

Gravidez na adolescência: contexto social, problemas relacionados e abordagem preventiva

Teen pregnancy: social context, related issues and preventive approach

Embarazo en la adolescencia: contexto social, problemas relacionados y enfoque preventivo

Diego Miléo de Oliveira Freitas, Natasha Valois Castelo Branco, Francisco Marcelo Saraiva de Luna, Guilherme de Andrade Bubol, Samira Correa Moreira, Katienne Frota de Lima, Bárbara Pires Ihara, Itamara de Sousa Mendonça, José Antônio Berlangue Henriques Júnior, Rodrigo de Paula Bentes.

RESUMO

Objetivo: Apresentar os principais resultados publicados na literatura científica nos últimos anos a respeito de gravidez na adolescência. **Método:** Revisão de literatura de caráter descritivo e analítico, onde foram abordados 46 trabalhos científicos a respeito do tema. **Resultado:** Com o resultado da pesquisa pudemos discutir 4 eixos temáticos: 1) *Motivos que levam à gravidez na adolescência no âmbito social*; 2) *Dados estatísticos da gravidez na adolescência no contexto social e demográfico*; 3) *Complicações da gravidez precoce na vida da adolescente*; e 4) *Medidas de prevenção da gravidez na adolescência*. **Conclusão:** Evidenciou-se que o início precoce das relações sexuais, a perspectiva de melhoria de vida construindo uma nova família e o convívio em áreas de risco social e de violência contribuem para a problemática. Dessa forma, o fortalecimento de campanhas de educação sexual nas escolas, o estímulo das conversas entre ambiente familiar, comunidade através das Unidades Básicas de Saúde e as jovens, favorecem a prevenção do problema ou evitam sua recorrência.

Palavras-chave: Gravidez; Adolescente; Educação; Saúde; Prevenção.

ABSTRACT

Objective: To present the main results published in the scientific literature in recent years regarding pregnancy in adolescence. **Method:** Literature review of a descriptive and analytical character, where 46 scientific papers on the subject were discussed. **Result:** With the result of the research we were able to discuss 4 thematic axes: 1) *Reasons that lead to pregnancy in adolescence in the social sphere*; 2) *Statistical data on teenage pregnancy in the social and demographic context*; 3) *Complications of early pregnancy in adolescent life*; and 4) *Measures to prevent pregnancy in adolescence*. **Conclusion:** It was evidenced that the early onset of sexual intercourse, the prospect of improving life by building a new family and living in areas of social risk and violence contribute to the problem. Thus, the strengthening of sex education campaigns in schools, the stimulation of conversations between the family environment, community through the Basic Health Units and the young, favor the prevention of the problem or prevent its recurrence.

Keywords: Pregnancy; Teenager; Education; Health; Prevention.

Fundação Hospital Adriano Jorge.

DOI: 10.25248/REAS64_2017

Recebido em: 11/2017

Aceito em: 11/2017

Publicado em: 12/2017

RESUMEN

Objetivo: Apresentar los principales resultados publicados en la literatura científica en los últimos años respecto al embarazo en la adolescencia. **Método:** Revisión de literatura de carácter descriptivo y analítico, donde se abordaron 46 trabajos científicos sobre el tema. **Resultado:** Con el resultado de la investigación pudimos discutir 4 ejes temáticos: 1) *Motivos que llevan al embarazo en la adolescencia en el ámbito social*; 2) *Datos estadísticos del embarazo en la adolescencia en el contexto social y demográfico*; 3) *Complicaciones del embarazo precoz en la vida de la adolescente*; y 4) *medidas de prevención del embarazo en la adolescencia*. **Conclusión:** Se evidenció que el inicio precoz de las relaciones sexuales, la perspectiva de mejora de vida construyendo una nueva familia y la convivencia en áreas de riesgo social y de violencia contribuyen a la problemática. De esta forma, el fortalecimiento de campañas de educación sexual en las escuelas, el estímulo de las conversaciones entre ambiente familiar, comunidad a través de las Unidades Básicas de Salud y las jóvenes, favorecen la prevención del problema o evitan su recurrencia.

Palabras clave: Embarazo; Adolescente; Educación; Salud; Prevención.

INTRODUÇÃO

A atividade sexual precoce é acompanhada pelo crescimento da assim chamada “gravidez na adolescência” – a gestação ocorrida entre mulheres adolescentes, ou seja, com menos de 19 anos de idade. Tal fato antecipa a vida adulta da menina, sem preparo psicológico, gerando um problema de saúde pública no Brasil, resultante da falta de educação sexual, de planejamento familiar e da adoção incorreta de métodos anticoncepcionais (ALMEIDA, 2002; CARNEIRO et al., 2015).

No Brasil, atualmente, as jovens possuem melhores condições de inserção no mercado de trabalho, são mais escolarizadas que os garotos de sua geração e estão mais bem informadas sobre gravidez e anticoncepção que suas mães quando tinham a mesma idade. Entretanto, a maturação sexual leva a atividade sexual precoce, pois a adolescente, que ainda não está totalmente consciente de suas mudanças, acaba iniciando sua vida sexual de forma descuidada, seja por pressão dos amigos ou do namorado, seja como forma de desafiar sua família (OLIVEIRA et al., 2010; PRADO et al., 2013).

No Brasil, segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), foram registrados quase 3 milhões de nascimentos em 2008, 570.560 deles de mães entre 15 e 19 anos de idade, sendo uma das metas descritas no quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (Melhorar a Saúde Materna) a redução da mortalidade materna em três quartos, entre 1990 e 2015, porém, de acordo com a OMS, maioria absoluta destes partos, ocorre nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, como os da África, América Latina e Caribe. A ocorrência da maternidade na adolescência constitui um fenômeno de repercussão mundial, cujo significado diverge nas diferentes culturas e contextos, representando um desafio para as políticas públicas (MARTINS et al., 2014; SANTOS et al., 2014).

Os problemas associados à gravidez na adolescência se caracterizam pelas piores condições de vida, ou seja, pelas dificuldades nas relações familiares, baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade e falta de sucesso profissional, portanto, as estratégias de saúde da família devem estabelecer parcerias com as escolas e a comunidade oferecendo atendimento aos adolescentes de forma integral e multidisciplinar. Na saúde materna, vale assinalar alguns aspectos fundamentais como a atenção pré-natal e ao parto. O pré-natal constitui um importante indicador do estado de saúde e evolução gestacional essencial para redução do risco de complicações obstétricas e neonatais, especialmente na população muito jovem. (SANTOS et al., 2014; RIBEIRO et al., 2016).

O presente estudo tem por finalidade apresentar os principais resultados publicados na literatura científica nos últimos anos a respeito de gravidez na adolescência.

METODOLOGIA

A pesquisa possui caráter qualitativo, descritivo e explicativo, fazendo revisão bibliográfica de artigos científicos, teses, dissertações, livros e mídias a respeito de gravidez na adolescência. Foram utilizadas fontes do período de 2010 a 2016, tanto nacionais como internacionais, onde foram levantados dados a respeito do tema proposto em bases de pesquisa da *internet* especializadas em artigos científicos de saúde (SciELO, Bireme, sites de Universidades brasileiras e do exterior etc.). O levantamento ocorreu de Junho a Dezembro de 2016, sendo selecionados 46 artigos para fundamentar a pesquisa.

Com o resultado da pesquisa pudemos discutir 4 eixos temáticos: 1) *Motivos que levam à gravidez na adolescência no âmbito social*; 2) *Dados estatísticos da gravidez na adolescência no contexto social e demográfico*; 3) *Complicações da gravidez precoce na vida da adolescente*; e 4) *Medidas de prevenção da gravidez na adolescência*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Motivos que levam à gravidez na adolescência no âmbito social

Ao abordarmos o tema proposto, devemos, inicialmente, definir o termo “adolescência”. De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (2011), podemos estabelecer a fase inicial da adolescência (dos 10 aos 14 anos de idade), etapa que começam as mudanças físicas, normalmente com uma aceleração repentina do crescimento, seguida pelo desenvolvimento dos órgãos e caracteres sexuais e fase final da adolescência (dos 15 aos 19 anos de idade), onde cérebro continua a desenvolver-se e a reorganizar-se, e a capacidade de pensamento analítico e reflexivo é bastante ampliada.

O Brasil possui diferenças de classes relevantes que restringem oportunidades ao acesso da maior parte da população a bens essenciais como escolarização, lazer, cultura, trabalho e circulação nas cidades. Pode-se afirmar que a adolescência é um período da vida construído socialmente e não uma fase de desenvolvimento meramente natural. O comportamento dos jovens deve ser compreendido como resultado de relações sociais, que decorrem, por sua vez, de valores socioculturais adquiridos por estes na sua convivência com a família e comunidade (KUDLOWIEZ et al., 2014).

Do ponto de vista legal no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei nº 8.069 de 13 de Julho de 1990) estabelece a adolescência entre 12 e 18 anos incompleta (SILVA et al., 2008). Dessa forma, podemos observar que adolescentes compreendem aquelas pessoas entre 10 e 18 anos de uma forma geral, período da vida, que, pelo menos em tese, deveria ser voltado para os estudos e desenvolvimento de atividades voltadas para o crescimento profissional.

Apesar de tais definições, cabe destacar que a adolescência só vem a ser introduzida como objeto de estudo científico, no campo da Psicologia, no século XX, até então as crianças eram introduzidas no mundo do trabalho a partir dos sete anos de idade, poucas estudavam ou permaneciam um tempo inexpressivo na escola (PATIAS et al., 2011). Segundo o site da Revista Cláudia, na reportagem intitulada “*Noivas meninas: o casamento precoce é mais comum do que você imagina*” de 01 de Fevereiro de 2016.

Na reportagem apresentada no site da Carta Capital, intitulada “A cada sete segundos uma menina é forçada a se casar” de 13 de Outubro de 2016, crianças de até dez anos são forçadas a se casar, frequentemente com homens mais velhos, em países como Afeganistão, Iêmen, Índia e Somália, fato que priva as jovens de educação e oportunidades, aumentando o risco de morte ou danos no parto se elas têm filhos antes que seu corpo esteja preparado (WELLE, 2016). Em nosso país, isto é problema antigo, pois de acordo Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança (PNDS) de 2006, revela que 23,2% das

adolescentes brasileiras de 15-19 anos já iniciaram sua vida reprodutiva – 16,2% são mães; 5,5% encontravam-se grávidas pela primeira vez na época da entrevista e 1,5% haviam vivenciado uma gravidez sem que tenha resultado em filho nascido vivo (OLIVEIRA et al., 2010).

Na década de 1960, pouquíssimos adultos consideravam como um problema a gravidez na adolescência, já que, 80% das adolescentes já se encontravam casadas e a maioria delas possuía o desejo de ser mãe, pois tinham como aspiração serem donas de casa por toda a vida, porém, atualmente a sociedade desenvolveu opiniões sobre o tema da gravidez, considerando-a como um risco social e um grave problema de saúde pública, devido a sua amplitude e magnitude, como também aos problemas que dela derivam: abandono escolar, risco durante a gravidez, conflitos familiares, aborto, o abandono do parceiro, discriminação social e o afastamento dos grupos de sua convivência (PRADO et al., 2013).

Dessa forma, intervir na sexualidade dos adolescentes é uma necessidade que pode contribuir para reduzir problemas no que diz respeito à sua vida pessoal e social, onde a escola deve orientar sobre educação sexual, abordando métodos de prevenção da gravidez precoce e das DST, fazendo cumprir a Lei nº 60/2009, que inclui educação sexual no currículo do ensino básico e do ensino secundário em todo o território nacional (CARNEIRO et al., 2015).

Vários fatores estão relacionados à gravidez precoce como falta de contracepção nas relações, desvantagens comunitárias e desorganização, vínculo e sucesso na escola vínculo a instituições religiosas, estrutura e condição econômica das famílias dos adolescentes. Problemas relacionados à gravidez, ao parto e ao puerpério acontecem em todas as regiões do país, sendo que 80,3% das internações são destinadas ao grupo de adolescentes, sendo que nos últimos 20 anos no Brasil, houve aumento da taxa específica de fecundidade e elevação relativa de nascimento, entre mulheres de 15 a 19 anos de idade (ALVES et al., 2010).

A evasão escolar é recorrente, pois a adolescente deixa os estudos para cuidar do filho, e o retorno à escola é dificultado, o que leva ao aumento dos riscos de desemprego, à dependência financeira dos familiares e perpetuação da pobreza, pois não possuem estudo e muito menos qualificação profissional. A precocidade do namoro está relacionada à falta de cuidado com a anticoncepção, namoro este, muitas vezes influenciado por “más companhias”, inevitável em razão das características socioeconômicas e estruturais muito precárias onde as adolescentes moravam. Além disso, a rebeldia dessas jovens as leva a encarar a gravidez como uma maneira de contrariar a família (GUANABENS et al., 2012; HOGA et al., 2010).

Em outras situações, os efeitos da gravidez foram vistos apenas pela perspectiva puramente positiva em algumas famílias, pois presença da criança na família promoveu a paz e a união entre seus membros e contribuiu para melhorar o ambiente familiar, embora fossem necessárias melhorias no aspecto financeiro, no local de moradia e de trabalho. Apesar de algumas famílias considerarem esta situação positiva, a falta de um projeto de vida para as jovens de classes mais pobres, demonstra que há poucas perspectivas, pois, na busca de maior autonomia, geram uma gravidez não planejada ou sua recorrência. Outro aspecto negativo para a vida da jovem que precocemente assume a vida conjugal quando não tem renda própria é a dependência financeira de terceiros, principalmente do companheiro. O casamento precoce é ainda considerado um fator que acelera o surgimento de uma gravidez, até devido ser, muitas vezes, o motivo do casamento. Dados do *Demographic and Health Survey (DHS)* ou Pesquisa sobre Demografia e Saúde de 1996 mostraram que 25% dos nascidos vivos de adolescentes nordestinas nasceram sete meses após o casamento (HOGA et al., 2010; NERY et al., 2011).

Os fatores psicológicos influenciam de maneira significativa nesta problemática, pois na adolescência o jovem passa a questionar suas experiências de vida das fases anteriores de seu desenvolvimento e busca novas experiências presentes para conseguir projetar no futuro. O tema da sexualidade ainda é vivido, em muitas famílias, a partir de uma moralidade rígida e punitiva, no qual papéis tradicionais de gênero são

reproduzidos o que pode gerar crenças equivocadas a respeito de métodos contraceptivos, além de repercussões emocionais negativas, como somatização psicológica de sinais e sintomas que podem vir a pôr em risco a gestação saudável (PATIAS et al., 2011).

A gravidez precoce é vista como um desvio de percurso, um evento supostamente não desejado pelas adolescentes e cujas consequências frustram o que seria considerada uma "boa" adolescência, porém não é tão simples assim, na verdade, este tipo de gestação é um fator que influencia no desenvolvimento pessoal e social, sendo considerado um problema de saúde pública. As complicações mais associadas com a gravidez na adolescência são a pré-eclâmpsia, a anemia, as infecções, o parto pré-termo, as complicações no parto e puerpério e perturbações emocionais bem como as consequências associadas à decisão de abortar (SILVA et al., 2012).

Dados estatísticos da gravidez na adolescência no contexto social e demográfico

De acordo com os trabalhos pesquisados, as mulheres negras têm chance maior de iniciar a vida sexual precocemente quando comparadas com as brancas, apresentando chance de 73,7% e proporção maior de gravidez recorrente (63%), fato esperado dado a grande associação entre classe e raça no Brasil, onde os negros representam 70% da população que vive abaixo da linha de pobreza. Meincke et al. (2011), analisando um hospital universitário da Paraíba, constataram que as mulheres que engravidam antes dos 20 anos são de pele morena, pertencem às classes econômicas menos favorecidas, estão fora do mercado de trabalho, possuem baixo nível de escolaridade e alta evasão escolar, colaborando para a manutenção do ciclo da pobreza. (OLIVEIRA et al., 2010; SILVA et al., 2011; CHACHAM et al., 2012; CRUZ et al., 2016).

No estudo de Ferreira et al. (2012) sobre o uso de algum método contraceptivo na sua primeira relação sexual, 54% das adolescentes do presente estudo não utilizaram método algum, em oposição às 46% que usaram. Ao serem questionadas sobre o uso de algum método contraceptivo antes de sua atual ou última gravidez, 56% das adolescentes com repetição de gravidez afirmaram estar usando algum método. No estudo de Tabora et al. (2014) quando a adolescente conhece as maneiras de evitar uma gravidez, muitas vezes recusa-se a usá-las, pois isso implica em assumir sua vida sexual. Na pesquisa realizada por Moura et al. (2014), mais de 77% das entrevistadas afirmou ter feito uso de algum método contraceptivo nas últimas relações sexuais e a fonte de informação sobre sexualidade mais citada foram os profissionais de saúde (37,5%).

Para Jager et al. (2014) a ausência ou má utilização de métodos contraceptivos é uma das principais causas da ocorrência de gravidez entre adolescentes. Diferentes razões se associam com a não utilização ou uso esporádico de métodos anticoncepcionais, tais como dúvidas sobre a utilização correta de métodos contraceptivos, falta de informações sobre como acessá-los, medo de que os pais descubram a iniciação sexual e crença de que a pílula anticoncepcional pode engordar sendo 45 a 60% dos adolescentes brasileiros iniciam a vida sexual sem utilizar nenhuma medida contraceptiva, assim como no trabalho de Moura et al. (2014) onde um quarto das entrevistadas relatou o início da prática sexual aos 15 anos e aproximadamente 45% afirmaram não ter usado método contraceptivo na primeira relação.

No trabalho de Miranda et al. (2016) a utilização de métodos seguros para se evitar a gravidez indesejada e as doenças sexualmente transmissíveis, apenas 86,2% dos discentes sexualmente ativos afirmaram utilizar métodos seguros sempre ou frequentemente, enquanto 6,4% responderam que nunca ou raramente fazem sexo seguro. Os motivos foram que não gostam do uso do preservativo, confiança no parceiro e o esquecimento como principal motivo de manter relação sem proteção.

No Brasil, quase 18% das adolescentes do estrato de renda mais baixa são mães, enquanto no estrato de renda acima de cinco salários mínimos essa proporção não chega a 1% (GUANABENS et al., 2012). A classe econômica e renda familiar mensal também se mostraram como variante determinante.

No trabalho de Santos et al. (2014) a renda familiar variou entre R\$ 700,00 e R\$ 3.000,00 reais, sendo que a maioria (80%) tem renda inferior a R\$ 1000. Silva et al. (2013) ao avaliar a renda familiar, observou que as adolescentes que tiveram recorrência da gravidez tinham em média 1,1 salários mínimos (DP = 0,5), enquanto no grupo controle a média foi de 1,5 (DP = 0,8), havendo uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($p = 0,004$). Silva et al. (2015) observou que 53,84% das adolescentes grávidas apresentam renda familiar mensal de 01 salário mínimo da época R\$ 788,00.

De acordo com uma análise descritiva, o IPEA (1998) verificou que existe uma relação negativa entre a taxa de fecundidade e o nível de rendimento das mulheres entre 15 e 19 anos, evidenciando que, entre as pessoas que ganham até um salário mínimo, encontra-se o maior número de adolescentes que foram mães. Os dados do PNAD de 1992 a 2007, concluíram que, independentemente da quantidade do nascimento (ter o primeiro, o segundo ou o terceiro filho), ter filho diminui a probabilidade de as mulheres participarem da população economicamente ativa (PEA) (CRUZ et al. 2016). Furtado et al. (2016) observou que certas condições sociais, como o compromisso conjugal e familiar, aliados ao baixo nível socioeconômico e à falta do exercício de atividade remunerada, não permitem que elas possam pagar alguém para cuidar da casa e das crianças que já possuem o que influencia negativamente o autocuidado à saúde dessas mulheres e não possuir plano de saúde apresentou relevante associação com o acesso inadequado aos serviços de atenção ao parto.

A escolaridade também se mostrou como fator importante, pois a sexualidade é um tema de grande importância para ser abordado nas escolas, onde temos diversidade cultural e social, onde adolescentes encontram-se em construção de aprendizado, de culturas e valores (MIRANDA et al., 2016). No estudo de Silva et al. (2015), foi observado que 7,69% das adolescentes tinham estudado entre a 1ª e 5ª série, enquanto 58,46% estudaram entre a 6ª e 9ª série, já 33,84% tinham o ensino médio incompleto.

Para Davim et al. (2016) abandonar a escola pela falta de estrutura dessa jovem com um filho para criar causa interrupção temporária ou definitiva no processo educativo. No trabalho de Furtado et al. (2016) a maioria das jovens possuíam escolaridade de até o ensino fundamental (54,6%) e pertenciam às classes econômicas mais baixas (50,7%). As garotas que atingem o Ensino Médio tem 4 vezes mais chance de viver uma gravidez/maternidade antes dos 20 anos se comparado àquelas com nível superior (OLIVEIRA et al., 2010).

Além da atividade sexual precoce, a formação de casais muito jovens favorece a gravidez precoce e sua recorrência, pois aquelas jovens que formaram o par conjugal aos 17 anos ou menos têm uma chance 3 vezes maior de também vivenciarem uma gravidez/maternidade precocemente (OLIVEIRA et al., 2010). Alves et al. (2010) catalogaram em seu estudo que 62,7% das adolescentes referiam viver com um companheiro e do total, 42,3% viviam exclusivamente com o companheiro e/ou filhos constituindo um núcleo familiar independente.

No estudo de Barnet et al. (2004) apud Silva et al. (2012), 7,2% eram casadas legalmente e 62,7% referiam viver com um companheiro, outras continuavam morando também com outros familiares, convivendo na mesma casa em média três a oito pessoas, mais em relação à classe econômica, pertenciam à classe baixa, com renda familiar mensal de até dois salários mínima sendo a principal fonte de sustento proveniente do companheiro e/ou pais da adolescente. No trabalho de Ferreira et al. (2012) 62% das jovens possuíam união estável e já engravidaram, em média, duas vezes na adolescência, ocorrendo à primeira gravidez por volta dos 14 anos de idade. Isso corrobora com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual estima que 40% das adolescentes que engravidam vão ter uma segunda gestação nos três próximos anos e o tipo de comportamento sexual no início da vida sexual da jovem implicam numa série de consequências, sendo pouco provável que haja mudanças significativas no comportamento contraceptivo dela (FERREIRA et al., 2012).

Além das questões de caráter social, cultural e familiar, temos na prática médica as patologias decorrentes da gravidez precoce como a relatada na publicação mais recente sobre estimativa do aborto pelo mundo (2016) em que, no período de 2010 a 2014, ocorreram anualmente 35 abortos a cada 1.000 mulheres na faixa dos 15 aos 44 anos, com 88% deles acontecendo nos países em desenvolvimento, sendo caracterizado como inseguro, conforme definição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1992), que transcorre em ambientes sem as condições higiênicas adequadas para a sua execução, em caso de procedimentos invasivos como curetagens uterinas ou colocação de instrumentos, e/ou que é praticado por pessoas sem capacitação para sua realização (NUNES, 2016).

Complicações da gravidez precoce na vida da adolescente

A sociedade ainda possui a concepção de que a gravidez na adolescência é resultante da falta de informação sobre métodos contraceptivos, iniciação sexual precoce e baixo índice de escolaridade, entretanto, não é algo tão simples, embora esta ideia de irresponsabilidade advenha das adolescentes não estarem preparadas para conceber um filho, pois possuem imaturidade do corpo, o qual não estaria biologicamente pronto para a gestação, como também envolve um olhar de que as gestantes não possuem maturidade emocional e estabilidade financeira adequada (TABORDA et al., 2014; SENA FILHA et al., 2014).

No caso das adolescentes, o primeiro parto por via abdominal pode causar maior prejuízo, haja vista a tendência de se privilegiar a via de parto anterior nos partos subsequentes, além disso, a gravidez precoce encontra-se associada a situações de prematuridade, baixa peso ao nascer, morte perinatal, epilepsia, deficiência mental, transtornos do desenvolvimento, baixo quociente intelectual, cegueira, surdez, aborto natural, além de morte na infância. Ressalta-se, ainda, que os riscos da gestação na adolescência ainda estão associados à baixa adesão ao atendimento pré-natal demonstrada pelas adolescentes (GAMA et al., 2014; QUEIROZ et al., 2014).

Do ponto de vista social e familiar destas jovens a mãe, geralmente, é a primeira a receber a notícia da gravidez e a descoberta da gravidez pelo parceiro da adolescente, é encarada como algo planejado e esperado, servindo como alento às gestantes.

Para algumas adolescentes, a gravidez consistiria em um projeto de vida peculiar que lhes permitiria o ingresso na vida adulta e, supostamente, uma ascensão social, entretanto, a realidade de descontinuidade nos estudos e consequente dificuldade de alcançar bons postos de trabalho, apontam para uma carência de articulação entre planos e ações, dessa forma, considerando os fenômenos emocionais da adolescência, uma gravidez pode potencializar as crises e conflitos familiares, principalmente quando ocorre de maneira precoce e não planejada, o que pode levar à prática do aborto ilegal, em muitos casos realizados em condições impróprias, constituindo-se em uma das principais causas de óbito por problemas relacionados à gravidez (KUDLOWIEZ et al., 2014; TABORDA et al., 2014). [...] *“A ocorrência da gravidez durante a adolescência é resultado de comportamentos sexuais que revelam irresponsabilidade e imaturidade”*, entretanto, isso não é uma verdade absoluta, pois algumas jovens, provenientes de certos contextos sociais, desejam e planejam gestar durante esse período, pois o desejo de ter um filho, bem como a valorização da gravidez e da maternidade, pode associar-se às representações e valores positivos que ser mãe assume na sociedade ocidental (JAGER et al., 2014).

A maternidade na adolescência traz consigo uma série de expectativas e responsabilidades, ao mesmo tempo em que institui um novo espaço de constituição da identidade, pois a jovem precisa adaptar-se ao papel materno, no mesmo tempo em que exerce o papel de filha, gerando transformações emocionais e cognitivas características pelas quais as adolescentes passam nesse período do desenvolvimento. Nos casos em que a gravidez é motivada por violência sexual, fatores como não morar com os pais, pobreza e negligência, foram associados à gravidez na adolescência, o que gera comportamentos destrutivos e preocupantes, como

automutilações, tentativas de suicídio, depressão, psicose aguda, abuso de drogas etc. (OLIVEIRA et al., 2015; CAVALCANTE et al., 2015).

A facilidade que os jovens e adolescentes possuem para ter acesso a informações acerca da sexualidade é imensa, pela televisão e, principalmente, pela internet, porém a maioria, mesmo conhecendo os métodos contraceptivos, inicia a vida sexual sem proteção e, no seguimento da atividade sexual, quase 30% não se protege, tanto na contracepção como contra as DST/AIDS. Estima-se que, mundialmente, os jovens entre 15 a 24 anos são responsáveis pela maioria de novas infecções pelo HIV, sendo então mais vulneráveis às infecções. A menarca precoce favorece a relação sexual precoce com os parceiros e as alterações hormonais da puberdade ocasionam à descoberta da sexualidade, fazendo da gravidez a primeira oportunidade de atuar no mundo dos adultos (SILVA et al., 2015; MIRANDA et al., 2016).

Levando em consideração os quesitos expostos, são de suma importância a abordagem educacional dos jovens, de maneira geral, sobre sexualidade, contracepção e informações que os ajudem na manutenção de práticas saudáveis e cuidados com sua saúde. A melhor maneira é a forma multidisciplinar e interdisciplinar, envolvendo famílias, escolas, comunidades e instituições que reúnem jovens (QUEIROZ et al., 2016). Apesar disso, nos estudos pesquisados, muitas adolescentes gestantes sofrem certo descaso por profissionais de saúde e educadores, sendo orientadas quanto aos cuidados com o bebê, a não ter filhos no prazo de dois anos, mas nas consultas não era falado sobre o assunto, deixando dúvidas se ocorreu à orientação de forma não clara ou se simplesmente não ocorreu (RODRIGUES et al., 2016).

Medidas de prevenção da gravidez na adolescência

O Ministério da Saúde indica que uma parcela significativa de adolescentes grávidas busca assistência médica no Sistema Único de Saúde (SUS), que é regido principalmente pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que indica que a equipe básica de assistência deve ser multiprofissional, contando com diferentes profissionais. Não possuir plano de saúde apresentou relevante associação com o acesso inadequado aos serviços de atenção ao parto. O SUS assistiu a mais de 80% das parturientes adolescentes e mesmo entre aquelas que foram orientadas, expressivo número não conseguiu realizar o parto no serviço de saúde indicado, tendo cerca de 1/3 dessas que deslocar-se a outro serviço para procurar atendimento. Desse modo, a continuidade da atenção ao pré-natal e ao parto, embora de suma importância e a despeito de seu amparo legal, por meio da Lei 11.634 de 27 de dezembro de 2007, não tem sido efetivada (JAGER et al., 2014; FURTADO et al., 2016).

É fundamental o cuidado com estas jovens, pois a gravidez precoce tem sido associada à maior morbimortalidade materna, prematuridade e baixo peso ao nascer, sendo essas consequências mais frequentes no grupo de 10 a 14 anos e associam-se com precária assistência pré-natal e ao parto. Alguns profissionais de saúde, em decorrência de preconceitos em relação à maternidade durante a adolescência, podem acarretar comportamentos de rejeição e aversão da adolescente gestante ao acompanhamento pré-natal. Assim, as dificuldades encontradas no atendimento à gestante também podem ser decorrentes de dificuldades particulares dos profissionais de saúde em intervir com esta população e não apenas relacionadas a comportamentos negligentes da adolescente (AMORIM et al., 2013; JAGER et al., 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez na adolescência é observada como um ciclo vicioso da população carente, onde a mãe gerou a filha nesta fase da vida e esta repete a história, dando continuidade à pobreza, abandono escolar, desestruturação familiar, exposição desta criança (criada por outra criança) a condições de vida ruim e sem perspectiva de futuro.

Para que este problema seja resolvido, ou ao menos amenizado, políticas públicas de educação ainda na fase pré-adolescente, devem ser implantadas nas escolas, principalmente nas públicas e de baixa renda, a fim de se conscientizar que a gravidez neste período da vida, para aqueles que mal têm condições de subsistir é, de fato, um problema grave e que deve ser evitado.

No caso das adolescentes que já possuem filhos, evitar a recorrência do problema é fundamental, estimulando as mesmas a concluir seus estudos, realizar aperfeiçoamento e alçar objetivos de uma carreira profissional sólida e não permanecer como donas de casa sem perspectivas na melhora da sua vida social. Estimular campanhas no âmbito das Unidades Básicas de Saúde que busquem educação em saúde, começando pelos bairros mais desfavorecidos e com riscos sociais.

A preparação dos profissionais de saúde e dos educadores para esta realidade também se torna fundamental, pois muitas vezes eles são a porta de entrada para estas jovens exporem seus problemas e procurarem ajuda. Dessa forma, estimular estes profissionais a acolherem de forma prestativa e qualificada estas jovens irá gerar a prevenção de problemas de saúde, questões psicológicas, prevenção e tratamento de doenças infectocontagiosas, estímulo a não recorrência do problema e apoio emocional às mesmas.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA MAS. Gravidez adolescente: a diversidade das situações. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.19, n.2, p. 197-207, 2002.
2. ALVES ED, MUNIZ MCV, TELES CCGD. Estudos sobre gravidez na adolescência: a constatação de um problema social. UNOPAR Cient., **Ciênc. Biol. Saúde**, v.12, n.3, p:49-56, 2010.
3. AMORIM LCS. Gravidez na adolescência no município de Vera Cruz – Cacha Pregos/Bahia. Monografia de Especialização. 20f. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Pós Graduação à nível de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, 2013.
4. CARNEIRO RF, SILVA NC, ALVES TA, ALBUQUERQUE DO, et al. Educação sexual na adolescência: uma abordagem no contexto escolar. **ANARE**, Sobral, v.14, n.01, p: 104-108, 2015.
5. CAVALCANTE LV, RAPOSO JCS, CLAUDINO KA, et al. Carolina da Franca Ferreira; AMORIM, Viviane Colares Soares de Andrade. Associação entre gravidez na adolescência e violência sexual. **Adolesc. Saude**, v.12, n. 2, p: 89-93, 2015.
6. CHACHAM AS, MAIA MB, CAMARGO MB. Autonomia, gênero e gravidez na adolescência: uma análise comparativa da experiência de adolescentes e mulheres jovens provenientes de camadas médias e populares em Belo Horizonte. **R. bras. Est. Pop.**, v. 29, n. 2, p. 389-407, 2012.
7. CRUZ MS, CARVALHO FJV, IRFFI G. Perfil socioeconômico, demográfico, cultural, regional e comportamental da gravidez na adolescência no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 46, p: 243-266, 2016.
8. DAVIM, Rejane Marie Barbosa; DAVIM, Márcia Valentim da Costa. Estudo reflexivo sobre aspectos biológicos, psicossociais e atendimento pré-natal durante a gravidez na adolescência. **Rev enferm UFPE on line.**, v.10, n.8, p:3108-3118, 2016.
9. FARIAS R, MORÉ COO. Repercussões da gravidez em adolescentes de 10 a 14 anos em contexto de vulnerabilidade social. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.25, n.3, p:596-604, 2012.
10. FERREIRA CL, BRAGA LP, MATA Á, et al. Repetição de gravidez na adolescência: estudos sobre a prática contraceptiva em adolescentes. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v.12, n.1, p:188-204, 2012.
11. FURTADO ÉZL, GOMES KRO, GAMA SGN. Acesso à assistência ao parto de adolescentes e jovens na região Nordeste do Brasil. **Rev Saude Pública**, v.50, n.23, p: 1-10, 2016.
12. GAMA SGN, VIELLAS EF, SCHILITZ AOC. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. **Cad. Saúde Pública**, V.30, Sup:S117-S127, 2014.
13. GUANABENS MFG, GOMES AM, MATA ME, et al. Gravidez na adolescência: um desafio à promoção da saúde integral do adolescente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.20, n.36 (1, Supl. 2), p: 20-24, 2012.
14. HOGA LAK, BORGES ALV, REBERTE LM. Razões e reflexos da gravidez na adolescência: narrativas dos membros da família. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.14, n.1, p: 151-57, 2010.
15. JAGER ME, SOUTO DC, LIMA RF, et al.. A opinião de estudantes de medicina e enfermagem sobre gravidez na adolescência. **Psicol. Argum.**, v.32, n.79, Supl. 2, p:77-88, 2014.
16. KUDLOWIEZ, Sara; KAFROUNI, Roberta. Gravidez na adolescência e construção de um projeto de vida. **Psico**, v. 45, n. 2, p: 228-238, 2014.
17. MARTINS PCR, PONTES ERJC, PARANHOS F, et al. Gravidez na adolescência: estudo ecológico nas microrregiões de saúde do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil – 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.23, n.1, p:91-100, 2014.
18. MIRANDA AAM, SILVA CGO, THIMOTEO GM, et al. Conhecimentos acerca de dst/aids e métodos contraceptivos dos discentes dos cursos técnicos integrados do IF Sudeste MG – Campus Juiz de Fora, Brasil. **Multiverso**, v. 1, n. 1, p: 25-36, 2016
19. MOURA, LNB, GOMES KRO. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.3, p:853-863, 2014.

20. MOURA LNB, GOMES KRO, SOUSA CRO, et al. Multiparidade entre adolescentes e jovens e fatores de risco em Teresina/Piauí. **Adolesc. Saude**, v.11, n. 3, p:51-62, 2014.
21. MOURÃO JUNIOR CA, MALAGUTI C, MOREIRA LPD, et al. Perfil alimentar e sócio-demográfico de gestantes adolescentes da cidade de São Paulo. **Revista Extender**, v.4, n.1, p: 85-93, 2016.
22. NERY IS, MENDONÇA RCM, GOMES IS, et al. Delviane Costa de. Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, **Brasil. Rev Bras Enferm**, v.64, n.1, p: 31-37, 2011.
23. NUNES MDS. Morte materna e aborto entre adolescentes no Piauí: análise dos anos 2008 a 2013. 105f. Tese. Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Brasília, 2016.
24. OLIVEIRA MMR. Urgências/emergências obstétricas e assistência ao pré-natal em adolescentes grávidas atendidas no ambulatório de uma maternidade escola da cidade Fortaleza. 23f. Monografia de Especialização. Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Florianópolis, 2014.
25. OLIVEIRA MC, VIEIRA JM. Gravidez na adolescência e bem-estar infantil: evidências para o Brasil em 2006. **Revista Latinoamericana de Población**, año 3, n.6, p: 11-39, 2010.
26. OLIVEIRA JM, OLIVEIRA JPM, SILVA SS, et al. Gravidez na adolescência: realidade e repercussões sobre atividade sexual. **INTESA – Informativo Técnico do Semiárido(Pombal-PB)**, v.9, n 2, p:16-22, 2015.
27. PASSOS ECS, FEITOSA NLS, ALMEIDA AFV, et al. Ana Carla Marques da Costa. Perfil da morte materna no município de Caxias – MA. **ReonFacema**, v.2, n.1, p:161-165, 2016.
28. PATIAS ND, JAGER ME, FIORIN PC, et al. Construção histórico-social da adolescência: implicação na percepção da gravidez na adolescência como um problema. **Revista Contexto & Saúde**, v.10, n.20, p: 205-214, 2011.
29. PRADO JDB, PAES CC. Gravidez na adolescência. **Revista Catarse**, Campo Mourão, v.01, n.01, p: 211-222, 2013.
30. QUEIROZ MVO, BRASIL EGM, ALCÂNTARA CM, et al. Perfil da gravidez na adolescência e ocorrências clínico-obstétricas. **Rev Rene**, v.5, n.3, p:455-462, 2014.
31. RIBEIRO VCS, NOGUEIRA DL, ASSUNÇÃO RS, et al. Papel do enfermeiro da estratégia de saúde da família na prevenção da gravidez na adolescência. **R. Enferm. Cent. O. Min**. v.1, n.6, p: 1957-1975, 2016.
32. RODRIGUES ARS, BARROS WM, SOARES PDFL. Reincidência da gravidez na adolescência: percepções das adolescentes. **Enferm. Foco**, v.7, n.(3/4), p: 2016, 2016.
33. ROSSETTO MS, SCHERMANN LB BÉRIA AU. Maternidade na adolescência: indicadores emocionais negativos e fatores associados em mães de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.10, p:4235-4246, 2014.
34. SANTOS CC, WILHELM LA, ALVES CN, et al. A vivência da gravidez na adolescência no âmbito familiar e social. **Rev Enferm UFSM**, v.4, n.1, p:105-112, 2014.
35. SANTOS NLAC, COSTA COM, AMARAL MTR, et al. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.3, p: 719-726, 2014.
36. SILVA AAA, COUTINHO IC, KATZ L, et al. Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência em uma maternidade escola: estudo caso-controlado. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.3, p:496-506, 2013.
37. SILVA FN, LIMA SS, DELUQUE AL, et al. Gravidez na adolescência: perfil das gestantes, fatores precursores e riscos associados. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.3, n.3, p:1166-1178, 2012.
38. SILVA JCB, SOUZA ML, BOTELHO LJ, et al. Mortalidade materna em adolescentes no Estado de Santa Catarina, 1996 a 2013. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 8, n. 3, p: 34-44, 2015.
39. SILVA PVB, LOPES JE, CARVALHO A. Por uma escola que protege: a educação e o enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes. Editora UEPG; Curitiba, **Cátedra UNESCO de Cultura da Paz**, UFPR, 2008.
40. SENA FILHA VLM, CASTANHA AR. Profissionais de unidades de saúde e a gravidez na adolescência. **Psicologia & Sociedade**, v.26 (n. spe.), p:79-88, 2014.
41. TABILE PM, TEIXEIRA RM, TOSO G, et al. Características dos partos pré-termo em hospital de ensino do interior do Sul do Brasil: análise de 6 anos. **Revista da AMRIGS**, v. 60, n.3, p: 168-172, 2016.
42. TABORDA JÁ, SILVA FC, ULBRICHT LU, et al. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. **Cad. Saúde Colet.**, v.22, n.1, p: 16-24, 2014.
43. UNICEF. **Situação mundial da infância 2011**. Adolescência: uma fase de oportunidades. Capítulo 1, p:8-12, 2011.
44. WACHHOLZ VA, COSTA MG, KERBER N, et al. Relação entre a qualidade da assistência pré-natal e a prematuridade: Uma revisão integrativa. **REBES**, v. 6, n.2, p. 01-07, 2016.
45. WELLE Deutsche. A cada sete segundos uma menina é forçada a se casar. **Revista Carta Capital**, out. 2016. Disponível em:< <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/a-cada-sete-segundos-uma-menina-e-forcada-a-se-casar>>. Acesso em Outubro de 2016.
46. ZAIDAN P. Noivas meninas: o casamento precoce é mais comum do que você imagina. **Revista Cláudia**, fev. 2016. Disponível em:<<http://www.claudia.abril.com.br/noticias/noivas-meninas-o-casamento-precoce-e-mais-comum-do-que-voce-imagina/>>. Acesso em Outubro de 2016.