



OS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Marcela Hirata¹

Nadia Cristiane Capelloto¹

Gilcinéia Rose da Silva Santos²

RESUMO: Este estudo tem como objetivo a análise dos problemas psicossociais que uma gravidez na adolescência acarreta e, posteriormente, uma análise destes dados. Tomando como referenciais estudos bibliográficos segundo alguns autores que apontam para as relações afetivas e sociais que se estabelecem durante todo o processo psicosexual e que na fase da puberdade são revividos de forma intensa e às vezes conflituosas. Este estudo ainda se propõe realizar uma pesquisa de campo, na cidade de Maringá, dentro de uma instituição que trabalha com adolescentes grávidas, solteiras e carentes com faixa etária entre 13 a 18 anos; aplicando questionários, visando trazer dados quantitativos e estatísticos acerca da problemática. Portanto, este projeto tem por finalidade estudar os medos e as ansiedades da adolescente grávida, e os vínculos afetivos entre a adolescente, seus familiares e a sociedade, durante a gravidez.

PALAVRAS CHAVE: Ansiedades específicas da gravidez; adolescência; gravidez precoce.

THE SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THE TEENAGE PREGNANCY

ABSTRACT: The objective of this study is the analysis of social and psychological problems that a teenage pregnancy can bring about and afterwards a data analysis. Taking by referencies bibliographyc studies according to some authors that apoint to the afective and social relationships that establish during all the psychic and sexual process and in the puberty phase are intensely lived and sometimes in a conflicted way. This study still propose realize camp reaserches, in "Maringá" city, inside an institution that gives shelter to single and poor teenage pregnants, ageing from 13 to 18 years old, appling questionnaires, whith the objective of bring quantity and statistic data of the problem. Hence, this project has the objective of study fears and anxiety of teenage pregnants, and the afective links between the teenage, their parents and the society, during the pregnancy.

KEYWORDS: Specific anxiety during the pregnancy; teenager; early pregnancy.

INTRODUÇÃO

Segundo Aberastury e Knobel (1981), a adolescência é caracterizada como um período de transição entre a puberdade e o estado adulto do desenvolvimento; com base neste processo, há uma característica própria do adolescente, ou seja, uma situação que

obriga o indivíduo a reformular os conceitos que tem a respeito de si mesmo e que o levam a abandonar sua auto-imagem infantil e a projetar-se no futuro de sua vida adulta.

Uma característica peculiar da adolescência é a impulsividade que é vista como sendo normal e saudável, porém aumenta os riscos a que estão expostos, inclusive de gravidez. Outras caracte-

¹Acadêmicas do Curso de Psicologia do Centro Universitário de Maringá - Cesumar

²Docente do Curso de Psicologia do Centro Universitário de Maringá - Cesumar



ísticas que também aumentam o risco são a necessidade de auto-afirmarem a identidade sexual, interesse em coisas proibidas e conflito com padrões tradicionais, desejo de se sentirem adultos, fácil influência dos grupos de amigos, relacionamento sexual romantizado e pouca capacidade de prever conseqüências.

Caso ocorra uma gravidez neste período, tem-se uma perda de autonomia buscada pela própria adolescente, já que a torna mais dependente de seus pais; também é pouco provável que consiga amadurecimento emocional e psicológico adequado a maternidade; bem como pode ocorrer parada ou demora no amadurecimento das características psicológicas próprias a sua idade. A gravidez nessa fase, geralmente vem acompanhada de medo, culpa e vergonha e dependendo do apoio que tiver dos familiares e do isolamento que sofrer do seu grupo a adolescente terá maior ou menor grau de tensão e depressão.

Sendo assim a adolescência um período de transformações e também uma fase em que estão mais propícios a uma gravidez precoce; quando esta ocorre, a adolescente se torna mais vulnerável tendo a necessidade de todo um apoio psicológico e social.

No mundo atual a gravidez na adolescência é encarada como problema para mãe e filha sendo considerada de alto risco pela Organização Mundial de Saúde. Segundo Sant'anna (1999), a gravidez na adolescência é vista como um somatório de crises; acredita-se hoje que o risco de gravidez na adolescência não seja biológico e obstétrico, mas sim determinado principalmente por fatores psicossociais como medo, ansiedades, falta de apoio social, sentimento de inferioridade, entre outros; associados ao ciclo de pobreza.

Segundo dados do IBGE, o número de mães solteiras menores de 19 anos aumentou de 35 mil em 1970 para 93 mil em 1980, quase triplicou em 10 anos.

Assim o presente projeto consiste em fazer um levantamento sobre as transformações psicossociais que a adolescente enfrenta durante a gravidez, conhecer a realidade sócio-econômica da adolescente grávida, e identificar os conflitos emocionais e sociais que a adolescente se depara na gravidez.

1. ADOLESCÊNCIA

Segundo Oliveira (2001), a palavra "adolescência" vem do latim *adolescere* que significa crescer padecer, e sofrer. Na adolescência são produzidas importantes mudanças corporais, denominada puberdade, sendo uma etapa fisiológica que o indivíduo adquire a capacidade de procriar.

A puberdade no sexo feminino se evidencia pelo desenvolvimento das mamas, dos pêlos pubianos e axilares e da a menarca (primeira menstruação). No sexo masculino, ocorre o desenvolvi-

mento dos testículos, do pênis, pêlos pubianos, axilares e faciais. Porém além de ser uma etapa fisiológica, a adolescência é um fenômeno psicossocial, considerado como período conflituoso semelhante ao segundo nascimento psicológico.

Assim não podemos descrever a adolescência como uma mera adaptação das transformações corporais, mas como período decisivo do ciclo vital, no qual a pessoa busca alcançar autonomia psicológica frente à família, ao estudo e aos amigos. As características dessa nova organização psíquica, leva a um processo de descoberta do eu.

Maurício Knobel ressalta em sua obra o seguinte trecho:

Concordo com Sherif e Sherif (61) de que a adolescência está caracterizada fundamentalmente por ser um período de transição entre a puberdade e o estado adulto do desenvolvimento e que nas diferentes sociedades este período pode variar, (...), entretanto, existe, com base em todo este processo, uma circunstância especial, que é a característica própria do adolescente em si, ou seja, uma situação que obriga o indivíduo a reformular os conceitos que tem a respeito de si mesmo e que o levam a abandonar sua auto-imagem infantil e a projetar-se no futuro de sua vida adulta. (KNOBEL, 1981, p.26)

Ana Freud dedicou grande parte de sua obra a problemática do adolescente ressaltando diversas tendências o fato do adolescente, por exemplo, se considerar o centro do universo. Porém, não deixam, de afirmar que esta é a época que o ser humano é capaz de grande generosidade, sacrifício e devoção. Um período que se oscila entre a exaltação e a indiferença entre a atividade e passividade, entre o otimismo e o pessimismo, entre a submissão e a rebeldia. Em resumo os sintomas naturais e normais da adolescência seriam a busca de si mesmo; a tendência de criar um grupo e fugir da uniformidade a necessidade de fantasiar e de se intelectualizar, a crise religiosa e a evolução do auto-erotismo para relação heterossexual, autonomia progressiva diante dos pais e a mudança de humor.

2. AS TRANSFORMAÇÕES BIOLÓGICAS E AS ANSIEDADES ESPECÍFICAS DA GRAVIDEZ

Segundo Soifer (1980) em cada fase da gravidez ocorrem ansiedades específicas, onde a autora agrupou como sendo: ansiedades no começo da gestação; ansiedade durante a formação da placenta (2º e 3º mês), ansiedade ante a percepção dos movimentos fetais (3 meses e meio); ansiedade pela instalação franca dos

movimentos (5 meses), ansiedade pela versão interna (de 6 meses e meio em diante); e a ansiedade no início do 9º mês e nos últimos dias antes do parto. Para a autora, *cada um desses acessos de ansiedade podem durar dias ou semanas e chegar a produzir sintomatologia física própria, e inclusive provocar aborto ou parto prematuro, cada estágio caracteriza-se por fantasias bem determinadas e específicas.* (Soifer, 1980 p.21)

A ansiedade no começo da gestação se dá a partir de uma primeira suspeita de gravidez. As primeiras percepções que a mulher adquirir está contida de uma enorme fadiga e sono mais do que o normal. Após instalado este quadro sobre o ponto de vista psicanalítico dá-se a regressão que possui características de uma identificação fantasiada com o feto. A origem dessa regressão se dá por causa das mudanças orgânicas e hormonais que são percebidas pelo inconsciente.

Porém, mesmo percebendo as mudanças orgânicas e hormonais, a percepção consciente e inconsciente não consegue definir suas causas, por isso a mulher tende a isolar-se através do repouso. Isso tem início aproximadamente da segunda ou terceira semana e se une a ansiedade despertada pelo atraso menstrual. Com isso o mecanismo de defesa utilizado pela gestante é a negação, freqüentemente utilizado na gravidez.

É nessa fase que aparecem os sintomas mais evidentes da gravidez que são as náuseas e os vômitos, que ocorrem principalmente pela manhã, após o acordar, foi comprovado clinicamente há uma estreita coincidência entre esses sintomas e a ansiedade de uma possível gravidez. Quando a gravidez é diagnosticada os sintomas diminuem espontaneamente.

Um ponto importante no que se refere as náuseas e os vômitos, segundo a autora, é que ocorre o temor da falta de capacidade de gerar e dar a vida a uma criança, dentro dessa ansiedade encontra-se também o temor devido a situação financeira. Esse temor pode se juntar a componentes da personalidade que pode ou não influenciar na gestação. A partir da descoberta da gestação deve-se iniciar um acompanhamento psicológico a fim de se fazer os esclarecimentos necessários para a gestante, conforme vão aparecendo às dúvidas a respeito da gravidez.

Já na fase do segundo ao terceiro mês é uma fase de maior preocupação, pois pode ocorrer nesse período o aborto, que está estreitamente ligado a formação da placenta. A gestante tem uma sensação de terror de ser devorada e esvaziada pelo o aborto. Esse temor se dá pela percepção orgânica da formação da placenta.

Ao estabelecer-se a circulação através das vilosidades, muda o sistema nutritivo do embrião, realizando-se este processo por meio da placenta. Em si mesma, a nidação

é um ato agressivo à mucosa uterina por parte do ovo fecundado. Ambos os processos de nidação e absorção de substâncias alimentícias na corrente circulatória materna, com as mudanças psicológicas que determinam, são percebidos e vividos de forma persecutória pelo inconsciente da mulher (Soifer, 1980, p.25)

Quando ocorre o esclarecimento a gestante sobre as mudanças que estão acontecendo no seu corpo a ansiedade diminui juntamente com o medo do aborto. Não se pode deixar de considerar a parte orgânica, onde são inúmeras as causas para evitar a concepção e que a parte orgânica prevalece e influencia no psiquismo inconsciente.

Nesse período, os sintomas de náuseas e vômitos, em algumas gestantes, podem aumentar e intensificar podendo surgir também somado a este quadro diarreias ou constipação. Ambos os quadros assustam a gestante, pois normalmente essas disfunções são associadas conscientemente ao perigo de aborto. Esses sintomas significam a expressão do sentimento de rejeição pelo filho. Na visão psicanalítica, isso ocorre quando a gestante se assusta ao perceber essa rejeição e procura então dar vazão a esse sentimento através da sintomatologia.

No entanto, essa rejeição é representada pela hostilidade dirigida aos pais, que normalmente aparecem cheios de ameaça e censuras pela atividade sexual da filha. Isso faz com que a gestante a princípio rejeite o feto. Essa situação gera uma necessidade do apoio social no sentido de ajudar a superar as ansiedades determinadas no início da gestação.

Já a percepção dos movimentos fetais torna-se possível em alguns casos partir dos três meses e meio de gestação. Manifestando-se em forma de "pontapés". Soifer (1980) coloca que *nesse caso, o mecanismo inconsciente é a projeção, à base da qual se transfere para o feto uma imagem terrorífica, identificada com ele. A criança é sentida, assim como um ser perigoso, cujos movimentos bruscos, agressivos e sádicos ameaçam causar um severo dano físico à mãe.*

Tais distorções da percepção por negação ou projeção, com suas fantasias correlativas, exprimem um profundo estado de ansiedade comum a todas as gestantes. Em primeiro lugar, a investigação dessa ansiedade localiza o temor ao filho em si, o qual, com justa razão, surge como um desconhecido um ser cujo o sexo, forma e suas características são uma incógnita. Junto a esse temor acha-se o medo à responsabilidade assumida, responsabilidade que agora, ante o ven-

tre já desenvolvido, adquire características de fato concreto. (Soifer1980.)

Nessa fase da gestação os sintomas que mais freqüentemente apresentados, segundo Soifer (1980) são: náuseas, dores musculares, câimbras, enxaquecas, constipação ou diarreia, hipertensão ou hipotensão e as lipotimias transitórias e ocasionais. Surgem também durante essa fase os sonhos relacionados ao parto, e ao filho, esses sonhos são decorrentes da curiosidade de ver essa criança cujo seus movimentos já são percebidos pela mãe. Isso gera na gestante muita ansiedade, a qual pode ser reduzida através de aulas de relaxamento, exercitação física, e grupos de discussão, palestras com profissionais, terapia. Para a autora, *o estado de ansiedade pode ser passageiro ou prolongar-se, às vezes, sob a forma de fobias agudas, hipocondria ou depressões. Quando é passageiro, ao remittir dá lugar a um período de euforia e tendência á atividade, que em geral vem acompanhado pelo reconhecimento e aceitação dos movimentos.*

A partir do sexto mês, a instalação franca dos movimentos fetais vem seguida de uma percepção maior das contrações uterinas, que criam novas crises de ansiedade, outra característica é o aumento do tono muscular uterino que por sua vez aumentam a freqüência dos movimentos fetais onde fica oscilando movimentos – contratura – movimentos mais bruscos. A respiração e o relaxamento se tornam essenciais para aliviar essas situações que, na possibilidade de aumentar exageradamente podem colocar em risco a vida do bebê.

Perto do 8º mês ocorre a versão interna, ou seja, quando o bebê começa a se posicionar para o momento do parto. Os movimentos uterinos e fetais são percebidos pelo inconsciente gerando grande crise de ansiedade além de outras manifestações psíquicas e somáticas. *O trabalho direto com gestantes e a observação clínica demonstraram que a grande maioria das versões patológicas se devem à contratura dos músculos pélvicos que se opõem dessa maneira à versão. Tal contratura é produto da intensa crise de ansiedade, que corresponde a fantasias de esvaziamento (Soifer,1980,p.35).*

Com a crise de ansiedade, a sensação consciente mais evidente é de que algo estranho está ocorrendo, algumas vezes, tais sensações conscientes não existem, mas este mecanismo é muito útil à gestante, diante da percepção, *a crise de ansiedade determina certos processos somáticos: crises de hipertensão, gripes agudas, diarreias aparição franca de edemas brusco e excessivo aumento de peso, intensificação extremamente de câimbras entre outros. A emergência mais*

grave é o parto prematuro. (Soifer, 1980 p.36). Na maioria dos casos os movimentos fetais fazem surgir a sensação de perda e a fantasia do parto prematuro a nível consciente.

Acontecem várias modificações fisiológicas na entrada do nono mês de gestação, ocorre um desenvolvimento acelerado do feto, que ganha peso e volume, as contrações se estabilizam. Essas modificações aumentam e vão se intensificando pela proximidade do parto. A dúvida quanto à data aumenta ainda mais a ansiedade. A sonolência citada no começo da gestação volta a aparecer possibilitando o retraimento e a negação afim de tentar diminuir as ansiedades gerada nesse período. *Nessa fase adquire grande importância, tanto consciente como inconsciente, a incógnita referente ao sexo. Na mulher grávida existe um conhecimento bastante seguro, a nível inconsciente, que se traduz em muitos caos por sensações conscientes, indefinidas, referentes ao sexo provável da criança. (Soifer,1980)*

Reaparecem crises intensas, dado coincidentemente, ao temor à morte no parto, à dor, ao parto traumático, ao filho disforme e à morte do filho. Em geral, essas crises se dão normalmente por causa da preparação do colo do útero, da instalação do reflexo do parto e da descida da cabeça do bebê para a posição do parto.

Durante as crises, a gestante pode ter a sensação de não sentir os movimentos do bebê, onde ela associa a morte da criança, mas isso ocorre por causa que o bebê se movimenta menos, devido a redução de espaço dentro do útero ,pois este já chegou a sua máxima capacidade de distensão, e o bebê já está se posicionando para a posição do parto.

Além do mais a sua alta ansiedade, por medo da perda do filho ou pelo medo do parto, pode provocar a contratura dos músculos pélvicos que conseqüentemente imobiliza a criança. Quando a gestante se dá conta de sua ansiedade e à consegue controlar, ela volta a senti-los.

Outras vezes a negação das ansiedades ou a intensa repressão ocasionam severos sintomas, outro modo de resolver uma dessas crises é o chamado “falso alarme”, quadro em que a gestante sente contrações que apenas traduzem a acentuação das contrações fisiológicas , mas que não são percebidas como requentes e em parte dolorosas. A freqüência e a dor devem ser ao estado de ansiedade e à contratura muscular. Em geral o “o falso alarme”, além de permitir a liberação da ansiedade, constitui um ensaio, de que a mulher necessita, da maneira como deverá se comportar no momento de ir para o hospital.(Soifer,1980).

3 . GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A gravidez precoce tem sido uma das ocorrências mais preocupante no meio dos jovens; segundo o Ministério de Saúde, em torno de um milhão de meninas ficam grávidas por ano no Brasil, antes dos vinte anos de idade; em torno de 700 mil partos acontecem nesta faixa etária dentro do SUS, e aproximadamente 150 / 200000 fora da rede pública de saúde. E a pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 1996 revela que, 18% das adolescentes brasileiras já tiveram pelo menos um filho ou estavam grávidas, percentual um pouco mais elevado na zona rural que na urbana (24% e 17%, respectivamente).

Durante uma gestação a mulher passa por muitas alterações físicas e emocionais, ocorrendo uma gravidez precoce, é observado que as alterações normais de toda gestação são somadas aos conflitos da idade, portanto é pouco provável que a adolescente consiga amadurecimento emocional e psicológico adequado à maternidade. Portanto, dependendo do apoio que tiver dos familiares e do isolamento que sofrer do seu grupo a adolescente terá maior ou menor grau de tensão e depressão.

Segundo Sant'anna (1999), a gravidez precoce é um somatório de crises, pois a jovem que apenas iniciou a mudança corporal da adolescência tem novamente alterada a imagem corporal. As ansiedades da idade são somadas as da gravidez e o papel social e a identidade, ainda indefinidos, são trocados. Segundo o mesmo autor acredita-se hoje que o risco de gravidez na adolescência não seja biológica e obstétrico, mas sim determinado principalmente por fatores psicossociais.

4 . SITUAÇÕES DE RISCO PARA A GESTANTE ADOLESCENTE

Segundo Rodrigues, Souza, Brasil, e Carakushanshy (1993), a gravidez é o período em que a mulher e seu concepto estão expostos a maior risco de adoecer e morrer, as adolescentes correm os mesmos riscos que uma gestante adulta.

Segundo Silva (2001), por muito tempo considerou-se que as desvantagens para a saúde da gestante adolescente e seu filho eram significativamente mais importantes do que para mulheres adultas. Entretanto, a relação entre maternidade precoce e complicações maternas e perinatais, parece resultar da associação de múltiplos fatores como idade, paridade, assistência pré-natal, ganho ponderal, fatores sócio-econômicos e culturais.

As patologias mais citadas, como hipertensão gestacional, anemia, prematuridade, e baixo peso ao nascer, parece estar mais

associados à baixa idade e às condições psicossociais inadequadas. Estudos que controlam fatores potencialmente confundidores do resultado materno e perinatal, não evidenciaram desempenho obstétrico insatisfatório, mostrando para as adolescentes iguais resultados às das outras idades. A adequada assistência pré-natal, por sua vez, é um dos fatores mais benéficos para a evolução e prognóstico da gravidez.

Em relação às conseqüências psicossociais, pode-se observar que a gravidez na segunda década de vida apresenta riscos individuais de vários pontos de vista. Na atualidade, tende-se a considerar que os mais importantes, todavia, não são os médicos e sim de natureza social e psicológica.

Segundo Gomes e Dias (2000), a gravidez na adolescência desejada ou não, provoca um conjunto de impasses comunicativos; no âmbito social, familiar e pessoal. No âmbito social, lamentam-se as falhas dos programas de educação sexual. No âmbito familiar, as dificuldades aparecem nas relações entre pais e filhas e nas condições contextuais para o desenvolvimento psicológico da filha. No âmbito individual, a jovem se pergunta "porque isso aconteceu justamente comigo?" e "o que será agora da minha vida? ".

Vê-se, portanto, que durante a gestação, o parto e o pós-parto a jovem necessita de todo um apoio social, principalmente de sua família, já que não tem maturidade psicológica para a maternidade e nem condições financeiras para o seu sustento e de seu filho. Segundo os autores, Rodrigues, Souza, Brasil e Carakushanshy (1993), é visto que a reação da família frente a uma gravidez precoce varia de acordo com a cultura; em geral, a primeira reação é a de rejeição, mas depois de um tempo de modo lento vem a aceitação e o acolhimento, porém há alguns que chegam a expulsar a adolescente, visto a ocorrência maior em classe social mais baixa.

Outras conseqüências observada associada ao baixo nível sócio econômico, é o risco de subnutrição materna, o que pode provocar patologias na gestação; e, além disso, as gestantes pobres têm restrito acesso à assistência pré-natal. É visto também que neste caso, a oportunidade de emprego diminui, obrigando a adolescente a aceitar empregos o qual se paga salários muito baixos; contribuindo assim para a manutenção da pobreza.

A gestação na adolescência também diminui a chance de a jovem dar prosseguimento dos seus estudos. Grande parte das que ainda não haviam abandonado interrompem os estudos com a gravidez, alegando falta de concentração, por sofrerem os sintomas característicos da gravidez, e ainda devido à vergonha da sua situação. Vê-se que existe um despreparo da comunidade escolar em aceitá-las, o que as faz sentirem-se rejeitadas por colegas e professores e identificadas como adolescentes-problemas e maus exemplos.

Segundo um estudo realizado sobre gravidez na adolescência e vida escolar:

A questão do apoio familiar à adolescente que engravida é particularmente importante para a vida escolar da mãe adolescente[...] É importante salientar, como já foi sugerido acima, que a adolescente, ela que está grávida, parece ter um papel passivo nas resoluções que dizem respeito a ela e ao seu futuro. Os dados sugerem total submissão às regras impostas, sobretudo pela mãe da adolescente. (FÁVERO; MELLO, 1985, P.135)

Conclui-se, portanto que o apoio social principalmente o familiar é de extrema importância para que a adolescente consiga enfrentar as dificuldades das transformações físicas e psicológicas e mudanças sociais que enfrentará. Segundo os autores, Rodrigues, Souza, Brasil e Carakushanshy-(1993), dependendo do apoio que a adolescente grávida tiver dos familiares e do isolamento que sofrer de seu grupo a adolescente terá maior ou menor grau de tensão e depressão, podendo a gestação ser causa inclusive de suicídio.

Segundo a autora Oliveira (1998), 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 como alívio e gratidão, e a família do pai aceita o "muito obrigado" o que deixa implícito o débito, colocando-se em posição privilegiada em impor suas condições perpetuando-se a situação de inferioridade a que a jovem se vê exposta.

Ao assumirem a paternidade, muitos rapazes deixam os estudos 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 tem essa visão podem revelar problemas no desempenho afetivo da maternidade/ paternidade. 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. Ainda pode-se acrescentar outros ingredientes explosivos nessa relação: O desencanto com o projeto acalentado durante a gravidez, de uma maternidade, paternidade igualitária, a descoberta de precisar de

ajuda da própria mãe no cuidado com a criança, ajuda que fora desqualificada no projeto original maternidade/paternidade, as relações 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.

5. FATORES RELACIONADO A GRAVIDEZ PRECOCE

Para o autor Silva (2001), num passado não muito distante, a gestação no início do período reprodutivo era encarada como normal e até mesmo desejável. As expectativas em relação ao papel da mulher e particularmente da mulher adolescente, eram diferentes do que nos dias de hoje. A sexualidade e a reprodução encontravam-se unidas, e a expectativa da mulher era unicamente ser esposa e mãe. Com o tempo foi se alargando o período entre o amadurecimento sexual e o casamento, uma vez que cada vez mais precoce se instala a menarca e mais tardiamente se busca um casamento formal.

Observa-se que hoje em dia os meios de comunicações, com suas mensagens eróticas, implícitas ou explícitas, tem ajudado muito a estimular os jovens a terem uma vida sexual ativa precoce e o fato da sociedade atual exigir uma especialização profissional bem mais longa, tem colaborado para casamentos tardios levando assim os jovens a somente terem condições financeiras para um casamento bem mais tarde; assim, juntando isso às mudanças de costumes nos últimos tempos, os jovens têm se relacionados em um namoro longo colaborando, portanto para um início de uma vida sexual sem estar dentro de um matrimônio.

É observado ainda, um amadurecimento sexual precoce; a idade da menarca tem diminuído cerca de dez meses a cada geração, sendo que, em 1845, metade das mulheres menstruavam apenas a partir dos 15 anos de idade. E tal aspecto fisiológico parece ter raízes sociais, uma vez que provavelmente está ligado a melhorias nutricionais e estímulos emocionais

Conforme é observado no artigo sobre percepção das jovens gestantes, os autores afirmam:

A ambigüidade da experiência consciente do próprio corpo estabelece um impasse entre o passo acelerado do desenvolvimento biológico e o passo lento e sinuoso do desenvolvimento psicológico. Se de um lado tem-se uma prontidão fisiológica do outro convive-se com uma imaturidade psicológica (Steinberg, 1996). Para complicar, a melhoria dos padrões alimentares oferecidas pelo mundo circundante antecipou o aparecimento da menarca, fato

que encontra-se relacionado à fertilidade e a relações sexuais mais precoces. (DIAS: GOMES, 2000, p.111)

É observado ainda que apesar do livre e fácil acesso a informações a respeito da sexualidade, e aos métodos contraceptivos, por meio de programas preventivos, escolas, mídia, entre outros meios; têm sido apontado pela maioria dos profissionais a “desinformação”, para explicar o porque que as adolescentes engravidam tão facilmente e em tão grande número.

Inúmeras pesquisas realizadas no que se refere à importância da informação sexual feita pelos programas preventivos, afirmam que o conhecimento sobre, é pouco relacionado com mudança de comportamento; portanto os programas preventivos que focalizam apenas estes aspectos são ineficazes na mudança sexual dos jovens; e, portanto na prevenção da gravidez precoce.

Tem-se observado também que há um baixo uso de métodos contraceptivos seja na primeira relação sexual, ou mesmo nas subseqüentes. A causa disto não tem conclusões definitivas; segundo Guimarães (2001), supõe-se que o conhecimento por si só não garante o uso, e alguns estudos associam o uso regular a fatores como o uso desde a primeira relação sexual, maior número de relações sexuais, tempo de namoro, entre outros. É visto que as principais razões apontadas pelas adolescentes por não terem usado um contraceptivo, é de que não esperavam ter relação naquele momento. É possível que razões inconscientes estejam na origem desse comportamento; pois o planejamento das relações sexuais bem como a precaução para evitar a gravidez implicaria que a adolescente reconhecesse para si mesma que tem vida sexual. E em especial a idade precoce não tem condições psíquicas para fazê-lo.

Segundo o artigo sobre a percepção das jovens gestantes a respeito de sexualidade, conversas com a família:

(...) No entanto, pergunta-se: o que acontece com as mensagens informativas sobre atividades sexuais, incluindo tanto os modos de usufruir prazer, evitar gravidez e prevenir doenças? (...). Os problemas de decodificação das mensagens, parecem estarem associadas à idade (adolescentes mais jovens teriam a crença de que são muito novas para engravidarem), baixa escolaridade, múltiplas e inconscientes informações, medo dos pais descobrirem sua atividade sexual, receio de possíveis efeitos colaterais, dificuldade financeira e atividade sexual esporádica. (DIAS: GOMES, 2000, p.112)

Outros estudos (Maria Filho, Mathias, tedesco, Cesareo, Herculano & Porta, 1994) indicam que a informação sobre métodos anticoncepcionais nem sempre é satisfatória, tanto na sua quantidade quanto na sua eficácia. Por exemplo, um estudo mostrou que cerca de 80 % das jovens que engravidaram não

utilizavam nenhum método anticonceptivo antes da gestação, sendo que apenas 5,4 % haviam recebido alguma informação médica acerca do assunto.

Outro fator de risco ressaltado pelas literaturas está relacionado com a baixa escolaridade das jovens. Segundo pesquisa realizada pela BEMFAM (1996) citado por Guimarães (2001), com amostra representativa de todas as regiões brasileiras, demonstrou associação entre alta fecundidade e baixa escolaridade; com os seguintes resultados: 54,4% das adolescentes que não tinham nenhuma escolaridade, já tinham engravidado alguma vez; 31,3% das que tinham de um a três anos de escolaridade já haviam engravidado alguma vez; 25,1% já tinham engravidado os quais tinham quatro anos de escolaridade; 18,2% das que tinham de cinco a oito anos e somente 6,4% das que tinham nove a onze anos de escolaridade.

É observado também pela autora Guimarães (2001), que a baixa escolaridade é fator de risco para a gravidez precoce, como também a gravidez é motivo de saída da escola, principalmente para aquelas que já estão com a escolaridade atrasada.

Há ainda fatores relacionados à família, os quais segundo alguns estudos, influenciam o comportamento sexual dos jovens. É ressaltado na literatura de Guimarães (2001), que várias pesquisas tem demonstrado que a ocorrência de gravidez precoce está associada à família uniparental. A gravidez é uma resposta à perda de um dos pais, real ou simbólica, podendo ser uma forma de encontrar amor e carinho, sendo assim vivida pela adolescente como substituição do genitor ausente ou ainda como forma de evitar isolamento e solidão.

Guimarães (2001), afirma que a circunstância que leva à gravidez na adolescência, nessas situações familiares, é o fato da mãe estar desesperada devido ao seu próprio sentimento de abandono e frustração em relação ao parceiro, o que é piorado pela sobrecarga no sustento da família. Então ela desloca suas hostilidades na relação com a filha, levando a uma dificuldade de comunicação. A adolescente, como reação, procura resolver seus conflitos fora de casa. A busca do namoro, da relação sexual e conseqüentemente da gravidez é muitas vezes, busca de aceitação, de carinho e amor; nestes casos, o prazer sexual não parece ser o principal motivo do engajamento na experiência sexual.

Guimarães (2001) ainda ressalta que as filhas de mulheres que foram mães na adolescência, ou as jovens que tiveram irmãs que engravidaram precocemente têm um risco significativamente mais alto de também ter um filho na adolescência.

Segundo Sant'anna (1999), há tendências das adolescentes seguirem “papéis modelos”. Assim, se pessoas de sua relação têm história de gravidez precoce, a adolescente pode sentir-se estimulada ou livre para repetir o comportamento. Parece

também que quanto maior o número de irmãos menores sob os cuidados da adolescente maior é a influência em sua decisão de cuidados do próprio filho.

A moradia fora da família é outro fator de risco para a gravidez na adolescência, a proximidade com os pais é importante na transmissão de conhecimentos, crenças e atitudes. Verifica-se que a supervisão familiar é forte inibidor da atividade sexual e gravidez precoce.

Hoje em dia há uma problemática de diálogo entre o adolescente e seus pais. O diálogo é difícil, pois primeiro é complicado para o jovem estar no controle de seus pensamentos, quando os sentimentos encontram-se em contradição e segundo, o adolescente não consegue conversar com o adulto sobre comportamentos sexuais, já que a sexualidade para o adulto é também uma experiência confusa. Além disso, o próprio comportamento sexual adulto não oferece um modelo de controle para os jovens.

Outro fator ressaltado pelas literaturas seria a miséria, sendo um problema de ordem sócio-estrutural que tem se aprofundado cada vez mais nos últimos anos. O crescimento da miséria tem possibilitado a ocorrência de situações promíscuas, colaborando assim para esse crescente número de gravidez na adolescência.

Portanto, observa-se que são múltiplos os fatores relacionados com esta incidência grande de gravidez entre adolescentes do mundo inteiro, as quais estão diretamente ligados com a classe sócio-econômica.

6. MÉTODO

6.1 DESCRIÇÃO DA INSTITUIÇÃO

A instituição LAR PRESERVAÇÃO DA VIDA é uma organização não governamental, sem fins lucrativos, fundados há 16 anos, com o objetivo de evitar o aborto, e dar a mulher desamparada, de qualquer procedência, condições dignas de ter o seu filho. Funciona em regime de abrigo, desde o momento em que ficam ao desamparo em decorrência da gravidez indesejada até sessenta dias após o parto. O primeiro contato das futuras mães com o lar acontece através dos Conselhos Tutelares, da Vara da infância e da Juventude, dos Albergues, por indicações de pessoas que conhecem a instituição, informações de ex-internas ou por iniciativa das interessadas.

Passada as primeiras semanas, considerada a fase de adaptação segundo a coordenadora do local a instituição procura quando necessário e possível, manter contato com a família, objetivando o restabelecimento do vínculo familiar, que pode ocorrer no momento do contato ou após o nascimento do bebê, razão pelo qual

nem todas as gestantes que dão entrada no lar, ficam até o seu filho nascer. A instituição procura desenvolver palestras e encontros com a finalidade de introjetar nas gestantes o seu valor, consequentemente aumentando a auto-estima e a aceitação das condições sociais em que vivem.

Durante o tempo em que permanecem no Lar, que compreende o período em que ficam desamparadas em decorrência da gravidez, até quarenta e cinco dias após o parto, podendo variar entre três e oito meses, além dos serviços domésticos, trabalham para uma malharia nas dependências da instituição. Esta terapia ocupacional remunerada é fundamental para a harmonia do grupo. Algumas gestantes também desenvolvem trabalhos de crochê, bordado e costura. As menores que demonstram interesse são encaminhadas para escolas profissionalizantes ou para o CES (Centro Estudos Supletivos), a fim de dar continuidade ao currículo escolar.

Os recursos para construção e manutenção das atividades sociais são obtidos com promoções organizadas pela Fundação de Desenvolvimento Social de Maringá e pela Diretoria Executiva e voluntários. Apesar de dispor de todos os documentos necessários só eventualmente recebe verbas governamentais. Nos últimos quatro anos foi contemplada com recursos do Fundo Municipal para a Infância e Adolescência, oriundos do Incentivo fiscal previsto no artigo 260 do Estatuto da Criança e do Adolescente e na legislação do Imposto de Renda.

A instituição conta com a ajuda de vários voluntários entre eles está os formandos do curso de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá que há nove anos vem desenvolvendo um trabalho com as gestantes de terapias de grupo e de atendimento individual, durante seis horas por semana. A instituição conta também com o trabalho voluntário de profissionais da área de psicologia, para o atendimento individual e com voluntárias na assistência social, no acompanhamento das gestantes para a Santa Casa, no momento do parto ou em qualquer outro período de gestação, visando dar o apoio emocional, em substituição à ausência da família.

No momento da saída, todas as mães recebem o enxoval do bebê, confeccionado manualmente, o registro de nascimento, o cheque referente aos serviços prestados à malharia e, em alguns casos, quando vão morar sozinhas recebem móveis, utensílios usados e alimentos. Este atendimento pode prolongar-se durante meses, se for necessário.

Quando as mães assistidas não têm nenhum vínculo familiar anterior ao bebê que acaba de nascer, por serem órfãs, abandonadas e/ou criadas em lares, decorrido o tempo estabelecido para permanência no Lar e respeitado o limite de vagas disponíveis, são encaminhadas para casas construídas para esse fim, onde poderão permanecer durante um período de três a cinco anos, desde

que demonstrem interesse em se promover, trabalhando e zelando pelo bem estar do filho e/ou filhos.

6.2 DADOS DA INSTITUIÇÃO

O espaço físico do Lar é de 1.446 m²., sendo 732 m²., referente a sede principal, o Pavilhão Mãos Unidas com 300m²., é destinado ao funcionamento de um bazar permanente de roupas usadas; salas de costura; cozinha industrial destinada a promoções e consultório médico onde ginecologistas comparecem em dias alternados para as consultas de pré-natal. O parto normal ou a cesariana é realizado atualmente na Santa Casa de Misericórdia de Maringá, sem ônus para a instituição.

Desde o início de suas atividades o Lar serve de apoio ao Conselho Tutelar de Maringá, abrigando crianças até seis anos de idade, recolhidas em situação de risco, razão pelo qual encontra-se em fase de construção uma edificação de 254 m²., destinada ao funcionamento do berçário, com espaço para dez vagas. Aproximadamente 90% da obra está executada. Dispondo também de um salão comunitário, lavanderia e estendal.

O Lar tem capacidade de abrigar vinte e três gestantes e dez crianças, oriundas de mais de cento e vinte municípios do Estado do Paraná, sendo algumas de outros Estados. Até o começo de janeiro de 2004 foram atendidas 978 gestantes, com 654 nascimentos, mais de 163 crianças em situação de abandono.

Nasceram no Lar mais de 650 bebês. Todos foram submetidos ao teste do pezinho e outros exames que por ventura se fizeram necessários. Em torno de 10% dos nascidos são encaminhados para a doação, por decisão da mãe biológica ou dos responsáveis. Neste caso, o Lar comunica a Vara de Infância e da Juventude através de ofício com o respectivo registro de nascimento, para as providências legais. O bebê enquanto aguarda a decisão da Justiça é encaminhado para casas de mães voluntárias, que além de cuidar, arcam com todas as despesas.

Até o início de 2004, o Lar Preservação da Vida, segundo a coordenadora da instituição, nunca deixou de atender quem procurou ajuda, até mesmo quando está lotado. Se a gestante no momento em que procurar o Lar estiver na rua é acolhida imediatamente.

6.3 PARTICIPANTES

Foram informantes desta pesquisa catorze adolescentes grávidas, sendo que destas duas já estão na sua segunda gestação. Essas adolescentes atualmente estão abrigadas na instituição Lar Preservação da Vida, onde estão desde o seu desamparo e per-

manecerão até sessenta dias após o nascimento do bebê. As jovens têm entre 14 e 18 anos e se encontram em um período entre dois a oito meses de gestação. As adolescentes foram encaminhadas a instituição por meio dos conselhos tutelares, vara da infância e juventude e albergues.

6.4 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO

Para a realização da pesquisa foi utilizado um questionário objetivo contendo vinte e sete perguntas, que apresentou perguntas relacionadas a dados pessoais, relação com a família, com o parceiro, e relacionado à conhecimento sobre a sexualidade, contraceptivos, como também o uso dos mesmos, e por fim sobre seus sentimentos, seus medos e ansiedades.

Os questionários foram aplicados individualmente, na própria instituição, as questões foram elaboradas pelas pesquisadoras com o objetivo de reduzir a subjetividade para obter maior confiabilidade dos dados estatísticos. Também foi feito um levantamento bibliográfico para auxiliar na pesquisa. A aplicação do questionário teve por objetivo levantar dados quantitativos acerca da questão dos fatores que levam a gravidez precoce e de suas conseqüências.

A análise dos dados seguiu o seguinte procedimento: Primeiramente, organizou-se todos os dados estatisticamente e em seguida com base nos estudos bibliográficos e reflexões, foi feita uma correlação entre a fundamentação teórica e os dados obtidos através dos questionários.

7. RESULTADOS

O estudo focalizou os fatores psicossociais que levam à gravidez na adolescência e suas conseqüências no âmbito familiar, escolar e pessoal. As adolescentes grávidas que participaram desta pesquisa apresentaram as seguintes idades: entre 15 e 18 anos sendo que acima de 15 anos o percentual é referente é de (71%), e que (14,3%) apresentavam apenas quinze anos, e um sinal muito agravante é que (14,3%) apresentavam a idade de apenas quatorze anos.

Em relação à escolaridade das adolescentes questionadas, observou-se que (64,28%) têm o ensino fundamental incompleto, (21,42%) têm o ensino fundamental completo, (7,14%) têm o ensino médio incompleto e (7,14%) têm o ensino médio completo. Verificou-se ainda que, (21,42%) param os estudos devido à gravidez e afirmaram que não pretendem voltar aos estudos, e (78,57%) interromperam, mas afirmaram que pretendem voltar a estudar.

Observa-se que a maioria possui uma escolaridade baixa, apresentando apenas o ensino fundamental incompleto, porém a maioria afirmou que pretendem um dia se possível retornar aos estudos.

Segundo a pesquisa realizada pela BEMFAM (1996) citado por Guimarães (2001), com amostra representativa de todas as regiões brasileiras, demonstrou associação entre alta fecundidade e baixa escolaridade; apresentando que a maioria das adolescentes que engravidaram (54,4%) não tinham nenhuma escolaridade.

É observado também pela autora Guimarães (2001), que a baixa escolaridade é fator de risco para a gravidez precoce, como também a gravidez é motivo de saída da escola, principalmente para aquelas jovens que já estão com a escolaridade atrasada, fator este que pode acarretar além de problemas do desenvolvimento intelectual, em um futuro próximo fatores relacionados também a estabilidade financeira, dado este que pode ser entendido em algumas regiões brasileiras como fator principal da geração de miséria. Pois as adolescentes em vários casos é responsável pelas despesas de seu filho, pois normalmente são abandonadas quando descobrem que estão gravidas.

Pode-se ver a estatística quanto à reação do parceiro frente à gravidez, que as jovens gestantes afirmaram que (50,01%) dos parceiros aceitaram bem a notícia, (35,71%) não aceitaram a gravidez, (7,14%) dos parceiros aconselharam o aborto e (7,14%) dos parceiros não souberam da gravidez. Apesar da maioria terem afirmado que seus parceiros aceitaram bem a gravidez, verificou-se que todas as adolescentes no momento afirmaram estarem separadas do parceiro.

Um outro fator que contribui para a gravidez precoce diz respeito ao fator biológico, pois cada vez mais cedo está ocorrendo a menarca, estreitamente ligado ao início precoce da relação sexual entre os adolescentes. Em relação a questões, constatou-se que (7,14%) das adolescentes tiveram sua menarca com nove anos, (7,14%) com onze anos, (31,71%) tiveram sua menarca aos doze anos de idade, (21,42%) tiveram com treze anos, (14,3%) com quatorze anos e (14,3%) com quinze anos.

Já quando se fala sobre a idade da primeira da relação sexual, verificou-se os seguintes resultados: Das adolescentes questionadas, (28,27%) tiveram a primeira relação sexual com doze anos, (14,3%) com treze anos, (28,57%) tinham quatorze anos, (7,14%) tinham quinze anos e (21,42%) tinham acima de quinze anos.

Foi possível constatar que 31,1% das mesmas tiveram sua primeira relação sexual no mesmo período em que ocorreu a menarca, ou em um período posterior muito próximo a primeira menstruação. Tema este que já foi pesquisado por diversos autores, entre eles está Vitiello (1983), onde constata através de suas pesquisas que em diversas partes do mundo está havendo um amadurecimento sexual precoce; a idade da menarca tem diminuído cerca de dez meses a cada geração. E tal aspecto fisiológico parece ter raízes sociais, uma vez que provavelmente está ligado a

melhorias nutricionais e estímulos emocionais.

Outra questão abordada pela pesquisa foi sobre o conhecimento de métodos contraceptivos, a esta questão todas as gestantes afirmaram terem conhecimento de pelo menos um dos métodos apresentados. Verificou-se também que mesmo tendo o conhecimento sobre algum método a maioria das jovens (92,86%) afirmou que quando ocorreu a concepção não estavam utilizando nenhum método contraceptivo.

Nota-se que apesar de todas terem o conhecimento de métodos contraceptivos, as mesmas não demonstraram terem o costume de utilizar. Segundo Guimarães (2001), supõe-se que o conhecimento por si só não garante o uso, o uso regular de métodos contraceptivos está associado a fatores como o uso dos métodos desde a primeira relação sexual, maior número de relações sexuais, tempo de namoro, entre outros. É visto que as principais razões apontadas pelas adolescentes por não terem usado um contraceptivo, é de que não esperavam ter relação naquele momento, e por isso ocorre a gravidez.

No momento em que a adolescente se depara com a notícia da gravidez, ela teme pela reação da família, mas também fica na expectativa que está a acolham, o que muitas vezes não acontece, no caso das adolescentes pesquisadas pode-se constatar que (35,75%) das gestantes, afirmaram que ao saberem da gestação a família expulsaram-na de casa, (28,53%) afirmaram que sua família apresentou uma boa aceitação, pois não tinha o que ser feito (14,3%) disseram que sua família sugeriu o aborto, (14,3%) disseram que sua família foi compreensível frente à gestação e (7,14%) afirmaram que sua família ignorou o fato. Estas informações cedida pelas adolescentes explicam o fato de estarem no momento abrigadas na instituição.

É ressaltado pelos autores, Rodrigues, Souza, Brasil e Carakushanshy-(1993), que a primeira reação da família frente à gravidez em geral, é a de rejeição, mas depois de um tempo de modo lento vem a aceitação e o acolhimento, porém há alguns que chegam a expulsar a adolescente, visto a ocorrência maior em classe social mais baixa.

Possivelmente se deva a esta última colocação o fato das adolescentes questionadas estarem sob amparo da instituição, pois a realidade sócio-econômica das mesmas é baixa, não dando assim condições financeiras para a família aceitar a gestação.

E por último investigou-se as questões emocionais da adolescente frente a gravidez, quanto a questão sobre como foi sua reação ao saber que estava grávida, verificou-se que (35,71%) das adolescentes aceitaram bem a gestação, (42,85%) das adolescentes não aceitaram no momento em que souberam, mas depois se conformaram com sua condição e (21,42%) das adolescentes

entraram em desespero quando souberam que estavam grávidas, já no presente momento da aplicação do questionário a maioria (85,72%) das adolescentes se declararam felizes com a gravidez. Foi questionado sobre o mudou na vida da adolescente depois da descoberta da gravidez, onde (28,57%) apontaram que nada mudou; (14,3%) afirmaram estar mais otimista com relação ao futuro; sendo que as demais declaram que mudou a relação dela com a família e com o parceiro.

Pode-se observar, que a maioria das adolescentes não aceitaram a gravidez em um primeiro momento, isso geralmente ocorre por vários fatores, o primeiro deles é o mecanismo de defesa definido como negação em que Soifer (1980), cita como sendo normal no início da gestação, o segundo fator agravante para negação é a reação da família ao saber da gravidez, no momento em que a adolescente se depara com a situação de uma gravidez ela se defronta com alta ansiedade, pois tem medo da possível reação da família e como esta se comportará diante do fato, no caso das entrevistadas conforme a aplicação do questionário acima relacionado, pode-se notar que em alguns casos a família as expulsaram de casa.

O terceiro fator é a expectativa que a adolescente tem em relação à reação do parceiro e se este junto a ela irá assumir esta gestação, o que segundo a entrevista pode-se constatar que 100% das adolescentes estão sem os seus respectivos parceiros, após ter dado a notícia, a família e ao companheiro e assumindo a as conseqüências desta, a maioria das adolescentes se declaram felizes com a sua gravidez, pois no ponto de vista psíquico ela ao ter enfrentado a situação de contar aos pais e ao parceiro tem em seqüência a sua ansiedade reduzida o que faz ela, pensar no seu filho, e em seu futuro junto dele.

Foi questionado as gestantes como elas se sentem em relação ao parto e (42,85%) argumentaram estar tranqüila, enquanto (50%) das demais adolescentes disseram estar com medo do parto e sendo que apenas (7,14%) não souberam responder a essa questão, o que demonstra um conflito vivido pela a adolescente, onde ela não consegue avaliar o que está sentindo. Do ponto de vista psicanalítico, Soifer (1980) coloca que quanto mais a gestação se aproxima ao parto ocorrem crises de ansiedade intensas, dado coincidentemente, ao temor à morte no parto, à dor, ao parto traumático, ao filho disforme e à morte do filho. Em geral, essas crises se dão normalmente por causa da preparação do colo do útero e o avanço na instalação do reflexo do parto e na descida da cabeça do bebê para a posição do parto.

Podendo assim averiguar que esses dados vem a confirmar toda a literatura consultada e assim conhecer quais são os principais problemas enfrentado por uma gravidez não planejada na adolescência

8. CONCLUSÃO

Pode-se observar através desta pesquisa os problemas enfrentados pelas adolescentes, diante de uma gravidez. No caso das adolescentes do Lar preservação da vida vê-se uma nítida relação entre a gravidez e o estado de pobreza, pois muitas vieram da rua ou de lares totalmente desestruturados, a gravidez é vista muitas vezes como um acidente, como algo que não deveria ter acontecido, algumas dessas adolescentes estão com a sua vida tão desestruturada e tão sem perspectiva, que chegaram a afirmar que absolutamente nada mudou em sua vida depois da gravidez.

Foi possível verificar a partir de visitas ao Lar e com algumas conversas com a coordenadora e fundadora da instituição que aproximadamente 90% são das gestantes são encaminhadas através dos Conselhos Tutelares, Vara da Infância e juventude ou Albergues, os 10% restantes vão a instituição através de informações de terceiros ou dos próprios familiares. A população assistida pelo Lar, em sua maioria é composta de pessoas carentes, em situação de miserabilidade, sem condições financeiras e psicológicas para criar e educar os filhos que se encontram sob sua responsabilidade.

Não é difícil encontrar entre as gestantes, casos de menores que vivem nas ruas, se drogando ou se prostituindo, vindas de lares desestruturados, vítimas de estupro e maus tratos dentro da própria família, apresentando geralmente comportamentos anti-sociais. Como a realidade de vida é dura demais para aceitar, o mecanismo de defesa imediato, é a negação. Negam as dificuldades de sobrevivência, fantasiam que após o nascimento do bebê irão conseguir emprego, arcar com todas as despesas e poderão cuidar do filho.

A coordenadora da instituição afirma que as adolescentes não apresentam nenhum projeto de vida e não vislumbram nenhuma perspectiva para o futuro. A maioria explica a gravidez como um incidente indesejado e não como resultado de um envolvimento emocional, mesmo que precário. Mais de 40% das internas têm menos de 18 anos. Em torno de 70% das gestantes, não concluíram o primeiro grau, procedem de famílias sem escolaridade, sem perspectiva de vida para o futuro, não alimentam sonhos ou ideais, vivem o hoje sem se preocupar com o amanhã.

Em decorrência da desestrutura psicológica e familiar da qual procedem, ao receberem alta da instituição, retornam às ruas, onde muitas vezes voltam a engravidar, dificultando ainda mais uma possível recuperação, pois a maioria não tem profissão e residência fixa, são usuárias de drogas, bebidas alcólicas, sobrevivendo em alguns casos da prostituição.

Analisando os dados familiares fornecido pela instituição e pelas internas pode-se constatar que dois terços das gestantes, não

foi criada no seio familiar, são órfãos de pais mortos ou vivos. Sobrevivem através da ajuda da sociedade, em instituições como orfanatos, abrigos ou casa de parentes, principalmente avós, que ao crescerem não conseguem dar seqüência à formação moral e intelectual de suas netas, onde a maioria abandona o círculo familiar para tentar a própria sorte.

Ao final do estudo, podemos ressaltar que a gravidez na adolescência deve ser compreendida dentro de uma visão abrangente e interdisciplinar levando-se em conta, aspectos biológicos, sociais e psicológicos.

Para finalizar, reforçamos aqui a necessidade que se criem ou se ampliem programas já existentes de assistência à adolescência, que amplifiquem no serviço público programas específicos de orientação contraceptivo, programas que valorizem a assistência pré-natal às gestantes adolescentes e projetos que organizem nas maternidades públicas serviços especiais que tenham como objetivo apoiar e prevenir à adolescente de novas gestações, e por fim, que se criem projetos que incluam atividades culturais, de lazer, de preparo para a maternidade e que além disso lhe forneçam uma qualificação profissional que permita às adolescentes vislumbrar de novas perspectivas, para assim terem condições para o sustento de seu filho.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, Arminda; KNOBEL, Maurício. **Adolescência normal um enfoque psicanalítico**. Ed. Artmed: Porto Alegre, 1981.
- DIAS, Ana Cristina G ; GOMES, William B. *Conversas, em família, sobre sexualidade e gravidez na adolescência: Percepção das Jovens Gestantes*. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2000, v. 13 n. 01, pp. 109-125. Porto Alegre: CPG Psicologia / UFR GS, 1986.
- FÁVERO, Maria Helena; MELLO, Regina Maria. *Adolescência, maternidade e vida escolar: A difícil conciliação de papéis*. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 13 n. 01, pp. 131-136, ano 1997.
- GUIMARÃES, Eleuse Britto. *Gravidez na adolescência: Fatores de risco*. in:SAITO, Maria Ignênz; SILVA, Luiz Eduardo Vargas da. **Adolescência Prevenção e risco**. Ed. Atheneu: São Paulo, 2001.
- OLIVEIRA, Maria Waldenez. *Gravidez na adolescência: Dimensões do problema*. **Histórias de Mulheres e Práticas de Leitura Cedes. Caderno Cedes** n. 45, Julho, Campinas, 1998.
- SILVA, João Luiz Pinto. *A gravidez na adolescência: Uma visão multidisciplinar*. In: SAITO, Maria Ignênz; SILVA, Luiz Eduardo Vargas da. **Adolescência Prevenção e risco**. Ed. Atheneu: São Paulo, 2001.
- OLIVEIRA, Valquíria G. de. *Sobre adolescência*. **Revista Cidade Nova** v. 43 n. 04, pp 26-27. Abril de 2001.
- RODRIGUES, Anete Pedrenho; SOUZA, Maria do Carmo de; BRASIL, Rita Maria Cavalcante; CARAKUSHANSHY, Gerson. *Gravidez na adolescência*. **Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obsterícia Feminina**. Março, Rio de Janeiro, 1993.
- SANT'ANNA, Maria José Carvalho. *Gravidez na adolescência um enfoque atual*. **Revista da Associação Brasileira de Psicopedagogia**. Volume 18 n. 50, São Paulo: Editora Salesiana Dom Bosco. 1999
- SOIFER, Raquel. **Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério**. Porto Alegre, Editora Artes Médicas, 1980.