a dizer sobre o assunto, vez que seu relato permitirá a tradução da imagem, muitas vezes estereotipada, em expressão da vivência cotidiana. Outro ponto de

interesse aparece quando se percebe a ambigüidade dos sentimentos paternos entre alguns jovens: ao mesmo tempo em que afirmam o exercício da paternidade, demonstrado principalmente pela responsabilidade assumida, não se reconhecem como pais pela distância entre o modelo idealizado da figura paterna e seus sentimentos e práticas em relação aos filhos. O enleamento gerado pelo confronto com a paternidade foi mais claramente expresso pelos jovens que revelaram sentimentos de inadequação ao papel paterno, por se considerarem imaturos, inexperientes, sem condições de alcançar suas próprias expectativas e exigências em relação ao que é ser um pai, ou ainda por não terem conseguido elaborar integralmente as concretudes particulares dessa nova relação. A paternidade, inesperada e extemporânea, parece ter gerado o sentimento de terem sido privados da oportunidade de vivenciar etapas que consideravam cruciais para seu desenvolvimento pessoal. [430]

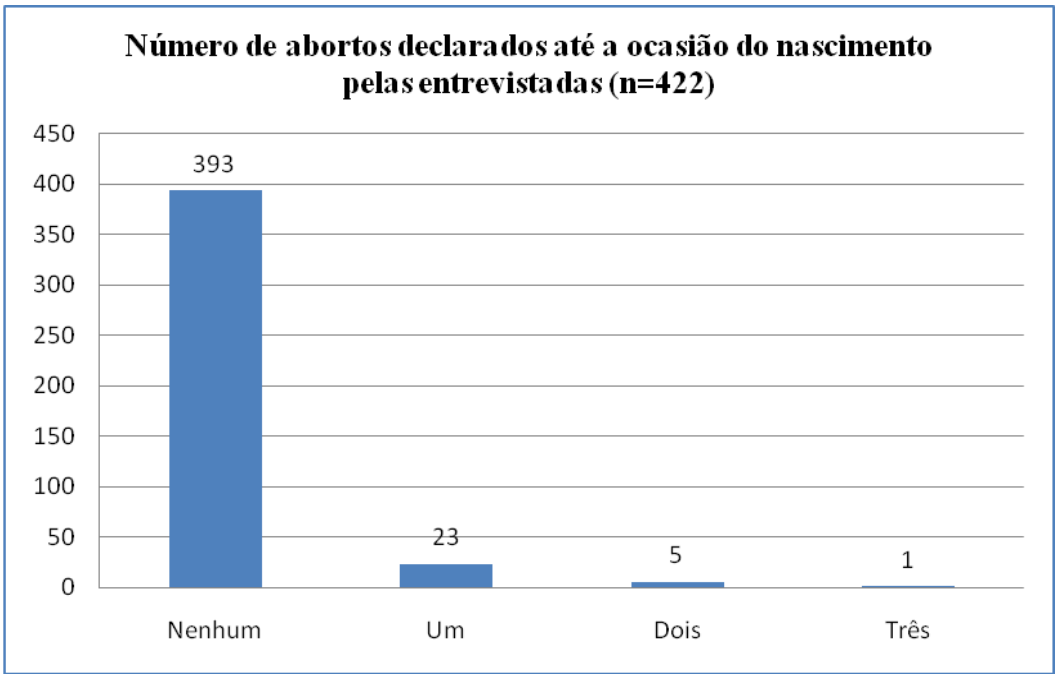
Gráfico 7 – Número de filhos vivos declarados pelas gestantes adolescentes até o momento do nascimento no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n = 422)



[430] Trindade ZA, Menandro MCS. Pais adolescentes: vivência e significação. Estudos de Psicologia 2002, 7(1), 15-23.

Aqui, em se considerando que o nascimento tenha resultado em um feto saudável e somando-se o total de filhos vivos tem-se: 320 + 80 + 19 + 2 + 168 + 1, que resulta em um somatório de 422 filhos para 422 mães, o que representa 1,00 filhos por mulher, o que representaria a Taxa de Fecundidade para as adolescentes. Chama a atenção o fato de uma adolescente, menina moça, carregar consigo um histórico de 4 gestações com 4 filhos vivos com todas as necessidades básicas para serem atendidas durante vidas inteiras.

Gráfico 8 – Número de abortos declarados pelas adolescentes até o momento do nascimento no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n = 422)



A pesquisa não investigou a causa dos abortamentos, ou seja, se foram espontâneos ou provocados. No Gráfico 8 observa se que 23 meninas (5,5%) declararam ter tido 1 abortamento antes do nascimento do filho no Centro Obstétrico do Hospital de Base, em 2006 e 2007,e outras 5 meninas relataram 2 abortamentos prévios. Este dado pode também estar subdimensionado em virtude da relação fugaz entre entrevistada e entrevistador que não possibilita a obtenção de informações confidenciais. O abortamento provocado representa uma opção para as mulheres mesmo em países nos quais o aborto é considerado ilegal ou com acesso restrito. Entre os inúmeros danos relacionados à gestação precoce,

são apontados a exposição a abortos e os distúrbios de ordem afetiva, tanto em relação à mulher quanto ao bebê. [431] [432] [433]

Peres e Heilborn realizaram estudo com o objetivo de desvelar a presença da idéia do aborto como elemento do âmbito das reflexões dos jovens sobre uma gravidez na adolescência. Analisaram dados de entrevistas semiestruturadas com 123 jovens de 18 a 24 anos de ambos os sexos, moradores de Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador, no Brasil, pertencentes a distintos estratos sociais. A partir de informações sobre as circunstâncias amorosas, sexuais e reprodutivas dos entrevistados foi construída uma tipologia das experiências de aborto, em um gradiente que vai desde a cogitação, a tentativa de concretizá-lo e sua realização até a exclusão da possibilidade de interrupção da gestação. Os dados apontam que 73% dos jovens consideraram a possibilidade do aborto, demonstrando uma expressiva presença da ideia desse recurso face à gravidez não prevista, mesmo em contexto de ilegalidade. Entre os 86 jovens com experiência de gestação, 27 declararam a prática do aborto, sendo vinte rapazes e sete moças. Os resultados indicam diferenças relativas ao gênero e contribuem para a compreensão da gravidez na adolescência ao examinar o aborto induzido, dimensão encoberta no debate público e científico sobre o tema. Deste modo, transcrevo as considerações finais das autoras:

> "Face a uma gravidez não prevista na adolescência, constata-se a expressiva presença de cogitação do aborto entre os entrevistados. As condições sociais impostas pelo enquadramento legal do aborto interferem fortemente na tomada de decisões durante a gravidez. De acordo com nossa pesquisa, os extremos integram um *continum* relativo ao comportamento dos jovens: a cogitação do aborto se apresenta na maior parte das experiências relatadas, o que significa que os jovens não aceitam simplesmente uma gestação com naturalidade, como uma inescapável imposição de maternidade ou paternidade mas, sim, que há uma expressiva tendência à aceitação da hipótese do aborto [35], apesar da dificuldade de realizá-lo. Nesse sentido, os dados ajudam a problematizar

[431] Spitz AM, Velebil P, Koonin LM, Strauss MA, Goodman KA, Wingo P et al. Pregnancy, abortion, and birth rates among US adolescents ¾ 1980, 1985, and 1990. JAMA 1996; 275: 989-94.
[432] Perrin KM, McDermott RJ. Instruments to measure social support and related constructs in pregnant adolescents: a review. Adolescence 1997; 22(127): 533 -57.
[433] Ribeiro ACL, Uhlig, RFS. A gestação na adolescência e a importância da atenção à saúde do adolescente. Div Saúde Debate 2003; 26: 30 -6.

o discurso hegemônico sobre o crescimento da gravidez na adolescência no país, discurso este que dissolve a distinção entre gravidez e parentalidade na adolescência. É verdade que apenas uma pequena parcela de jovens possui condições de viabilizar a tempo a opção de abortar. Os jovens e suas famílias sabem que a gravidez pode ocorrer e que o aborto é uma alternativa, ainda que em contexto de ilegalidade. Nos resultados conhecidos há uma possibilidade de subestimação, em virtude dos limites do universo pesquisado, do silêncio das mulheres sobre suas experiências, de seu desconhecimento sobre o que de fato ocorreu. A não declaração dos abortos pelas moças não é devida somente à ilegalidade, mas também aos valores que definem a identidade em termos da reprodução e maternidade [11,15,36,38] e das representações negativas associadas ao aborto. Por outro lado, é inegável a contribuição dos relatos masculinos nos resultados da investigação e cabe ressaltar a relevância da incorporação dos homens em pesquisas relativas à reprodução. Suas narrativas elucidam, em parte, as omissões presentes em pesquisas sobre o aborto, além de favorecer a contextualização das negociações relativas às decisões reprodutivas. A sistematização das experiências dos jovens indicou que o aborto como um horizonte de possibilidade é uma dimensão da reprodução freqüente na iniciação sexual, contribuindo para uma compreensão mais ampla da gravidez na adolescência e das transformações dos valores vinculados à sexualidade e à reprodução. Em síntese, a possibilidade de realizar um aborto integra o quadro gerado por uma gravidez não prevista. Entretanto, é preciso considerar as barreiras que são enfrentadas para regular a reprodução, especialmente num contexto como o do Brasil no qual o aborto é ilegal e onde permanece insuficiente o acesso à contracepção e aos serviços de saúde. Junte-se a isto a radical heterogeneidade de oportunidades sociais, de escolarização, inserção profissional e a persistência da assimetria de gênero, que contribuem para certas decisões tomadas pelos jovens na passagem para a vida adulta. O fato da proporção de gravidez na adolescência se manter elevada no país, mesmo com a tendência de queda verificada nos anos 2000, não significa que os jovens não ambicionem controlar sua reprodução e garantir a autodeterminação e o

> exercício dos seus direitos sexuais e reprodutivos. Entretanto, enquanto algumas jovens com recursos são atendidas para realizar o aborto de modo seguro, adolescentes em condição de vulnerabilidade social são obrigadas a se confrontar com os riscos físicos e o constrangimento moral do aborto clandestino e inseguro. [434]

A Grécia foi um dos últimos países europeus a legalizar o aborto após longos debates no parlamento daquele país. Na maioria dos países do oeste europeu, e entre os países de língua inglesa, metade dos abortos é realizado por mulheres solteiras que ainda não tiveram filhos, enquanto na restante Europa, o aborto é mais comum entre as mulheres casadas com dois ou mais filhos.[435] Nos dias atuais a Grécia é um dos países com as mais baixas taxas de fertilidade do planeta e está no nível necessário para a reposição da população existente.[436] Pesquisadores gregos relatam que o déficit educacional sobre contracepção naquele país ainda permanece como o principal problema entre adolescentes e contribui para o aumento da incidência de gestações entre adolescentes.[437]

Pesquisadores americanos relatam que nos Estados Unidos existem poucos trabalhos sobre abortamento provocado em adolescentes e que uma atenção especial deve ser dada sempre que os profissionais avaliarem adolescentes com metrorragia e cólicas.[438]

A análise de uma amostra de 1015 adolescentes no município de Porto Alegre, Cerqueira-Santos e outros constataram que:

> "Os resultados revelam um percentual esperado para gravidez e aborto em jovens de nível socioeconômico baixo, quando comparado a outros estudos. Sobressai a baixa idade para a primeira relação sexual e o fato de que cerca de ¼ da amostra apresentar uso irregular de métodos

[434] Peres SO, Heilborn ML. Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: o avesso da gravidez na adolescência. Cad. Saúde Pública vol.22 no.7 Rio de Janeiro July 2006.
[435] Henshaw SK. Induced Abortion: a world review, 1990, Fam Plann Perspec 1990; 22:76.
[436] George E. Abortion policy and practice in Greece. Soc Sci Med 1996; 42:509.
[437] Mavroforou A, Koumantakis E, Michalodimitris E. Adolescente and abortion in Greece: women´s Profile and Perceptions. J Pediatr Adolesc Gynecol (2004) 17:321-326.
[438] Coles MS, Koenigs LP. Self-induced Medical Abortion in an Adolescent. J Pediatr Adolesc Gynecol (2007) 120:93-95.

contraceptivos. Discute-se sobre uso de métodos anticoncepcionais e aborto, associadas à saúde do adolescente". [439]

Os dados da Tabela 47 foram coletados através das perguntas do questionário sistematizado dirigido às adolescentes. Não foram investigadas as causas para prematuridade, pós-maturidade, mortalidade perinatal ou as anomalias relatadas.

Tabela 47 – Estado de saúde dos recém-nascidos conforme declaração das adolescentes na ocasião do nascimento no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n = 422)

Estado de saúde dos RN	N	%
Prematuro	68	16,1
Pós-maturo	22	5,2
Normal	326	77,3
Natimorto	3	0,7
Com anomalias	3	0,7
Total	422	100,0

A abordagem da Tabela 47 contém fragilidades visto que as informações foram aquelas prestadas pelas próprias entrevistadas e, portanto, passíveis de avaliações equivocadas.

[439] Cerqueira-Santos E, Paludo SS, Shiró EDB, Koller SH. - Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. Psicol. estud. vol.15 no.1 Maringá Jan./Mar. 2010.

Tabela 48 - Índice de Apgar no Primeiro Minuto e Quinto Minuto dos recém-nascidos das adolescentes no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007 (n = 422).

Índice de Apgar	Primeiro Minuto		Quinto Minuto	
	N	%	N	%
Apgar 0	0	0,0	0	0,0
Apgar 1 – 2	3	0,7	0	0,0
Apgar 3 – 4	7	1,7	0	0,0
Apgar 5 – 6	18	4,3	3	0,7
Apgar 7 – 8	297	70,4	31	7,3
Apgar 9 – 10	70	16,6	362	93,8
Sem registro	27	6,4	26	6,2
Total	422	100	422	100

Na Tabela 48 estão os registros obtidos nos prontuários médicos relacionados aos nascimentos das adolescentes e quando são comparados aos dados constantes na Tabela 9, na qual estão registrados os índices de Apgar de todos os 4.710 nascimentos ocorridos na mesma época pode se observar que ocorre a mesma prevalência do Apgar 8 para o primeiro minuto de vida em ambos os grupos e, é também notável, a inexistência de qualquer registro do índice de Apgar em 6,4% dos prontuários das adolescentes e em 12,6% dos demais registros.

Pesquisadores do Ceará, em estudo transversal, analítico, avaliaram 2.058 casos, sendo 322 (15,6%) de adolescentes precoces e 1.736 (84,4%) tardias, atendidas no ano de 2000 e concluíram que as gestantes adolescentes precoces e tardias apresentaram evolução da gestação e desempenho obstétrico semelhantes, exceto pela diferença nos escores de Apgar no primeiro minuto. [440]

[440] Magalhães MLC. et. al. Gestação na adolescência precoce e tardia – há diferença nos riscos obstétricos? Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.28 no.8 Rio de Janeiro Aug. 2006.

Os dados da Tabela 49 acima foram coletados através das perguntas do questionário sistematizado dirigido às jovens. Não foram investigadas as causas para os óbitos acima registrados.

Tabela 49– Estado de saúde dos recém-nascidos conforme declaração das mulheres por ocasião da entrevista. (n = 422)

Estado de saúde dos filhos na ocasião da entrevista	N	%
Óbito até 7 dias após o nascimento	15	3,6
Óbito até 6 meses após o nascimento	5	1,2
Óbito até 1 ano após o nascimento	1	0,2
Está normal	401	95,0
Total	422	100,0

A Tabela 49, acima, permite inferir que o índice de mortalidade infantil (até 1 ano de vida) se situa próximo de 35 para cada mil nascidos vivos, o que está 6 pontos percentuais acima do índice de 29% encontrado para as gestantes com mais de 20 anos que é compatível com os dados oficiais registrados no site do Datasus.[441]

Os dados permitem concluir que a mortalidade infantil é maior nos neonatos das adolescentes em 6 pontos percentuais quando comparados à mortalidade neonatal nas gestantes com mais de 20 anos de idade.

[441] DATASUS. Página da Internet. Disponível no site: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2002/c01.htm Acessado em 25 de fevereiro de 2010.

Tabela 50 – Idade das grávidas adolescentes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 (n = 422) e planejamento da gravidez. (x2 = 7,152 – p = 0,307).

Idade em anos	Planejamento da Gravidez				Total	
	SIM		NÃO			
	N	%	N	%	N	%
13	3	30,0	7	70,0	10	100,0
14	0	100	17	0,0	17	100,0
15	9	70,0	34	30,0	43	100,0
16	15	23,8	48	76,3	63	100,0
17	18	21,4	66	78,6	84	100,0
18	22	22,9	76	77,1	98	100,0
19	30	28,0	77	72,0	107	100,0
Total	97	23,0	325	77,0	422	100,0

A Tabela 50 registra a idade das gestantes adolescentes, atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007, em relação ao planejamento da gravidez. Os dados permitem concluir que, via de regra, não ocorre planejamento da gravidez e, com exceção das meninas com 15 anos de idade, a gravidez não foi planejada em 80% dos casos nos demais grupos etários.

Nos Estados Unidos, em 2006, 45% das gestações em adolescentes não foram planejadas e este mesmo grupo de mulheres tiveram índices mais elevados de gonorréia e clamídia. [442]

Abeche, em dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Medicina – Departamento de Clínica Médica – da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em outubro de 2002 resume suas conclusões:

[442] Williams L, Morrow B, Shulman H, Stephens R, D´Angelo D, Fowler CI. PRAMS 2002 surveillance report. Division of Reproductive Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Center for Disease Control, Atlanta, 2006.

> "A gestação na adolescência não é invariavelmente fruto de falha na contracepção ou na orientação anticoncepcional. Há um número expressivo de gestações planejadas ou bem recebidas pelo casal, principalmente quando se trata do primeiro parceiro da adolescente ou de casais morando juntos". [443]

A Tabela 51 registra a idade das adolescentes grávidas atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 e o desejo pela gravidez e é notável a existência de uma associação estatística entre o desejo pela gravidez entre as meninas de todas as idades.

Tabela 51 – Idade das grávidas adolescentes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 (n = 422) e o desejo pela gravidez. (x2 = 17, 393 – p = 0,008).

Idade em anos	Gravidez Desejada				Total	
	SIM		NÃO			
	N	%	N	%	N	%
13	6	60,0	4	40,0	10	100,0
14	6	35,3	11	64,7	17	100,0
15	30	69,8	13	30,2	43	100,0
16	36	57,1	27	42,9	63	100,0
17	65	77,4	19	22,6	84	100,0
18	68	69,4	30	31,6	98	100,0
19	79	73,8	28	26,2	107	100,0
Total	290	68,7	132	30,3	422	100,0

Restringindo a questão ao plano reprodutivo, de acordo com Beretta, Denari e Pedrazzani [444], a maioria destes jovens, em nosso meio, chega à maturidade sexual antes de

[443] Abeche AM. A Gestante Adolescente e seu parceiro: características do relacionamento do casal e aceitação da Gravidez. Resumo de Tese. RBGO 25(7): 535, 2003.
[444] Beretta MIR, Denari FE, Pedrazzani JC. Estudo sobre a incidência de partos na adolescência em um município do Estado de São Paulo. Rev Latino-Am Enfermagem 1995; 3:181-91.

atingir a maturidade social, emocional ou a independência econômica. Dentre múltiplas determinações, a erotização do adolescente, promovida pela mídia, segundo aponta Fujimori e outros [445], estimula a iniciação sexual precoce que, na ausência do domínio das práticas contraceptivas, pode resultar em gravidez não desejada.

Nos Estados Unidos, a maioria das gestações durante a adolescência é indesejada [446], mas muitos trabalhos têm demonstrado que muitas destas gestações não são completamente indesejadas. [447] [448] [449] [450] Estes achados têm levado muitos a especularem que mesmo com estas flutuações na força do desejo de permanecer não grávida contribuem para o errático e enigmático modelo de contracepção que muito frequentemente ocasiona gestações em jovens que alegam não desejam engravidar tão cedo. O discurso ambivalente das jovens não tem correspondência na realidade, pois muitas acabam engravidando "sem querer" pela não utilização de contraceptivos.[451]

Os dados deste trabalho de doutoramento constatam que o não planejamento da gravidez não significa que a gravidez não passe a ser desejada durante o curso ou após o nascimento do bebê.

Os dados constantes no Gráfico seguinte revelam que a ampla maioria das adolescentes (76,4%) declarou ter amamentado seus filhos por período maior que 3 meses, sendo que (66,4%) amamentaram seus filhos por mais de 6 meses (Gráfico 9).

Pesquisadores do Departamento de Medicina Social de Pelotas da Universidade Federal de Pelotas, ao comparar a incidência de amamentação conforme o tipo de parto

[445] Fujimori E, Oliveira IMV, Lima AR, Cassana LMN, Szarfac SC. Perfil socioeconómico y biológico de embarazadas adolescentes de una maternidad de beneficiencia en São Paulo, Brasil. Cuad Med Soc 1997; 38:97-114

[446] Ventura SJ, Freedman MA. Teenage childbearing in the United States, 1960-1997. Am J Prev Med 2000; 19 (seppl) :18.

[447] Steves-Simon C, Beach R, Klerman LV. To be rather than nor to be, that is the problem with the question. Arch Pediatr Adolesc Med 2001; 155:1298.

[448] Jaccard J, Dodge T., Dittus P. Do adolescent want to avoid pregnancy? Attitudes toward as a predictor of pregnancy. J Adolescent Health 2003; 33:79.

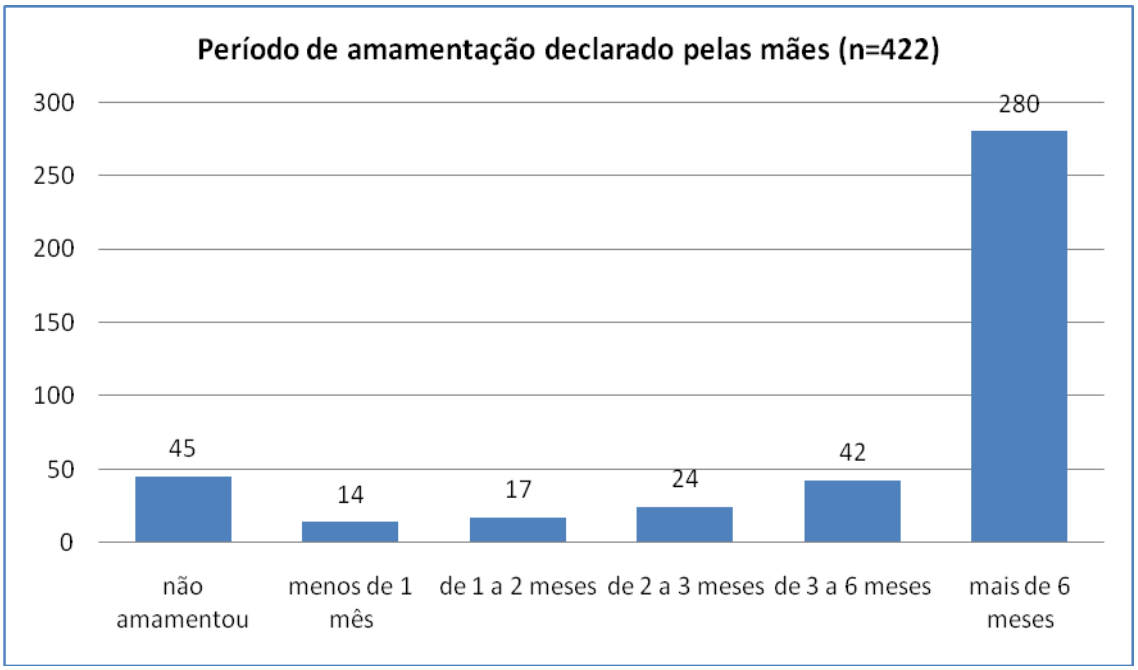
[449] Zabin LS, Astone NM, Emerson MR. Do adolescent want babies? The attitudes and behavior. J Res Adolesc 1993; 3:67.

[450] Cowley C, Farley T. Adolescent Girl´s attitudes Toward pregnancy. J Fam Practice 2001; 50-603.

[451] Steves-Simon C, Sheeder J. Paradoxical Adolescent Reproductive Decisions. J Pediatr Adolesc Gynecol (2004) 17: 29-33.

demonstraram que as mulheres submetidas a cesarianas de urgência têm um risco três vezes maior de interromper a lactação no primeiro mês de vida.[452]

Gráfico 9 – Período de amamentação declarado pelas adolescentes que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007. (n = 422)



Na Tabela 52 é formulado o cruzamento de dados entre a via de parto e o período de amamentação, o teste do qui-quadrado de Pearson de 10,673 e o p valor de 0,058 indicam que não há relação entre o período de amamentação e a via de parto (Tabela 52). Os resultados indicam que a via de parto não interfere nem com a decisão de amamentar nem com o período de amamentação. Pode também ser constatado que as campanhas que estimulam a importância da amamentação têm sido bastante efetivas, tendo em vista que apenas 45 puérperas (10,7%) não amamentaram suas crias e neste número estão incluídos os óbitos fetais.

[452] Weidwerpass E, Barros FC, Victora CG, Tomasi E, Halpern R. Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no Sul do Brasil. Revista de Saúde Pública, 32 (3), 225-31, 1998. Disponível na Internet: http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v32n3/p225-231.pdf. Acessado em 4 de março de 2010.

Tabela 52 – A relação entre o período de amamentação e a via de nascimento das gestantes adolescentes entrevistadas. (n = 422)

Período de Amamentação	Via de Parto				Total	
	Vaginal		Abdominal			
	N	%	N	%	N	%
Não amamentou	18	6,2	27	7,7	45	10,7
Menos de 1 mês	5	2,1	9	3,3	14	3,3
Entre 1 e 2 meses	6	1,1	11	4,0	17	4,0
Entre 2 a 3 meses	14	5,3	10	4,3	24	5,7
Entre 3 a 6 meses	14	10,0	28	11,3	42	10,0
Mais de 6 meses	149	73,3	131	69,4	280	66,3
Total	206	100	216	100	422	100

Alguns autores insistem em afrimar que a cesariana retarda o início da amamentação e interfere na regularidade positiva do hábito de amamentar por períodos prolongados.[453]

A Tabela 53 relaciona a idade das grávidas adolescentes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 e a situação do relacionamento com os familiares após a gravidez. De modo geral, 88,9% das meninas responderam que não mudou o relacionamento com os familiares e 11,1% relataram algum tipo de rejeição ou problema no relacionamento com os próprios pais após o nascimento do bebê, o que reforça o argumento de que a gestação na adolescência nem sempre é percebida como um problema.[454]

[453] Chien L, Tai C. Effect of delivery method and timing of breastfeeding initiations on breastfeeding outcomes in Taiwan. Birth 34:2, June, 2008.
[454] Duarte A. Medicina do Adolescente. Revista Ser Médico 2008; 43, abril/maio, p. 20.

Tabela 53– Idade das gestantes adolescentes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 (n = 422) e o relacionamento com os familiares. (x2 = 5,702 – p = 0,457).

IDADE em anos	Relacionamento com familiares				Total	
	Não mudou		Piorou			
	N	%	N	%	N	%
13	9	90,0	1	10,0	10	100,0
14	14	82,4	3	17,6	17	100,0
15	38	88,4	5	11,6	43	100,0
16	60	95,2	3	4,8	63	100,0
17	77	91,7	7	8,3	84	100,0
18	86	87,6	12	12,4	98	100,0
19	91	85,0	16	15,0	107	100,0
Total	375	88,9	47	11,1	422	100,0

Pesquisadores da Wayne State University, em Detroit, analisaram uma amostra de 420 gestantes adolescentes e concluíram que as meninas que têm parentesco com gestantes adolescentes têm maiores riscos de engravidar do que as meninas que não têm parentescos semelhantes. O trabalho recomenda estratégias de atenção e intervenções no sentido de orientar as adolescentes prestes a iniciar a vida sexual nesta situação de risco. [455]

Um interessante trabalho, realizado por pesquisadoras da Califórnia, ressalta a importância do papel desempenhado pelas mães das adolescentes de baixa renda em relação à autonomia e interdependência das meninas gestantes, que demonstram sentimentos positivos quando interagem num diálogo construtivo com as próprias mães sobre os cuidados com o bebê e sobre a maternidade em geral.[456]

Um trabalho semelhante, realizado por psicólogos canadenses da Universidade de Acadia, relata que as mães adolescentes tendem ao isolamento e têm dificuldades no relacionamento com os demais familiares, e que as mães das meninas têm sido descritas

[455] Thomas EA, Rickei AU. Teen pregnancy and maladjustment: a study of base rates. Journal of Community Psychology, volume 23, issue 3, p. 200-215, Feb 2006.
[456] Nadem E, Romo LF. Low-income Latin Mothers expectations for their pregant daughters Autonomy and Interdependence. Journal of Research on Adolescence 18(2), 215-238, 2008.

como incapazes de contornar esta situação e os pais se mostram ausentes ou passivos diante da situação de fragilidade das filhas.[457]

Na Universidade de Albany, Estado de Nova York, uma pesquisa com 350 gestantes adolescentes entre 14 e 17 anos e suas mães ressalta os impactos negativos sobre a gravidez nas adolescentes resultantes da qualidade de comunicação mãe filha e as consequências sobre as atitudes da adolescente em relação à própria gravidez.[458] Pesquisadores brasileiros de São Paulo relatam que a presença de ambos os pais é um importante fator e proteção contra a gravidez na adolescência e também protege contra outros riscos inerentes a esta faixa etária e que os programas públicos de prevenção devem estimular a participação e o suporte dos familiares.[459]

Pesquisadores do Iowa examinaram as condições de vida de 2.121 gestantes afro-americanas de baixa renda entre adolescentes e gestantes adultas e concluíram que as adolescentes se sentem mais seguras em relação às suas necessidades dadas as facilidades que as mais jovens têm em relação à situação de co-residência com os pais, ao contrário das gestantes adultas que nem sempre desfrutam de condições favoráveis de abrigamento.[460]

Para Jose Domingos dos Santos Junior, a família da gestante tem um papel fundamental no desenvolvimento dos filhos:

> "A família, principalmente na figura dos pais, poderia discutir e orientar seus filhos, com relação às dúvidas, angústias, tabus e preconceitos tão freqüentes, nessa etapa da vida. A maioria das adolescentes coloca que seus pais têm dificuldade de discutir esses temas em casa. O atual modo de vida da família não propicia que os pais fiquem muito tempo com os filhos, o que pode levar ao distanciamento nessas relações, desde a infância. A tentativa de resgate, quando acontece, se dá na adolescência, quando surgem evidências de que algo

[457] Miller A. The relationship between family interaction and sexual behavour in adolescence. Journal of Community Psychology, volume 2, issue 3, p. 285-288, Feb 2010.
[458] Jaccard J, Dodege T, Dittus P. Maternal Discussion about Pregnancy and Adolescence, attitudes toward Pregnancy. Journal of Adolescent Health 2003; 33:84-87.
[459] Peres CA. Family Structure and Adolescent Sexual Behavior in a Poor Area of São Paulo, Brazil. Journal of Adolescent Health 42 (2008) 177-183.
[460] Eshbaugh EM, Luze GL. Adolescent and adult low-income mothers. How do needs and resources differ? Journal of Community Psychology, volume 35, issue 8, p. 1037-1053, Oct 2007.

de ‘anormal’ está ocorrendo com a filha. Outro fato que dificulta a convivência familiar é o processo de modernização das sociedades urbanas. Os adolescentes incorporam, mais rapidamente, as novas tecnologias, os novos valores sociais e culturais, muito diferentes dos valores dos pais, o que favorece o distanciamento e até a separação precoce da família. Por um motivo ou por outro, os pais deixam de participar do desenvolvimento dos filhos, o que reflete na ausência de diálogo sobre temas, como, por exemplo, a educação sexual. Ela fica a cargo dos amigos da rua, da televisão, das revistas e de outros meios; sendo que a família, em poucas ocasiões, é incluída nesse aprendizado.” [461]

Fica evidenciada a importância da família em estudo de Burrows et. al. (1994) [462], desenvolvido no Chile, com 3.000 adolescentes, onde os autores estabeleceram uma tabela de risco para a gravidez precoce, sendo que, das variáveis selecionadas, a metade estava relacionada à família (estabilidade familiar – com quem vive atualmente, idade do primeiro parto da mãe, escolaridade dos pais, permissividade e religiosidade familiar).

Lima e outros, em estudo descritivo com 19 gestantes, de 10-19 anos que realizaram pré-natal nas unidades de saúde da família da ilha do Chié, em Recife, de agosto a setembro de 2002, e 14 responsáveis pelas adolescentes, utilizaram dois instrumentos para coleta de dados e as questões abertas foram submetidas à análise de conteúdo o obtiveram os seguintes resultados:

“As adolescentes têm a mãe como responsável pelo cuidado (71,5%), iniciaram-se sexualmente com o namorado (73,7%), com idade entre 10-14 anos (52,7%), usando método contraceptivo (68,4%) e têm antecedentes reprodutivos (42,1%). Metade desejava a gravidez atual, 78,5% recebem apoio afetivo e financeiro do pai da criança e 57,2% da mãe. Antes de engravidar 10,5% não estudavam, nem trabalhavam, e atualmente 57,9% estão nessa condição. Suas responsáveis são mulheres,

[461] Santos Jr. JD. Departamento Materno Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP. Disponível na Internet: http://www.adolec.br/bvs/adolec/P/cadernos/capitulo/cap22/cap22.htm Acessado em 27 de maio de 2010.
[462] Burrows AR. Et. al. Riesgo de Embarazo temprano: construccion y validacion de un instrumento predictor. Rev. Méd.Chile; 122:713-720, June, 1994.

> 21,4% analfabetas e 64,3% provem o sustento. Diante da gravidez das filhas sentiram alegria/satisfação (35,7%) e desgosto (28,5%), e 92,9% aceitaram o fato. E as conclusões são de que a gravidez na adolescência nem sempre é percebida como um problema, o que reforça a importância da construção de estratégias de prevenção que considerem a realidade local". [463]

Pesquisadores, especialistas em Saúde da Família, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, realizaram estudo qualitativo, que objetivou apreender o significado da gravidez da adolescente para seus familiares. Empregou-se a entrevista semiestruturada e discurso do sujeito coletivo. A conclusão do trabalho foi que:

> "A questão da gravidez na adolescência realmente não deve ser marcada apenas como experiência negativa e insalubre para as jovens e suas famílias. Para os familiares, esse acontecimento familiar e social, esperado ou não, deve ser assumido e vivenciado pela jovem, porém, com o suporte familiar, cada qual com suas responsabilidades quanto ao ciclo gravídico-puerperal e à maternagem. Nesse sentido, considera-se que a experiência com a gestação precoce, impregnada por significados e vivências por vezes contraditórios, pode contribuir não só para o desenvolvimento global da adolescente, como também para o desenvolvimento global de sua família. E, levando em consideração as crenças, os valores e o modo como representa e age a família perante a situação, ou seja, considerando as potencialidades e os limites da família, os profissionais têm a possibilidade de exercerem a escuta, o acolhimento e o cuidado, tanto da adolescente grávida quanto dessa família, inseridos em seu contexto familiar e social. Dessa forma, facilita-se a aquisição e o desenvolvimento de recursos próprios, por parte do núcleo familiar, no enfrentamento de momentos conflituosos, reconhecendo a família como sujeito ativo nesse processo". [464]

---

[463] Lima CTB. et. al. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. vol.4 n.1 Recife Jan./Mar. 2004

[464] Silva L, Tonete VLP. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. Rev. Latino Americana de Enfermagem v.14 n.2 Ribeirão Preto mar./abr. 2006.

Pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisaram a influência dos familiares, especialmente da mãe da adolescente, nos comportamentos relacionados a sexualidade e concluíram que:

> "A informação sobre prevenção foi percebida, pelas jovens, como parcial e incompleta e a comunicação mostrou-se prejudicada por falta de confiança no interlocutor preferencial (no caso, a mãe). A rede de apoio, constituída por tias e amigas, mostrou-se falha em apresentar esclarecimentos ou reduzir incertezas. Além de despreparados, os interlocutores apresentaram dificuldades associadas à falta de informação e a não aceitação da sexualidade adolescente. Este estudo evidenciou que a gravidez na adolescência é e continuará sendo um motivo de impasse no meio familiar, além de trazer inúmeras conseqüências sociais e econômicas. Diante da notória dificuldade existente na relação entre mãe e filha no que diz respeito à sexualidade recomenda-se que programas de orientação sexual incluam a preparação dos pais em habilidades informativas e comunicativas. O presente estudo reconhece, todavia, que mesmo com grandes esforços no incentivo de bons programas de orientação sexual para mães, pais, filhas e filhos os resultados deverão ser modestos. No entanto, a gravidez na adolescência é uma questão que deve estar permanentemente em pauta e merece investimentos em pesquisa e em programas preventivos. Deve-se considerar que se grandes investimentos em programas de orientação conduzem a resultados modestos, a falta de investimentos produz resultados catastróficos". [465]

A literatura é farta em trabalhos que enfatizam o papel dos familiares nos eventos que sucedem a gravidez na adolescência. [466] [467] [468] [469]

---

[465] Dias ACG, Gomes WB. Conversas, em família, sobre sexualidade e gravidez na adolescência: percepção das jovens gestantes. Psicol. Reflex. Crit. vol.13 n.1 Porto Alegre, 2000.

[466] Benson MJ. After the adolescent Pregnancy: Parents, Teens and Families. Child and Adolescent Social Work Journal, volume 21, n. 5, October 2004.

[467] Coleman PK. Resolution of Unwanted Pregnancy during Adolescence through Abortion versus Childbirth: Individual and Family Predictors and Psychosocial Consequences. Journal of Youth Adolescence (2006) 35:903-911.

A Tabela 54 registra a idade das gestantes adolescentes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 e a situação conjugal dos pais da gestante adolescente (avós maternos) e os dados permitem concluir que não há relação entre a situação conjugal dos avós maternos e a idade das meninas. Valores extremos podem ter prejudicado o teste de Pearson.

Tabela 54 – A idade das gestantes adolescentes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 e a situação conjugal dos pais das parturientes (avós maternos). (x2 = 7,445 – p = 0,282).

IDADE em anos	Os avós maternos vivem juntos				Total	
	SIM		NÃO			
	N	%	N	%	N	%
13	3	30,0	7	70,0	10	100,0
14	12	70,6	5	29,4	17	100,0
15	18	41,9	25	58,1	43	100,0
16	26	41,3	37	58,7	63	100,0
17	35	41,7	49	58,3	84	100,0
18	40	40,8	58	59,2	98	100,0
19	52	48,6	56	51,4	107	100,0
Total	186	44,0	236	66,0	422	100,0

Pesquisa qualitativa realizada em João Pessoa no Estado da Paraíba ressalta o importante papel da avó materna em todo o desenrolar da gravidez da menina adolescente e traz as seguintes considerações finais:

> "Através dos subsistemas avós-mães, verificou-se que as mudanças (adolescência, gravidez, nascimento, entre outras) vivenciadas,

[468] Johnson KA, Tyler KA. Adolescent Sexual Onset: na intergenerational Analysis. Journal of Youth Adolescence (2007) 36:939-949.
[469] Brosh J, Weigel D, Evans W. Pregnant and Parenting Adolescents´Perception of Sources and Supports in Relation to Educational Goals. Child Adolesc Work Journal. (2007) 24:565-578.

alteraram o equilíbrio dinâmico da família, sendo necessária a mobilização de recursos internos de seus integrantes, no sentido de conservar um mínimo de suporte para se vivenciar a situação. Nesta pesquisa, 72% das avós maternas dos bebês também foram mães na adolescência. Tal dado denunciou a influência das gerações passadas e a possível transmissão de padrões às gerações futuras. Apesar da maioria das adolescentes possuir mães que também foram mães na adolescência, constatou-se que prevaleceram as reações iniciais desfavoráveis frente à gravidez, por parte das mães e principalmente por parte das avós maternas dos bebês. Algumas adolescentes tentaram o aborto. Dentre as que pensaram (12%) ou tentaram (12%), houve quem verbalizasse a influência que as avós maternas dos bebês, outros familiares e até mesmo vizinhos e colegas exerciam na tomada dessa decisão. A justificativa para que isso tenha ocorrido se dá, provavelmente, pela própria experiência que essas avós tiveram enquanto mães adolescentes, e pelos tabus ou dificuldades financeiras e emocionais que enfrentaram ou ainda enfrentam na vida. Notou-se que algumas adolescentes, com medo de comunicar o fato à família, com dificuldades em aceitar a própria gestação ou até mesmo pela falta de instrução, postergavam sua ida aos postos de saúde não favorecendo, portanto, os cuidados essenciais que o período da gravidez requer. Acredita-se que a idade das adolescentes não pode, isoladamente, ser considerada como causa de conseqüências adversas da gravidez. Em geral, as condições sócio-econômicas ou inadequadas de acompanhamento em torno do processo podem ter contribuído para esse resultado. No que concerne ao exercício da maternidade, as unidades de análise mais destacadas apresentaram uma concepção favorável. Isso vem de certa forma desmistificar a idéia de que a maternidade na adolescência é sempre desfavorável na vida dessas jovens. Todavia, comparando os grupos, observou-se que o aspecto favorável da maternidade foi mais enfatizado no grupo das adolescentes do que no grupo das avós. Nesse sentido, determinadas avós também apresentaram discursos ligados à imaturidade e impaciência das mães adolescentes para com seus bebês. Percebeu-se ainda que as diferentes formas de ver a maternidade, por parte das adolescentes, estavam

> interligadas a vários fatores, destacando-se o apoio oferecido pelas avós e pelos pais dos bebês. Referente ao papel da avó materna do bebê, verificou-se que o mais exercido foi cuidar/apoiar a mãe adolescente e sua criança, com a avó tornando-se, muitas vezes, mãe substituta do neto(a). Aqui, vale mencionar que, mesmo denotando satisfação com o papel que vivenciavam, algumas avós apontavam queixas acerca de conflitos existentes no exercício de sua função. Detectou-se ainda que muitas vezes, o bebê chamava a avó de mãe, corroborando a idéia de que a avó é mãe e avó ao mesmo tempo. Acredita-se que se delimitando os papéis o (a) neto(a) tenha uma melhor oportunidade de vivenciar, de trocar experiências com os avós enquanto avós e não enquanto pais. Implantar nas escolas, nos postos de saúde ou em instituições afins, uma rede de apoio às famílias e às adolescentes é primordial. Para futuras pesquisas merecem ser investigados a figura do pai do bebê e o papel desempenhado pelos avôs maternos e avós paternos nessa situação. Poderiam ser realizados, também, estudos com outros membros familiares envolvidos na questão, averiguando-se o suporte oferecido pelos avós ou comparando grupos de baixa e média renda.” [470]

A Tabela 55 retrata, de forma indireta, os reflexos e as consequências da gravidez para a menina que assume a responsabilidade para com a vida de outro ser humano indefeso e ainda mais dependente de cuidados do que ela própria.

É notável que 44,1% das meninas continuaram a morar na casa dos pais o que pressupõe uma aceitação por parto dos pais e a incorporação de um novo membro na família e a consequente necessidade de administrar inevitáveis conflitos interfamiliares.

[470] Silva DV, Salomão NMR. A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas dos bebês. Estud. psicol. (Natal) vol.8 no.1 Natal Jan./Apr. 2003.

Tabela 55 – Local de moradia das adolescentes após o nascimento do bebê. (n = 422)

Após o nascimento do bebê	N	%
Continuou a morar na casa dos pais	186	44,1
Foi obrigada a sair de casa	14	3,3
Foi morar com o parceiro com o consentimento dos pais	222	52,6
Total	422	100,0

Pesquisadores da Universidade Federal do Ceará analisaram os conflitos resultantes da descoberta da gravidez na adolescência e chegaram às seguintes conclusões:

> "Durante o estudo, percebeu-se que os conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez se dão na percepção dessa gestação como um acontecimento indesejado, no medo de enfrentar tal situação perante sua família ou companheiro, nas reações dos pais/ responsáveis com a descoberta da gravidez na adolescência e também são ressaltados no baixo nível socioeconômico familiar, determinantes da 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, à cobrança social que esse novo papel acarretará. É evidente que a gravidez indesejada em adolescentes tem como principal conseqüência uma problemática nos níveis biológicos e psicossociais, tanto maior quanto menor a idade da gestante. Entre as conseqüências psicossociais, preocupa a interrupção da escolarização e da formação profissional. A pesquisa demonstra freqüente baixa escolaridade e falta de profissionalização entre as gestantes e mães adolescentes, o que dificulta a inserção no mercado competitivo de trabalho, implicando em empregos de baixa remuneração e desqualificação, colocando mães adolescentes e

filhos em situação de risco social, se medidas de suporte não forem adotadas. Outra situação angustiante encontrada foi saber que, apesar das informações sobre métodos contraceptivos na mídia e dos programas existentes nas secretarias de saúde municipais, somente em um depoimento foi relatado conhecimento sobre camisinha. Sendo uma das pesquisadoras enfermeira que vivencia a ênfase dada a essa orientação no município, fica difícil acreditar que tal situação ainda venha a acontecer. É necessário, portanto, refletir sobre como estes programas estão sendo implementados na atenção básica. A sociedade carece de sistemas educacionais que abranjam os adolescentes, em especial as jovens grávidas. Educadores, sanitaristas, líderes e pais freqüentemente têm pouca habilidade para conversar sobre a vida sexual na adolescência. Com isso, fornecem informações equivocadas ou geram constrangimento na discussão de tais assuntos. É necessário comunicar efetivamente aos jovens a necessidade de bem-estar físico, social e psicológico, e do estabelecimento de relações sólidas antes da maternidade ou paternidade. A prevenção de gravidez indesejada na adolescência requer um esteio forte e uma educação formal bem delineada, que permita o recebimento de informações adequadas sobre educação sexual e métodos contraceptivos, além de requisitar um canal comunicacional aberto para que a adolescente possa expor suas idéias, temores, dúvidas e ter respaldo familiar na formação de sua personalidade. Os programas para adolescentes que tratam de temas como sexualidade, gravidez, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS devem, sobretudo, considerar os aspectos sociais, culturais e econômicos da comunidade em que são desenvolvidos. Os profissionais de saúde devem procurar estabelecer um relacionamento de confiança com essas adolescentes, a fim de prevenir na adolescente o desejo de provocar um aborto ou cometer suicídio. A adolescente deve receber apoio psicológico nesse momento, além de orientações sobre métodos contraceptivos, pré-natal e apoio da família, companheiro e sociedade. Além disso, é preciso ouvir e valorizar os sentimentos e preocupações dos jovens para conhecer o mundo adolescente: as pressões e os constrangimentos podem dar pistas das dificuldades que enfrentam na hora de optar e usar um método

> anticoncepcional, e dos entraves para a negociação dos métodos entre parceiros. A partir do descrito, sugere-se à equipe de saúde realizar palestras dirigidas aos adolescentes, utilizando recursos didáticos que os sensibilizem para o uso de métodos contraceptivos; sensibilizar a equipe multiprofissional para o trabalho com adolescentes, incentivando seu maior empenho nos programas de assistência a esse grupo; e, desenvolver o trabalho com grupos de adolescentes a partir das necessidades apontadas por eles para que sejam atores ativos nesse processo, o que contribuirá na sua formação para a vida e o mundo. Para tanto, a equipe de saúde da família necessita estar capacitada e desenvolver continuamente ações de promoção da saúde junto a esta população, no que pesam as intervenções educativas realizadas pelo enfermeiro no cenário da saúde. [471]

A Tabela 56 demonstra a idade das adolescentes e a quem cabe a responsabilidade (custos) para com a sobrevivência da mãe e do bebê. É possível verificar que, no geral, em 1/3 dos casos as despesas são arcadas pelos avós maternos, em outro 1/3 dos casos pelo próprio pai do bebê e em outro 1/3 dos casos por ambas as partes. Normalmente, quando a adolescente declara ter renda própria, esta se refere a proventos provenientes de pensão alimentícia. A literatura refere que a família constitui fonte de apoio material dos jovens pais e mães, independentemente do segmento social e da situação de moradia, há sempre uma ajuda importante no sustento dos jovens e seus filhos.

As avós maternas estão sempre próximas aos netos e assumem responsabilidades no cuidar dos mesmos. [472]

O suporte familiar tem sido considerado o fator minimizador mais importante nas repercussões emocionais negativas na gravidez na adolescência. [473]

[471] Moreira MTM, Viana DS, Queiroz MVO, Jorge MSB. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. Rev. esc. enferm. USP v.42 n.2 São Paulo jun. 2008.
[472] Campos MAB. Gravidez na adolescência. A imposição de uma nova identidade. Pediatria Atualidades 2000; 13(11/12): 25-6.
[473] Campos DMS. Psicologia da Adolescência. Petrópolis, Editora Vozes, 1985.

Tabela 56 – Idade das gestantes adolescentes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 (n = 422) e a responsabilidade pela sobrevivência da adolescente e do bebê. (x2 = 18,887 – p = 0,399).

Idade	A responsabilidade pelo sustento da adolescente e do bebê								Total	
	Avós maternos		Pai do bebê		Avós + Pai		Adolescente tem renda própria			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
13	2	20,0	6	60,0	2	20,0	0	0,0	10	100,0
14	8	47,0	4	23,5	5	29,5	0	0,0	17	100,0
15	14	32,6	14	32,6	14	32,6	1	2,2	43	100,0
16	18	28,6	22	34,9	17	27,0	6	9,5	63	100,0
17	27	32,1	27	32,1	26	32,0	4	4,8	84	100,0
18	22	22,5	37	37,7	34	34,7	5	5,1	98	100,0
19	24	22,4	43	40,2	28	26,2	12	11,2	107	100,0
Total	115	27,2	153	36,2	126	29,6	28	6,6	422	100,0

Trabalho realizado em 3 cidades do Brasil descreve jovens de 18 a 24 anos que experimentaram a maternidade e a paternidade na adolescência. Os dados são oriundos de um estudo multicêntrico (Pesquisa GRAVAD) realizado nas cidades brasileiras de Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador, por meio de inquérito domiciliar, com amostragem probabilística estratificada em três estágios. Do total de 4.634 pessoas entrevistadas, 17,9% de mulheres e 6,3% de homens tornaram-se pais antes dos vinte anos. Os jovens pais/mães apresentam baixa escolaridade e inserção precoce no mercado de trabalho. A maioria desses jovens declara renda familiar *per capita* até um salário mínimo. A existência de filhos motiva a união conjugal juvenil, na qual se reafirmam as funções de prover e cuidar da criança para homens e mulheres, respectivamente. A família se constitui como instância fundamental de apoio material e afetivo para os jovens pais, mesmo para aqueles que

formaram um novo grupo familiar. A seguir, transcrevo as considerações finais das autoras:

> "Neste estudo, foram constatadas algumas especificidades nas biografias dos jovens que tiveram experiência de parentalidade na adolescência, em comparação com aqueles que não vivenciaram essa experiência. Os jovens pais/ mães apresentam baixa escolaridade e inserção mais precoce no mercado de trabalho. No entanto, essa situação não aparece como conseqüência direta da gravidez na adolescência. O percurso escolar desses jovens é marcado por interrupções do estudo que antecedem esse evento, assim como o início das atividades remuneradas. No campo das Ciências Sociais, percebe-se o fortalecimento do argumento da maternidade e paternidade juvenis como busca de reconhecimento e inserção sociais dos sujeitos, em que pese à heterogeneidade de situações que envolvam os jovens e as questões presentes na decisão de levar a gravidez a termo. Compondo o quadro de referência da Pesquisa GRAVAD, vale ressaltar a visibilidade conferida à paternidade e a possibilidade de confrontar declarações masculinas e femininas. É perceptível uma maior participação do pai não circunscrita ao sustento do filho. No entanto, prevalece, ainda, a lógica de gênero que define o espaço doméstico, sobretudo, o cuidado com a criança, como domínio do feminino e a função de provedor associada ao masculino. A rede de solidariedade e cooperação que se estabelece para ajudar a adolescente mãe é composta, na sua maioria, por mulheres destaque para a rede de parentesco. A família se constitui em fonte de apoio material desses jovens pais/mães: independentemente do segmento social e da situação de co-residência, há sempre uma ajuda importante no sustento deles/as e suas crianças. As avós maternas estão sempre próximas aos netos, assumindo responsabilidade de cuidado com eles. A reflexão acerca da juventude e a condição de parentalidade suscitam a importância da compreensão da família como instância de interseção de apoio

afetivo-material, que consubstancia o movimento de construção da autonomia e redimensiona a relação de dependência desses jovens. [474]

A Tabela 57 retrata a intencionalidade da gravidez entre as entrevistadas e os dados permitem comprovar que a maioria (69,7%) das meninas engravida sem um objetivo claro, o que leva a pensar que a gravidez é um acontecimento episódico, circunstancial.

Tabela 57 – A motivação pela gravidez conforme declaração das gestantes adolescentes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007. (n = 422)

Você engravidou	N	%
Porque seu parceiro queria	39	9,2
Por amor	79	18,7
Para segurar o parceiro	10	2,4
Sem nenhum objetivo claro	294	69,7
Total	422	100,0

A Tabela 58 demonstra que a absoluta maioria (96,0%) das adolescentes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 (n = 422) não engravidou novamente após o nascimento do bebê e que somente 4% das meninas engravidaram novamente. Este dado é coincidente com relatos da literatura. Um trabalho publicado por pesquisadoras da Universidade de São Paulo relata que 4,9% das meninas participantes de um programa de planejamento familiar apresentaram recidiva de gravidez. A conclusão do trabalho é que:

"Os dados encontrados no presente estudo permitem reconhecer a vulnerabilidade e a exposição das adolescentes à gravidez e sua

[474] Dias AB, Aquino EML. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. Cad. Saúde Pública vol.22 no.7 Rio de Janeiro July 2006.

repetição. Reforçam a importância do estabelecimento de políticas públicas e programas voltados para a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens que englobem a educação, os conceitos e o uso correto dos métodos contraceptivos, que ofereçam além do método, o acompanhamento médico e de enfermagem, visto a necessidade destes de informações e meios de prevenção de gravidez." [475]

Tabela 58 - A idade das grávidas adolescentes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 (n = 422) e a ocorrência de nova gestação após o nascimento do bebê.

IDADE em anos	Ocorrência de nova gestação						Total	
	Não		Sim, do mesmo parceiro		Sim, de outro parceiro			
	N	%	N	%	N	%	N	%
13	9	90,0	1	10,0	0	0,0	10	100,0
14	16	94,1	1	5,9	0	0,0	17	100,0
15	38	88,4	4	9,3	1	2,3	43	100,0
16	63	100,0	0	100,0	0	0,0	63	100,0
17	84	100,0	0	0,0	0	0,0	84	100,0
18	92	100,0	0	0,0	0	0,0	98	100,0
19	103	92,3	3	2,8	1	0,9	107	100,0
Total	405	96,0	15	3,5	2	0,5	422	100,0

A Tabela 59 registra a idade das grávidas adolescentes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 e o desejo em parir os filhos pela via abdominal. Assim como em outras faixas etárias, prevalece o desejo em ter filhos por meio de parto normal, em virtude da crença disseminada de um tempo mais rápido de recuperação no parto normal e maior independência para os cuidados futuros com o bebê.

[475] Berlofi LM, et. al. - Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. Acta Paul Enferm 2006;19(2):196-200.

Tabela 59 – Idade das gestantes adolescentes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 (n = 422) e o desejo pela via de parto cesariana. (x2 = 9,421 – p = 0,151).

IDADE em anos	Desejava Cesariana				Total	
	SIM		NÃO			
	N	%	N	%	N	%
13	5	50%	5	50%	10	100,0
14	6	32,3	11	67,7	17	100,0
15	17	39,5	26	60,5	43	100,0
16	26	41,7	37	58,3	63	100,0
17	31	36,9	53	63,1	84	100,0
18	30	31,2	68	68,8	98	100,0
19	25	23,4	82	76,6	107	100,0
Total	140	33,2	282	66,8	422	100,0

A Tabela 60 expõe dados sobre o sentimento de felicidade das meninas mães.

Tabela 60 – O sentimento de felicidade (Você se sente feliz com a vida atual?). (n = 422)

Sentimento de felicidade	N	%
Sinto-me feliz	91	21,6
Não me sinto feliz	331	78,4
Total	422	100,0

O percentual de mães adolescentes que declara não se sentirem felizes é bastante elevado (78,4%) em relação àquelas que declaram se sentirem felizes (21,6%). (Tabela 60). Obviamente que a abordagem e mensuração para o sentimento de felicidade é uma questão bastante complexa e envolve uma gama de variáveis nos vários setores da vida pessoal, sentimental, profissional, familiar, etc. No caso, trata se de mães que ainda eram adolescentes nos anos de 2006 e 2007 e as entrevistas foram realizadas no decorrer de 2008 e nos primeiros meses de 2009 e as respostas foram dadas para uma pergunta simples e direta.

Pesquisadores austríacos, após entrevistarem 131 gestantes adolescentes concluíram que:

> "Nosso estudo não corroborou o senso comum de que a gestação em adolescentes pode ser desvantajosa para mulheres jovens. Em nosso estudo, um considerável número de meninas consegue atingir elevados níveis de estudo. Além do mais, nós verificamos que as adolescentes estão mais satisfeitas com determinadas áreas da vida quando comparadas com população geral.[476]

Para Ayres e colaboradores,

> "A exclusão dos processos comunicacionais, dos espaços institucionais e da cidadania plena seria um potente determinante de vulnerabilidade dos adolescentes aos danos decorrentes do uso de drogas, exposição à Aids e à gravidez precoce. Eles estariam se arriscando com o necessário [...] restrito a poucas alternativas possíveis. [...] Quando só se pode escolher entre ser feliz correndo risco ou não ser feliz, o que a grande maioria de nós escolheria?". [477]

[476] Zeck W, Bjelic-Radisic V, Hass J, Greimel E. Impact of Adolescent Pregnancy on the Future Life of Young Mothers in Terms of Social, Familial, and Educacional Changes. Journal of Adolescent Health 41 (2007) 380 -388.

[477] Ayres JRCM, Calazans GJ, França Junior I. Vulnerabilidade do adolescente ao HIV/Aids. In: Vieira EM, Fernandes MEL, Bailey P, Mckay A, organizadores. Seminário gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família; 1998. p.98-109.

Os dados da Tabela 61 demonstram uma variação no sentimento de felicidade nas meninas com 13 e 14 anos de idade. Nas demais faixas etárias, praticamente ocorre uma sobreposição dos percentuais.

Tabela 61 – Idade das gestantes adolescentes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 (n = 422) e manifestação quanto à felicidade no momento da entrevista. (x2 = 10,843 – p = 0,093).

IDADE em anos	Se sente feliz?				Total	
	SIM		NÃO			
	N	%	N	%	N	%
13	1	10,0	9	90,0	10	100,0
14	8	47,3	9	53,0	17	100,0
15	11	25,6	32	74,4	43	100,0
16	17	27,0	46	73,0	63	100,0
17	18	21,4	66	78,6	84	100,0
18	18	18,4	80	81,6	98	100,0
19	18	20,2	89	79,8	89	100,0
Total	91	21,6	331	78,4	422	100,0

Pesquisadores ingleses publicaram um artigo com no qual concluem que a maioria das adolescentes acaba por enfrentar positivamente as situações adversas advindas da maternidade precoce tais como emprego, relacionamento com parceiro, habitação, questões financeiras, aspirações futuras, satisfação enquanto mães, relacionamento com o filho. [478]

A gravidez na adolescência é sempre uma situação que motiva angústias e incertezas. Contudo, muitas vezes, a adolescente tem orgulho em ter o filho, funcionando a maternidade como um instrumento de autorrealização autocompensação afetiva. Dependendo do contexto social em que está inserida a adolescente, a gravidez pode ser

[478] Richards J, Papworth M, Corbett S, Good J. Adolescent motherhhod: a Q-methodological re-evaluation of psychological and social outcomes. Journal of Community & Applied Social Psychology, volume 17, issue 5, P. 347-362, apr 2007.

encarada como evento normal, não problemático, aceito dentro das suas normas e costumes.

Pesquisadoras do Estado de São Paulo entrevistaram mulheres moradoras da favelado Moinho (SP) que tiveram filhos na adolescência e concluíram que:

> "A gravidez precoce resulta em transformações físicas e psicológicas, gerando conflitos sentimentais para as jovens mães. Neste estudo, objetivou-se descrever os fatores emocionais das adolescentes desde a constatação da gravidez até o momento que 'deixaram' de ser filhas para se tornarem mães. Participaram desta pesquisa descritivo-qualitativa mulheres residentes na Favela do Moinho, cuja primeira gestação ocorreu no período dos 13 aos 18 anos. Constatou-se que ser mãe, para essas jovens, era a realização de um sonho, apesar de não estarem ainda preparadas física e emocionalmente para a maternidade. Ressalte-se também a importância do apoio familiar, para que não desenvolvessem sentimentos negativos em relação ao futuro incerto. Concluiu-se que a gravidez na adolescência resulta, principalmente, no afastamento escolar, gerando transtornos emocionais e sentimentos que variavam da felicidade ao medo."

A gravidez na adolescência é um acontecimento decorrente de uma gama de variáveis e congrega outra gama de consequências, conforme exposição formulada nas páginas, gráficos e tabelas anteriores.

A multifatorialidade de eventos, quase sempre traumáticos, nas esferas social, comportamental e psíquica, deixa exposta a vulnerabilidade das meninas que se tornam ainda mais frágeis, ao carregar no colo uma criatura inocente que terá seu destino comprometido pelas turbulências vivenciadas após emergir no mundo e enfrentar as adeversidades que a vida reserva para ser humano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

> Deteve-se numa adolescência magnífica, cada vez mais impermeável aos formalismos, mais indiferente à malícia e à desconfiança, feliz num mundo próprio de realidades simples. Não percebia por que razão as mulheres complicavam a vida com corpetes e saiotes, de modo que coseu um balandrau de canhamaço que enfiava simplesmente pela cabeça e resolvia sem mais delongas o problema de se vestir, sem lhe tirar a impressão de estar nua, que era na sua maneira de ver as coisas, a única forma decente de estar em casa. Aborreceram-na tanto para que cortasse o cabelo e para que fizesse carrapitos com travessas e tranças com laços coloridos, que muito simplesmente rapou a cabeça e fez perucas para santos. O que era espantoso no seu instinto simplificador era que quanto mais se desembaraçava da moda em busca da comodidade, quanto mais passava por cima dos convencionalismos obedecendo à espontaneidade, mais perturbadora se tornava a sua beleza incrível e mais provocador o seu comportamento com os homens.
>
> Gabriel Garcia Marques [479]

Autonomia da pessoa

A gravidez na adolescência é um fenômeno bastante complexo e está associado a uma multiplicidade de fatores sociais, familiares, econômicos, comportamentais, psicológicos, educacionais que proporcionam, na ampla maioria das vezes, ainda mais problemas e desvantagens para este grupo populacional vulnerável que nem são crianças e nem tampouco são mulheres adultas. Dependem de terceiros para a aquisição de elementos básicos e necessários para a sobrevivência do corpo e permanecem à mercê de estereótipos, fantasias, sonhos, que serão os instrumentos utilizados para modelar a identidade e a personalidade futura do adulto em formação.

A jovem mãe tem uma limitação para a tomada de decisões, entre outras causas, pela subordinação que caracteriza a estrutura social marcada pelo patriarcalismo.

[479] Gabriel Garcia Marques em Cem anos de solidão, Editora Record, 1967. Disponível na Internet.

Para Diniz, "As enormes disparidades econômicas, sociais e culturais entre as classes no Brasil impõem modulações consideráveis no fenômeno da juventude e da gravidez na adolescência".[480]

O tema deste trabalho está estreitamente relacionado ao Princípio da Autonomia que afeta os atores principais desta tese que são as adolescentes grávidas. Pessoas humanas que vivem em uma fase de transição para a vida adulta, ainda imaturos do ponto de vista físico – menstruaram pela primeira vez aos 12,5 anos (Tabela 17) - e hormonal e com uma personalidade ainda em fase de consolidação. Tais personagens se deparam com uma situação na qual é necessário tomar importantes e inadiáveis decisões diante de uma gravidez que, muitas vezes, a gravidez acontece ainda na primeira relação sexual, que ocorre aos 14,5 anos (Tabela 18) e em 96% dos casos esta primeira relação é consentida conforme declaração das próprias meninas. (Tabela 19)

A gravidez, desejada ou não, planejada ou não, mas que, inapelavelmente, envolve a presença de uma outra pessoa humana que irá se implantar no endométrio e habitar o compartimento uterino recém preparado, onde deverá crescer e se desenvolver por um período de aproximadamente 40 longas e, porventura, difíceis semanas até o momento do parto.

A primeira decisão a ser tomada é relacionada à realização de um aborto e 5,5% das meninas gestantes entrevistadas declararam pelo menos um abortamento prévio à gravidez em questão (Gráfico 8).

O princípio da Autonomia, denominação mais comum pela qual é conhecido o respeito às pessoas, exige que aceitemos que elas se autogovernem ou que sejam autônomas quer nas suas escolhas, quer nos seus atos.

Para Clóvis Constantino:

> "Pode-se afirmar que o limite da Autonomia é o benefício que se pode obter (beneficência) e o prejuízo que se pode prevenir (não-maleficência) e, quando se cuida da criança e adolescentes vitimizadas, a situação pode gerar conflitos e dilemas.[481] Se a atitude dos pais sempre benefiasse seus filhos, não haveria a necessidade de elaboração de leis

[480] Diniz D, Costa S. Ensaios: Bioética. Brasília: Letras Livres, 2006, p. 50.
[481] Kipper DJ, Francisconi CF, Oselka GW, Clotet J, Goldim JR, Loch. Uma introdução à Bioética. Temas de Pediatria Nestlé, 2002; 73:56.

> específicas para tutelar os direitos e interesses dos menores e evitar eventuais excessos e abusos de poder, seja familiar (antigo pátrio poder), seja de autoridades policiais ou judiciais; não haveria necessidade de estatutos, normas, resoluções ou recomendações visando a equilibrar as consequências de algum senso de autoridade ou propriedade que os responsáveis expressam em relação aos menores sob sua responsabilidade." [482]

No caso dos adolescentes, a Autonomia destes terá uma interferência e uma dependência dos pais e da relação estabelecida entre ambos. Tendo como agravante a falta de informações, o medo de assumir a vida sexual e a falta de espaço para discussão de valores no seio de suas famílias e acabam levando as adolescentes a uma gravidez. Perdidas entre o "não pode" dos pais e o "faça" autoritário que impera na mídia, as adolescentes raramente conseguem alguém para ouvir seus conflitos e medos.

Para Reichert,

> "Partindo do princípio que a autonomia é a habilidade para dirigir a própria vida, para definir metas, os sentimentos de competência e habilidade para regular as próprias ações e que este construto sofre a influência das práticas educativas adotadas pelos pais, é imprescindível que se conheça a percepção de ambos, pais e filhos, para poder se compreender melhor este processo. Neste sentido, apontamos aqui um aspecto que deve ser objeto de futuras pesquisas. Não podemos esquecer que a intenção de agir nem sempre se manifesta de maneira concreta, portanto devemos conhecer também qual a percepção dos pais a respeito de suas práticas educativas e ver se estas estão se manifestando de maneira coerente com suas intenções de agir e se os jovens estão percebendo tais intenções da maneira que os pais estão tentando manifestar.[483]

[482] Constantino CF, Barros JCR, Hirshheimer MR. – Cuidando de crianças e adolescentes sob o olhar da ética e da bioética, São Paulo, Editora Atheneu, 2009, p. 70.
[483] Reichert CB, Wagner A. - Autonomia na adolescência e sua relação com os estilos parentais. PSICO, Porto Alegre, PUCRS, v. 38, n. 3, p. 292-299, set./dez. 2007.

Sobre a Autonomia, complementa John Mill,,

> "Nenhuma liberdade é livre se não se respeitam, em conjunto, essas liberdades, seja qual for sua forma de governo; e nenhuma sociedade é completamente livre se tais liberdades não existirem em caráter absoluto e sem reservas. A única liberdade merecedora desse nome é a de buscar nosso próprio bem da maneira que nos seja conveniente, contanto que não tentemos privar outros do que lhes convém, ou impedir seus esforços de obtê-lo. Cada um é o guardião adequado de sua própria saúde, seja física, seja mental ou espiritual. A liberdade ganha mais tolerando que cada um viva conforme o que lhe parece bom do que compelindo cada um a viver conforme pareça bom ao restante".[484]

Para que essa autonomia possa ser exercida, o setor saúde e outros setores sociais precisam construir práticas que favoreçam o reconhecimento, pelo grupo, de suas próprias potencialidades para decidir e responsabilizar-se por sua saúde segundo valores éticos de solidariedade e equidade.

A relação entre o profissional da saúde e os adolescentes e jovens que a ele recorram em virtude de necessidades de saúde é assimétrica. O profissional detém informações, conhecimentos que, em geral, o paciente não possui. Portanto, para se ter garantia da liberdade de consentir, é preciso que a prática cotidiana na assistência à saúde esteja imbuída da noção do respeito ao princípio da autonomia individual. Pois, em virtude do domínio psicológico, do conhecimento especializado e das habilidades técnicas do profissional, este pode inviabilizar a real manifestação da vontade da pessoa com a qual se relaciona.

O profissional da saúde deve esclarecer e incentivar que o adolescente e o jovem o questionem, perguntem sobre os objetivos diagnósticos preventivos ou terapêuticos, sobre as medidas propostas, a natureza dos procedimentos e sobre a existência de alternativas ao proposto, quando houver. Também deve esclarecer sobre as possibilidades de êxito, os benefícios a serem obtidos, assim como os riscos e inconvenientes, físicos, psíquicos e

[484] Mill, JS. – A Liberdade e Utilitarismo. Editora Martins Fontes, São Paulo, 2000, p. 22.

sociais, passíveis de ocorrer. Deve esclarecer, ainda, sobre as probabilidades de alteração das condições de dor, sofrimento e das condições patológicas.

Desejada ou não, planejada ou não, a gravidez em adolescentes ocorre em inúmeros cenários do qual fazem parte vários atores, acarreta desdobramentos que se arrastam por várias trajetórias e envolvem muitos destinos. Muito embora sejam bastante significativas as características biológicas, físicas, comportamentais e psicológicas entre pessoas do sexo feminino, cujas idades variam dos 10 aos 19 anos, todas as meninas enquadradas dentro desta faixa etária são classificadas como adolescentes.

Os dados do presente trabalho demonstram que não existem diferenças significativas em todos os aspectos abordados e a idade individualizada das meninas entrevistadas. Há uma uniformidade nas características pesquisadas em todos e em cada ano da vida das meninas mães, cuja idade ascende dos 10 aos 19 anos. Numerosos estudos sugerem que o diálogo entre mãe e filha sobre assuntos relacionados à atividade sexual podem contribuir para a redução dos índices de gravidez em adolescentes.[485] [486]

Cabe lembrar que cada adolescente é único e sua identidade deve ser respeitada durante a consulta.[487]

Reconhecendo as dificuldades enfrentadas pelos profissionais que trabalham com adolescentes, os Departamentos de Bioética e de Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo, elaboraram as seguintes recomendações sobre os princípios básicos que devem nortear o atendimento médico dessa faixa etária:

> "1 – O médico deve reconhecer o adolescente como indivíduo progressivamente capaz e atendê-lo de forma diferenciada;
>
> 2 – O médico deve respeitar a individualidade de cada adolescente, mantendo uma postura de acolhimento, centrada em valores de saúde e bem-estar do jovem;
>
> 3 – O adolescente, desde que identificado como capaz de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los, tem o direito de ser atendido sem a presença dos pais ou responsáveis

[485] Jaccard J, Dittus P. Parent teenage communication towar the prevention of uninteded Pregnancies. New York: Springer-Verlag, 1991.
[486] Jaccard J, Dittus P. Maternal correlates of adolescent sexual behavior. Farm Plann Persp 1996; 28:159-165.
[487] Françoso LA, Saito MI, Coates V, Ozelka GW. – In: Cuidando de Crianças e Adolescentes sob o olhar da Ética e da Bioética. Constantino CF, Barros JCR, Hirschheimer MR. – Livraria Atheneu, São Paulo, 2009. p. 281.

no ambiente da consulta, garantindo-se a confidencialidade e o acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos necessários. Dessa forma, o jovem tem o direito de fazer opções sobre procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou profiláticos, assumindo integralmente seu tratamento. Os pais ou responsáveis somente serão informados sobre o conteúdo das consultas como, por exemplo, nas questões relacionadas à sexualidade e prescrição de métodos anticoncepcionais, com o expresso consentimento do adolescente;

4 – A participação da família no processo de atendimento do adolescente é altamente desejável. Os limites desse envolvimento devem ficar claros para a família e para o jovem. O adolescente deve ser incentivado a envolver a família no acompanhamento dos seus problemas;

5 – A ausência dos pais ou responsáveis não deve impedir o atendimento médico do jovem, seja em consulta de matrícula ou nos retornos;

6 – Em situações consideradas de risco (por exemplo: gravidez, abuso de drogas, não adesão a tratamentos recomendados, doenças graves, risco à vida ou à saúde de terceiros) e diante da realização de procedimentos de maior complexidade (por exemplo, intervenções cirúrgicas), torna-se necessária a participação e o consentimento dos pais ou responsáveis;

7 – Em todas as situações em que se caracteriza a necessidade de quebra do sigilo médico, o adolescente deve ser informado, justificando-se os motivos para esta atitude".[488]

Vulnerabilidade e Riscos/Violência

As várias formas de violência que acometem os adolescentes comportam um número de causas de difícil abordagem e mensuração. Alguns parâmetros são importantes

[488] Departamento de Adolescência e Bioética da Sociedade de Pediatria de São Paulo. Aspectos éticos do atendimento médico do adolescente. Revista Paulista de Pediatria 1999; 17:95-97.

para pensarmos, do ponto de vista da saúde, tanto a "previnibilidade" como a "previsibilidade" das ações, como chama a atenção Mello Jorge :

> "1) A etapa da vida humana de maior risco de mortes por causas violentas é a de 10 a 19 anos, portanto a adolescência;
>
> 2) Os meninos estão sempre mais vulneráveis que as meninas, numa relação de 10 para 1 a 2;
>
> 3) Os homicídios e acidentes de trânsito concorrem entre si como motivos para a morte dos adolescentes e, curiosamente, os suicídios — que nas nossas estatísticas não possuem um grau de significância considerável — também ocorrem com maior frequencia no grupo masculino de 10 a 14 anos;
>
> 4) Dentro dos dois sexos, a mortalidade por causas externas é crescente nas faixas de mais idade;
>
> 5) A mortalidade por homicídio na adolescência, no Brasil, tem sua relevância maior no eixo Rio—São Paulo, as duas maiores metrópoles do país, e é preocupante e crescente em Recife;
>
> 6) A magnitude da mortalidade por causas externas em adolescentes é extremamente alta nos municípios das capitais dos estados das regiões Sudeste e Sul e é muito mais significativa nas áreas urbanas que no interior." [489]

Em relação à violência que caracteriza a faixa etária e acomete tanto os meninos quanto as meninas, Maria Cecilia Minayo, da Escola Nacional de Saúde Pública comenta,

> "Para efeitos operacionais, costumamos classificar a violência brasileira em três categorias:
>
> a) a violência *estrutural*, como aquela que nasce no próprio sistema social, criando as desigualdades e suas conseqüências, como a fome, o desemprego, e todos os problemas sociais com que convive a classe trabalhadora. Estão aí incluídas as discriminações de raça, sexo e idade. Cuidadosamente velada, a violência estrutural não costuma ser

[489] Defense for Children International — Dossiê do Menor. RJ/Genebra, 1988, p. 16.

nomeada, mas é vista antes como algo natural, a-histórico, como a própria ordem das coisas e disposições das pessoas na sociedade.

b) a violência *revolucionária* ou de *resistência*, como aquela que expressa o grito das classes e grupos discriminados, geralmente de forma organizada, criando a consciência da transformação. Do ponto de vista dos dominantes, as formas de resistência e denúncia são vistas como insubordinação, desordem, irracionalidade e disfunção. O debate sobre a legitimidade ou não da violência revolucionária tem atravessado a filosofia da história.

c) a *delinqüência* seria uma terceira forma de violência presente em nossa sociedade. Compreende roubos, furtos, sadismos, seqüestros, pilhagens, tiroteios entre *gangs*, delitos sob o efeito do álcool, drogas etc. Essa é a forma mais comentada pelo senso comum como violência. É importante entender que a delinqüência não é um fenômeno natural e muito menos pode ser explicada pela conduta patológica dos indivíduos e muito menos ainda como atributo dos *pobres e negros.* O aumento da criminalidade se alimenta das desigualdades sociais, da alienação dos indivíduos, da desvalorização das normas e valores morais, do culto à força e ao machismo, do desejo do lucro fácil e da perda das referências culturais.

Qualquer forma de violência, porém, tem que ser vista em rede. O assassinato de adolescentes supostamente delinqüentes tem que ser articulado com a violência estrutural que lhes limita o 'possível social'; com a violência do Estado cuja face repressiva é quase a única que esses jovens conhecem; com a violência organizada dos grupos de narcotráfico que lhes oferecem vantagens imediatas; com a violência individual de cada um que tenta se defender, numa sociedade onde os direitos humanos e civis são quase um sonho a conquistar."[490]

A gravidez não planejada pode ser a consequência de um ato sexual livre e consensual lastreado em fantasias eróticas ou, então, baseado na coerção ou em outros

[490] Minayo MCS. – A violência na adolescência: um problema de Saúde Pública. Cadernos de Saúde Pública. Cad. Saúde Pública vol.6 no.3 Rio de Janeiro Sept. 1990.

abusos motivados pelos parceiros, cabendo aqui os riscos inerentes como a AIDS, DST´s e outros riscos próprios da idade como a drogadição.

O número de adolescentes (n=128) que faziam uso de bebidas alcoólicas corresponde a 30,3% da amostra (Gráfico 6) e, após a gestação, o número de meninas (n=124) que mantém o hábito de utilizar bebidas alcoólicas praticamente se manteve nos mesmos patamares (29,4%).

O Gráfico 5 demonstra que o número de meninas (76) que fumavam antes da gestação corresponde a 18,0% da amostra. Este percentual diminuiu para 9,2% de gestantes que continuaram a fumar durante a gravidez e teve um novo incremento para 16,6% após o nascimento do filho.

Em relação a drogadição na adolescência, concluíram os pesquisadores da Universidade de São Paulo:

> "A identificação do adolescente de risco em função do uso de álcool ou drogas e a definição do melhor tratamento ainda são assuntos bastante complexos e alvo de muitas discussões. Algumas características do adolescente de risco podem auxiliar os trabalhos preventivos e de triagem para minimizar esse problema. Segundo Newcomb (1995), os fatores de risco para o uso de drogas incluem aspectos culturais, interpessoais, psicológicos e biológicos. São eles: a disponibilidade das substâncias, as leis, as normas sociais, as privações econômicas extremas; o uso de drogas ou atitudes positivas frente às drogas pela família, conflitos familiares graves; comportamento problemático (agressivo, alienado, rebelde), baixo aproveitamento escolar, alienação, atitude favorável em relação ao uso, início precoce do uso; susceptibilidade herdada ao uso e vulnerabilidade ao efeito de drogas. Pesquisas etnográficas e epidemiológicas utilizando uma metodologia rigorosa podem fundamentar projetos e prevenção em todos os níveis, fornecendo dados e elucidando muitas questões, pois o custo pessoal e social com a dependência nos países desenvolvidos tem sido muito maior que o gasto com a prevenção. No Brasil, mesmo sem tradição nessa área,

> é preciso priorizar políticas preventivas, gerando projetos mais ajustados à realidade brasileira, pois prevenir ainda é melhor que remediar.[491]

A amostra demonstra a prevalência de infecção por HIV em apenas 3 casos o que representa 0,7% da mostra total (n=422) e também que 66,6% das meninas se declararam pardas e 12,8% se declararam negras. (Tabela 21).

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 consequências justificam a preocupação redobrada e a continua 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, ou seja, as medidas de prevenção devem ser priorizadas, 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 autorealização comprometidos. Nesse 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 ao que se refere ao suporte familiar bem como ao apoio educacional, cultural e social para essa faixa etária.

Pesquisadores chilenos demonstraram, por meio de estudo randomizado e controlado, a efetividade dos aspectos educativos na prevenção de gravidez não planejada na adolescência [492] e a mesma opinião foi compartilhada por Mocellin e outros cuja conclusão foi:

> "observou-se que a utilização de metodologias com abordagens sociais que levam em consideração as diferentes particularidades sócio-

[491] Marques ACPR, Cruz MS. O adolescente e o uso de drogas. Revista Brasileira de Psiquiatria. Rev. Bras. Psiquiatr. vol.22 s.2 São Paulo Dec. 2000.

[492] Cabezón C, et. al. - Adolescent pregnancy prevention: na abstinence-centered randomized controled intervention in a Chilean public high-school. Journal of Adolescent Health 36 (2005) 64-69.

demográficas e comportamentais dos adolescentes foram pontos relevantespara o sucesso e reconhecimento das intervençõesanalisadas, pois são estratégias que remetem à reflexão dos adolescentes sobre as escolhas para sua vida futura".[493]

Para Saito:

"Os médicos de adolescentes são aqueles que os vejam como um todo indivisível biopsicossocial e não como patologias ou órgãos doentes; que percebam, mesmo através da doença mais grave, a presença da adolescência com seus dilemas e desafios; que saibam ouvir e não apenas falar; que tenham como enfoque não só a cura, mas também a prevenção e a promoção da saúde; que nunca se transformem em juízes; que reservem espaço para acolher as famílias, fortalecendo ou tentando fortalecer o diálogo entre pais e filhos; que jamais enxerguem os adolescentes através de estereótipos que os vinculem a sexo, violência e toda sorte de problemas, não permitindo que possam ser reconhecidos por nomenclaturas pejorativas como "aborrecentes" e que, finalmente, não os imaginem como conteúdos vazios a serem preenchidos com os valores do educador".[494]

Pondera André Vernot,

Então comecei a questionar a possibilidade de falar dos jovens do mundo, ou da juventude contemporânea: o que existe de comum no adolescente camponês, seminu, desnutrido, estranho em sua terra, na terra de seus antepassados, errante e náufrago de sua própria cultura, com o jovem de Boston, Los Angeles ou com o adolescente dos subúrbios da cidade do México, Bogotá e Buenos Aires? Que tinha em comum esse

[493] Mocellin AS, Costa LR, Toledo AM, Driussi P. - Efetividade das ações voltadas à diminuição da gravidez não-planejada na adolescência: revisão da literatura. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 10 (4): 407-416 out. / dez., 2010.
[494] Saito MI. – Adolescente, cultura, vulnerabilidade e risco. Pediatrics 2000;22(3):217-219.

> garoto de cabelo comprido, moreno, fraco e adormecido para sempre no anfiteatro de Manágua (com as mãos crispadas pelo último disparo e um infindável sorriso de incredulidade ante a morte) com aquele outro jovem que vi entrar no hospital de Nova York, para ser tratado de um problema de superalimentação (excesso de proteínas, vitaminas, etc)? Muito pouco. Realmente muito pouco.[495]

Critérios para tomada de decisões/Consentimento informado

Uma menina ainda em fase de formação terá que tomar decisões diante de uma gestação precoce. A gravidez não planejada – mesmo quando consciente ou inconscientemente desejada implica sempre um processo de decisão com respeito à sua aceitação. A alternativa de recusá-la se coloca como uma possibilidade, através do aborto. É verdade que a atual situação de ilegalidade dificulta muito as possibilidades reais de realizá-lo, em condições de segurança e de atenção médica adequada, levando a procurar recursos *informais*, com riscos que podem ser elevados para a saúde e a própria vida das jovens.

Os dados contidos no Gráfico 8 permitem constatar que 23 meninas (5,5%) declararam ter tido 1 abortamento antes do nascimento do filho no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007 e outras 5 meninas relataram 2 abortamentos prévios. Este dado pode também estar subdimensionado em virtude da relação fugaz entre entrevistada e entrevistador que não possibilita a obtenção de informações confidenciais.

Uma outra alternativa que se coloca, nos casos em que, embora assumindo a gravidez, a jovem não queira ou não possa assumir a criança, é a adoção. Alguns setores – especialmente religiosos – vêm aconselhando, nestes casos, esta solução, que, em princípio, pode ser uma possibilidade eticamente aceitável.

Nomeadamente, os adolescentes têm o direito de participar autonomamente das decisões que lhes afetam, requerendo a oferta de medidas e recursos que possibilite a melhor opção favorável à sua saúde sexual e reprodutiva e a confrontação dos processos sociais que os tornam vulneráveis a determinados problemas, de modo a permitir sua

[495] Vernot, A. — "El año internacional de la juventud y el Tercer Mundo. Que hay al final del túnel?", Revista Latinoamericana de Psicologia, Vol. 17 (2) (253 - 266).

inserção na luta por transformações que levem ao estabelecimento de novas e apropriadas condições sociais para a saúde.

Visto por outro prisma, 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 um elemento de invenção de uma história de vida. Invenção esta que, no entanto, não diz respeito a um projeto individual, mas um projeto coletivo, pois é construído a partir de significados sociais relativos à maternidade e das oportunidades afetivas e materiais disponíveis na sociedade.

Em relação aos adolescentes se pode levantar algumas questões: O adolescente deve ser considerado como pessoa autônoma ou sua autonomia está ainda reduzida? Há uma idade acima da qual se pode dizer que uma pessoa é autônoma? Como decidir quais são as situações e as condições em que os adolescentes podem tomar decisões por si próprios? Quando o princípio da beneficência, do "fazer o bem" ao outro, deve sobrepujar o princípio do respeito à sua autonomia?

Opina Constantino,

> " Do ponto de vista cognitivo e moral, antes dos 12 anos de idade, a maioria dos adolescentes não possui desenvolvimento suficiente para tomar decisões autônomas e devem ser considerados incapazes, permanecendo com os pais o poder de decisão. A partir desta idade, até os 17 ou 18 anos, o ideal é avaliar cada situação cuidadosamente, presumindo-se a existência de uma capacidade parcial do jovem. Após os 17 ou 18 anos, os adolescentes preenchem todos os requisitos necessários para o consentimento informado." [496]

A presente discussão permite concluir que seja recomendado que o médico evite a prática paternalista de assumir, sozinho, a escolha da adolescente pela interrupção da gravidez, mas que tenha mecanismos subsidiários para que possa exercer sua profissão sem que tenha de desrespeitar a promoção da autonomia da gestante adolescente, ao proteger o seu direito de escolha. Deste modo, através de uma educação para a saúde realizada de

[496] Constantino CF, Barros JCR, Hirshheimer MR. – Cuidando de crianças e adolescentes sob o olhar da ética e da bioética, São Paulo, Editora Atheneu, 2009, p. 271.

modo longitudinal, estar-se-ia a contribuir para uma tomada de decisão livre e informada de cada indivíduo sobre si e sobre o seu corpo.

Falta informação também sobre seu próprio ciclo reprodutivo, o que, somado aos resquícios do pensamento mágico infantil, leva a adolescente a concluir pela pouca (ou nenhuma) possibilidade de gravidez. Esse pensamento é uma das causas da demora da decisão sobre a continuidade ou não da gravidez. Enquanto o tempo vai passando, o aborto vai se tornando inviável e a prevenção de problemas obstétricos, que podem ocorrer nesse tipo de gravidez, torna-se mais difícil. É como se a adolescente tivesse a certeza de que "se pensasse bem forte a gravidez iria embora". O receio, muitas vezes fundamentado, da reação dos pais e o não atendimento de suas necessidades específicas pelo Serviço de Saúde, decorrentes das grandes mudanças biológicas, psicológicas e sociais pelas quais está passando, seriam outros motivos que levariam a adolescente a "esconder" o maior tempo possível sua gravidez. Além dessa contribuição, o serviço de saúde também tem sua parcela de responsabilidade na ocorrência desse tipo de gravidez, na medida em que, raramente, promove ações educativas de prevenção e orientação voltadas para o público adolescente.

A falta de informação agrava-se nas adolescentes em condições socioeconômicas mais baixas, somando-se ao fato de que, para muitas dessas mulheres com poucas opções de vida, a chegada de um filho é considerada "natural".

Em relação ao atendimento prestado aos aos adoelscentes, Paulo Fortes, da Universidade de São Paulo conclui em seu texto que:

> "O desafio para os profissionais de saúde que trabalham com adolescentes aponta no sentido de equacionar o direito do adolescente de receber assistência com o estímulo e a compreensão da responsabilidade crescente com sua própria saúde. O fato de um adolescente ou jovem procurar um serviço de saúde em busca de atendimento pode ser uma oportunidade ímpar de envolvimento e relacionamento. Se as normas estabelecidas pela instituição são rígidas, dificultam ou impedem o acesso dessas pessoas, pode-se perder a ocasião de proporcionar orientação e ajuda em relação a questões relativas a sua saúde. Os profissionais da saúde, no contato com o adolescente, devem estar atentos a sua demanda, considerando-o como um ser único, respeitando

> sua individualidade, mantendo uma postura de acolhimento, evitando posturas estereotipadas ou preconceituosas. Cabe, portanto, aos serviços e aos profissionais de saúde no trato com os adolescentes e jovens, exercer o papel de seus defensores, pois o respeito à sua autonomia é base do processo pedagógico para o desenvolvimento da capacidade de decisão autônoma." [497]

Para que um adolescente receba tratamento médico, segundo a lei, os pais ou responsáveis devem firmar um Termo de Consentimento. No entanto, na prática, frequentemente isso não ocorre, pois os serviços que se propõem a dar atenção especial ao adolescente e precisam aproveitar sua vinda e atendê-lo sem ter que recorrer a esta formalidade. Cabe ao profissional, portanto, procurar uma solução de acordo com o bom senso, de preferência solicitando ao próprio adolescente que firme seu consentimento e que procure o envolvimento da família, sempre que possível.

A Tabela 39 contém dados que buscam correlacionar o desejo pela via de parto em gestação futura em relação à via de nascimento registrada no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007. Os dados permitem concluir que a maioria das meninas (85,4%) que tiveram partos normais optaria pela mesma via de parto em gestação futura e somente 14,6% optaria por cesariana. Dentre as gestantes adolescentes submetidas à cesariana, 40,7% manifestaram desejo pela mesma via de parto em gestação futura e 59,3% optariam pela via de parto vaginal.

Limitação das liberdades

A responsabilidade de formar consciências para um exercício livre e responsável encontra várias limitações próprias da faixa etária e da imaturidade física e psíquica inerente aos adolescentes.

Os dados da Tabela 31 demonstram que 87,6% das gestantes adolescentes declararam ser estudantes ou do lar e, portanto, não tinham qualquer tipo de renda ou remuneração, o que acarreta uma limitação total da liberdade para o consumo de bens e as

[497] Fortes PACF, Sacardo DP. Ética na assistência à saúde do adolescente e do jovem. In: Ministério da Saúde, organizador. Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Brasília: Editora Ministério da Saúde; 1999, p. 61.

frustrações decorrentes dessa situação de dependência de terceiros, para sanar as necessidades básicas, as quais são compreensivelmente imprevisíveis.

Na amostra analisada, 77% das meninas declararam que não planejaram a gravidez. No entanto 60% declararam que a gravidez foi desejada em todas as faixas etárias (p=0,008), o que permite concluir que a gravidez, se realmente ocorreu de forma impensada ou acidental, passou a ser desejada e a fazer sentido para a jovem mãe que sofre de uma crônica falta de perspectivas em relação ao seu próprio futuro.

O bebê se torna uma fonte de realização o que se espelha nos dados registrados no Gráfico 9 no qual 66,3% das mães declararam ter amamentado seus fihos por período maior do que 6 meses.

Em outra abordagem, 69,7% das entrevistadas declararam que engravidaram sem objetivos claros e 18,7% das meninas alegam ter engravidado “por amor”.

A limitação das liberdades não se restringe somente a questões materiais ou a problemas relacionados à sobrevivência, mas tal limitação se dá principalmente em virtude da falta de clareza, da incapacidade de discernir e da imaturidade própria de pessoas que não são mais crianças, mas, no entanto, ainda não são adultas.

A onipotência do "comigo não acontece", a impetuosidade do "se der errado, depois agente vê", a busca de identidade no "se eles acham que isso é certo, eu faço o contrário", a energia de "vamos ver o sol nascer depois a gente vai direto para aula"[...] Junte a estas atitudes o pouco ou nenhum diálogo com a família, além da angústia do conflito entre o desejo e as consequências, para que a gravidez aconteça. Depois o argumento mais ouvido é: "não pensei que fosse engravidar", ou, então, “pensei que isto só acontecia com os outros”.

Dependência dos familiares

A dependência financeira dos familiares é própria da faixa etária e os gastos com o bebê entrarão na composição do orçamento, pois significa mais custos e despesas com consequências para lares de baixa renda que, frequentemente, assumem – de uma forma ou de outra - a nova situação.

O ambiente externo é normalmente desfavorável no que tange à obtenção de algum tipo de rendimento financeiro, haja vista a situação de total dependência de terceiros. Nos dados observados e analisados durante a efetivação destas pesquisa, mais de 90% das

meninas que engravidaram declararam não ter nenhum tipo de renda ou ganho financeiro (Tabela 31) e 44,1% destas viviam na casa dos pais e continuaram vivendo com eles (Tabela 55), sendo que 3,3% das meninas declararam que foram obrigadas pelos pais a sair de casa (Tabela 55).

Do total da amostra (n=422), 66% das entrevistadas declararam serem provenientes de lares com pais separados, fato que corrobora a idéia de que este é um fator predisponente para a gravidez na adolescência (Tabela 54).

Os custos com a sobrevivência do bebê ficaram sob a responsabildade dos avós em 20% dos casos. Em outros 20% dos casos, estes custos foram assumidos parcialmente pelos avós e pelo pai do bebê e em 60% dos casos o pai do bebê assumiu a responsabilidade pelo sustento da jovem família (Tabela 56).

Contexto social desfavorável/abandono escolar

As meninas de baixa renda estão mais expostas ao risco de engravidar e terem seus bebês em condições sociais e financeiras inapropriadas. Naturalmente, cuidar do bebê, implica em abandono escolar, por períodos de difícil previsibilidade.

No momento do nascimento de seus filhos, 53,8% das meninas entrevistadas declararam não ter ainda concluído o ciclo Fundamental de ensino (Tabela 26), que corresponde aos primeros 8 anos da vida escolar dos estudantes brasileiros. Para uma criança que entra na escola aos 6 anos de idade, espera-se, evidentemente, que o ciclo Fundamental seja completado aos 14 anos de idade. Dentre aquelas que estavam estudando, 51,9% declararam ter interrompido os estudos para cuidar do bebê, o que é corroborado por Ana Lídia Pantoja em seu texto "Ser Alguém na Vida" sendo que para a autora, a gravidez na adolescência, entre outras consequências:

> "pode traduzir uma possibilidade de mudança de vida para as meninas que não pretendem romper ou abandonar projetos de vida. Ao contrário, a gravidez/maternidade é valorizada por traduzir tanto mudanças de status social para as mesmas, quanto para a afirmação de projetos de mobilidade social no futuro, justificando assim a

continuidade dos estudos diante das dificuldades que a situação impõe”. [498]

O papel do pai

A gravidez adolescente tem sido tradicionalmente tratada como uma "questão da mulher", já que esta é a principal implicada. Entretanto, esta feminilização do tema é redutiva, ao não levar em conta o insubstituível papel do pai. Aqui, mais uma vez, do ponto de vista ético se faz necessário alguns questionamentos: até que ponto o pai é responsável pela criança? Se o pai não quer ter o filho, mesmo assim deve assumir a responsabilidade pela gravidez? Ao assumir o filho, como se coloca a relação com a parceira? Quais os valores que estão em jogo?

A média de idade encontrada para a idade dos pais foi de 25,39 anos, a mediana foi de 24 anos e a moda foi de 23 anos. Os dados demonstam que somente 10,1% dos pais tinham idade inferior a 19 anos (Tabela 43).

Na Tabela 44, 65 meninas (15,4% do total) relatam que tiveram apenas uma relação casual com o pai da criança. Apenas “ficaram”, como costuma se dizer no Brasil. A maioria dos nascimentos foi fruto de relações mais duradouras, e em 9,0% dos casos a relação com o pai tinha mais de 4 anos de duração. Os dados indicam que 58,0% das gestações nas adolescentes foi fruto de relações com tempo superior a 1 ano e que as relações com tempo de duração inferior a 12 meses correspondem a 42,0% dos casos. A partir dessa constatação pode se inferir que relações mais duradouras podem ou devem ocasionar gestações planejadas.

Do total da amostra (n=422), 61,4% das entrevistadas declararam manter uma união estável com os parceiros e outras 3,3 se declararam casadas no momento do nascimento dos bebês (Tabela 24). Outras 0,2% das meninas declararam não saber quem era o pai do bebê (Tabela 45).

No momento da entrevista, esta situação sofreu alterações pouco significativas, sendo que o número de entrevistadas que se declararam separadas aumentou de 1,4% para 5,2% entre o momento do nascimento e o momento da entrevista (Tabela 25). Do total de entrevistadas 60% declararam que mantinham uma relação estável com o pai do bebê desde o nascimento até a data da entrevista (Tabela 46).

[498] Pantoja ALN. Ser Alguém na Vida: uma análise antropológica da gravidez maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(sup. 2):S335-S343, 2003.

Segredo e confidencialidade

O acesso ao serviço de saúde é fundamental para que o adolescente busque tratamento em tempo hábil. Além disso, ele necessita privacidade e confidencialidade na relação com os profissionais de saúde como expressão de seu processo de individualização. O importante não é se o profissional deve revelar uma informação oriunda de uma consulta, mas sim se o adolescente consente com a quebra do sigilo, quer seja para a família ou para representantes da lei. A confidencialidade apóia-se no artigo 103 do código de Ética Médica, que veda ao médico "revelar segredo profissional referente à paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente". A obrigação de manter a confidencialidade não diminui apenas porque o paciente é um adolescente.

Na adolescência, ocorre uma incidência significativa de situações conflituosas em que as normas estabelecidas se revelam insuficientes para responder com clareza às nossas interrogações éticas. Um serviço de saúde, por exemplo, pode ser procurado por um adolescente através de sua própria motivação, de seu responsável ou de ambos. Algumas vezes o adolescente não deseja revelar informações confidenciais na presença de seus pais. Para permitir a oportunidade de falar de si, é necessário que o atendimento sempre ocorra em dois momentos: no primeiro, com seu responsável e no segundo, a sós com o profissional.

Os princípios éticos no atendimento de adolescentes nos serviços de saúde se referem especialmente a privacidade, confidencialidade, sigilo e autonomia[499]. Segundo Neinstein, o respeito a esses preceitos encoraja rapazes e moças a procurarem ajuda, além de protegê-los da humilhação e da discriminação que podem resultar da revelação de dados confidenciais.[500]

[499] Fortes PACF, Sacardo DP. Ética na assistência à saúde do adolescente e do jovem. In: Ministério da Saúde, organizador. Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Brasília: Editora Ministério da Saúde; 1999, p.147.

[500] Neinstein LS. Understanding legal aspects of care. In: Neinstein LS, organizador. Adolescent health care: a practical guide. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996, p.150-5.

A garantia da privacidade de uma pessoa requer o respeito à confidencialidade das informações geradas na relação profissional da saúde - paciente. A confidencialidade não é prerrogativa dos pacientes adultos, ela se aplica a todas as faixas etárias. Adolescentes e jovens têm o mesmo direito de ver preservadas suas informações pessoais, de acordo com sua capacidade decisória, mesmo em relação a seus pais ou responsáveis. O adolescente, como um indivíduo, será capaz de exercitar progressivamente a responsabilidade quanto a sua saúde e exercer sua autonomia. Assim, cabe a ele manter as informações sobre seu estado de saúde sob controle, decidindo quais informações quer guardar para si, e quais deseja comunicar a outras pessoas. Nesse sentido, qualquer pessoa, independente da idade, tendo condições intelectuais e psicológicas para considerar e analisar as consequências de uma atitude ou proposta de assistência à sua saúde, deve ter a oportunidade de tomar decisões a ela relacionadas. O direito do adolescente e do jovem à privacidade e à confidencialidade não é considerado como um direito absoluto, mas sim uma obrigação *prima facie*, quando um dever maior se sobrepõe a um outro, constituindo-se em um novo dever.

Os métodos contraceptivos

Os dados da presente pesquisa comprovam que a utilização de anticoncepcionais é diretamente proporcional a idade da adolescente, ou seja, 70% das meninas com 13 anos declararam nunca ter feito uso de algum tipo de contraceptivo, em comparação com 38,3% das meninas com 19 anos de idade, sendo que a pílula anaticoncepcional foi o método contraceptivo mais utilizado (Tabela 27), de acordo com as informações coletadas.

Após a gravidez, 23,9% da amostra total declararam fazer uso de contraceptivos, sendo que os anticoncepcionais orais ou injetáveis foram a opção feita por 45,7% das entrevistadas e a camisinha passou a ser utilizada com regularidade por 19,7% das meninas (Tabela 28).

A orientação sexual é um trabalho educativo que se expande muito além do fornecimento de informações e conhecimentos sobre saúde reprodutiva. É um processo que envolve o resgate do indivíduo, a promoção da autoestima e a conscientização dos riscos vivenciados; somente dessa maneira estabelece-se uma postura saudável frente à vida sexual – o sexo responsável, objetivo maior da educação sexual e, certamente, requer uma abordagem especial nas meninas com menos de 15 anos de idade.

O adolescente tem direito à orientação sobre anticoncepção, ao acesso a preservativos masculinos e femininos e à prescrição de outros métodos anticoncepcionais (anticoncepcionais hormonais orais e injetáveis, anticoncepção de emergência e DIU), de acordo com indicação médica.

Todos os profissionais de saúde devem estar habilitados a prestar orientações aos adolescentes quanto aos métodos anticoncepcionais disponíveis nas unidades.

A prescrição de anticoncepcionais deve respeitar tanto a solicitação dos adolescentes, independente de sua idade, quanto os critérios de elegibilidade médica da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996). Quando houver risco de gravidez, a idade ginecológica (tempo pós-menarca) não deve ser fator limitante para a prescrição do anticoncepcional.

No caso dos adolescente, Constantino opina que,

> "Em respeito a essa autonomia, o profissional de saúde deve reconhecer o direito da pessoa atuar segundo seus valores e suas convicções e de ter um plano de vida e felicidade fundamentado em decisões próprias. Essa ideia está baseada no princípio da dignidade do ser humano e torna obrigatório tratá-lo como um fim em si mesmo e nunca apenas como um meio para alcançar determinado objetivo. Em consequência deste repeito, a decisão sobre as intervenções que serão praticadas sobre o corpo de alguém deve ser decidida pelo próprio paciente, cabendo a ele, após informações sobre os procedimentos, suas indicações técnicas, riscos e benefícios, escolher a alternativa que julga ser a melhor para si, Para os profissionais qua assistem pacientes jovens é justamente quando começam as dificuldades. É possível considerar os adolescentes como pessoas autodeterminadas? Eles possuem a capacidade de tomar decisões que podemos aceitar como autônomas? Em muitos países a lei não considera os adolescentes como cidadãos com direitos (maioridade civil). Esta autonomia legal, que utiliza critério de idade, não tem servido, na prática dos cuidados de saúde, como balizador eticamente adequado para respeitar os legítimos interesses de confidencialidade e privacidade dos adolescentes. É necessário

> reconhecer que existe na adolescência um estado de maturidade cognitiva gradativa, que não depende só da idade cronológica.” [501]

No âmbito do princípio da beneficência, é considerado pertinente o acesso aos cuidados de saúde como expressão do direito de autodeterminação em matéria de saúde das meninas afetadas em decorrência de uma gravidez planejada ou não.

A atividade sexual antes dos 15 anos é outra questão polêmica. Apesar dos estudos epidemiológicos evidenciarem uma diminuição da idade de início de intercursos com envolvimento genital entre os jovens, além de um maior número de gestações na adolescência, temos um código penal que descreve essa prática sexual como fruto de violência, em razão da baixa idade da vítima. Os médicos procurados por adolescentes no intuito de obter aconselhamento sobre planejamento familiar e receitas de pílulas anticoncepcionais sentem-se amedrontados com as possíveis repercussões legais desse ato.

A autonomia do adolescente, ou seja, sua competência para o autocuidado freqüentemente é colocada em cheque. Muitos profissionais advogam que pacientes nessa faixa etária, no que tange às decisões sobre sua saúde, precisam passar pelo crivo de seus pais. Entretanto, na prática, é observado que nem sempre os atos dos adultos responsáveis incorrem em benefício para os menores. Se isso não fosse verdade, não haveriam leis para proteger os menores do pátrio poder. A partir dos 15 anos, em geral, os indivíduos são potencialmente autônomos.

Neste ponto, é possível retomar a questão da anticoncepção, agora dentro de um contexto mais amplo, cultural, para tentar entender porque a jovem, mesmo tendo algum conhecimento de métodos anticoncepcionais, deles não se utiliza e é justamente nesses aspectos culturais que está o cerne dessa questão.

O uso inadequado dos métodos anticoncepcionais e/ou de métodos pouco eficazes e a falta de informação sobre anticoncepção constituem algumas das causas da ocorrência da gravidez na adolescência. Vivendo uma vida sexual não autorizada, as dificuldades em se obter informação cercam a adolescente, dificuldades estas que vão desde quais seriam os meios para evitar a gravidez até como conseguir acesso a eles. Há também o medo de que a família descubra o uso do método e a vergonha de se submeter ao exame ginecológico. Outras causas poderiam ser elencadas. Como já descrito anteriormente, a própria necessidade moral de não premeditação da relação sexual inviabilizaria uma análise pela

[501] Constantino CF, Barros JCR, Hirshheimer MR. – Cuidando de crianças e adolescentes sob o olhar da ética e da bioética, São Paulo, Editora Atheneu, 2009, p. 269.

adolescente sobre qual método utilizar. A visão romântica de que o sexo acontece sem esperar acalenta a ideia de que seria falta de romantismo mostrar desejo de fazer sexo por prazer. Essa visão também acomoda alguns conflitos em caso de gravidez: a garota se sente menos culpada e os pais aceitam melhor a ideia de que ela caiu em tentação.

Leis, Normas e Códigos e Conflitos Éticos

O Princípio da Beneficência que consiste em sempre promover o bem e garantir o acesso do adolescente à consulta é um ato de acolhimento e de humanização das equipes de saúde e de respeito aos princípios do Sistema Único de Saúde. O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA prevê, no Capítulo II, Artigo 17, o direito ao respeito, o qual consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais.

São os seguintes os reguladores da relação com os adolescentes: Código de Ética Médica, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o Código Civil, o Código Penal, a Constituição Federativa do Brasil, e as demais normatizações, portarias e resoluções oriundas do Sistema Único de Saúde.

Perspectivas e sentimentos

Quando questionadas sobre nova gravidez, 33,9% das entrevistadas negaram o desejo por nova gravidez e 33,4% relataram o desejo por nova gravidez, enquanto 32,7% das entrevistadas condicionaram uma nova gravidez a uma relação estável com o pai da criança (Tabela 38).

Apenas 4% das meninas engravidaram novamente no período compreendido entre o nascimento do bebê e a data da entrevista, sendo que 3,5% das meninas estavam com o mesmo parceiro e 0,5% engravidaram de um novo parceiro (Tabela 58).

Quanto ao sentimento de felicidade, 78,4% das meninas relataram que não se sentiam felizes no momento da entrevista, em contrapartida 21,6% das meninas alegaram sentimento de felicidade. Obviamente, conforme citado anteriormente, dimensionar ou qualificar este sentimento de felicidade é uma missão bastante complexa.

Uma ponte para o Futuro

Pelo menos enquanto não advierem soluções, por assim dizer, mais definitivas, como a possibilidade real de oportunidades e a supressão da situação de vulnerabilidade com o abrandamento das diferenças e eliminação das condições sociais desfavoráveis que levam meninas a, precocemente, terem seus projetos de vida amputados por uma gravidez, as maternidades continuarão a registrar nascimentos de crianças filhas de mães que, até poucos dias, eram também crianças. 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 autorealização. 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.

Grande parte das análises que abordam esse fenômeno perde de vista a contextualização da problemática. Trata-se de buscar uma realidade que, sem negligenciar os perfis epidemiológicos, remetam a histórias, trajetórias que contém sonhos, esperanças, dores desilusões e que permitam às meninas se apropriarem das adversidades, para transformar, mesmo que ilusoriamente, o seu cotidiano em algo que valha a pena ser vivido em um encantamento pessoal bastante semelhante àquele visto nas novelas da TV com finais sempre felizes para os "mocinhos", ou nos contos de fadas que, ao final, príncipe e princesa selam um beijo apaixonado diante da multidão e vivem felizes para sempre em reinos de fantasia.

Nestes castelos de areia imaginários, meninas com blusas top continuarão a expor as barrigas 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.

REFERÊNCIAS

Abeche AM. – A Gestante Adolescemnte e seu parceiro: características do relacionamento do casal e aceitação da Gravidez. Resumo de Tese. RBGO 25(7): 535, 2003.

Accioly E, Saunders C, Lacerda EMA. - Nutrição em obstetrícia e pediatria. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2002. 540p.

Afable-Munsuz A, Speizer I, Magnus JH, Kendall C. – A positive orientation towar early motherhhod is associated with uninteded pregnancy among New Orleans youth. Maternal and Child Health Journal, volume 10, n. 3, May 2006, 265-276.

Aine-Schutt L, Maddaleno M. – Salud Sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes em lãs Américas: implicacióones em programas y políticas: OPAS, 2003.

Alan Guttmacher Institute, US Teenage Pregnancy Statistics and State Trends by Race and Ethinicity. Disponível na Internet: HTTP://guttmacher.org.pubs/2006/09/11/USTPstats.pdf Acessado em 15 de maio de 2010.

Alegria FVL, Schor N, Siqueira AAF. - Gravidez na adolescência: estudo comparativo. Rev. Saúde Pública vol.23 no.6 São Paulo Dec. 1989

Aliaga EM, Suazo EW, Diaz, Munõz RG, Meneses MCB, Araya MO, Venegas MEV – Experiência em uma unidade de gestantes precoces. Ver Chil. Obstetric Ginecol.; 50(2): 127-139, 1985.

Almeida MCC, Aquino EML, Gaffikin L, Magnani RJ. – Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. Revista de Saúde Pública 2003;37(5):566-575.

Alves R. – Concertos para Corpo e Alma. Editora Papirus, Campinas, São Paulo, 1998, p. 9-10.

Amaya J, Borrero C, Ucrós S. - Estudio analítico del resultado del embarazo en adolescentes y mujeres de 20 a 29 años en Bogotá. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2005;56(3):216-24.

Amaral MA, Fonseca RMGS - Entre o desejo e o medo: as representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual. Rev Esc Enferm USP 2006; 40(4):469-76.

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.

American Dietetic Association. - Nutrition management of adolescent. J. Diet. Assoc. 1989; 89: 104-9.

Apgar V. – A proposal of a new method of evaluation of the newborn infant. Presented at the 27th Annual Congress os Anesthetists, Joint Meetin of the International Anesthesia

Research Society and International College of Anesthetists, Virginia Beach, Va, September 22-25, 1952.

APGAR: escala numérica de 1 a 10 relativas às condições de vitalidade do concepto.

Aquino EML, Heilborn ML, Knaut D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J, Menezes G. - Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. Cad Saúde Pública. 2003; 19 (Sup 2): S377-S88.

Arilha M. Homens: entre a "zoeira" e a "responsabilidade". In: Arilha M, Ridenti SGU, Medrado B, organizadores. Homens e masculinidades: outras palavras. São Paulo: Ed 34; 1998. p. 51-77.

Aruda MM, McCabe M, Burke P, Litty C. – Adolescent Pregnancy Diagnosis and Outcomes: a six-year clinical sample. J Pediat Adolesc Gynecol (2008) 21:17-19.

Associação Portuguesa de Bioética.
http://www.sbemfmup.org/fotos/gca/128025694711285906 75contracepcao_parecer_02.pdf
Acessado em 1 de agosto de 2011.

Ayres JRCM, Calazans GJ, França Junior I. - Vulnerabilidade do adolescentes ao HIV/Aids. In: Vieira EM, Fernandes MEL, Bailey P, Mckay A, organizadores. Seminário gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família; 1998. p. 98-109.

Ayres JRCM, França Jr. I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. - O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 117-39.

Azevedo GD. - Efeito da Idade Materna sobre os Resultados Perinatais. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.24 no.3 Rio de Janeiro, 2002.

Azevedo MA, Guerra VA. - Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Editora Iglu; 1985.

Bacci A, Manhica GM, Machungo F, Bugalho A, Cuttini M. - Outcome of teenage pregnancy in Maputo, Mozambique. Int J Gynaecol Obstet 1993; 40:19-23.

Barnet B, Joffe A, Duggan AK, Wilson MD, Repke JT. - Depressive symptoms, stress, and social support in pregnant and postpartum adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med 1996; 150:64-9.

Barnshart KT, Sammel MD, Gracia CR. Et. al. – Risk Factors for ectopic pregnancy in women with syntomatic first trimeste pregnancies. Fert Steril 2006; 20-1.

Barroso C, Campos MM, Moraes MLQ. - Gravidez na adolescência. Brasília: IPLAN/IPEA/UNICEF, Fundação Carlos Chagas; 1986.

Bartz D, Shew M, Ofner S, Fortenberry D. – Pregnancy Intentions and Contraceptive Behaviors Among Adolescent Women: a Coital Event Level Analysis. Journal of Adolescent Health 41 (2007) 271-276.

Basso SC, Huino RB, Luna NF, Giorgi MM. - Enfermidades de transmisión sexual. In: Sexualidad humana. Aspectos para desarrolar docencia in educación sexual. Brasilia: OPAS/Editora Brasília, 1991

Batista RFL. - Condições de vida e saúde de gestantes adolescentes residentes no município de Campinas [dissertação mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2001.

Baytur YB. Et al. – Mode of delivery and pelvic floor muscle strength and sexual function after childbirth. International Journal of Gynecology and Obstetrics (2005) 88, 276-280.

Bearinger LH et. al. – Global perspectives on the sexual and reproductive health for adolescents: patterns, prevention, and potencial. Lancet, 369 (9568):1220-1231.

Bearinger LH, Sieving RE, Furguson J et. al. – Global Perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: Patterns, prevention, and potential. Lancet 2007;369:1220-1231.

Behle I. - Reflexões sobre fatores de riscos na prevenção primária da gestação na adolescência. In: Maakaroun, M. F.; Souza, R. P.; Cruz, A. R. Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro, Editora Cultura Médica, 1991.

Belo, MAV, Pinto e Silva JP.- Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. Rev. Saúde Pública v.38 n.4 São Paulo ago. 2004.

Benson MJ. – After the adolescent Pregnancy: Parents, Teens and Families. Child and Adolescent Social Work Journal, volume 21, n. 5, October 2004.

Berenson AB, Weimann CM, McCombs SL. - Adverse perinatal outcomes in Young adolescents. J Reprodu Med 1997; 42: 559-564.

Berenson AB, Wiemann CM, Rowe TF, Rickert VI. – Inadequate weight gain among pregnant adolescents: Risk factors and relationship to infant birth weight. American Journal of Obstetrics and Gynecology (1997) 176, number 6, 1220-1227.

Berenson AB, Wiemann CM. – Use of levonorgestrel implants versus oral contraceptives in adolescents: a case-control study. AJOG, volume 172, number 4, Part 1, April 1995.
Beretta MIR, Denari FE, Pedrazzani JC. - Estudo sobre a incidência de partos na adolescência em um município do Estado de São Paulo. Rev Latino-Am Enfermagem 1995; 3:181-91.

Berlofi LM, et. al. - Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. Acta Paul Enferm 2006;19(2):196-200.

Bersamin MM et. al. – Defining virginity and abstinence adolescents´ interpretation of sexaul behaviors. Journal of Adolescent Health, 2007, 41(2): 182-188.

Bettiol H, Barbieri MA, Gomes UA, Wen LY, Reis PM, Chiaratti TM, et al. - Atenção médica à gestação e ao parto de mães adolescentes. Cadernos de Saúde Pública 1992; 8:404-13.

Bettiol H, Rona RJ, Chinn S, Goldani M, Barbieri MA. - Factors associated with preterm births in southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts born 15 years apart. Paediatr Perinat Epidemiol 2000; 14:30-8.

Bissel M. – Socio-economic outcomes of teen pregnancy and parenthood: a review of the literature. Canadian Journal of Human Sexuality, 2009;(3):191-204.

Bittencourt AS, Camacho LAB, Leal MC. – A qualidade da informação sobre o parto no Sistema de Informações Hospitalares no Município do Rio de janeiro, Brasil, 1999 a 2001. Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, 24(6):1344-1354, junho, 2008.

Black C, Deblassie ER. - Adolescent Pregnancy: contributing factors: consequences, treatment and plausible solutions. Adolescence 1985;(78): 281-90.

Blankson ML, Cliver SP, Goldenberg RL, Hickey CA, Jin J, Dubard MB.- Health behavior and outcomes in sequential pregnancies of Black and White adolescentes. JAMA 1993;269:1401-3.

Blum RW, Geer L, Hutton L, McKay C, Resnick MD, Rosenwinkel K, et al. - The Minnesota Adolescent Health Survey. Implications for physicians. Minn Med. 1998;71(3):143-5, 149.

Boardmann LA, Allsworth J, Phipps MG, Lapane KL. – Risk Factors for unintended versus intended repeat pregnancies among adolescents. Journal of Adolescent Health 39 (2006) 597e.1-597e.8.

Boarmam LA, Allsworth J, Phillips MG, Lapane KL. – Risk Factors for uninteded versus intended rapid repeat pregancies among adolescentes. Journal of Adolescent Health, 2006, 39(4), 597.e1-597.e8.

Bocardi MIB. – Gravidez na Adolescência: o parto enquanto espaço do medo. São Paulo, Arte e Ciência; Marília SP: Editora UNIMAR, 2003 p. 115-117.

Borges ALV, Schor N. - Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. Cad. Saúde Pública vol.21 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2005.

Borja JB, Adair LS. – Assessing the net of Young maternal age on birthweight. American Journal of Human Biology, volume 15, issue 6, pages 733-740, Oct, 2003.

Bouzas I, Miranda AT. – Gravidez na Adolescência. Adolescência e saúde. Volume 1, número 1, março 2004. p. 1-4.

Bozon M, Heilborn ML. - As carícias e as palavras: iniciação sexual no Rio de Janeiro e em Paris. Novos Estudos CEBRAP 2001; 59:111-35.

Braga LP, Carvalho MFO, Ferreira CL, Mata ANS, Maia EMC. - Riscos psicossociais e repetição de gravidez na adolescência. Bol. psicol vol.60 no.133 São Paulo dez. 2010. Disponível na Internet. Acessado em 15 de maio de 2012 http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0006-59432010000200007&script=sci_arttext

Bragg EJ. – Pregnant adolescent with addictions. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, volume 26, issue 5, pages 577-584, Jul 2006.

Brandão ER, Heilborn ML. – Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 22(7):1421-1430, julho, 2006

Brasil. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Institui o Estatuto da Criança e do Adolescente que introduziu mudanças significativas em relação à legislação anterior, o chamado Código de Menores, instituído em 1979. Crianças e adolescentes passam a ser considerados cidadãos, com direitos pessoais e sociais garantidos, desafiando os governos municipais a implementarem políticas públicas especialmente dirigidas a esse segmento. Disponível na Internet: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.- Marco Teórico e Referencial: saúde sexaul e reprodutiva de adolescentes e jovens. Editora do Mnistério da Saúde, 2007.

Brosh J, Weigel D, Evans W. – Pregnant and Parenting Adolescents´Perception of Sources and Supports in Relation to Educational Goals. Child Adolesc Work Journal. (2007) 24:565-578.

Bruckner H, Martin A, Bearman PS. – Ambivalence and Pregnacy: Adoelscent´s Attitudes, contraceptive Use and Pregnancy. Perspective on Sexual Reproductive Health. Volume 36, number 6, November/December 2004.

Bruno ZV,Feitosa FEL, Silveira KP, Morais IQ, Bezerra MF. - Reincidência de gravidez em adolescentes. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.31 no.10 Rio de Janeiro Oct. 2009

Buittendjik SE, Van Enk A, Oosterhout R, Ris M. – Obstetrical outcome in teenage pregnancies in rhe Netherlands. Ned Tijdschr Gneskd 1993; 137: 2536-2540.

Bukulmez O, Deren O. - Perinatal outcome in adolescent pregnancies: a case – control study from a Turkish University Hospital. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2000; 88:207-12.

Bureau of Justice Statistics. - Criminal victimization in the United States, 2002 statistical tables. Washington, DC: U.S.. Department of Justice, 2004. Disponível na Internet: http://www.ojp.usdoj.gov/bjs Acessado em 12 de maio de 2010

Burrows AR. Et. al. - Riesgo de Embarazo temprano: construccion y validacion de un instrumento predictor. Rev. Méd.Chile; 122:713-720, June, 1994.

Cabezón C, et. al. - Adolescent pregnancy prevention: na abstinence-centered randomized controled intervention in a Chilean public high-school. Journal of Adolescent Health 36 (2005) 64-69.

Cabral ACV, Peixoto RML, Miranda SP, Vieira E. – Gravidez e Adolescência. Jornal Brasileiro de Ginecologia; 95(6):251-3, 1985.

Cabral CS. - Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública vol.19 suppl.2 Rio de Janeiro, 2003.

Calligaris Contardo – A adolescência. Editora Publifolha, São Paulo, 2009. Disponível na Internet: http://www1.folha.uol.com.br/folha/publifolha/ult10037u351920.shtml Acessado em 15 de abril de 2010.

Campos DMS. - Psicologia da Adolescência. Petrópolis, Editora Vozes, 1985.

Campos MAB. - Gravidez na adolescência. A imposição de uma nova identidade. Pediatria Atualidades 2000; 13(11/12): 25-6.

Caputo VG, Bordin IA. - Gravidez na adolescência e uso freqüente de álcool e drogas no contexto familiar. Rev. Saúde Pública vol.42 no.3 São Paulo June 2008.

Card JJ, Wise LL. - Teenage mothers and teenage fathers: the impact of early childbearing on the parents' personal and professional lives. Fam Plann Perspect 1978; 10:199-205.

Carelli G. - O sexo começa cedo e com ousadia. Revista Veja 2002; 35: 80-3.

Carniel EF, Zanoli ML, Almeida CAA, Morcílio AM. - Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. vol.6 n^{o}.4 Recife 2006**.**

Casares WN, Lahiff M, Eskenazi B, Halpern-Felsher BL. – Unpredict Trajectories: the relationship between race/ethnicity, pregnancy during adolescence, and Young women´s outcomes. Journal of Adolescent Health (2010) 1-8.

Cassorla RMS. - Jovens que tentam suicídio: relacionamento social, gravidez e abortamentos: um estudo comparativo com jovens normais e jovens com problemas mentais (III). J Bras Psiquiatr 1985; 34:151-6.

Centers for Disease Control and Prevention. HIV/AIDS Surveillance Report, vol 17. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services; 2006.

Cerqueira-Santos E, Paludo SS, Shiró EDB, Koller SH. - Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. Psicol. estud. vol.15 no.1 Maringá Jan./Mar. 2010.

Chabon B, Fitterman D, Hoffman ND. - HIV and Aids in adolescence. Pediatric Clin. North Am2000; 47(1): 171-87.

Chalem E. et. al. - Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública vol.23 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2007

Chandra A, Martino S, Collins R, Elliott M, Berry S, Kanouse D, and Miu A, "Does Watching Sex on Television Predict Teen Pregnancy? Findings from a National Longitudinal Survey of Youth," *Pediatrics*, Vol. 122, No. 5, November 2008.

Chien L, Tai C. – Effect of delivery method and timing of breastfeeding iniciations on breastfeeding outcomes in Taiwan. Birth 34:2, June, 2008.

Clark S. - Early marriage and HIV risks in Sub-Saharan Africa. – Studies in Family Planing, 2004, 35(3): 149-160.

Coleman PK. – Resolution of Unwanted Pregnancy during Adolescence through Abortion versus Childbirth: Individual and Family Predictors and Psychosocial Consequences. Journal of Youth Adolescence (2006) 35:903-911.

Coles MS, Koenigs LP. – Self-inducued Medical Abortion in na Adolescent. J Pediatr Adolesc Gynecol (2007) 120:93-95.

Colli AS. - Maturacion sexual de los adolescentes de Sao Paulo. In: Organización Panamericana de la Salud. La salud del adolescentes y el joven en las Americas. Washington, 1985. (OPAS Publicacion científica, 489).

Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. – Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnacy in Latin America: cross sectional study. American journal of Obstetrics and gynecology, 2005;192(2):342-9.

Conger JJ, Petersen A. - Adolescence and youth: psychological development in a changing world. New York: Harper & Row; 1984.

Constantino CF. - Medicina do Adolescente. Revista Ser Médico 2008; 43, abril/maio. p. 29.

Constantino CF, Barros JCR, Hirshheimer MR. – Cuidando de crianças e adolescentes sob o olhar da ética e da bioética, São Paulo, Editora Atheneu, 2009, p. 70.

Constantino CF, Barros JCR, Hirshheimer MR. – Cuidando de crianças e adolescentes sob o olhar da ética e da bioética, São Paulo, Editora Atheneu, 2009, p. 269.

Correa MGBRN, Coates V. - Medicina do adolescente. São Paulo: Sarvier, 1993. p. 259-62.

Costa COM et. al.- Gravidez na adolescência e co-responsabilidade paterna: trajetória sociodemográfica e atitudes com a gestação e a criança. Ciênc. saúde coletiva vol.10 n^{o}.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2005.

Costa M. - Sexualidade na adolescência: Dilemas e crescimento. Porto Alegre: L&PM, 1997.11^{a} Edição.

Costa MCO, et. al. - Condições de gestação, parto e nascimento em adolescentes e adultas jovens: Santa Casa. Adolesc. Latinoam. vol.1 n.4 Porto Alegre dic. 1999.

Costa MCO, et. al. - Estudo dos partos e nascidos vivos de mães adolescentes e adultas jovens no Município de Feira de Santana, Bahia, Brasil, 1998. Cad. Saúde Pública vol.18 n.3 Rio de Janeiro May/June 2002.

Costa MCO, Pinho FJ, Martins SJ. - Aspectos psicossociais e sexuais de gestantes adolescentes em Belém, Pará. J Pediatr (Rio J) 1995;71:151-7.

Costa MCO, Santos CAT, Sobrinho CLN, Freitas JO, Ferreira KASL - Indicadores Materno-infantis na adolescência e juventude: sociodemográfico, pré-natal, parto e nascidos-vivos. J. Pediatr. (Rio J.) vol.77 n.3 Porto Alegre May/June 2001

Covington DL, Dalton UK, Diehl SJ, Whight BD, Piner MH.- Improving detection of violence among pregnant adolescents. J Adolesc Health 1997; 21:18-24.

Cowley C, Farley T. – Adolescent Girl´s attitudes Toward pregnancy. J Fam Practice 2001; 50-603.

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.

Crespin, J. - Gravidez e abortamento na adolescência. Novos dados, velhos desafios. Rev. Paul. Pediatr. 1998; 16(4): 197-200.

Crittenden CP, Boris NW, Rice JC, Taylor CA, Olds DL. – The Role of Mental Health Factors, Behavioral Factors and past Experiences in the Prediction of Rapid Repeat Pregnancy in Adolescence. Journal of Adolescent Health 44 (2009) 25-32.

Crosby R. et. al. – Psychosocial Predctors of Pregnancy among Low-Income African-American Adolescent Females: a prospective Analysis. J Pediatr Adolesc Gynecol (2002) 15:293-299.

Crosby RA. et. al. – Correlates of Adolescent Females´ worry about undesired Pregnancy: the importance of partner desire for pregnancy. J Pediatr Adolesc Gynecol (2001) 14:123-127.

Cunha MA, Andrade MQ, Tavares Neto J, Andrade T. - Gestação na Adolescência: Relação com o Baixo Peso ao Nascer. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.24 n.8 Rio de Janeiro Sept. 2002.

Dadoorian D. – Um novo olhar sobre a Gravidez na Adolescência. Pronta para voar. Editora Rocco, 2000, p. 141-3.

Datasus. Banco de dados do Sistema Único de Saúde 1999. Disponível em: http://www.datasus.com.br. Acessado em 26 de maio de 2010.

DATASUS. Página da Internet. Disponível no site: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2002/c01.htm Acessado em 25 de fevereiro de 2010.

Defense for Children International — Dossiê do Menor. RJ/Genebra, 1988, Pg 16.

Departamento de Adolescência e Bioética da Sociedade de Pediatria de São Paulo. - Aspectos éticos do atendimento médico do adolescente. Revista Paulista de Pediatria 1999; 17:95-97.

Desser, N. A. - Adolescência, sexualidade e culpa. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; Brasília, DF: Fundação Universidade de Brasília, 1993. p. 72-73

Dias ACG, Gomes WB. - Conversas, em família, sobre sexualidade e gravidez na adolescência: percepção das jovens gestantes. Psicol. Reflex. Crit. vol.13 n.1 Porto Alegre 2000.

Dias AB, Aquino EML. - Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. Cad. Saúde Pública vol.22 n^{o}.7 Rio de Janeiro July 2006.

Didion J, Gatzke H. – The Baby Think It Over Experience to Prevent Teen Pregnancy: a Postintervention Evaluation. Public Health Nursing, volume 21, n 4, p. 331-337.

Diniz D, Costa S. - Ensaios: Bioética. Brasília: Letras Livres, 2006, p. 50.

Donoso E, Becker J, Villaroel L. – Embarazo en La adolescente chilena menor de 15 anos. Análises de la última década Del siglo XX. Ver Chil Obstet Ginecol 2001; 66:391-396.

Duarte A. – Gravidez na Adolescência. Ai, como sofri por te amar... - Editora Rosa dos Tempos. Rio de Janeiro, 2005.

Duarte A. - Medicina do Adolescente. Revista Ser Médico 2008; 43, abril/maio. Pg 29.

Duarte CM, Nascimento VB, Akerman M. - Gravidez na adolescência e exclusão social: análise de disparidades intra-urbanas. Rev Panam Salud Publica vol.19 n.4 Washington Apr. 2006

Duenhoelter JK, Jimenez JM, Baumann G. Pregnancy performance of patients under fifteen years of age. Obstet Gynecol 1975; 46:49-52.

Dunn EA, Colm H. – Comparison of maternal satisfaction following vaginal delivery after caesarean section and caesarean section previous vaginal delivery. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology 121 (2005) 56-60.

East P, Reys BT, Horn EJ. – Association between Adolescent Pregnancy and a Family History of Teenage Birhs. Perspectives on Sexual and Reproduction Health. Volume 39, number 2, June 2007.

Ekwo EE, Moawad A. - Maternal age and preterm births in a black population. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2000;14:145-51.

Encuesta Nacional de Saúde Familiar – FESAL. 2002/2003. Informe Final 2004. San Salvador, El Salvador. Associacion Demográfica Salvadorenha.

Ensor R, Hughes C. – With a little hel from may friends: maternal social support, via parentig, promotes willingness to share in preschoolers Born to Young mothers. Infant and Child Development, volume 19, issue 2, pages 127-141, Oct 2007.

Eshbaugh EM, Luze GL. – Adolescent and adult low-income mothers. How do needs and resources differ? Journal of Community Psychology, volume 35, issue 8, p. 1037-1053, Oct 2007.

Eure CR, Lindsay MK, Graves WL. – Risk of adverse pregnancy outcomes in Young adolescent parturients in na inner-city hospital. American Journal of Obstetrics and Gynecology, volume 186, n. 5, may 2002, 918-920.

Felice ME, Granados JC, Ances IG, Hebel R, Roeder LM, Heald FP. - The young pregnant teenager: impact of comprehensive prenatal care. J. Adolescn. Health Car 1981; 1:193-7.

Feliciano KVO. - Prevenção da AIDS entre jovens: conflitos entre os discursos técnicos e a prática cotidiana de escolares da Região Metropolitana do Recife [tese doutorado]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2001.

Fernandez PF, Castro GMA, Fuentes AS, Avla RA, Blanco EMM, Godinez GME, Reyes JGM. - Características sociofamilares y morbilidade materno-infantil del embarazo em adolescentes. Bol Méd. Hosp. Infant. México; 55(8): 452-477, 1998.

Ferreira R. - Orientação Sexual na Adolescência Pode Fazer a Diferença na Vida Adulta da Mulher. Matéria publicada no site UOL Estilo e Comportamento em 07 de junho de 2010. Disponível na Internet: Acessado em 8 de junho de 2010. http://estilo.uol.com.br/comportamento/ultnot/2010/06/07/orientacao-sexual-na-adolescencia-pode-fazer-a-diferenca-na-vida-adulta-da-mulher.jhtm

Fessler KB. – Social outcomes of early childbearing: important considerations for the provision of clinical care. J Midwifery Women´s Health, 2003;48(30: 178-85.a.

Figueiredo B, Pacheco A, Magarinho R. Grávidas adolescentes e grávidas adultas: diferentes circunstâncias de risco? Acta Med Port. 2005;18(2): 97-105.

Fiscela K. et. al. – Delayed First Pregnancy among African-American Adolescent Smokers. Journal of Adolescent Health 1998;23:232-237.

Foix-L'Hélias L, Blondel B. - Changes in risk factors of preterm delivery in France between 1981 and 1995. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2000;14:314-23.

Folha On Line – Cai o número de mães na faixa etária de 15 a 19 anos e mais mulheres dão à luz entre 30 e 34 anos, diz IBGE. Cotidiano – 17 de dezembro de 2012. Disponível na Internet: http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2012/12/17/cai-numero-de-maes-adolescentes-e-sobe-o-de-maes-entre-30-e-34-anos-aponta-ibge.htm.

Folle E, Geib LTC. - Representações sociais das primíparas adolescentes sobre o cuidado materno ao recém-nascido. Revista Latino Americana de Enfermagem vol.12 nº.2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2004.

Ford K. - Second pregnancies among teenage mothers. Family Plann Perspect 1983; 15:268-72.

Foresti R. - Gravidez na adolescência: um estudo exploratório sobre o início da experiência da gravidez. Interface (Botucatu) vol.5 nº.9 Botucatu Aug. 2001.

Fortes PACF, Sacardo DP. Ética na assistência à saúde do adolescente e do jovem. In: Ministério da Saúde, organizador. Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Brasília: Editora Ministério da Saúde; 1999.p.147-61.

Francisco MA. Et. al. – The effect of childohood sexual abuse on Adolencent Preganacy: Na Integrative Research Review. Journal for Specialists in Pediatric Nursing, volume 13, n 4, october 2008.

Françoso LA, Saito MI, Coates V, Ozelka GW. – In: Cuidando de Crianças e Adolescentes sob o olhar da Ética e da Bioética. Constantino CF, Barros JCR, Hirschheimer MR. – Livraria Atheneu, São Paulo, 2009. p.281.

ildirin AM, Brockert J, Ward TH. – Associations of Young age with adverse reproductive outcomes. NEJM, 332(17): 1113-1117, april 27, 1995.

Freitas GVC, Botega NJ. - Gravidez na Adolescência: Prevalência de Depressão, Ansiedade e Ideação Suicida. Rev. Assoc. Med. Bras. vol.48 nº.3 São Paulo July/Sept. 2002

Frencs RS. Et. al. – What Impact Has England´s teenage Pregnancy Strategy had on Young People´s Knowledge of and Access to Contraceptive Services? Journal of Adolescent Health 41 (2007) 594-601.

Fujimori E, Oliveira IMV, Lima AR, Cassana LMN, Szarfac SC. - Perfil socioeconómico y biológico de embarazadas adolescentes de una maternidad de beneficiencia en São Paulo, Brasil. Cuad Med Soc 1997; 38:97-114

Furlan JP, et. al. – A influência do Estado Nutricional da Adolescente Grávida sobre o Tipo de Parto e o Peso do Recém-nascido. RBGO- volume 25 n. 9, 2003.

Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC, Theme Filha MM. - Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. Revista de Saúde Pública vol.35 nº.1 São Paulo Fevereiro, 2001

Gamble JÁ, Creedy DK. – Women' s request for a cesarean section: a critique of the literature. Birth 27:4 December 2000.

Gejer D. - In: Cuidando de Crianças e Adolescentes sob o olhar da Ética e da Bioética. Constantino CF, Barros JCR, Hirschheimer MR. – Livraria Atheneu, São Paulo, 2009. p. 290.

George E. - Abortion policy and practice in Greece. Soc Sci Med 1996; 42:509.

Ghaziuddin MDN, King CA, Naylor MW, Guaziuddin M. - Anxiety contributes to suicidality in depressed adolescents. *Depress Anxiety* 2000; 11:134-8.

Gillian ML, Warden MM, Tapia BT. – Young Latinas Recall Contraceptive Use before and after Pregnancy: a Focus Group Study. J Pediatr Adolesc Gynecol (2004) 17:279-287.

Gilmore MR, Gilchrist L, Lee J, Oxford ML. – Women Who gave Birth as Unmarried Adolescents; Trends in substance use from Adolescence to Adulthood. Journal of Adolescent Health 39 (2006) 237-243.

Glasier A, et. al. – Sexual and Reproductive health: a matter of life and death, Lancet, 2006, 368(9547):1595-1607.

Glass JC. - Premarital sexual standards among church youth leaders. J. Sci. Res. 1972.

Goicolea I, Wullf M, Ohman A, Sabastian MS. – Risk factors for pregnancy among adolescent girls in Equador´s Amazon basin: a case control study, Revista Panamericana de Salud Publica 26(3), 2009.

Goldberg GL, Craig CJ. - Obstetric complications in adolescent pregnancies. S Afr Med J 1983; 64:863-4.

Goldenberg P, Figueiredo MCT, Silva RS. - Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública vol.21 n^{o}.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2005.

Goldenberg RL, Klerman LV. – Adolescent Pregnancy: another look. NEJM, Editorial, 332 (17) april 1995.

Golder S, Gillmore MR, Spieker S, Morrison D. – Substance Use, erlated Problem behaviors and adult attachment in a Sample of high risk older adolescent. Journal of Child and Family Studies, Volume 14, n. 2, june 2005, p. 181-193.

Gomes KRO, Speizer IS, Gomes FM, Oliveira DDC, Moura LNB. – Who are the pregnant adolescents in the poorest state capital of Brazil. Public Health Nursing, volume 25, n. 4, p. 319-326.

Gomes KRO, Speizer IS, Oliveira DDC, Moura LNB, Gomes FM. – Contraceptive Method use by adolescents in Brazilian State Capital. J Pediatr Adolesc Gynecol (2008) 21:213-219.

Gonçalves H, Knauth DR. - Aproveitar a vida, juventude e gravidez. Rev. Antropol. vol.49 n.2 São Paulo July/Dec. 2006.

Griffiths NA, Avasarala S, Wiener JJ. - A prospective observational study of emergency caesarean section rates and the effects of the labour ward experience. Journal of Obstetrics and Gynecology 2005; 25: 666-668.

Groth SW. – The long-term impact o f adolescent gestational wight gain. Research in Nursing & Health. Publicação on-line. Disponível na Internet: http://www3.interscience.wiley.com/journal/117881081/abstract
Acessado em 16 de abril de 2010.

Guerra AFFS, von der Heyde MED, Mulinari RA. – Impacto do estado nutricional no peso ao nascer de recém-nascidos de gestantes adolescentes. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.29 nº.3 Rio de Janeiro Mar. 2007

Guimarães AMAN, Vieira MJ, Palmeira JÁ. - Informações dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais. Rev. Latino-Am. Enfermagem v.11 n.3 Ribeirão Preto maio/jun. 2003.

Guiuimarães MHP. - Gravidez na adolescência: seus determinantes e conseqüências [dissertação]. Salvador: UFBA; 1994.

Guimarães, E.B. - Gravidez na adolescência: fatores de risco. In: Saito, M.I. & Silva, E.V. Adolescência - Prevenção e Risco. São Paulo, Editora Atheneu, 2001.

Guzman JM, Hakkert R, Contreras JM, Falconier de Montano M. - Diagnóstico sobre salud sexaul y reproductiva de adolescents em América Latina y El Caribe. New York: United States Population Fund; 2001.

Häggström-Nordin E, Hanson U, Tydén T. - Sex behavior among high school students in Sweden: improvement in contracpetive use over time. J Adolesc Health 2002; 30:288-95.

Haley N, Roy E, Leclerc P, Boudreau JF, Boivin JF. – Characteristics of Adolescent Street Youth with a History of Pregnacy. J Pediat Adolesc Gynecol (2004) 17:313-320.

Halpern R, Schaefer ES, Pereira AS, Arnt EM, Bezerra JPV, Pinto LS.- Fatores de risco para o baixo peso ao nascer em uma comunidade rural do sul do Brasil. J Pediatr. 1996; 72(6):369-73.

Heilborn ML et. al. – Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. Horizontes Antropológicos. Volume 8 no.17 Porto Alegre, junho, 2002

Heilborn ML. Construção de si, gênero e sexualidade. In: Heilborn ML, organizador. Sexualidade: o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1999. p. 40-58.

Hellerstedt WL, Peterson-Hickey M, Rhodes KL, et. al. – Enviroment, social, and personal correlates of having ever sexual intercourse among American Indian youths. Am Journal of Public Health 2006; 96(12):2228-2234.

Henshaw SK. – Induced Abortion: a world review, 1990, Fam Plann Perspec 1990; 22:76.

Herrman JW. – The voices of teen mothers: The experience of repeat pregnancy. Maternal Child Nursing, 31(4), 243-249.

Heshaw S. – US Teenage Pregnancy Statistics with comparative Statistics for women aged 20-24. New York AGI 1990:5.

Hildingsson I, Radestad I, Rubertson C, Waldestrom U. – Few women wish to be delivered by caesarean section. BJOG, JUne 2002, volume 109, p. 618-623.

Hindin MJ, Fatusi AO. – Adolescent Sexual and Reproductive Health in Developing Coutries: an Overview of Trends and Interventions. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health. Volume 35, number 2, June 2009.

Hodgkinson SC, Colantuoni E, Roberts D, Berg-Cross L, Harolyn ME, Belcher MD. – Depressive Symptons and Brth Outcomes among Pregnant Teenagers. J Pediatr Adolesc Gynecol (2009) 22:59-64.

Hollingworth DR, Kreutner AKK. - Teenage pregnancy. N Engl J Med 1980;303:516-8.

Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. - O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. Cad. Saúde Pública vol.18 n.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2002.

IBGE. Disponível na Internet: http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais. Estudos e Pesquisas: Informação demográfica e socioeconômica, 19. Rio de Janeiro:

IBGE;2006. Disponível na Internet: Acessado em 30 de dezembro de 2009. http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1445&id_pagina=1 Acessado em 30 de dezembro de 2009.

Irwin Jr. CR, Rickert VI. – Coercive sexual experience during adolescence and Young adulthood: a public health problem. Journal of adolescent Health 36 (2005) 359-361.

Jaccard J, Dittus P. – Maternal correlates of adolescent sexual behavior. Farm Plann Persp 1996; 28:159-165.

Jaccard J, Dittus P. – Parent teenage communication towar the prevention uninteded Pregnancies. New York: Springer-Verlag, 1991.

Jaccard J, Dodege T, Dittus P. – Maternal Discussion about Pregnancy and Adolescents, attitudes toward Pregnancy. Journal of Adolescent Health 2003; 33:84-87.

Jaccard J, Dodge T, Dittus P. – Do adolescent want to avoid Pregnancy? Attitides toward Pregnancy as Predictor of Pregnancy. Journal of Adolescent Health 2003; 33:79-83.

Jaccard J, Dodge T., Dittus P. – Do adolescent want to avoid pregnancy? Attitudes toward as a predictor of pregnancy. J Adolescn Health 2003; 33:79.

Jackson C, Dickinson D. - Cigarrete consumption during childhood and pesistence of smokink through adolescence. Arch Pediatr Adolesc Medicine 2004;158:1050-6.

Jannuzzi PM. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. Revista do Serviço Público 2005; 56:137-60.

Jivraj S, Nazzal Z, Davies P, Selby K. – Obstetric outcome of teenage pregnancies from 2002 to 2008. The Sheffield experience. Journal of Obstetric & Gynaecology; April 2010.volume 30, issue 3, p. 253-256.

Johnson KA, Tyler KA. – Adolescent Sexual Onset: na intergenerational Analysis. Journal of Youth Adolescence (2007) 36:939-949.

Johnson SM, Winn DMC, Coie JD, Malone OS, Lochman J. – Risk Factors for adolescent pregnant among African American Males. Journal of Research on Adolescence, volume 14, issue 4, p. 471-495, Oct 2004.

Jolly MC, Sebire N, Harris J, Robinson R, Regan L. – Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old. Obstet Gynecol 2000; 96: 262-6.

Jones ME, Monday LW. – Lessons for prevention and intervention in adolescent pregnancy: a Five year comparison of outcomes of two programs for school-aged pregnant adolescents. Journal of Pediatric Health Care, 1994, 8(4), 152-159.

Joseph Np, Hunkali KB, Wilson B, Morgan E, Cross M, Freund KM. – Pre-pregnant Body mass índex among Pregnant Adolescents: Gestational Weight Gain and Long-

Kalina E. - Psicoterapia de adolescentes: Teoria prática e casos clínicos. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1999. 3ª Edição. p. 27.

Kamwendo F, Forslin L, Bodin et. al. – Epidemiology of ectopic pregnancy during a 28-year period and the role of pelvic inflamatory disease. Sex Trans Dis 2000; 76:82.

Kane R, Wellings K. – Reducing the Teenage Conception. Na International Review of Evidence. Data from Europa, first edition, London; Helth Education Authority, 1999.

Kanuga M, Rosenfeld WD. – Adolescent Sexuality and the Internet: the Goo, the Bad, and the URL. Journal of Pediatr Adolescent Gynecol (2004) 17:117-124.

Keskinoglu P. et. al. – Perinatal Outcomes and Risks Factors of Turkish Adolescent Mothers. J Pediatr Adolesc Gynecol (2007) 20:19-24.

Key JD, Barbosa GA, Owens VJ. – The Second Chance Club: repeat Adolescent Pregnancy Prevention with a School-Based Intervention. Journal of Adolescent Health 2001;28:167-169.

Khan S, Mishra V. – Youth reproductive and Sexual Health, DHS Comparative Reports, Valverton, MD, USA: Macro International, Inc, 2008, n. 19.

King JC. – The risak of maternal nutricional depletion and poor outcome increase in early or closely spaced pregancies. Journal of Nutrition 2003;5(suppl 2):S1732-6.

Kinsella EO, Crane LA, Ogden LG, Steves-Simon C. – Characteristics of adolescent women Who stop usin contraception after use at first sexual intercourse. J Pediatr Adolesc Gynecol (2007) 20:73-81.

Kipper DJ, Francisconi CF, Oselka GW, Clotet J, Goldim JR, Loch. Uma introdução à Bioética. Temas de Pediatria Nestlé, 2002;73:56.

Kirchengast S, Hartmann B. – Impact of maternal age amd maternal somatic characteristics on newborn size. American Journal of Human Biology, volume 15, issue 2, p. 220-228, Feb 2003.

Klerman JA. – Another Chance: Preventing Additional births to teen mothers. Washington, DC: The National Campaingn to Prevent Teen Pregnancy, 2004.

Klerman LV, Cliver SP, Goldenberg RL. – The impact of short inter-pregancy intervals on pregancy outcomes in a low-incomepopulation. Am J Public Health 1998;88:1182-85.

Klerman LV. - Another Chance: Preventing additional Births to Teen Mothers. National Campaign to prevent Teen Pregnancy, 2004.

Koenig LJ, Espinoza L, Hodge K, Ruffo N. – Young, seropositive, and pregnant: na epidemiologic and psychosocial perspectives on pregnant adolescents with Human Immunodeficiency vírus infection. American Journal of Obstetrics and Gynecology, supplement to September 2007, 123-131.

Kongnyuy EJ. Et. al – Adverse Perinatl Outcomes of Adolescent Pregnancies in Cameron. Maternal Child Health Journal (2008) 12:149-154.

Koniak-Griffin D, Walker DS, Traversay J. - Predictors of depression symptoms in pregnant adolescents. J Perinatol 1996; 16:69-76.

Koniak-Griffin D. – Aerobic exercise, psychological well-being, and discomforts during adolescent pregnancy. The long-term impact o f adolescent gestational wight gain. Research in Nursing & Health. Volume 17, issue 4, p. 253-263, Jan 2007.

Koss MP, Dinero TE, Seibel CA, Cos SL. - Stranger and acquaintance rape: are there differences in the victim´s experience? Psycol Women Q 1988; 12:1-24.

Kottmel A, Huang D, Hoesli I, Bitzer J, Tschudin S. Maternal request for cesarean section due to previous traumatic birth experience – Quantifying an increasing obstetric care problem. International Journal of Gynecology and Obstetrics 107S32 (2009) S413-S729.

Kovacs M, Goldston D, Gatsonis C. - Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: a longitudinal investigation. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993; 32:8-20.

Langille DB. – Teenage pregnancy: trends, contributing factors and the physician´s role. CAJM 2007; 176:1601.

Lao TT, Ho LF. - Obstetric outcome of teenage pregnancies. Human Reprod 1997; 13:3228-32.

Lao TT, Ho LF. - The obstetric implications of teenage pregnancy. Hum Reprod. 1997;12(10):2303-5.

Lawlor DA, Shaw M. - What a difference a year makes? Too little tôo late. Int J Epidemiol 2002; 31: 558-559.

Leal OF, Fachel JMG. - Jovens, sexualidades e estratégias matrimoniais. In: Heilborn ML, organizadora. Sexualidade: o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Zahar; 1999. p. 96-116.

Lee SH, O´Riordan MA, Lazebnik R. – Relationships among Depressive Symtoms, Sexually Transmitted Infections, and Pregnancy in African-American Adolescent Girls. Journal of Pediatric Adolescent Gynecology (2009) 22:19-23.

Lemay CA, Cashman SB, Elfenbein DS, Felice ME. – Adolescent Mothers´Attitudes Contraceptive use before and after Pregnancy. J Pediatr Adolesc Gynecol (2007) 20:233-240.

Lemen PM, Wigton TR, Miller-McCarthey AJ, Cruikshank DP. – Screening for Diabetes Mellitus in Adolescent Pregnancies. American Journal of Obstetrics and Gynecology (1998) June, 1251-1256.

Leone P, Adimoa A, Foust E. et. al. – HIV transmission among women – North Carolina, 2004. MMMR Mortal Wkly Rep 2005;54:89-94.

Leppert PC, Namerow PB, Barker D. - Pregnancy outcomes among adolescent and older women receiving comprehensive prenatal care. J Adolesc Health Care1986; 7:112-7.

Lesser J. - Childhood abuse, depression, and maternal role attainment in adolescent mothers. J Adolesc Health 1998; 137.

Levisky DL. - Aspectos do processo de identificação do adolescente na sociedade contemporânea e suas relações com a violência. In: Levisky DL, organizador. Adolescência e violência. Conseqüências da realidade brasileira. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997, p. 17-29.

Lima CTB et. al. - Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. vol.4 no.1 Recife Jan./Mar. 2004.

Lima CTB. et. al. - Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. vol.4 n.1 Recife Jan./Mar. 2004

Lima IC 2002. - Gravidez na adolescência: atitudes e responsabilidade paterna. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana. Disponível na

Internet: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300028. Acessado em 27 de agosto de 2011.

Lowry R, Holtzman D, Truman BI, et. al. – Substance use and HIV-related sexual behaviors among US high school students: are they related? American Journal of Public Health, 1994:84(7): 116-1120.

Lubarsky SL, Schiff E, Friedman AS, Mercer BM, Sibai BM. - Obstetric characteristics among nulliparas under age 15. Obstet Gynecol 1994; 84:365-8.

Luis Gonzaga (1912-1989) Jose de Souza Dantas Filho (1921-1962). Compositores e cancioneiros do nordeste brasileiro.

Madi JM, Chiaradia A, Lunardi PV. - Gravidez na adolescência. A propósito de 46 casos. J Brás. Ginecol. 1986; 96(6): 267-70.

Mães Adolescentes são preocupação. Folha de Rondônia, Ji-Paraná, Domingo, 9 de maio de 2010, caderno 1, p. 8.

Magalhães MLC. et al. – Gestação na adolescência precoce e tardia. Há diferença nos riscos obstétricos? RBGO 2006;28(8): 446-52.

Magalhães MLC. et. al. - Gestação na adolescência precoce e tardia – há diferença nos riscos obstétricos? Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.28 nº.8 Rio de Janeiro Aug. 2006

Mahfouz AA, El Said MM, al Erian RA, Hamid AM. – Teenage pregnancy: are teenagers a high risk group? European Journal of Obstetrics and Gynecology and reproductive Biology 1995; 59: 17-20.

Mahfouz AAR, El-Said MM, Al-Erian RAG, Hamid AM. - Teenage pregnancy: are a high risk group? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1995; 59:17-20.

Maia VAM, Azevedo AC, Queiroga FL, Maia Filho, VOA, Araújo, Lippo AB, Marinho LA, Albuquerque RM. - Via de parto em gestações sucessivas em adolescentes: estudo de 714 casos. Rev. bras. ginecol. obstet;26(9):703-707, out. 2004.

Malamitsi-Puchner A; Boutsikou T. - Adolescent pregnancy and perinatal outcome. Pediatr Endocrinol Rev;3 Suppl 1:170-1, 2006 Jan.

Manthata ALA, Hall DR, Steyn OS, Grove D. – The attitudes of two groups of South African women towards mode of delivery. The Intenational Journal of Gynecology and Obstetrics (2006) 92, 87-91.

Mariotoni GGB, Barros Filho AA. - Peso ao nascer e características maternas ao longo de 25 anos na maternidade de Campinas. *J Pediatr (Rio J)* 2000;76:55-64.

Markovitz BP, Cook R, Flick LH, Leet TL. – Socio-economic factors and adolescence preganancy outcomes: distinctions between neonatal and post-neonatal deaths. BMC Public Health 2005, 5:79.

Marques ACPR, Cruz MS. O adolescente e o uso de drogas. Revista Brasileira de Psiquiatria. Rev. Bras. Psiquiatr. vol.22 s.2 São Paulo Dec. 2000.

Marshal, WA, Tanner JM. - Variations in pattern of puberal changes in girls. Arch. Dis. Child.;44:291-293, 1969.

Martinez EZ. et. al. - Gravidez na adolescência e características socioeconômicas dos municípios do Estado de São Paulo, Brasil: análise espacial. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(5): 855-867, mai, 2011.

Masatu MC, et. al. – Predictors of risky sexual behavior Amon adolescents in Tanzania. AIDS and Behavior, 2009, 13(1):94-99.

Mathias L, Nestarez JE, Kanas M, Neme B. - Gravidez na Adolescência: idade limite do risco reprodutivo entre adolescentes. Jornal Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia;95(4):141-3, 1985.

Mavroforou A, Koumantakis E, Michalodimitris E. – Adolescente and abortion in Greece: women´s Profile and Perceptions. J Pediatr Adolesc Gynecol (2004) 17:321-326.

Mayor S. - Pregnancy and childbirth causes of death in teenage girls in development coutries. BJM 2004;328:1152.

Mazza JJ, Reynolds WW. - A longitudinal investigation of depression, hopelessness, social support, and major and minor life events and their relation to suicidal ideation in adolescents. Suicide Life Threat Behav 1998; 28:358-74.

McAnarney ER, Hendee WR – Adolescent Pregnancy and childbearing: what we have learned in a decade and remain to be learned. Semin. Perinatol; 5:91-103, 1981.

McAnarney ER, Hendee WR. Adolescent pregnancy and its consequences. JAMA 1989; 262:74-77.

McClanahan KK. – Depression in Pregnant Adolescent: considerations for treatment. Journal of Pediatrics and Adolescent Gynecology (2009) 22:59-64.

McGoldrich KE. - Teenage pregnancy. J. Am. Méd. Women Assoc. ; 6(3): 216-219, 1985.

Medicina do Adolescente. Revista Ser Médico 2008; 43, abril/maio. p. 19.

Melo AV, Yazaki LM, Morell MGG. Risco e ônus das gestações precoces. In: SEADE – Estudo sóciodemográfico sobre a juventude paulista. São Paulo: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados; 1998. p. 151-7.

Melo AV, Yazaki LM. - O despertar do desejo. In: Secretaria de Economia e Planejamento, Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, organizador. 20 anos no ano 2000: estudos sócio-demográficos sobre a juventude. São Paulo: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados; 1998. p. 119-25.

Menezes AMB. Et. al. – Smoking in early Adolescence: evidence from the 1993 Pelotas (Brazil) Birth Cohort Study. Journal of Adolescent Health 39 (2006) 669-677.

Menon S. et. al. – Risk Factors for Ectopic Pregnancy: a comparision between adults ADN adolescent mothers. J Pediatr Adolesc Gynecol (2007) 20:181-185.

Metello J. et. al. - Desfecho da gravidez nas jovens adolescentes. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.30 no.12 Rio de Janeiro Dec. 2008

Michelazzo D, Yazlle MEHD, Mendes MC, Patta MC, Rocha JSY, Moura MD. - Indicadores sociais de grávidas adolescentes: estudo caso-controle. Rev Bras Ginecol Obstet. 2004;26(8):633-9.

Miller A. – The relationship between family interaction and sexual behavour in adolescence. Journal of Community Psychology, volume 2, issue 3, P. 285-288, Feb 2010.

Mill, JS. – A Liberdade e Utilitarismo. Editora Martins Fontes, São Paulo, 2000, p. 22.

Minayo MCS. – A violência na adolescência: um problema de Saúde Pública. Cadernos de Saúde Pública. Cad. Saúde Pública vol.6 no.3 Rio de Janeiro Sept. 1990.

Ministério da Saúde. DATASUS. Informações em Saúde, Brasília 2008. Disponível na Internet: http://datasus.gov,br/tabnet/tabnet.htm.

Ministério da Saúde. Pesquisa sobre comportamento sexual e percepções da população brasileira sobre HIV/AIDS. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS; 2000.
Ministério de Salud Publica (EC). Plano Nacional de Prevención Del Embarazo em la adolescência. Quito: MSP;2008.

Mississipi State Department of Health and the Centers for Disease Control and Prevention. Cluster of HIV-infected adolescents and Young adults – Mississsipi, 1999. MMMR Mortal Wkly Rep 2000;49:861-4.

Mocellin AS, Costa LR, Toledo AM, Driussi P. - Efetividade das ações voltadas à diminuição da gravidez não-planejada na adolescência: revisão da literatura. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 10 (4): 407-416 out. / dez., 2010.

Montessoro AC, Blixen CE. - Public policy and adolescent pregnancy: a reexamination of the issues. Nurs Outlook 1996; 44:31-6.

Moreira MTM, Viana DS, Queiroz MVO, Jorge MSB. - Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. Rev. esc. enferm. USP v.42 n.2 São Paulo jun. 2008.

Morris M, Hancock MS, Miller WC, et. al. – Prevalence of HIV infection among oung adults in the United States: results from Add Health Study. American Journal of Public Health 2006;96:1091-7.

Motta M, Pinto-Silva JL. - Gravidez na adolescência. Campinas: Núcleo de Estudos de População, Universidade Estadual de Campinas; 1994.

Moura JVC. – Gravidez na Adolescência: estudo retrospectivo nos anos 1978, 1982 e 1987 na Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba, Saõ Paulo, 1991. Tese de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúe Materno Infantil, Universidade de São Paulo, 1991.

Nadem E, Romo LF. – Low-income Latina Mothers expectations for their pregant daughters Autonomy and Interdependence. Journal of Research on Adolescence 18(2), 215-238, 2008.

Narring F, MIchaud PA, Sharma V. – Demographic and Behavioral Factors associated with Adolescent Pregancy in Switzerland. Family Planning Perspectives; Sep/Oct 1996, Volume 28, issue 5, 232-244.

Neinstein LS. Understanding legal aspects of care. In: Neinstein LS, organizador. Adolescent health care: a practical guide. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.p.150-5.

NetoFRGX, Dias MSA, Rocha J, Cunha ICKO. - Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. Rev Bras Enferm, Brasília 2007 maio-jun; 60(3):279-85.

Ó Sullivan LF, Brooks-Gunn J. – The timing of changes in girls´sexual cognitions behaviors in early adolescentce: a prospective, cohort study. Journal of Adolescent Health 37 (2005) 211-219.

O texto em citação é anterior a chamada Lei do Acompanhante que é a Lei número 11.108, de 7 de abril de 2005, que obriga todos os serviços de saúde da rede SUS, da rede própria ou conveniada, a permitir a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente dutante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Disponível na Internet: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm Acessado em 1 de maio de 2010.

O´Donnell L, Stueve A, Wilson-Simmons R. – Aggressive behaviors in early adolescence and subsequent suicidality among urban youths. Journal of Adolescent Health 37 (2005) 517.e15-517.e25.

Ojeme DS, et al – Preferred and actual delivery mode after a cesarean in London, UK. International Journal of Gynecology and Obstetrics (2008) 102, 156-159

Oliveira MW. – Gravidez na Adolescência: Dimensões do Problema. Caderno Cedes, volume 19, Campinas, julho 1998. Disponível na Internet: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-32621998000200004&script=sci_arttext Acessado em 27 de maio de 2010.

Olukoya AA, Kaya A, Ferguson BJ, AbouZahr C. - Unsafe abortion in adolescents. Int J Gynaecol Obstet 2001;75:137-47.

OPAS – Tema: Saúde integral do adolescente e do jovem. Disponível na Internet: http://www.opas.org.br/familia/temas.cfm?id=72&area=Conceito. Acessado em 20 de abril de 2010.

OPAS & UNICEF. - A situação da fecundidade. Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE/UNICEF/OPAS; 1988.

Organización Mundial de la Salud. - Risk approach for maternal and child health care. Geneva: WHO; 1978.

Osborne L, Rhodes J. – The role of life stress and social support in the adjustment of sexually victimized pregnant and parenting minority adolescents. American Journal of Community Psychology, 2001, 29(6), 833-849.

Paiva V, Calazans G, Venturi G, Dias R. – Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. Revista de Saúde Pública 2008;42(supl. 1):45-53.

Paiva V. - Os gêneros, o sensual e o reprodutivo. In: Paiva V. Fazendo arte com a "camisinha". São Paulo: Summus; 2000. p.141-77.

Pallitto C, Murillo V. – Childhood Abuse as a Risk Factor for Adolescence Pregnancy in El Salvador. Journal of Adolescence Health 42 (2008) 580-586.

Pantoja ALN. Ser Alguém na Vida: uma análise antropológica da gravidez maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(sup. 2):S335-S343, 2003.

Papagopoulos P. et. al. – Adolescent Pregnancy in a Greek Public Hospital during a six-year period (2000-2005) – a retrospective trial. J Pediat Adolesc Gynecol (2008) 21;265:268.

Papile L. – The Apgar Score in the 21st Century. NEJM, volume 344:519-520, February 15, 2001, number 7.

Pereira AIF, Canavarro MC, Cardoso MF, Mendonça D. – Relational Factors of Vulnerability and Protection for Adolescent Pregnancy: a Cross Sectional Comparative Study of Portuguese Pregnant and Non-Pregnant Adolescent of Low Socioeconomic Satatus. Adolescence, Volume 40, n. 159, Fall, 2005.

Peres CA. – Family Structure and Adolescent Sexual Behavior in a Poor Area of São Paulo, Brazil. Journal of Adolescent Health 42 (2008) 177-183.

Peres SO, Heilborn ML. - Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: o avesso da gravidez na adolescência. Cad. Saúde Pública vol.22 no.7 Rio de Janeiro July 2006.

Perrin KM, McDermott RJ. - Instruments to measure social support and related constructs in pregnancy adolescents: a review. Adolescence 1997; 22:533-57.

Perry RL. et. al. – Pregnancy in early adolescent: Are there obstetric risks? The journal of maternal-Fetal Medicine, volume 5, issue 6, pages 333-339, Jan 1999.

Persona L, Shimo AKK, Tarallo MC. - Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. Rev. Latino-Americana de Enfermagem v.12 n.5 Ribeirão Preto sep./oct. 2004.

Pevzner L. et al. – Patient's request associated with cesarean delivery on maternal request in na urban population. American Journal of Obstetrics and Gynecology, volume 198, issue 5, may 2008, pages e35-e37.

Pfitzner MA, Hoff CH, McElligott K. – Predictors of repeat Pregnancy in a Program for Pregnant Teens. J Pediatr Adolesc Gynecol (2003) 16:77-81.

Phipps MG, Rosengard C, Weitzen S, Meers A, Billinkoff Z. – Age Group among Pregnant Adolescents: sexual behavior, health habits and contaceptive use. J Pediatr Adolesc Gynecol (2008) 21:9-15.

Pinto e Silva JLC, Surita FGC. - Idade materna: resultados perinatais e via de parto. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.31 no.7 Rio de Janeiro July 2009

Pirotta KCM. - Não há guarda-chuva contra o amor: estudo do comportamento reprodutivo e de seu universo simbólico entre jovens universitários da USP [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2002.

Ponte Jr. GM, Ximenes Neto FRG. – Gravidez na adolescência no município de Santana da Acaraú – Ceará – Brasil: uma análise de causas e riscos. Revista eletrônica de Enfermagem – volume 6, número 1, 2004. Disponível na Internet: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/pdf/f3_gravidez.pdf Acessado em 29 de abril de 2010.

Portal da Saúde. Ministério da Saúde/Brasil. Disponível no site: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11137. Acessado em 4 de agosto de 2011.

Prefeitura Municipal de Porto Velho. Página da Internet. http://www.portovelho.ro.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=1&Itemid=15 Acessado em 31 de julho de 2009.

Preventing Teen Pregnancy: What Works and what doesn´t. Web seminar Child Trends and the Policy Institute for Family Impact Seminars, Washington, DC. Child-Trends 2003 Dec 3. Disponível na Internet: Acessado em 2 de junho de 2010. http://www.childtrends.org/_portalcat.cfm?LID=3086935F-008B-44B6-93E9C42C443B92D7

PRO-AIM/Secretaria Municipal de Saúde/PMSP. Sumário de dados, 2004. Disponível na Internet: http://portal.prefeitura.sp.gov.br./secretarias/governo/sumario_dados/0003. Acessado em 12 de maio de 2010.

Raatikainen K, Heiskanen N, Verkasalo PK, Heinonen S. - Good outcome of teenage pregnancies in high-quality maternity care. Eur J Public Health. 2005;16(2):157-61.

Rainey DY, Steves-Simon C, Kaplna DW. – Are Adolescents Who report prior sexual abuse at higher risk for pregnancy? Chil Abuse Neglect 1995;29(10):283-8.

Ramakrishman U. - Nutrition and low birth weight: from research to practice. Am J Clin Nutr. 2004; 79(1):17-21.

Rangel M, Gavin L, Reed C, Fowler M Lee L. – Epidemiology of HIV/AIDS among adolescentsd and Young adults in the United States. Journal of Adolescent Health 2006;39:156-63.

Ranna W. - Violência do corpo, violência na mente. In: Leviski DL, organizador. Adolescência pelos caminhos da violência: a psicanálise na prática social. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo; 1998. p. 65-74.

Reichert CB, Wagner A. - Autonomia na adolescência e sua relação com os estilos parentais. PSICO, Porto Alegre, PUCRS, v. 38, n. 3, p. 292-299, set./dez. 2007.

Rey Gex C, Narring F, Ferron C, Michaud PA. - Suicide attempts among adolescents in Switzerland: prevalence, associated factors and comorbidity. Acta Psychiatr Scand 1998; 98:28-33.

Ribeiro ACL, Uhlig, RFS. - A gestação na adolescência e a importância da atenção à saúde do adolescente. Div Saúde Debate 2003; 26: 30-6.

Ribeiro ERO, Barbieri MA, Bettiol H, Silva AAM. - Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil. Rev. Saúde Pública vol.34 n.2 São Paulo Apr. 2000.

Ribeiro R, Nenevê M, Proença M. - Psicologia e saúde na Amazônia. Pesquisa e realidade brasileira. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2003. p.37

Richards J, Papworth M, Corbett S, Good J. – Adolescent motherhhod: a Q-methodological re-evaluation of psychological and social outcomes. Journal of Community & Applied Social Psychology, volume 17, issue 5, p. 347-362, apr 2007.

Rieth F. - Ficar e namorar. In: Bruschini C, Hollanda HB, organizadores. Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil. São Paulo: Editora 34; 1998. p. 113-33.

Rigsby DC, Macones GA, Driscoll DA. – Risk Factors for rapid repeat pregnancy among adolescent mothers: a review of the literature. Journal of Pediatric Adolescnet Gynecology 1998;11:115-26.

Rocha DS. et. al. - Estado nutricional e anemia ferropriva em gestantes: relação com o peso da criança ao nascer. Rev. Nutr. vol.18 n.4 Campinas July/Aug. 2005

Rocha RCL. Et. al. – Prematurity and Low Birth Weigut among Brazilian Adolescents and Young Adults. J Pediatr Adolesc Gynecol (2009) Article in Press.

Rodrigues, RM.- Gravidez na Adolescência. Nascer e Crescer. Revista do hospital de crianças. Maria Pia. ano 2010, vol XIX, n.º 3.

Rogers MM, People-Sheps MD, Suchindan C. – Impact of a social support programo n teenage pernatal care use and preganancy outcomes. J Adolesc Health 1996; 19: 132-140.

Rosa AJ, Reis AOA, Tanaka ACA. - Gestações sucessivas na adolescência. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. v.17 n.1 São Paulo abr. 2007.

Roselí Aparecida Godinho RA, Schelp JRB, Parada CMGL, Bertoncello NMF. - Adolescentes e Grávidas: onde buscam apoio? . Rev. Latino Americana de. Enfermagem vol.8 n.2 Ribeirão Preto Apr. 2000.

Rubio RM, Fuentes AG, Sanhueza EA, Rodrigues CS, Ortiz MV. - Reproduction en la adolescencia. Rev. Chil. Obstetr. Gynecol.; 56(3)/;112-117, 1981.

Sabroza AR, Leal MC, Souza Jr. PR, Gama SGN. - Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro (1999-2001). Cad. Saúde Pública vol.20 suppl.1 Rio de Janeiro 2004

Saewyc EM, Magee LL, Pettinggell SE. – Teenage Pregnancy and associated risk behaviors among sexually abused adolescents. Perspectives on Sexual Abuse and Reproductive Health, 2004, 36(3), 98-105.

Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmaki E. – Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal delivery. BJOG. 2001 May;108(5): 492-8.

Saito MI 2001. - Adolescência, sexualidade e educação sexual. *Revista Pediatria Moderna* 37(edição especial): p. 3-6.

Saito MI, Leal MM. – Adolescência e contracepção de emergência: Fórum 2005. Revista Paulista de Pediatria 2007;25(2):180-6.

Saito MI, Leal MM. – Adolescência e contracepção de emrgência: Fórum 2005. Revista Paulista de Pediatria 2007;25(2):180-186.

Saito MI. – Adolescente, cultura, vulnerabilidade e risco. Pediatrics 2000;22(3):217-219.

Sander PM, Raymond EG, Weaver MA. – Emergency contraceptive use as a marker of future risky sez, pregnancy, and sexually transmitted infection. American Jouurnal of Obstetrics and Gynecology, August 2009, 146.e1.

Santana FG. ET. AL. - Relação entre a idade materna e condições perinatais no município de Augustinópolis-TO. Rev Pesq Saúde,11(3): 35-40, set-dez, 2010.

Sant´Anna MJC & Coates V 2001. Atenção integral à adolescente grávida. *Revista Pediatria Moderna* 37(edição especial):10-13.

Sant'Anna A, Aerts D, Lopes MJ. - Homicídios entre adolescentes no Sul do Brasil: situações de vulnerabilidade segundo seus familiares. Cadernos de Saúde Pública vol.21 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2005.

Santelli J. et. al. – Abstinence-only education policies programs: a position paper of the Society for Adolescent Medicine. Journal of Adolescent Health, 2006, 38(1):83-87.

Santelli JS, Lindberg LD, Finer LB, Singh S. - Explaining Recent Declines in Adolescent Pregnancy in the United States: The Contribution of Abstinence and Improved Contraceptive Use. American Journal of Public Health. Volume 97, issue 1, January 2007.

Santos GHN, Martins MG, Sousa MS. - Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.30 nº.5 Rio de Janeiro May 2008.

Santos Jr. JD. – Departamento Materno Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP. Disponível na Internet: Acessado em 27 de maio de 2010.
http://www.adolec.br/bvs/adolec/P/cadernos/capitulo/cap22/cap22.htm

Santos Jr. JD. – Fatores etiológicos relacionados a gravidez na adolescência; vulnerabilidade e maternidade. In: Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Política de Saúde. Cadernos Juventude, Saúde e desenvolvimento. Brasília, 1999, volume 1, p. 223-229. Disponível na Internet: Acessado em 29 de abril de 2010. http://www.adolec.br/bvs/adolec/P/cadernos/capitulo/cap22/cap22.htm

Satin AJ, Leveno KJ, Sherman ML, Reedy NJ, Lowe TW, McIntire DD. – Maternal youth and pregnancy outcomes: middle school versus high school age groups compared with women beyond the teen years. American Journal of Obstetric and Gynecology 1994;171:184-187.

Schaffer MA, Jost R, Pederson BJ, Lair M. – Pregnancy-Free Club: a strategy to Prevent Repeat Adolescence Pregnancy. Public Health Nursing, 2008,volume 25, n 4, p. 304-311.

Schieefelbein VL, Susman EJ, Dorn LD. - Self-competence mediates ealier and later anxiety in Adolescent Mothers: a 3 Year Longitudinal Perspective. Journal of Research on Adolescence, volume 15, issue 4, p. 625-655, november 2005.

Scholl TO, Hediger ML, Belsky DH. - Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: a review and meta-analysis. J Adolesc Health 1994;15:444-56.

Schor N. et. al. - Adolescent pregnancy trends in a São Paulo, American Public Health Association (APHA) 122nd, Annual Meeting. Washington, D.C., october 30 - november 3, 1994.

Setzer JR, Smith DP. – Comprehensive school-based services for pregant and parenting adolescents in West Dallas, Texas. Journal of School Health, 1992, 62(3), 97-1, 97-2.

Sheeder J, Scott S, Steves-Simon C. – The Eletronic Repor on Adolescent Pregnancy (ERAP). J Pediat Adolesc Gynecol (2004) 17:341-346.

Shields M. - The Journal of quiting smoking. Health Reproductive 2005;16:19-36.

Silva AAM, Barbieri MA, Gomes UA, Bettiol H. -Trends in low birthweight: a comparison of two birth cohorts separated by a 15 year interval in Ribeirão Preto, Brazil. *Bull World Health Organ* 1998;76:73-84.

Silva APF, Hirai KN, Silva ME, Hoeredia EP. - Os fatores emocionais gerados pela gravidez na adolescência. ConScientiae Saúde, 2009;8(1):91-97. Disponível na Internet. Acessado em 15 de junho de 2012. http://redalyc.uaemex.mx/pdf/929/92911751012.pdf

Silva DV, Salomão NMR. - A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas dos bebês. Estud. psicol. (Natal) vol.8 nº.1 Natal Jan./Apr. 2003.

Silva L, Tonete VLP. - A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. Rev. Latino Americana de Enfermagem v.14 n.2 Ribeirão Preto mar./abr. 2006

Silva MCSC. – Hábitos e comportamentos do adolescente. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 1987.

Simões VMF, Silva AAM, Bettiol H, Lamy-Filho F,Tonial SR, Mochel EG. - Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. Rev. Saúde Pública vol.37 n.5 São Paulo Oct. 2003

Sing S. - Adolescent childbearing in developing countries: a global review. Stud Fam Plann 1998; 29:117-36.

Singh S, Darroch JE. - Trends in sexual activity among adolescent American women 1982-1995. Fam Plann Perspect 1999; 31:212-9.

Siqueira MJT, Mendes D, Finkler I, Guedes T. - Profissionais e usuárias(os) adolescentes de quatro programas públicos de atendimento pré-natal da região da grande Florianópolis: onde está o pai?. Estud. psicol. (Natal) vol.7 n.1 Natal Jan. 2002.

Sismondi P, Volante R, Giai M. - El emabarazo yel parto en la adolescence. Rev . Chil. Obstetr. Gynecol.1984; 23(2): 41-5

Site da OMS - http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/. Acessado em julho de 2012

Site do IBGE. Indicadores Sociais e Demográficos de 2009. Comunicação social em 2 de setembro de 2009. Disponível na Internet: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1445 Acessado em 13 de maio de 2010.

Site da UOL Ciência e Saúde. Publicado em 17 de maio de 2010. http://noticias.uol.com.br/ultnot/cienciaesaude/ultimas-noticias/2010/05/17/uma-em-cada-seis-gestantes-atendidas-no-hc-em-sp-tem-mais-de-35-anos.jhtm Acessado em 17 de maio de 2010.

Site Tudorondonia: http://www.tudorondonia.com.br/ler.php?id=15494
Acessado em 2 de maio de 2010.

Sperlzer IS. Et. al. – Sexual Violence and Reproductive Health Outcomes Among South African Female Youths: a Vontextual Analysis. American Journal of Public Health, 2009, supplement 2, vol 99, p. 425-431.

Spitz AM, Velebil P, Koonin LM, Strauss MA, Goodman KA, Wingo P et al. - Pregnancy, abortion, and birth rates among US adolescents ¾ 1980, 1985, and 1990. *JAMA* 1996;275:989-94.

Stanton C, Ronsmans C, and Baltimore Group Cesarean. – Recomendations for routine reporting on indications for cesarean delivery in developing coutries. Birth 35:3 September 2008.

Stevens-Simon C, Barret J, McGregor JÁ, French J, Persutte W. – Short cervix: a cause of preterm delivery in young adolescents. The Journal of Maternal Fetal Medicine, volume 9, issue 6, p. 342-347, Feb 2001.

Stevens-Simon C, Wuhite MM. Adolescent pregnancy. Pediatric Ann. 1991; 20(6): 322-31.

Steves-Simon C, Beach R, Klerman LV. – To be rather than nor to be, that is the problem with the question. Arch Pediatr Adolesc Med 2001; 155:1298.

Steves-Simon C, Kelly L, Kullick R. – A village would be nice but... it takes a long acting contraceptive to prevent repeat adolescent pregancies. 2001, 21(1), 60-65.

Steves-Simon C, Kelly L, Singer D. – The effect of monetary incentives and peer suport groups on repeat adolescent pregnancies: a randomizes Trial of the dollar-a-day program. Journal of American Medical Association, 1997, 277 (12), 977-982.

Steves-Simon C, Lowy R. – Teenage childbearing. Na adaptive strategy for the socioeconomically disadvataged or a strategy for adapting to socioeconomic disadvantage? Arch Pediatr Adolesc Med 1995; 149:912-5.

Steves-Simon C, Sheeder J, Beach R, Harter S. – Adolescent preganancy: do expectations affect intentions? Journal os Adolescent Health 37 (2005) 243e.15- 243e.22

Steves-Simon C, Sheeder J. – Paradoxical Adolescent Reproductive Decisions. J Pediatr Adolesc Gynecol (2004) 17:29-33.

Sukalich S, Mingione MJ, Glantz C. – Obstetric outcomes in overwight and obese adolescents. American Journal of Obstetrics and Gynecology (2006) 195, 851-5.

Sulak PJ, Herbelin SJ, Fix DDA, Kuehl TJ. – Impact of na adolescent sex education program that was implemented by na academic medical Center. American Journal of Obstetrics and Gynecology (2006) 195, 78-84.

Tanner, JM. - Growth at adolescence., 2nd ed., Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1962.

Taquete SE. Sexo e gravidez na Adolescência. J Pediatr1992; março-abril; 68(3/4):135-9.

Term Post Partum Weight Retention. Journal of Pediatric Adolescent Gynecology (2008) 21:195-200.

Thomas EA, Rickei AU. - Teen pregnancy and maladjustment: a study of base rates. Journal of Community Psychology, volume 23, issue 3, p. 200-215, Feb 2006.

Thomson M. – Teen Pregnancy and Parenthood: Infants and Toddlers Who need care. Early Childhood Education Journal, volume 25, n. 3, 1998.

Titãs é uma banda de rock brasileira formada em São Paulo, na década de 1980.

Trindade ZA, Menandro MCS. – Pais adolescentes: vivência e significação. Estudos de Psicologia 2002, 7(1), 15-23.

Uberti EMH. Et. al. – Getational Trophoblastic Disease; one more risk in adolescnet pregancy. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, volume 81, issue 4, p. 356-363, April 2002.

United Nations Population Fund (UNFPA), State of the World Population 2003: Investing in Adolescent´s Health and Rights, new York, UNFPA, 2003.

Upchurch DM, Levy Storms L, Sucoff CA et. al. – Gender and ethnic differences in the timing of first sexual intercouse. Family Planning Perspectives. Volume 30, Number 3, May/June 1998.

Upchurch DM, McCarthy J. - The timing of a first birth and high school completion. Am Sociol Ver 1990; 55:224-34.

Van der Hulst L, Bonsel G, Estes M, Birnie E, Van Teijlingen E, Blecker O. – Bad experience, good birthing: Dutch low-risk pregnant women with a history of sexual abuse. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gunecology, 2006, 27(1), 59-66.

Vasquez R, Piñeros S. - Psicopatologia en madres adolescentes. Pediatria (Bogotá) 1997; 32:229-38.

Ventura SJ, Freedman MA. - Teenage childbearing in the United States, 1960-1997. Am J Prev Med 2000; 19 (seppl):18.

Vernot, A. — "El año internacional de la juventud y el Tercer Mundo. Que hay al final del túnel?", Revista Latinoamericana de Psicologia, Vol. 17 (2) (253 - 266).

Vieira MLF, Bicalho GG, Silva JLCP, Barros Filho AAB. - Crescimento e desenvolvimento de filhos de mães adolescentes no primeiro ano de vida. Rev. paul. pediatr. vol.25 n.4 São Paulo Dec. 2007.

Vieira MLF. - Filhos de mães adolescentes: avaliação do crescimento e desenvolvimento com um ano de idade [tese doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciência Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2002.

Vienne CM, Creveul C, Dreyfus M. – Does Young maternal age increase de risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: a cohort study. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, volume 147, issue 2, december 2009, p. 151-156.

Wagner BM, Cole RE, Schwartzman P. - Psychosocial correlates of suicide attempts among junior and senior high school youth. Suicide Life Threat Behav 1995; 25:358-72.

Walsh J, Robson M, Foley M. – The influence of ethnicity on caesarean section rates in the home of actve management of labour. The Intenational Journal of Gynecology and Obstetrics 107S2 (2009) S93-S396.

Weidwerpass E, Barros FC, Victora CG, Tomasi E, Halpern R. – Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no Sul do Brasil. Revista de Saúde Pública, 32 (3), 225-31, 1998. Disponível na Internet: http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v32n3/p225-231.pdf. Acessado em 4 de março de 2010.

Wellings K, Nanchahal K, MacDowall W, McManus S, Erens B, Mercer CH, et al. - Sexual behaviour in Britain: early heterosexual experience. Lancet 2001; 358:1843-50.

Wickrama KAS, Merten MJ, Elder GH. – Community influence on precious transitions to adulthood: racial differences and mental health consequences. Jlurnal of Community Psychology, volume 33, issue 6, pages 639-653, September 2005.

Wiemann CM, Berenson AB, Pino LG, et. al. – Factors associated with adolescent´s risck for late entry into prenatal care. Fam Plann Perspect 1997;29:273-6.

Wiemann CM, Rickert VI, Berenson AB, Volk RJ. – Are pregnant adolescents stigamatized by pregnancy? Journal of Adolescent Health 36 (2005) 352.e.1-352.e.7

Wight D, Henderson M, Raab G, et. al. – Extent or regretted sexaul intercourse among Young teenagers in Scotland: a cross sectional survey. BMJ 2000;320: 1243-4.

Williams L, Morrow B, Shulman H, Stephens R, D´Angelo D, Fowler CI. – PRAMS 2002 surveillance report. Division of Reproductive Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Center for Disease Control, Atlanta, 2006.

Willian SF, Keane-Tarchichi MH, Bettica L, Dieudonne A, Bardeguez AD. – Pregnancy outcomes in Young women perinatally acquired Human Immunodificiency Virus-1. American Journal of Obstetrics ADN Gynecology. February 2009 149.e1.

Wolfe EL, Davis T, Guydish J, Delucchi KL. – Mortality risk associated with perinatal drug and alcohol use in California. Journal of Perinatology, 2005 Feb; 25(2): 93-100.

World Health organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2003. Disponível na Internet: Acessado em 12 de maior de 2010. http://www.who.int/violence_injury_prevention?public?publications/violence?med_leg_guidelines/en/

Yazlle MEHD, et. al. – A Adolescente Grávida: alguns indicadores sociais. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.24 n.9 Rio de Janeiro Oct. 2002

Yazlle MEHD, Mendes MC, Patta MC, Rocha JSY, Azevedo GD, Marcolin AC. - A adolescente grávida: alguns indicadores sociais. Rev Bras Ginecol Obstet 2002; 24: 609-14.

Yazlle MEHD. - Gravidez na adolescência. Editorial. Revista Brasileira de Ginecol. Obstet. vol.28 número 8, Rio de Janeiro Agosto, 2006

Yildirim Y, Inal M, Tinar S. – Reproductive and Obstetric Characteristics of adolescent Preganancies in Turkish Women. J Pediatr Adolesc Gynecol (2005) 18:249-253.

Yoder BA, Young MK. - Neonatal outcomes of teenage pregnancy in a military population. Obstet Gynecol 1997; 90: 500-506.

Young People´s Health: a Challenge for Society (Technical Series n. 731). Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1996.

Zabin LS, Astone NM, Emerson MR. – Do adolescent want babies? The attitudes and behavior. J Res Adolesc 1993; 3:67.

Zapata LB, Hillis SD, Marchbanks PA, Curtis KA, Lowry R. – Methamphetamine use is independently associated with recent risky sexual behaviors and adolescent pregnancy. Journal of School Health, december 2008, vol 78, n 12, p. 641-649.

Zeck W, Bjelic-Radisic V, Hass J, Greimel E. – Impact of Adolescent Pregnancy on the Future Life of Young Mothers in Terms of Social, Familial, and Educacional Changes. Journal of Adolescent Health 41 (2007) 380-388.

Zeck W, Walcher W, Tamusino K, Lang U. – Adolescent primiparas: changes in obstetrical risk between 1983-1987 and 1999-2005. Journal of Obstetric and Gynecology Research, volume 34, n. 2: 195-198, april 2008.

Zelnick M, Kartner JF. - Reasons for non use of contraception by sexually active women aged 15-19. Fam. Plan. Perspectives, 11:289-94, 1979.

Zeteroglu S, Sahin I, Gol K. - Cesarean delivery rates in adolescente pregnancy. Eur J Contracept Reproduc Health Care 2005; 10: 119-122.

Zhang B, Chan A. - Teenage pregnancy in South Australia 1986-1988. Aus. N. Z. Obstetric Gynecol. 1991; 31(4): 291-8.

Zheng AX, Anderson FWJ. - Obstetric fistula in low-income countries. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2009, 104(2):85-89.

ANEXO I – PARECER DO CEP

Fundação Universidade
Federal de Rondônia – UNIR

Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Saúde – CEP/NUSAU

Porto Velho, 05 de março de 2009.
Carta 005/2009/CEP/NUSAU
Da: Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Para: José Hiran da Silva Gallo
Assunto: Parecer Ético
FR: 226837
CAAE: 4432.0.000.047-08

Informo-lhe que o projeto de pesquisa de sua autoria **"Gravidez na adolescência"** foi aprovado em reunião do Comitê de Ética realizada em 03/03/2009. Por conseqüência, a pesquisa pode ser imediatamente iniciada.

Outrossim, esclareço ainda que este Comitê deve ser informado do andamento da investigação, bem como receber cópia do relatório final, quando de sua conclusão.

Atenciosamente,

Profª Ms. Lucinda Maria Dutra de S. Moreira
Coordenadora/Portaria 308 GR

Prof. Ms. Lucinda M. Dutra de S. Moreira
Comitê de Ética em Pesquisa NUSAU/UNIR
Coord. Port. 308/GR/2007

ANEXO II – FICHA PRELIMINAR

NASCIMENTOS 2006/2007 - HOSPITAL DE BASE

Nome da Mãe: _____

Data de Nascimento: _____ Idade da Mãe: _____

Naturalidade da mãe: _____ Prontuário: _____

Endereço: _____

Telefones: _____

Primigesta ( ) Gesta = _____ Para = _____ Abortos = _____

Data da cirurgia: _____

Indicação da Cirurgia: _____

Duração da cirurgia em minutos: _____

Semanas de Gravidez: ( ) + 40 ( ) 40 ( ) 39 ( )38 ( ) 37-36
( ) 35-34 ( )33-32 ( ) 31-30 ( )29-28 ( ) < 28

Peso ao Nascer: _____Índice de APGAR: 1º Min. ____ 5º Min. ___ SR ( )

Condições de Alta da mãe:
( ) sem problemas relatados
( ) problemas relatados. Quais? _____
( ) óbito da mãe. Causa? _____
( ) SEM REGISTRO

Condições de Alta do RN:
( ) sem problemas relatados
( ) problemas relatados. Quais? _____
( ) óbito fetal. Causa? _____
( ) SEM REGISTRO
OBSERVAÇÕES.

ANEXO III - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

RESOLUÇÃO CNS 196/96

Eu,_____, fui convidada a participar como voluntário da pesquisa intitulada **"GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA"** e para tanto me foram fornecidos os seguintes esclarecimentos:

1- A pesquisa será realizada e dirigida pelo médico e pesquisador Dr. Jose Hiran da Silva Gallo e terá como objetivo principal estudar e analisar, no contexto social e no âmbito familiar, as características comportamentais das adolescentes grávidas atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007;
2- Durante a pesquisa terei que preencher um formulário que contém informações sobre minha história ginecológica, outros dados sócio-econômicos, pessoais e profissionais, além das ocorrências advindas antes durante e depois de minha internação como gestante no Hospital de Base Ary Pinheiro;
3- Esta pesquisa não oferece riscos aos participantes e o benefício será aferido assim que forem constatadas as consequências dos procedimentos dos partos normais ou das cesarianas tanto para a mãe como para os conceptos;
4- Ninguém é obrigado a participar da pesquisa, assim como poderá deixá-la no momento que quiser, não havendo qualquer prejuízo pessoal;
5- Não haverá qualquer despesa e nem qualquer pagamento para o participante;
6- Está sendo garantido o sigilo das informações por mim prestadas, com uso das mesmas exclusivamente para o estudo proposto.

Qualquer dúvida ou esclarecimento deve procurar:
Professor Jose Hiran da Silva Gallo
End.: Rua Tenreiro Aranha, 1936, Centro, Porto Velho,
Fone: 8417 3737

Declaro que após a leitura das informações acima, me sinto perfeitamente esclarecida e aceito por livre vontade participar da pesquisa.

Porto Velho, _____ de _____ de 2009

_____

ANEXO IV - QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

1 – Idade da mãe: _____

2 – Data de Nascimento: _____/_____/_____

3 – Via de Parto:
(1) Vaginal
(2) Cesariana

4 – Óbito Materno em decorrência de complicações do parto:
(sim)
(não)

5 - Óbito Fetal em decorrência de complicações do parto:
(sim)
(não)

6 – Etnia:
(1) – Branca
(2) – Parda
(3) – Indígena
(4) – Amarela
(5) – Negra

7 – Naturalidade da mãe:
(1) – Rondônia
(2) – Amazonas
(3) – Mato Grosso
(4) – Outro Estado

8 – Residência da mãe:
(1) – Porto Velho
(2) – Ariquemes
(3) – Guajará Mirim
(4) – Itapuão d´Oeste
(5) – Humaitá
(6) – Aldeia indígena
(7) – Outra cidade

9 - Religião da mãe no momento do nascimento
(1) – Católica
(2) – Evangélica
(3) – Espírita
(4) – Candomblé
(5) – Santo Daime ou União do Vegetal

(6) – Nenhuma religião
(7) – Outra: _____

10 - Mudou de religião após o nascimento:
(sim) Especificar: _____
(não)

11 – Estado Civil no momento do Nascimento
(1) – Solteira
(2) – União Estável
(3) – Casada
(4) – Viúva
(5) – Separada

12 – O pai da criança:
(1) – É o parceiro atual
(2) – Não é o parceiro atual
(3) – Não sabe quem é o pai da criança
(4) – Não quer informar

13 – Tempo de duração da Relação com o pai até a data de nascimento
(1) – Foi uma relação casual
(2) – Menos de 6 meses
(3) – Mais de 6 meses e menos de 1 ano
(4) – 1 a 2 anos
(5) – 2 a 4 anos
(6) - + de 5 anos

14 – Duração da relação após a data de nascimento:
(1) – Continuou solteira
(2) – Continuou com o mesmo parceiro
(3) – Separou do parceiro antes do nascimento
(4) – Separou do parceiro com menos de 6 meses após o nascimento
(5) – Separou do parceiro com mais de 6 meses após o nascimento
(6) – Separou do parceiro com mais de 1 ano após o nascimento

15 – Estado Civil atual
(1) – Solteira
(2) – União Estável
(3) – Casada
(4) – Viúva
(5) – Separada

16 - Tempo de duração da Relação após a data de nascimento
(1) – Menos de 1 ano
(2) – 1 a 2 anos
(3) – 2 a 4 anos
(4) – + de 5 anos

17 – Grau de Instrução na data de nascimento

(1) – Analfabeta
(2) – Ensino Fundamental incompleto
(3) – Ensino Fundamental completo
(4) – Ensino Médio incompleto
(5) – Ensino Médio Completo
(6) – Ensino Superior incompleto
(7) – Ensino Superior completo

18 – Continuou a estudar após o nascimento
(sim)
(não)

19 – Profissão no momento do nascimento
(1) – Do lar
(2) – Estudante
(3) – Doméstica
(4) – Trabalho formal
(5) – Trabalho informal

20 – Parou de trabalhar após o nascimento
(sim)
(não)

21 - Profissão atual
(1) – Do lar
(2) – Estudante
(3) – Doméstica
(4) – Trabalho formal
(5) – Trabalho informal

22 – Problemas de saúde atuais e passados relatados e não relacionados à parturição
(sim)
(não)

23 – Fumava antes da gestação:
(sim)
(não)

24 – Fumou durante a gestação:
(sim)
(não)

25 – Fuma nos dias atuais:
(sim)
(não)

26 – Fazia uso de bebidas alcoólicas antes da gestação:
(sim)
(não)

27 – Fez uso de bebidas alcoólicas durante a gestação:
(sim)
(não)

28 – Faz uso de bebidas alcoólicas nos dias atuais:
(sim)
(não)

29 – Durante a gestação fez uso de:
(1) – Nenhum tipo de droga
(2) – Mela
(3) – Maconha
(4) – Cocaína

HISTÓRIA REPRODUTIVA

30 – Em relação à utilização de métodos contraceptivos antes da gravidez
(1) – Nunca utilizou nenhum método contraceptivo
(2) – Fazia tabelinha
(3) – Fazia uso regular de camisinha
(4) – Fazia uso irregular de camisinha
(5) – Já utilizou pílulas anticoncepcionais
(6) – Já utilizou DIU

31 – Em relação à utilização de métodos contraceptivos após a gravidez
(1) – Não utiliza nenhum método contraceptivo
(2) – Faz tabelinha
(3) – Faz uso regular de camisinha
(4) – Faz uso irregular de camisinha
(5) – Utiliza pílulas anticoncepcionais
(6) – Utiliza DIU

32 – Idade da Primeira Menstruação: _____

33 – Idade da Primeira Relação Sexual: _____

34 – Teve algum tipo de DST antes de engravidar:
(sim)
(não)

35 – É portadora do vírus da HIV:
(sim)
(não)

36 – A primeira relação sexual foi:
(1) – Consentida
(2) – Forçada

(3) - Estupro

37 – Semanas de gravidez até o momento do nascimento:
(1) – Mais de 40 semanas
(2) – 40 semanas
(3) – 39 semanas
(4) – 38 semanas
(5) – 37-36 semanas
(6) – 35-34 semanas
(7) – 33-32 semanas
(8) – 31-30 semanas
(9) – 29-28 semanas
(10) – Menos de 28 semanas

38 – Número de Gestações até o momento do nascimento
(1) – Primigesta
(2) – Segunda Gestação
(3) – Terceira Gestação
(4) – Quarta Gestação
(5) – Quinta Gestação
(6) – + de 5 gestações

39 – Número de Filhos Vivos no momento do nascimento
(1) – Nenhum
(2) – 1
(3) – 2
(4) – 3
(5) – 4
(6) – 5
(7) – + de 5

40 – Número de abortos no momento do nascimento
(1) – Nenhum
(2) – 1
(3) – 2
(4) – 3
(5) – 4
(6) – 5
(7) – + de 5

41 – Em relação ao Pré-Natal:
(1) – Não fez Pré-Natal
(2) – Apenas 1 consulta de Pré-Natal
(3) – 2 Consultas de Pré-Natal
(4) – 3 consultas de Pré-Natal
(5) – Realizou todas as consultas e exames do Pré-Natal

42 – No último exame de US realizado o feto estava:
(1) – Não foi feito US
(2) – Vivo

(3) – Em sofrimento
(4) – Morto

43 – Estado de saúde do nascituro ao nascer
(1) – Prematuro
(2) – Pós maturo
(3) – Normal
(4) – Natimorto
(5) – Com anomalias

44 – Peso ao nascer(gr): _____

45 – Tempo de duração do Parto Normal:
(1) – 1 a 2 horas
(2) – 2 a 4 horas
(3) – 4 a 6 horas
(4) – 6 a 8 horas
(5) – 8 a 10 horas
(6) – 10 a 12 horas
(7) – mais de 12 horas
(8) – foi cesareana

46 – Tempo de duração da cesareana:
(1) – 1 hora ou menos
(2) – Mais de 1 hora
(3) – Foi parto normal

47 – Índice de APGAR no primeiro minuto:
(1) – 0
(2) – 1-2
(3) – 3-4
(4) – 5-6
(5) – 7-8
(6) – 9-10
(7) Sem registro de Apgar

48 - Índice de APGAR no quinto minuto:
(1) – 0
(2) –1-2
(3) – 3-4
(4) – 5-6
(5) – 7-8
(6) – 9-10
(7) Sem registro de Apgar

49 - Estado de saúde do nascituro atual:
(1) – Faleceu até 7 dias após o parto
(2) – Faleceu até 6 meses após o parto
(3) – Faleceu até 1 ano após o parto
(4) – Faleceu depois de 1 ano após o parto

(5) – Está normal

50 - É portador de algum tipo de deficiência física
(sim)
(não)

51 - É portador de algum tipo de deficiência neurológica
(sim)
(não)

52 - Recebe algum cuidado especial?
(sim)
(não)

53 – Foi uma gravidez planejada?
(sim)
(não)

54 – Foi uma gravidez desejada?
(sim)
(não)

55 – A criança nasceu:
(1) – Em casa
(2) – A caminho do Hospital
(3) – No Hospital

56 – Em relação à amamentação:
(1) – Não amamentou
(2) – Amamentou por período inferior a 1 mes
(3) – Amamentou entre 1 a 2 meses
(4) – Amamentou entre 2 a 3 meses
(5) – Amamentou entre 3 a 6 meses
(6) – Amamentou por mais de 6 meses

QUESTIONÁRIO ADOLESCENTES: PERCEPÇÕES E DESEJOS

57 – Voce é filha adotiva:
(1) Sim
(2) Não

58 – Seus pais:
(1) – Moram juntos
(2) – São separados

59 – Quem é responsável pelos cuidados do nascituro?
(1) – A própria mãe
(2) – O pai biológico
(3) – A avó materna
(4) – A avó paterna
(5) – O nascituro foi destinado para adoção
(6) – Outros familiares

60 – A relação com os familiares (pai/mãe/irmãos)
(1) – Não mudou com o nascimento do bebê
(2) – Piorou após o nascimento do bebê

61 – Após o nascimento do bebê:
(1) – Continuou a morar na mesma casa dos pais
(2) – Foi obrigada a sair de casa
(3) – Foi morar com o parceiro com o consentimento dos pais

62 – Para sobreviver e pagas as despesas do bebê:
(1) – Os seus pais são os únicos que ajudam
(2) – O seu parceiro paga todas as despezas
(3) – O seu parceiro paga as despezas e seus pais ajudam
(4) – Você tem renda própria

63 – Após o nascimento do bebê:
(1) – Não engravidou mais
(2) – Engravidou novamente do mesmo parceiro
(3) – Engravidou novamente de outro parceiro

64 – Faz parte de teus planos:
(1) – Ter outros filhos
(2) – Não ter mais filhos
(3) – Somente ter outros filhos com relacionamentos estáveis

65 – Qual a idade do pai do bebê: _____

66 – Antes do nascimento:
(1) – Você apenas namorava o pai do bebê

(2) – Você já vivia junto com o pai do bebê
(3) – Você não sabe quem é o pai do bebê
(4) – Você sabe quem é o pai do bebê, mas seus pais não sabem

67 – Antes do nascimento:
(1) – Você não morava com o pai do bebê
(2) – Você morava com o pai do bebê há menos de 6 meses
(3) – Você morava com o pai do bebê com mais de 6 meses e menos de 1 ano
(4) – Você morava com o pai do bebê há mais de 1 ano e menos de 2 anos
(5) – Você morava com o pai do bebê há mais de 2 anos

68 – Após o nascimento:
(1) – Seu parceiro atual não é o pai do bebê
(2) – Você vive com o pai do bebê
(3) – Você não vive com o pai do bebê

69 – Você engravidou:
(1) – Porque seu parceiro queria
(2) – Por amor
(3) – Para segurar o parceiro
(4) – Sem nenhum objetivo

70 – Você se sente feliz com sua vida atual:
(1) – Não
(2) – Sim
(3) – Mais ou menos

71 – Tem planos para o futuro:
(1) – Pretende somente se dedicar ao filho
(2) – Pretende estudar ou trabalhar
(3) – Não tem planos ainda

ANEXO V - MARCOS REGULATÓRIOS DA LEGISLAÇÃO

Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA

Capítulo II, Artigo 17 - O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais.

Constituição Federal Brasileira de 1988 - CFB

Artigo 196 – A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção.

Sistema Único de Saúde - SUS

Artigo 7 - As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federatiba do Brasil, obedecendo a XIII princípios, onde destacamos:

I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - Integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos par cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

V - Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário.

Artigo 198 – As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único,organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II – atendimento integral, com prioridade par as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais;
III – participação da comunidade.

Código Penal Brasileiro – CPB

Artigo 154 – Revelar alguém, sem justa causa, segredo de que tenha ciência, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem. Pena: detenção de três meses a um ano.

Código de Ética Médica - CEM

Capítulo IV - Artigo 47 – é vedado ao médico discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Capítulo V - Artigo 67 – é vedado ao médico desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo ou conceptivo, devendo o médico sempre esclarecer sobre a indicação, a segurança, a reversibilidade e o risco de cada método.

Capítulo IX - Artigo 102 - é vedado ao médico revelar fato que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.
Parágrafo único – permanece essa proibição:
a. Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falado.
b. Quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento

Artigo 103 – é vedado ao médico revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.
Artigo 107 – É vedado ao médico deixar de orientar seus auxiliares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão ligados.