

Isabel Bouzas¹
Ana Teresa Miranda²

Gravidez na adolescência

A gravidez é um período fisiológico na vida reprodutiva da mulher que se caracteriza por modificações físicas, psíquicas e sociais num curto espaço de tempo. Ao engravidar e se tornar mãe, a mulher vivencia momentos de dúvidas, inseguranças e medos. Já a adolescência constitui um período entre a infância e a idade adulta, com profundas alterações físicas, psíquicas e sociais. Em poucos anos, a menina transforma-se em mulher, exigindo com isso uma definição de sua nova identidade, o que gera questionamentos, ansiedades e instabilidade afetiva.

As duas fases evolutivas importantes na vida de uma mulher se assemelham e têm em comum importantes transformações em intervalo de tempo relativamente curto. A associação das duas fases no mesmo momento de vida acarreta uma exacerbação desse processo, aumentando os riscos de alterações que podem ser consideradas patológicas.

A gravidez na adolescência (GA) deve ser avaliada de forma ampla, abrangendo a prevenção e a assistência à mãe, ao pai adolescente e ao seu filho.

A gestação nessa faixa etária, embora possa ser desejada de forma consciente ou inconsciente, geralmente não é planejada, estando relacionada a fatores intrínsecos, da faixa etária, e extrínsecos, como socioculturais e econômicos.

O prognóstico dessa gestação, assim como as alterações psicológicas e emocionais dos pais adolescentes, está diretamente relacionado ao grau de assistência médica e social oferecido. A compreensão dos fatores que levaram à gravidez e a desmistificação da idéia de que toda gestação é indesejada e com conseqüências desastrosas para o futuro dos adolescentes, assim como a participação dos adolescentes do sexo masculino na prevenção e na assistência, são fundamentais.

Nem toda gravidez na adolescência é de alto risco obstétrico. Na literatura clássica costuma-se

relacionar gravidez na adolescência com maior incidência de doença hipertensiva específica da gravidez, prematuridade e baixo peso, entre outras alterações. Não podemos esquecer que o risco gestacional está relacionado a aspectos clínicos, obstétricos, culturais e socioeconômicos, sendo de natureza multifatorial. Trabalhos mais recentes visando analisar isoladamente a variável idade com o risco da gravidez na adolescência têm demonstrado que idades inferiores a 15 anos, associadas a idade ginecológica menor ou igual a 2 anos, ou seja, adolescentes ainda em processo de crescimento, podem estar relacionadas a um maior risco na gestação.

O ingresso tardio no pré-natal é freqüentemente citado na literatura como sendo um dos principais fatores associados ao prognóstico materno e perinatal (Setzer *et al.*, 1992; Konse *et al.*, 1992; Scholl, 1992).

Na assistência à adolescente gestante, o diagnóstico precoce é essencial para a avaliação e o controle permanente do risco desde o início da gestação.

As adolescentes grávidas podem chegar aos serviços de saúde com queixas típicas, como náuseas, vômitos, sonolência, atraso menstrual. Outras podem apresentar sintomas inespecíficos, como dor abdominal, irregularidade menstrual, distúrbios urinários, alterações do humor, leucorréias, pruridos, dispareunia ou cefaléia. Muitas relatam estar menstruando normalmente ou negam atividade sexual.

As alterações fisiológicas dessa faixa etária, como os ciclos menstruais irregulares nos dois anos pós-menarca, e a falta de conhecimento

¹Ginecologista e obstetra; coordenadora da Atenção Secundária do Nesa; professora do curso de pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Uerj.

²Professora-adjunta da disciplina de Obstetrícia do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Ciências Médicas da Uerj; livre-docente em Obstetrícia; doutoranda do Instituto de Medicina Social da Uerj.

do funcionamento do próprio corpo dificultam o diagnóstico precoce da gestação.

Cabe ao profissional de saúde analisar as queixas e não descartar a hipótese de gravidez. Em relação às adolescentes, o diagnóstico diferencial de gravidez deve ser investigado, não só nos atrasos menstruais, mas também em situações nas quais nenhum diagnóstico de certeza é alcançado na primeira avaliação.

A confirmação da gravidez é a primeira crise que a adolescente vai enfrentar. Seu mundo está desabando, e ela depara-se com o grande dilema: ter ou não ter, eis a questão.

Os profissionais de saúde devem estar preparados para auxiliá-la neste momento crítico, desprovidos de preconceitos, orientando-a no sentido de buscar o apoio da família e colocando os aspectos positivos e negativos de cada escolha. A decisão final deve caber à adolescente pois, frequentemente, quando forçada a uma decisão, surge uma nova gestação em curto espaço de tempo, ou uma rejeição ao filho.

Se a decisão for de interromper a gestação, o profissional terá importante papel no sentido de orientá-la quanto aos aspectos negativos do ato e tentar minimizar suas consequências.

Essa situação torna-se mais grave quando se consideram as estatísticas de aborto do segundo trimestre de gestação. Além de trazer consequências éticas e emocionais graves, o aborto praticado nessa fase aumenta o risco de morte materna, principalmente quando realizado em condições precárias. Por motivos econômicos, e também por medo de ser descoberta, a adolescente acaba procurando pessoas não-qualificadas para o procedimento, quase sempre realizado sem condições mínimas de assepsia e com elevado risco de morte, sobretudo por infecção ou hemorragia. Nos Estados Unidos, em 1980, 25% dos abortos praticados em adolescentes com menos de 15 anos ocorreram no segundo trimestre de gestação; na faixa etária de 15 a 19 anos, a proporção desses abortos tardios foi de 14%; e no grupo de mulheres adultas, de 70%. Os números evidenciam nitidamente o maior grau de exposição das adolescentes, especialmente aquelas muito jovens (Stubblefield, 1985).

Identifica-se assim a necessidade de atentar, de forma especial, para o grupo de adolescentes mais jovens, de menos de 15 anos, que, além de expostas a risco maior, têm apresentado índices crescentes de gestação.

A legislação brasileira considera crime o aborto provocado, mas ele continua a ser realizado na maioria das cidades de nosso país de forma clandestina. Não é o objetivo deste capítulo discutir assunto tão polêmico, que envolve questões éticas, morais e religiosas, mas sim chamar a atenção para a necessidade de assistir adequadamente as adolescentes que, por alguma razão, submeteram-se ao procedimento. Deve-se ser imparcial e desprovido de preconceitos.

No acompanhamento pós-abortamento, o apoio psicológico e a orientação contraceptiva são fundamentais para evitar gestações futuras, estados depressivos, mudanças de comportamento e distúrbios sexuais.

A assistência à adolescente gestante tem como objetivo assegurar que a gravidez transcorra sem intercorrências, prepará-la para o parto e para a maternidade. O modelo ideal consiste em acompanhamento continuado das adolescentes por equipes multidisciplinares, envolvendo médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e nutricionistas, sob a forma de atendimento individual e de grupo.

O pré-natal muitas vezes é o primeiro contato da adolescente com o serviço de saúde. É importante aproveitar essa situação de assiduidade para orientações mais amplas não só em relação a gravidez, parto e cuidados com o recém-nascido, como também em relação a contracepção, doenças sexualmente transmissíveis (DST), drogas, sexualidade, trabalho, higiene.

É importante salientar que, como já existe o fato da gestação, o uso do *condom* (camisinha) é praticamente abolido, ocasionando maior risco em relação às DST.

A nutrição assume papel de suma importância no acompanhamento pré-natal da adolescente, devendo a orientação ser ajustada a cada adolescente. A maior demanda de cálcio, ferro e ácido fólico durante a gravidez deve ser considerada, bem como as necessidades próprias da adolescência, na elaboração do programa nutricional da gestante.

O preparo para a amamentação é fundamental durante o pré-natal. Devemos orientar as adolescentes em relação à importância do aleitamento materno para a sua saúde e a do recém-nascido e desmistificar determinados tabus, como o de que mamas pequenas não têm leite ou o de que há prejuízo na estética da mama (o que mais interfere na estética da mama é a hereditariedade, a idade e, por último, a gravidez). A afirmação de que as adolescentes não amamentam seus filhos não corresponde à realidade. Em nossa experiência, o incentivo e a educação durante o pré-natal influíram positivamente no êxito da amamentação.

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 consequências poderão ser graves, para mãe e filho, no que se refere aos aspectos 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.

Cada etapa do parto requer o apoio da equipe de saúde e, se possível, do acompanhante. Com um bom trabalho de apoio é pouco provável que a mãe se descontrole. Nossa experiência com gestantes no Hospital Universitário Pedro Ernesto mostra que a atitude da adolescente que foi preparada para o parto é muito boa, freqüentemente melhor do que a das mulheres adultas.

A maioria dos programas para gestantes adolescentes focaliza sua atenção exclusivamente nos períodos de gestação e puerpério imediato, esquecendo que após o parto ela se torna mãe adolescente, passando a vivenciar uma dupla situação de crise: a adolescência e a maternidade. O puerpério apresenta à mulher a realidade da maternidade. Independentemente dos motivos que levaram à gravidez, existe uma satisfação em comprovar a fertilidade e a capacidade de gerar um filho. A necessidade de cuidar diariamente de uma criança leva à conscientização da mudança de perspectiva de vida.

Durante a gestação, a adolescente ocupa o centro das atenções, e ao cuidar de si mesma está cuidando do bebê. Após o parto, de forma súbita, a importância se desloca para a criança, que exige atenção e cuidados dia e noite. A adolescente passa repentinamente a não ter importância, e muitas têm medo de não ser capazes ou de não estar preparadas para assumir a responsabilidade de cuidar de outra vida. Este receio pode causar depressão.

Por estas razões, os programas pré-natais devem dar assistência às adolescentes até o primeiro ano de vida do bebê. Neste período assumem importância ainda maior os aspectos psicológico, social e educativo, que devem reforçar toda a orientação do pré-natal.

Na nossa experiência, a grande maioria das adolescentes retorna para o acompanhamento pós-natal, mantendo um vínculo com a equipe, que passa a ser um ponto de referência; 60% das adolescentes amamentaram até o terceiro mês; 30%, até o sexto mês; e apenas 10% tiveram filhos internados. É importante frisar que, ao se estimular a auto-estima e reforçar o vínculo mãe/bebê, dando-se assistência médica, psicológica e social, é possível obter resultados bastante eficazes, não

apenas no que se refere ao aleitamento materno, mas também ao bem-estar físico, psicológico e social da mãe adolescente e do seu filho.

Na última década assistimos no Brasil à implantação de uma série de programas pré-natais para adolescentes e participamos do treinamento de profissionais interessados no atendimento à adolescente gestante, o que demonstra o reconhecimento por parte dos profissionais de saúde da relevância do assunto.

Os estudos atuais já comprovaram que o pré-natal consegue minimizar os riscos obstétricos da gravidez na adolescência, mas infelizmente o acesso das adolescentes aos serviços de pré-natal continua insuficiente. É importante que os programas pré-natais implantem estratégias destinadas à captação precoce e ao atendimento adequado e oportuno das adolescentes brasileiras e que desenvolvam serviços destinados à prevenção da gestação na adolescência e à assistência à mãe e também ao pai adolescente e seu filho.

> REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amini SA, Catalano PM, Dierker LJ, Mann LI. Births to teenagers: trends and obstetric outcomes. *Obstetric & Gynecology* 0029-7844/96.
 2. Frisancho AR, Mattos J, Bolettino LA. Influence of growth status and placental function on birth-weight of infants born to young still-growing teenagers. *Am J Clin Nutr* 1984; 40: 801.
 3. Jacono JJ et al. Teenage pregnancy: a reconsideration. *Can J Public Health* 1992; 83(3): 196.
 4. Maddaleno M. La salud del adolescente y del joven. Washington DC: OPS; 1995.
 5. Miranda ATC. Idade materna e risco perinatal. [dissertação]. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1987.
 6. Miranda ATC. Risco perinatal na adolescência. Anais do II Congresso Mundial de Ginecologia e Obstetrícia; 1994; Montreal, Canadá.
 7. Miranda ATC, Bouzas ICS. Gravidez. In: Ruzany MH, Grossman E, organizadores. A saúde de adolescentes e jovens: competências e habilidades. Rio de Janeiro: Editora Uerj (no prelo).
 8. Motta MG. O casal adolescente e a gravidez. Fiocruz; 1998.
 9. Scmler ROM. Gravidez na adolescência: grupos psicopedagógicos. *Pediatrica Moderna* 1995; 32: 1132.
 10. Scholl TO et al. Young maternal age and parity: influences on pregnancy outcome. *Ann Epidemiol* 1992; 2(5): 565.
 11. Setzer JR et al. Comprehensive school-based services for pregnant adolescents in West Dallas, Texas. *J Sch Health* 1992; 62(3): 97.
 12. Stubblefield PG. Induced abortion in the mid-trimester. In: Corson SL. Fertility control. Boston: Littic, Brown & Co.; 1985.
 13. Toro-Calzada RJ. Pregnancy in adolescents: complications, birthweight, somatometry of the newborn and Apgar score, comparison with the general population. *Ginecol Obstet Mex* 1992; 60: 291.
-