



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação
Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea

JOSÉ AMÉRICO SILVA FONTES

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E FAMÍLIA:
VISÃO MULTIDISCIPLINAR**

Salvador
2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
SUPERINTENDÊNCIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

JOSÉ AMÉRICO SILVA FONTES

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E FAMÍLIA :
VISÃO MULTIDISCIPLINAR

Dissertação apresentada à Universidade Católica do Salvador como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Família na Sociedade Contemporânea.

Orientador: Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima
Co-orientador: Anamélia Lins e Silva Franco

Salvador
2011

TERMO DE APROVAÇÃO


José Américo Silva Fontes

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E FAMÍLIA: VISÃO MULTIDISCIPLINAR


Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 25 de fevereiro de 2011

Banca Examinadora:



Prof(a). Dr(a). Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima - Orientador(a)
Doutorado em Saúde Coletiva - UFBA
Universidade Católica do Salvador



Prof(a). Dr(a). Ana Cecília de Souza Bastos
Doutorado em Psicologia - UNB
Universidade Federal da Bahia



Prof(a). Dr(a). Anamélia Lins e Silva Franco
Doutorado em Saúde Coletiva - UFBA
Universidade Católica do Salvador

Dedica-se este ingente esforço de investigação aos pesquisadores, doutorandos, mestrados e estudantes das mais díspares disciplinas do conhecimento humano, interessados pela temática Gravidez na Adolescência e Família; idem, aos gestores públicos, privados e a todos os profissionais responsáveis pela formulação, elaboração, implementação e execução de políticas, programas e ações pertinentes dirigidos às grávidas e pais adolescentes, aos seus bebês e às suas famílias. Esta dedicatória reflete a veraz carência, identificada nesta pesquisa, de obras científicas de âmbito multi-interdisciplinar sobre a aludida temática, no Brasil, nos últimos trinta anos.

AGRADECIMENTOS

Os agradecimentos iniciais são dirigidos às competentes Professoras Doutoras Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima e Anamélia Lins e Silva Franco, pela orientação prestada, incentivo, proveitosas sugestões e críticas procedentes; gratidão especial à Doutora Ana Cecília Bastos de Souza (UFBA); suas valiosas contribuições enriqueceram o resultado desta pesquisa acadêmica; à Jamile Silva Guimarães, pelo apoio; à Marize Pitta, pela revisão gramatical e aos amigos Renilta Cruz Almeida da Silva e Edmilson Rodrigues Dantas Júnior.

Vêm à lembrança senil, neste momento de colheita sazonal acadêmica, todos os competentes e dedicados mestres, em todas as fases de formação científico-cultural, desde o curso primário em Aracaju-Sergipe até o presente momento em Salvador-Bahia, são eles lídimos responsáveis, também, pela longa caminhada intelectual e profissional empreendida.

Carinhos distribuídos para todos os entes queridos: Noemi Brandão da Silva, José Domingues Fontes, América Silva Fontes, Francisco Brandão da Silva, Maria Auxiliadora Silva Fontes, demais irmãos, especial amor para Juju, os filhos Carlos, Cristiane, João Paulo Firpo Fontes, o genro Manoel e as noras Sandra e Juliana.

Em nome dos queridos netos Vitor e Danilo, crianças e Milena, adolescente, almejam-se, com muita esperança, um melhor futuro para eles e todos os seus pares brasileiros.

Não se podem olvidar as amizades cultivadas em tão longo tempo, pessoas que permanecem amadas: Clovis Conceição, José Maria de Magalhães Netto, Antônio Sturaro, Davi Abram, Taciano Francisco de Paula Campos, Celso Figueroa, Estácio Gonzaga, Fernando Figueira, Galba Araújo, Francisco José Bensabath, Raimundo Nonato Ferreira, Clínio Gomes Leite, Luiz Fernando Curvelo Melo, Maria Cardoso Vieira, Joselita Fernandes, Carlos Ruy Tourinho, Mário Figueiredo Barbosa, José Ladislau da Silva, Itana da Cruz Sampaio, Rita Simões Bonelli, Débora Machado. Agradecimentos especiais ao professor e amigo Nelson Vitiello, estudioso do tema Gravidez na Adolescência e aos demais autores consultados.

Gestos de amizade, tal qual flechas de afeto, têm direção definida e certa: são dirigidas a todos os colegas, sem exceção: funcionários e professores da UCSAL: na Faculdade de Direito (2003/2007), no Curso de Especialização Direito Médico Hospitalar (2008/2009) e no Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea (2008/2010); os idosos, “os que têm compromisso com o futuro”, agradecem!

Ao amado Deus-pai, que jamais abandona seus filhos, especialíssima gratidão filial!

“O Sonho do Direito só o Dever realiza.
Não há Oceano de Direitos em Deserto
de Deveres”.

José Américo Silva Fontes

APRESENTAÇÃO

O destino compeliu o universitário sergipano, residente na Maternidade Tsylla Balbino durante quatro anos, e, depois, o pediatra “Cidadão Baiano”, em diferentes hospitais, por mais de quatro décadas, em Salvador-Bahia, a vivenciar ininterruptamente a Pediatria Neonatal, a ser professor assistente desta especialidade médica na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, a publicar livros sobre temas materno-infantis; aposentado, não lhe permitiu repousar, exigindo mais: o bacharelado em Direito (UCSAL), para melhor se instrumentalizar em defesa de crianças e adolescentes, grávidas ou não, violentadas; milhares delas, por ele assistidas, permitiram-lhe conhecer sua problemática, motivação à realização desta pesquisa.

O Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea (SPPG/UCSAL) permitiu a este Pós-Graduando uma oportunidade de integrar conteúdos interdisciplinares – originalmente apreendidos na trajetória profissional do Mestrando – e adequar à prática médica e ao olhar do jurista uma perspectiva eminentemente acadêmica.

A priori, torna-se imprescindível destacar que a inicial pretensão era, no anteprojeto apresentado ao Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea (SPPG/UCSAL), trabalhar o delimitado tema de pesquisa empírica qualitativa: “Estudo das Famílias de Puérperas Adolescentes Primigestas” assistidas em Maternidade Pública de um Grande Centro Urbano no Nordeste Brasileiro, buscando seu ponto inicial de decolagem em consulta bibliográfica preparatória - revisão de literatura - sobre dois temas plurais e estruturalmente imbricados: Gravidez na Adolescência e Família. Ao compulsar, a título de amostragem, um significativo quantitativo de obras de autores de distintas áreas do conhecimento humano sobre o tema Gravidez na Adolescência: teses, dissertações, livros e artigos científicos em fontes acadêmicas: SCIELO, BIREME e outras, lançadas no período de 1980/2010, constatou-se:

1 – ausência de publicações com conteúdo multidisciplinar em todos os trabalhos examinados, - embora a maioria dos autores consultados reconhecesse o universo plural do tema -, detectando-se apenas citações parciais sobre aspectos pontuais, além de pequenos e esparsos fragmentos informativos de áreas específicas unidisciplinares, bi ou, eventualmente, tridisciplinares, desconectados da totalidade, sem qualquer visão de conjunto, dificultando a sua compreensão global. Mencione-se que, mesmo na área da saúde, onde a prática médica, por força de seu “*modus operandi*”, possui caráter multidisciplinar, as pesquisas realizadas não excepcionavam a regra geral;

2 – que as referências bibliográficas e outras, citadas pela maioria dos autores, se limitavam a obras de pesquisadores da mesma disciplina e afins; tal prática endogâmica denotava aproximação com os seus pares e grande distanciamento em relação aos profissionais de diferentes áreas acadêmicas e, por conseguinte, ausência de sinergia, interlocução e sintonia entre as mesmas;

3 – que não havia sequer, em toda a literatura consultada, uma única obra com informações básicas sobre gravidez na adolescência em toda a sua amplitude temática;

4 – que havia polêmicas relativas à gestação na adolescência precoce: em menores de quinze anos, em torno de alguns aspectos biopsicossociais maternos; sem maiores controvérsias, entretanto, em relação à gravidez tardia, em maiores de quinze anos, de resultados muito semelhantes aos detectados na população gestante adulta;

5 – que apenas a Prematuridade e o Baixo Peso ao Nascer - BPN, entre as situações de elevado risco perinatal que atingem nascituros e recém-nascidos, eram relacionados diretamente à gravidez em adolescentes precoces, no entendimento de muitos autores;

6 – que, em quase todas as obras consultadas, mesmo nas da área da saúde, não havia em qualquer texto referências básicas e globais - sequer com conteúdo superficial - sobre causas, fatores médicos de risco, intercorrências, complicações, consequências, medidas de prevenção e outras, relativas ao binômio: mãe/filho (a) e, em particular, aos bebês prematuros e de baixo peso ao nascer de mães adolescentes; apenas meras e eventuais citações ou, quando muito, descrições resumidas, pontuais, dispersas e fragmentadas.

O Pediatra e o Bacharel em Direito compreenderam, com humildade, que o assunto mereceria uma abordagem multidisciplinar, a qual passa a ser tratada no presente trabalho mediante uma vertente. As demais, igualmente estudadas pelo Pós-Graduando, sob as lentes da sua práxis e ao longo da estruturação da Dissertação, serão transformadas, *opportuno tempore*, em artigos e livros seja pelo autor, seja pelos que aderirem ao compromisso com a vida.

RESUMO

Gravidez na adolescência e Família são temas indissociáveis, de grande interesse acadêmico e social na atualidade; pesquisar a prenhez precoce nesse contexto decorre de seu suposto risco biopsicossocial, sobretudo em menores de quinze anos de idade, decorrência de sua global incompletude e de seus múltiplos problemas especiais: biológicos, médicos, psicológicos, sexológicos, socioculturais, jurídicos, educacionais, demográficos e outros. Constatou-se, em prévia e extensa revisão de literatura realizada, ausência de pesquisas e publicações, com conteúdo plural e global, sobre Gravidez na Adolescência, além de outras cinco informações correlatas, em todo o acervo pesquisado, sobre tema de indiscutível âmbito multidisciplinar; tal dissociação observada entre a teoria e a prática acadêmico-assistencial permitiu delinear a problemática identificada, base fundante da presente investigação, definir as questões norteadoras correspondentes, estabelecer seus objetivos: geral e específicos e escolher o tipo de pesquisa a utilizar; diante desta emergente perspectiva de estudos, analisa-se na produção científica, no período: 1980/2010, o tema Gravidez na Adolescência; identificam-se suas causas, fatores de risco e consequências biopsicossociais materno-infantis, a curto, médio e longo prazo, e a real inserção da família em todo o universo estudado; discute-se e quantifica-se a contribuição das Ciências Humanas e da Saúde ao estudo da inclusão familiar no contexto da Gravidez na Adolescência. Quatro categorias analíticas foram utilizadas: Adolescência, Gravidez, Família e Multi-interdisciplinaridade; a metodologia aplicada: pesquisa bibliográfica teórica consistiu em selecionar as palavras-chave: “gravidez na adolescência”, “gravidez precoce” “família”, “prematuridade e baixo peso ao nascer”, em bases de indexação científica: SCIELO, OMS, OPAS, BIREME, CAPES, examinando-se teses, dissertações, artigos e livros. Em função da diversidade de conteúdos, procedeu-se a uma categorização da produção científica, mediada pelas etapas de natureza vária, investigando-se seus aspectos gerais, singularidades e a respectiva inserção familiar no contexto. Os resultados obtidos, que ensejam a elaboração desta pesquisa bibliográfica panorâmica, demonstram a variada riqueza prevalente informativa dos temas: Gravidez na Adolescência e Família, conteúdos postos nos dois capítulos: Gravidez na Adolescência, Aspectos gerais e a Família; Gravidez na Adolescência, Singularidades e a Família. As diferentes conclusões e recomendações gerais resultantes demonstram a complexidade e a importância do tema e a necessidade de se realizar ações multi-interdisciplinares; em relação à inserção da família na gravidez de adolescentes, há uma maior contribuição das Ciências da Saúde, máxime da enfermagem; a psicologia aparece como único destaque no grupo das Ciências Humanas; menor inserção da área médica: obstetrícia e pediatria neonatal; pouca participação da educação e ausência da área jurídica; entre as recomendações gerais, destaca-se a necessidade de se instalar nas universidades: núcleos de estudos multi-interdisciplinares; idem, criação de grupo interinstitucional estadual e de unidades de referência, regionalizadas e hierarquizadas, para melhor atuar sobre a gravidez indesejada na adolescência e os seus graves problemas biopsicossociais habituais: abortos, violência, drogadição e DST (AIDS); por fim, conclui-se que, na contemporaneidade, a família continua sendo o mais importante reduto, afetivo e efetivo, de solidariedade aos jovens pais e mães adolescentes e a seus respectivos bebês, antes, durante e após o ciclo gravídico-puerperal, malgrado conflitos de gênero e intergeracionais intrafamiliares frequentes.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência; Gravidez precoce e Família, Prematuridade e Baixo Peso ao nascer.

SUMMARY

Teenage pregnancy and family are inseparable, of great social and academic interest nowadays; searching the early pregnancy in this context derives from his alleged biopsychosocial risk, specially in children under fifteen years old, due to its global incompleteness and its multiple special issues: biological, medical, psychological, sexological, sociocultural, legal, educational, demographical and others. It was noted, in advance, and extensive review of the literature conducted, lack of research and publications, with plural and global content, about Teenage Pregnancy, plus five other related information, in the entire research on multidisciplinary theme undisputed scope; such dissociation observed between theory and practice academic-assistive sharpened the problem identified, the founding of this research base, set the corresponding related issues, establish its goals: General and specific and choose the kind of search to be used; according to this emerging perspective of studies, it's been analyzed on the scientific production in period: 1980/2010, the theme Teenage Pregnancy; their causes, risk factors and consequences of maternal-infant biopsychosocial are identified in short, medium and long term, and the actual insertion of family in the whole universe studied; the contribution of Human and Health Sciences to study family inclusion in the context of teenage pregnancy are being discussed and quantified. Four analytical categories were used: Adolescence, Pregnancy, family, and Multi-interdisciplinary context; methodology: bibliographical theoretical search consisted of selecting the keywords: "pregnancy in adolescence", "premature pregnancy", "family", "prematurity and low birth weight" in scientific indexing databases: SCIELO, OMS, OPAS, BIREME, CAPES, by examining theses, dissertations, articles and books. Depending on the diversity of content, the categorization of scientific production, mediated through the steps of various nature, investigating their general aspects, singularities and their insertion in the family context. The results obtained, the making of this bibliographical overview, demonstrate the varied richness prevalent informative topics: Teenage Pregnancy and Family content posts in the two chapters: Teenage Pregnancy, General Aspects and the Family; Teenage Pregnancy, Singularities and the Family. The different general conclusions and recommendations resulting demonstrate the complexity and importance of the subject and the need to perform actions multi-and interdisciplinary studies; with regard to the insertion of the family in teenage pregnancy, there is a greater contribution of Health Sciences, maxims of nursing; Psychology appears as single featured in Group of Humanities; smallest insertion medical: obstetrics and Pediatrics neonatal; participation of education and the absence of legal area; among the general recommendations, highlights the need to install themselves in universities: multi-cores; interdisciplinary studies idem, creation of inter-institutional group State and reference units, regionalized and hierarchical, to better act on unwanted pregnancy in adolescence and its serious usual biopsychosocial problems: abortions, violence, drug addiction and STD (AIDS); Finally, it appears that today, the family remains being the most important redoubt, affective and effective solidarity with young parents and teen mothers and their babies before, during and after the gravid-puerperal cycle, despite conflicts of gender and intergenerational intra-family frequency.

Keywords: Teenage Pregnancy; Pregnancy and Family, Prematurity and low birth weight.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BPN – Baixo Peso ao Nascer

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

CF – Constituição Federal

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

DIS – Diretoria de Informação da Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MMC – Método Mãe Canguru

MP – Ministério Público

MS – Ministério da Saúde.

NCC – Novo Código Civil.

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PROSAD – Programa de Saúde do Adolescente

PSF – Programa de Saúde da Família

RN – Recém-Nascido

RNBP – Recém-Nascido de Baixo Peso

RNBPN - Recém-nascido de baixo peso ao nascer

RNMBP – Recém-Nascido de Muito Baixo Peso.

SESAB – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

SPPG – Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação

STF – Supremo Tribunal Federal.

SUS – Sistema Unificado de Saúde

UCSAL – Universidade Católica do Salvador

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

UNESCO - *United Nation Educational, Scientific and Cultural Organization* (Organização para a Educação, a Ciência e a Cultura das Nações.)

SUMÁRIO

Página

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. OBJETIVOS.....	16
2.1. Objetivo Geral.....	16
2.2. Objetivos Específicos.....	16
3. METODOLOGIA.....	17
3.1. Considerações iniciais.....	17
3.2. Procedimentos utilizados.....	18
4. CATEGORIAS ANALÍTICAS.....	20
4.1. Adolescência.....	20
4.2. Gravidez.....	25
4.3. Família.....	28
4.4. Multi-interdisciplinaridade.....	41
5. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: ASPECTOS GERAIS E A FAMÍLIA... 48	
5.1 Gravidez na adolescência precoce.....	62
Inserção Familiar.....	64
6. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: SINGULARIDADES E A FAMÍLIA.... 73	
6.1. Singularidades Biológicas.....	73
Inserção Familiar.....	76
6.2. Singularidades Médicas (Ciclo Gravídico-Puerperal.....	78
6.2.1. Gravidez.....	78
Inserção Familiar.....	85
6.2.2. Parto.....	87
Inserção Familiar.....	89
6.2.3. Pós-parto – Puerpério e Período Neonatal.....	90
Inserção Familiar.....	92
6.3. Singularidades Psicológicas.....	94
Inserção Familiar.....	97
6.4 Singularidades Sexológicas.....	102
Inserção Familiar.....	110
6.5. Singularidades Jurídicas.....	111
Inserção Familiar.....	116

6.6. Singularidades Educacionais.....	122
Inserção Familiar.....	127
6.7. Singularidades Demográficas.....	128
Inserção Familiar.....	132
6.8. Singularidades Socioculturais.....	132
Inserção Familiar.....	137
7. Contribuição das Ciências Humanas e das Ciências da Saúde ao estudo da inserção familiar no contexto de a “Gravidez na Adolescência”.....	144
8. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	147
REFERÊNCIAS.....	152
GLOSSÁRIO.....	182
ANEXOS - LISTA DE TABELAS & FIGURAS.....	194
TABELAS	
Tabela 1 - Temática Família na literatura sobre gravidez na adolescência....	194
Tabela 2 - Temática Família em estudos de Ciências Humanas sobre gravidez na adolescência.....	194
Tabela 3 - Temática Família em estudos de Ciências da Saúde sobre gravidez na adolescência.....	195
Tabela 4 - Distribuição da temática Família por disciplina.....	196
Tabela 5 - Relação das dez disciplinas da área das Ciências da Saúde e das quatro, da área das Ciências Humanas.....	197
FIGURAS	
Figura 1 - Temática Família na literatura sobre gravidez na adolescência...	194
Figura 2 - Temática Família em estudos de Ciências Humanas: gravidez na adolescência.....	195
Figura 3 - Temática Família em estudos de Ciências da Saúde sobre Gravidez na Adolescência.....	196
Figura 4- Distribuição da temática Família por disciplina.....	197

1 – INTRODUÇÃO

Foi realizada uma revisão de literatura de títulos acadêmicos sobre Gravidez na Adolescência e Família nas publicações disponibilizadas no período: 1980/2010 (demarcação temporal). A partir do extenso acervo científico consultado, buscou-se estudar os referidos temas de forma abrangente. Mercê das observações preliminares assinaladas na Apresentação, que apontaram flagrante dicotomia entre teoria e prática - aspecto ratificado por Silva (2008) e outros - , foi mantida a escolha dos dois importantes temas considerados natural e culturalmente inter-relacionados: Gravidez na Adolescência e Família, estudá-los sob a perspectiva multidisciplinar, vislumbrar novo problema, definir as questões correspondentes, estabelecer seus objetivos geral, específicos e escolher o tipo de pesquisa a utilizar.

O problema emergiu e delineou-se após análise realizada em todo o aludido conjunto de obras compulsadas, quando se observou o evidente desencontro entre a teoria e a prática, caracterizado e explicitado na seguinte constatação: muito embora a gravidez na adolescência, sobretudo a incidente em menores de quinze anos - a do tipo precoce -, seja declarada, científica e universalmente, como de elevado risco biopsicossocial e não obstante todo o seu indiscutível conteúdo multidisciplinar, porquanto do reconhecido interesse e da inegável inserção das diversas áreas do conhecimento humano: Biologia, Medicina e disciplinas afins: (Saúde Pública, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Saúde Coletiva e demais), Psicologia, Sexologia, Sociologia, Demografia, Direito, Educação, Serviço Social e outras tantas disciplinas, em nenhuma obra compulsada foram identificadas quaisquer informações globais, agrupadas, conjuntas - mínimas que fossem! - sobre seus múltiplos aspectos e singularidades prevalentes, em tão ampla pluralidade temática examinada.

Algumas questões atinentes ao emergente problema levantado, base sustentante desta pesquisa, diretamente correlacionadas às 6 (seis) observações preliminares já explicitadas, motivaram a formulação das seguintes e correspondentes perguntas norteadoras:

- como utilizar o acervo informativo unidisciplinar compulsado sobre Gravidez na Adolescência?
- tentando restituir seu caráter multidisciplinar?
- tentando reconstruir seu *corpus* temático?
- Utilizando-se, para tanto, os tijolos do conjunto de informações dispersas, constituído de argilas unidisciplinares tão distintas?

- como inserir a Família, cimento-coesão que o é, no contexto dessa construção?

Contudo, para superar o corte eventualmente limitante de uma escolha, buscou-se apreender aquela moldura que integra os elementos de per si – gravidez e família. Para tanto, tem-se que “na família experimenta-se o primeiro envolvimento afetivo da solidariedade”. (ULLMANN; BOHNEN, 1993, p.41)

O caráter multidisciplinar vislumbrado neste estudo, objetivo também presente no espírito dos idealizadores e realizadores deste Mestrado¹ (SPPG/UCSAL), embasou a opção e respaldou a preferência pelo tema central “Gravidez na Adolescência”: desafiador, sobretudo porque há entre adolescentes - antes, durante e após as gestações - e suas respectivas famílias, afetiva e efetivamente, uma total indissociabilidade relacional natural e uma mútua identidade social, nitidamente ratificadas na presente pesquisa em seus diversificados conteúdos, os quais poderão proporcionar a elaboração de um documento embrionário sobre os temas Gravidez na Adolescência e Família e ter alguma utilidade em futuros projetos de pesquisa, de caráter e âmbito uni ou, sobretudo, multi-interdisciplinares, mormente na construção de interfaces entre as três linhas de pesquisa existentes no Programa Família na Sociedade Contemporânea (UCSAL): Família e Subjetividades, Família e Sociedade, Família, Sociedade e Direito. Conteúdos inerentes às aludidas linhas de pesquisa, presentes neste labor sobre prenhez na adolescência, podem ser identificados no estudo dos seus múltiplos aspectos gerais e singularidades, igualmente, nas correspondentes inserções familiares em todo o universo investigado.

Necessário afirmar que a gestação na adolescência, principalmente a do tipo precoce, reveste-se de maior complexidade e elevada morbimortalidade, atingindo, em todo o orbe: indivíduos, famílias, sociedade e o Estado, motivo, desde o início, da escolha deste assunto de pesquisa. Trata-se de um tema não abstrato, muito pelo contrário, de insofismável concretude e inegável atualidade, demandante de pesquisas e ações globais, integradas, multi-interdisciplinares, melhor forma de se obter, até prova científica em contrário, maior eficácia no seu enfrentamento, eis aí, em suma, a razão desta abordagem teórica.

¹ O Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea está inserido institucionalmente na CAPES: na Área II – Multidisciplinar – Sociais e Humanidades. Tem como objetivo a perspectiva multidisciplinar em atividades de ensino, pesquisa e extensão.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral - Analisar, na produção científica de 1980-2010, o tema Gravidez na Adolescência e suas relações com a família.

2.2 Objetivos Específicos

1º. Objetivo Específico - Identificar causas e consequências biopsicossociais materno-infantis na gravidez de adolescentes e a correspondente inserção familiar.

2º. Objetivo Específico - Discutir e quantificar a contribuição das Ciências Humanas, da Saúde e Sociais ao estudo da inserção familiar no contexto do tema Gravidez na Adolescência.

3. METODOLOGIA

3.1. Considerações iniciais

Há, em meio a outras, uma diferença básica entre pesquisa empírica e pesquisa bibliográfica, relativa à revisão de literatura, ferramenta metodológica imprescindível a ambos os instrumentos científicos de investigação. Na pesquisa empírica, as diversas fontes informativas acadêmicas são sua base necessária de sustentação teórica. Na pesquisa bibliográfica, os acervos teóricos compulsados nas diferentes referências bibliográficas são, também e mais: seus próprios cálculos estruturais de fundação, indispensáveis, simultaneamente, à construção de seu alicerce e de todos os pavimentos do próprio edifício do saber científico.

Em pesquisa bibliográfica, bem mais do que em mera revisão de literatura, exige-se do pesquisador maior contribuição individual, no tocante ao conteúdo investigado, através de uma indispensável avaliação e análise crítica pessoal, capaz de agregar valores ao tema estudado; ademais, há de ter a humildade de reconhecer que o seu trabalho é apenas o ponto de partida inicial de múltiplos caminhos que outros trilharão, inclusive aqueles para os quais a pesquisa não foi direta e intencionalmente dirigida.

Há duas maneiras de fazer uma tese que se torne útil também após a formatura. A primeira é fazer dela o início de uma pesquisa mais ampla, que prosseguirá nos anos seguintes, desde que haja oportunidade e interesse nisso. Mas há também uma segunda maneira, que pode ajudar o diretor de um organismo de turismo local em sua profissão mesmo que tenha elaborado uma tese com o título: “*Da Fermo a Lucia*” aos “*I promessi Sposi*”. (ECO, 2009, p. 4-5)

A escolha de cada um dos dois métodos de pesquisa depende, entre outros fatores, da natureza da investigação científica a ser efetivada. A presente pesquisa bibliográfica² multidisciplinar sobre Gravidez na Adolescência e Família, realizada no período 1980-2010, foi escolhida e implementada, baseando-se na experiência de André e Romanowski (1999), que a recomendam quando este instrumento de investigação for capaz de identificar e avaliar determinada produção acadêmica no tempo, além de adequada à consecução do seu desiderato; no caso em estudo: uma dupla revisão teórica.

Boaventura (2004, p. 46) descreve a pesquisa bibliográfica : “[...] como um conjunto de informações obtidas em fontes bibliográficas científicas, trabalhado num processo

² Sinonímia: “Estado de Arte” ou “Estado de Conhecimento” científico.

analítico-sintético, visando-se a produção de conhecimentos e de ideias novas, a identificação de problemas, a formulação de soluções e a aquisição de novas fontes de pesquisa”.

Seguindo a orientação de Boaventura (2004), após a escolha do tema e do problema, o pesquisador deve perguntar sobre qual o marco teórico do tema pesquisado, o que já se publicou sobre o tema escolhido e quais as lacunas existentes.

Antecipando-se à posição de Boaventura (2004), Moresi (2003, p.28) aduz:

Nesta fase você deverá responder às seguintes questões: quem já escreveu e o que já foi publicado sobre o assunto, que aspectos já foram abordados, quais as lacunas existentes na literatura. Pode objetivar determinar o ‘estado da arte’, ser uma revisão teórica, ser uma revisão empírica ou ainda ser uma revisão histórica.

As perguntas citadas por Boaventura (2004) ensejam respostas e observações específicas, capazes de ratificar ou excluir a opção pelo tema previamente escolhido. No caso em apreço, alguns fatos conclusivos revelam que:

- 1º. a amplitude disciplinar do tema Gravidez na Adolescência impõe a necessidade de se utilizar não apenas de uma categoria analítica, mas, quatro alicerces teóricos indispensáveis: Adolescência, Gravidez, Família e Multi-interdisciplinaridade, nos seus aspectos gerais, bases de sustentação imprescindíveis à consecução da presente pesquisa;
- 2º. com as características do presente trabalho, em nenhuma das centenas de referências consultadas, uma única publicação sequer foi encontrada sobre prenhez em adolescentes, com a forma, a essência e a centralidade multi-interdisciplinar;
- 3º. múltiplas lacunas foram detectadas, principalmente nas relações entre cientistas de diferentes áreas do conhecimento humano, interessados pela temática. As seis constatações preliminares, referidas na Apresentação desta pesquisa, relativas aos espaços vazios existentes entre pesquisadores, foram checadas nas obras científicas: teses, dissertações, artigos, livros e outras publicações nacionais, nas três últimas décadas, refletindo, no mais, evidente distanciamento entre tantos profissionais de áreas científicas distintas, manifestado através de uma verificada ausência de ações de interface em todo o material de literatura investigado;
- 4º. em relação ao estudo efetuado, sobre a inserção da família no contexto do tema Gravidez na Adolescência, repetem-se na pesquisa os conteúdos postos nos itens 2º. e 3º., igualmente.

3.2 – Procedimentos utilizados.

Baseando-se em leitura e análise crítica de diversificadas obras específicas, produziu-se inicialmente o conteúdo dos temas: Adolescência, Gravidez, Família e Multi-interdisciplinaridade. No particular, o tema Família, parte integrante da presente temática, em relação aos seus aspectos gerais e singularidades, foi estudado também em publicações

indicadas nas diversas disciplinas do Programa deste Mestrado (SPPG/UCSAL): artigos, revistas e livros, nacionais e internacionais, sobretudo os de língua portuguesa.

Realiza-se, em obediência ao estabelecido no Objetivo Geral desta pesquisa, com visão multidisciplinar, nas obras consultadas, estudo sobre Gravidez na Adolescência e Família em teses, dissertações, artigos, monografias, livros e em outras fontes validadas no Brasil e no exterior, nos últimos trinta anos, utilizando-se os publicados nos *sites* de SCIELO, BIREME, OPAS, OMS – Biblioteca Virtual em Saúde, Universidades, CAPES, através de busca seletiva, nas correspondentes referências das respectivas palavras-chave: Gravidez na Adolescência, Gravidez Precoce e Família, Prematuridade e Baixo Peso ao Nascer.

Em relação aos objetivos geral e o primeiro objetivo específico, os conteúdos são analisados nas referências aludidas, no seu âmbito geral e nas suas particularidades, as causas e as consequências biopsicossociais materno-infantis da gravidez na adolescência. No tocante à correspondente Inserção Familiar em todo o contexto, os resultados da pesquisa foram obtidos, especificamente, em todas as 116 obras identificadas, nos conteúdos de todo o conjunto pesquisado, postos nos capítulos: Gravidez na Adolescência – Aspectos Gerais & a Família e Gravidez na Adolescência – Singularidades & a Família, nos respectivos tópicos.

Para a consecução do segundo objetivo específico: discutir a contribuição das Ciências Humanas, da Saúde e Sociais ao estudo da inserção familiar no contexto do tema Gravidez na Adolescência, foram utilizadas na investigação as mesmas 116 obras consultadas.

Não há, na presente pesquisa, qualquer intuito de se minimizar cada parcela do todo, muito pelo contrário: o propósito é o de fazê-la – uma a uma – sobressair-se no conjunto, tornando visíveis as inúmeras peculiaridades descritas por diferentes especialistas das distintas áreas do conhecimento investigadas e interessadas pelos temas Gravidez e Adolescência e Família, buscando-se uma ininterrupta interlocução multidisciplinar, valorizando todos os detalhes “[...] mas sem esquecer que o objetivo é chegar a uma visão compressiva em que o geral não seja um empobrecimento do específico” [...] (CARDOSO, 2002, p. 255). Movido pelo espírito e pela visão multi-interdisciplinar que inspira o Programa de Pós-Graduação (SPPG/UCSAL) e motivado pela pretensão de subsidiar pesquisadores e gestores interessados e, ademais, de prestar ajuda aos adolescentes e familiares, direta ou indiretamente, substitui-se, nesta ampla pesquisa bibliográfica: Estado da Arte ou Estado do Conhecimento, o procurar conhecer muito-do-pouco, mais-do-menos, investigação científica vertical, delimitada a uma diminuta parcela do todo escolhido, habitual prática exitosa utilizada na Academia, pelo conhecer pouco-do-muito, menos-do-mais da temática, no caso: Gravidez na Adolescência e Família, árduo e longo caminho investigativo horizontal - bem

menos utilizado e muito mais espinhoso e perigoso, diametralmente inverso e, por isso mesmo, sempre exposto, inexoravelmente, a maiores erros e críticas. (ECO, 2009).

4. CATEGORIAS ANALÍTICAS

As categorias analíticas utilizadas na presente pesquisa são: Adolescência, Gravidez, Família e Multi-interdisciplinaridade.

4.1. Adolescência

Etimologicamente, adolescência é palavra de origem latina, trata-se do verbo *adolescere*, que significa brotar, fazer-se grande, crescer para ou até a maturidade. Adolescência e Puberdade, supostos sinônimos perfeitos, possuem, no entanto, significados parcialmente distintos: puberdade, fase etária situada entre 10 e 13 anos em meninas e entre 12 a 14 anos em meninos, é apenas o período inicial da adolescência, cuja característica principal é um conjunto de transformações físicas e biológicas nos seus corpos, inclusive o desenvolvimento dos órgãos sexuais; nos meninos: surgimento de pelos pubianos e axilares, crescimento do pênis e testículos, além do brusco crescimento corporal: estirão, engrossamento da voz. Nas meninas: surgimento de pelos na região pubiana e nas axilas, desenvolvimento gradativo da bacia (dos ossos pélvicos), aparecimento da menarca: esta primeira menstruação é seguida, habitualmente, de irregularidades intermitentes posteriores, crescimento das glândulas mamárias e outras manifestações orgânicas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1975) define cronologicamente a adolescência como a fase etária situada entre 10 e 19 anos de idade; é o critério adotado pelo IBGE (2003) e utilizado na presente pesquisa.

O período da adolescência é dividido por alguns cientistas em dois ou três sub-períodos; Magalhães et al. (2006) consideram que: 1°. a adolescência precoce inicia-se aos dez anos de idade, concluindo-se aos quatorze anos completos (menores de quinze anos); 2°. a adolescência tardia, que começa aos quinze anos de idade e termina aos dezenove anos completos (menores de vinte anos, antes de completar esta idade); esta sub-divisão é utilizada também nesta dissertação. Segundo Silva e Lopes (2009, p.88), a adolescência: “Abrangeria as idades de 10 a 19 anos, divididas nas etapas de pré-adolescência (dos 10 aos 14 anos) e de adolescência propriamente dita (de 15 a 19 anos)”; apenas, sinonímia da classificação anterior. Vitalle (2008) e outros pesquisadores adotam a seguinte classificação: adolescência precoce: dos 10 aos 14 anos; média: dos 15 aos 17 anos e tardia: dos 17 aos 20 anos. Esta

última classificação é menos utilizada porque traz fragmentações que não são incorporadas necessariamente nas políticas públicas e nas referências demográficas e sociais vigentes.

Há outras formas, de base não cronológica, para definir a adolescência. O Ministério da Saúde (BRASIL, 1989), nas bases programáticas do “Programa Saúde do Adolescente” (PROSAD/MS), define a adolescência como o período da vida caracterizado por intenso crescimento e desenvolvimento, que se manifesta por transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais. O MS elege como áreas prioritárias na adolescência: crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde bucal, saúde mental, saúde reprodutiva; saúde escolar e prevenção de acidentes. Adolescência é estudada também segundo critérios sociológicos (PERES; ROSENBERG, 1998) e psicológicos (CONTINI; KOLLER, 2000).

Do ponto de vista sociológico, adolescência é um período que se caracteriza pela transição do estado de dependência infantil para o de autonomia adulta, momento em que os jovens passam a assumir responsabilidades próprias e exigidas no mundo adulto.

Psicologicamente, a adolescência é uma fase crítica de definição do ego, com maiores ou menores mudanças na personalidade, caracterizada por ajustamentos pessoais: busca pela independência emocional, da identidade sexual, o momento da escolha vocacional. (CASTELLAR; FREITAS, 1989); sob o ponto de vista psicossocial, esta definição não está atrelada à cronologia, porquanto a adolescência somente termina quando o indivíduo atinge a fase adulta, cumprindo todas as exigências que lhe são impostas, conforme os padrões de expectativa da sociedade em relação aos seus adolescentes homens e mulheres, variáveis culturalmente no tempo e no espaço. É o momento da busca de si mesmo e da identidade adulta; para atingi-la, em algumas sociedades, há o ritual de passagem, exigência cultural.

No Brasil, no início dos anos noventa, o Censo do IBGE, (1991), constatava que a faixa etária, que vai dos 10 aos 19 anos de idade, correspondia a 21,84% do total da população brasileira; o número total de adolescentes, à época, gravitava em torno de 32.064.631, assim distribuído: 50,04% do sexo masculino e 49,96% do sexo feminino.

Conforme o Censo demográfico – IBGE (2000), a população total residente no Brasil era de 169.799.170, sendo que 20,78% representavam a faixa etária entre 10 e 19 anos de idade, ou seja, cerca de 35 milhões de adolescentes”. (AMARANTE; SOARES, 2007, p. 154). Neste novo milênio, novos dados: “Segundo o Ministério da Saúde, a cada ano, quatro milhões de adolescentes tornam-se sexualmente ativos no Brasil.” (LORETO, 2009, p. 42).

A população adolescente vem crescendo no Brasil, suplantando todas as demais faixas etárias; em decorrência disso, o número de gestações precoces tende a crescer. Dados mais recentes fornecidos pelo MS (BRASIL, 2007) revelam que a população adolescente brasileira

total é de 33.976.703: 17.266.873, na faixa de 15 a 19 anos; 16.709.810, na de 10 a 14 anos; assinala-se que as regiões com mais adolescentes são, respectivamente, o sudeste e o nordeste. Adolescência, momento de normalidade.

Centros científicos e tecnológicos, em muitos países, constituídos de pesquisadores de excelência, a serviço, tantas vezes, de grandes empresas nacionais e internacionais, vêm realizando pesquisas na área médica e em muitas outras, buscando o desenvolvimento de novos instrumentos diagnósticos e terapêuticos sofisticados, recursos capazes de gerar lucros financeiros inimagináveis. É a primazia comercial do patológico sobre o fisiológico; é a lógica do mercado; nessa área, o dito normal interessa menos ao Capital. A adolescência, faixa etária da existência humana, como todas as demais: com características próprias anatômicas e funcionais, vem sendo referida por muitos profissionais como um momento patológico biopsíquico; a exceção, no caso, é mais valorizada do que a regra geral, fadada à extinção.

Algumas vezes confirmam, outras negam esta tendência de “patogenicizar” implacavelmente tudo o que é biológico. A “síndrome da adolescência normal” ou “Síndrome normal da adolescência”, citada por Pacheco (2008), é uma expressão dúbia, que reúne, paradoxalmente, síndrome = doença e adolescência normal = fisiologia, normalidade, em surpreendente e contraditória definição; e o que causa espanto: aceita por muitos especialistas.

Todo adolescente vive uma crise, uma passagem definida por alguns estudiosos como “síndrome da adolescência normal”: um conjunto de sinais e sintomas próprios dessa fase evolutiva do desenvolvimento humano no qual, na busca da identidade adulta, o indivíduo passa por um período, para uns mais e para outros menos turbulentos. Apesar de ser uma síndrome esperada e previsível, ela é determinada por múltiplas causas, que abarcam fatores constitucionais, psicológicos, ambientais, culturais, históricos e dependem de oportunidades e do contexto a que a pessoa está exposta. (PACHECO, 2008, p.10)

Em meio a esta babel conceitual, Farias (2005, p.159) esclarece e ameniza a polêmica:

Os trabalhos mais recentes vêm preferindo apontar a adolescência não como um período de crise, mas como um período evolutivo de transição entre a infância e a idade adulta. É necessário retirar-lhe o estigma que não faz justiça a uma grande parcela da população adolescente.

Não se justifica radicalizar em questão tão controversa; no entanto, não se pode, diante de tanta dificuldade de cunho conceitual, eivada de implicações teóricas e práticas as mais díspares, nem considerar a adolescência sempre como momento de total normalidade, nem tampouco considerá-la aquela difícil fase etária da vida eminentemente patológica, porquanto, cada ser humano possui características próprias genéticas e capacidades distintas de resposta

às abruptas mudanças impostas ao seu próprio organismo, que a interação no seu mundo familiar e extradomiciliar produz ou não; a maioria vive esta fase sem maiores percalços; assim, de repente, crianças experimentam novas experiências, prazerosas, no campo da sexualidade emergente, ou conflituosas, no âmbito biopsicossocial, dentro e fora de si; são vivências inéditas para os e as adolescentes, jamais imaginadas; e o que mais dificulta sua assimilação interior e a adaptação exterior às novas realidades é a ausência, muitas vezes, de um prévio preparo psicoemocional capaz de fazer frente a tal desafio existencial, transicional e inexorável.

O meio familiar, de diversas formas, exerce influência na vida dos e das adolescentes, desde os primeiros anos de existência, em variadas situações ambientais e sócio-econômicas, de menor ou de maior impacto; nestas, se de caráter negativo, tantas vezes com reflexos posteriores extremamente danosos sobre o psiquismo, sobretudo incidentes nas populações menos aquinhoadas, conforme aponta pesquisa realizada por Bastos et al. (1999). Influências positivas ocorrem, também, no dia a dia de qualquer família, de diferentes modos: com os corretos exemplos de condutas éticas e humanas dos pais, estimulando o (a) filho (a) a exercitá-las, a pensar, a ser justo (a) e solidário (a), a conhecer o mundo onde vive, com realismo, a respeitar o próximo, a conviver com as dificuldades, mas sempre com a determinação de superá-las; ademais, estabelecendo com ele ou ela, desde tenra idade, diálogo franco e democrático, igual, sem discriminação. Compreende-se, portanto, a natureza formadora do contexto familiar em tempo e lugar determinados: “Os conceitos de mulher e homem são construções históricas”. (CAIXETA; BARBATO, 2004, p. 211).

A mulher-menina cresce e se desenvolve em meio às imposições do seu meio ambiente que, pouco a pouco, vai moldando a sua identidade, forjando o seu viver, o seu pensar. De repente, em momento de dúvidas e indefinições entre o que é e o que pretende ser, sem querer ou querendo, engravida. É exato, nessa transição, entre o não ser mais criança e o não ser ainda adulto (a), que o ou a adolescente muda sua caminhada, altera sua passada e acrescenta à sua biografia um novo papel: o de ser pai ou mãe; momento em que, de forma gradual, consciente ou inconsciente, vai construindo sua identidade adulta, em substituição à infantil. Esta situação emergente de impacto costuma determinar dificuldades psicológicas, sobretudo estas – e outras -, pessoais e em relação ao seu entorno, à família e à comunidade, geradoras de inúmeros conflitos relacionais, aspectos pesquisados e apontados nos tópicos: Singularidades Psicológicas, Sexológicas e Socioculturais, inseridos no capítulo Gravidez na Adolescência: Singularidades e a Família. Outro aspecto a destacar: muitas decantadas qualidades próprias do denominado sexo frágil e determinados papéis atribuídos

exclusivamente às mulheres já são cultural e socialmente predefinidos e considerados inerentes à identidade feminina, há muito tempo. Qualidades ou fragilidades da mulher e fortaleza ou debilidade feminina geram perguntas que exigem respostas dos pesquisadores.

Assim, características esperadas, ou próprias de algumas mulheres, tais como “fragilidade”, “intuição”, “abnegação”, “altruísmo”, “docilidade”, “sensibilidade”, entre outras, acabam por definir a chamada “identidade feminina”, isto é, acabam por ser vistas como parte de uma “natureza feminina”.
(ROCHA-COUTINHO, 2004, p.3)

Todas as qualidades positivas da mulher - inerentes à identidade feminina - são ratificadas por muitos pesquisadores e negadas por poucos; para alguns: são fragilidades de algumas mulheres; no entanto, quase todos, no particular, concordam: as aludidas virtudes femininas são diretamente relacionadas à maternidade, imperativo biológico de perpetuação do ser humano, presente na maioria das mulheres, inclusive nas adolescentes; mulheres há que não têm filhos, é exceção. Segundo Mansur (2003, p.7) explicita: “Não querer um filho é diferente de querer e não ser capaz de ter”. A maternidade se manifesta fortemente, inclusive na adoção; no meio animal, de igual maneira; os mamíferos, quando adotam filhotes de outras espécies, são o melhor exemplo. (...) “a mãe não é aquela que gera um filho, mas a que deseja um filho, se identifica com o papel de mãe e, conseqüentemente, o ama”. (SOUZA; FERREIRA, 2005, p. 20). Duas questões, inter-relacionadas ao afirmado, têm sido levantadas por pesquisadores: a 1ª. em relação às mães adolescentes muito jovens, vivenciando ainda sua identidade infantil, em fase de transição, a maternidade se manifesta de forma igual? 2ª. São competentes mães-crianças nos cuidados prestados aos seus bebês? Pesquisadores, em suas investigações, concluem: “As adolescentes carregam o estigma do preconceito, fruto de uma sociedade que cobra, e ao mesmo tempo impede que assumam verdadeiramente seu filho; que se sintam responsáveis por ele”. (MACHADO, MEIRA, MADEIRA, 2003, p.12) Maldonado, Nahoum, Dickstein (1981) confirmam: A mãe adolescente é apenas uma expectadora em relação a seu filho, os cuidados são assumidos por outros familiares que a julgam incompetente. Na adolescência precoce, ser mãe pode não ser exercida plenamente em decorrência de fatores intervenientes bloqueadores, em geral, intrafamiliares.

“A sua incompetência como mãe era declarada publicamente, de forma velada, nas entrelinhas, por alguém que se fazia zelosa e competente para assumir o seu lugar”. (MACHADO, MEIRA, MADEIRA, 2003, p.12). Comum: na prenhez de menores de 15 anos.

“Em concordância com os dados da literatura, é consenso em todos os fatores que a maternidade é uma experiência difícil, que demanda muita responsabilidade, mas que pode ser desempenhada a contento pela mãe adolescente”. (SANTOS; SCHOR, 2003, p. 21)

4.2. Gravidez

A gravidez é, para o homem e para a mulher, um momento precioso no resgate desse instinto. Há uma volta da atenção para o próprio corpo, para a sobrevivência, para nossos aspectos de macho e fêmea, e, de repente, relembramos que também somos bichos.

Lívia Penna Firme Rodrigues

Período de normalidade

A gestação é um momento fisiológico na vida reprodutiva da mulher, cursa, na maioria das vezes, sem anormalidades; em todos os mamíferos é assim, da mesmíssima forma. Há, entretanto, diferenças extraordinárias entre os seres vivos irracionais e o ser humano. A gravidez ocorre conforme determinismos impostos pela natureza humana, segundo diretrizes genéticas milenares preestabelecidas (sic); por isso, não pode ser tratada como doença, malgrado, a própria saúde pública considere a gravidez, para fins assistenciais e programáticos, de baixo e alto risco. A gestação evolui com características próprias, sem percalços e óbices em mais de 80% dos eventos gravídicos. (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008); no entanto, quando incidente durante a adolescência precoce, dúvidas, referidas e comentadas no curso da presente pesquisa, pairam sobre sua sempre normalidade. (MATHIAS et al., 1985)

Quando as tão esperadas gestações ditas normais não ocorrem, exceção, depreende-se que se trata de algo patológico; gravidezes tais acontecem secundárias a inúmeros fatores de risco biopsicossociais e outros.

Não é plausível supervalorizar o patológico e minimizar o fisiológico: o parto cesariano, de origem cultural, vem substituindo com vantagens - supostamente - o parto vaginal, aspecto negado pela maioria dos pesquisadores. Em questão de gravidez, o ideal é que natureza e cultura se associem, se integrem, em benefício da vida do binômio mãe-filho.

Início da vida humana

Muitos pesquisadores definem o início da existência humana como sendo o momento da concepção: [...] “o embriologista conta a partir da fertilização” [...], conforme afirmativa de Batista (2009, p. 4); biólogos, mais minudentes, ainda questionam: em que momento exato do micro tempo, do que se denomina cientificamente de fertilização, surge o sopro vital; trata-se,

portanto, de um processo complexo biológico; outros questionam se início da gravidez e começo da vida são a mesma coisa? Diante disso, quando surge a gravidez? E a vida, quando? Diante de tantas dificuldades conceituais, pergunta-se: o que é a gravidez humana?

O termo gravidez e seus sinônimos – gestação e prenhez – designam a presença de embrião ou feto em desenvolvimento no organismo feminino. A gravidez, em voz biológica, compreende o período que inicia com a implantação do blastocisto no útero (nidação) e culmina com o nascimento da criança. Entretanto, o início exato da gestação ainda é fruto de divergências no meio científico, visto que há especialistas que o situam simultaneamente ao momento da fecundação* com o óvulo fecundado nas trompas. A duração média da gravidez, calculada a partir do último período menstrual normal, é próximo há 280 dias, ou 40 semanas. (CALABRICH, 2009, p.40)

O tema impõe a seguinte interrogação: a vida começa quando? 1ª. opção: ocorre no momento em que o óvulo é fecundado pelo espermatozoide, formando-se o ovo ou zigoto que, 2ª. opção: após transitar pela trompa uterina, atinge o útero e aí se implanta (nidação); 3ª. opção: há os que afirmam ocorrer o fenômeno da vida posteriormente, quando surgem as estruturas nervosas embrionárias e a consequente atividade cerebral do concepto; tema, tão polêmico, ao ponto de o próprio Supremo Tribunal Federal (STF), reconhecendo sua relevância, já ter realizado uma histórica audiência pública para discuti-lo e, posteriormente, julgar as questões polêmicas referentes ao abortamento. Como visto, há dúvidas a respeito do início da existência humana e quando começa a gravidez. Tal fato gera implicações biomédicas, genéticas, bioéticas, jurídicas, midiáticas, religiosas e até desafia a neurociência. Há também, no seu bojo, elevados interesses comerciais escusos. Enquanto isso, *lato senso*, geneticistas, biólogos, médicos, filósofos, religiosos e tantos outros profissionais discutem acirradamente sobre quando se iniciou o fenômeno denominado “vida”. Uma questão continua povoando a mente de cientistas, pensadores e religiosos: o que é a vida?

Mudanças experimentadas pela mulher quando engravida.

Em condições fisiológicas, desde o início da gravidez, ocorrem múltiplas modificações no organismo materno: físicas, metabólicas, psicológicas e outras, alterações fisiológicas decorrentes principalmente de fatores hormonais e mecânicos. Martins (2005); Neme, (2006); O’Reilly; Bottomley; Rymer (2008) e outros pesquisaram as alterações anatômicas e funcionais ocorrentes durante a adolescência. Todos os órgãos da mulher, de forma especial, com maior ou menor participação, se preparam, convenientemente, durante a gravidez, para o grande banquete da vida terrena em homenagem a um novo ser; o útero, primeira morada do ser humano, antecipa-se aos demais, assumindo de início sua responsabilidade, após

frustrações anteriores mensais: as menstruações. A natureza exige a perpetuação da vida e o organismo feminino, com a ajuda biológica masculina, obedece a este desígnio vital.

“Os ajustes verificados no organismo materno devem ser considerados normais para o estado gravídico, conquanto determinem, por vezes, pequenos sintomas molestos para a paciente.” (REZENDE; MONTENEGRO, 1980, p.72). São as ditas variações da normalidade.

Durante a gravidez, a mulher vive dois tipos de mudanças evolutivas concomitantes: (1) mudanças físicas e emocionais no interior de si mesma e (2) o crescimento do feto no seu útero. O modo como ela se sente com relação a estas mudanças pode variar largamente, dependendo de ter ou não planejado a gravidez, ser casada, estar vivendo com o pai do bebê, ou ter outros filhos (KLAUS; KENNEL, 1993, p. 32).

Enquanto o útero grávido cresce pela expansão de seu volume, surgem mudanças psicológicas e físicas, abaixo referidas; entre estas, especificamente, as posturais no corpo das gestantes, seguidas de lordose da coluna vertebral lombar (encurvamento ósseo para fora); transformações, em consequência, no seu padrão de deambulação; tais alterações anatômicas determinam mudanças de seu ponto de gravidade e, por isso, “o andar da grávida passa a se assemelhar ao do ganso: marcha anserina”. (REZENDE; MONTENEGRO, 1980, p. 72.)

Do ponto de vista físico e metabólico, especificamente neste, chamam a atenção mudanças nos metabolismos da glicose: glicídico; das gorduras: lipídico; das proteínas: proteico; do líquido orgânico, água e eletrólitos: hidroeletrólítico. Rotman (2008) e outros estudam o metabolismo na adolescência. Em decorrência de tantas modificações gravídicas, surgem, também, ajustes anatômicos e fisiológicos que atingem todo o sistema vascular da grávida, decorrência da expansão do volume de sangue circulante e da diluição sanguínea; os sistemas urinário, respiratório, digestivo; a pele e os órgãos genitais também experimentam alterações anatômicas e funcionais. (REZENDE; MONTENEGRO, 1980; MARTINS, 2005; NEME, 2006) A capacidade de adaptação da natureza se manifesta nesses fenômenos: o organismo inteiro se modifica, altera sua anatomia e sua fisiologia, adequando-se e preparando-se para recepcionar, acolher uma nova vida e perpetuar o ser humano no orbe.

Em condições fisiológicas, alterações cardiovasculares (diminuição da pressão arterial, aumento do débito cardíaco), respiratórias (a ventilação aumenta 50%), hematológicas (estado fisiológico de hipercoagulabilidade), renais (80% das mulheres apresentam edema corporal, devido à retenção de sódio e de água), hepáticas (diminuição das proteínas circulantes), gastrointestinais (náuseas, vômitos, cólicas), metabólicas (já citadas) e endócrinas (alterações funcionais na glândula tireóides e em outras) surgem no curso das gestações, desde o início (NEME, 2006; O'REILLY; BOTTOMLEY; RYMER, 2008); são fenômenos normais.

Psicologicamente, a gravidez cursa com mudanças no funcionamento do sistema nervoso central, que podem causar alterações comportamentais e de humor, entre outras.

4.3. Família

Muito tem sido escrito sobre este espaço de convivência humana:

O campo de estudos sobre família, marcado inicialmente pela interdisciplinaridade, sofreu, ao longo das últimas décadas do século 20, um processo de fragmentação. Se, por um lado, esse processo permitiu uma abordagem aprofundada de aspectos específicos (antropológicos, sociológicos, psicológicos, educacionais etc.), implicou, por outro lado, num certo esvaziamento do próprio objeto família, tendência que só muito recentemente começa a se reverter. (BASTOS, 2003, p.11)

Considerações Gerais

É indiscutível a presença marcante da natureza biológica do ser humano na gênese da família, mas não se pode olvidar a influência ambiental/cultural decisiva na vida familiar e nas relações intrafamiliares; não há, tantas vezes, como dissociá-las.

A família mudou, expandiu-se, diversificou-se nos últimos tempos em todo o planeta.

O mundo transformou-se movido por múltiplas causas, mas, impellido pelas forças sociais, econômicas e financeiras, decorrentes de múltiplas crises internacionais: guerras mundiais (destruições) e revoluções (construções) nos campos das ciências e tecnologias, que alteraram os costumes, os relacionamentos sociais e familiares (o feminismo é um exemplo), mormente estes, profundamente modificados em tão pouco tempo. Os anticoncepcionais marcaram profundamente a vida reprodutiva da mulher, mudando sua vida de relação com ela própria, com o homem, a família e a sociedade.

Petrini, Alcântara e Moreira (2009) assinalam, em reforço ao afirmado, que no bojo das transformações sociais ocorrentes no mundo, a partir da segunda metade do Século XX, vêm surgindo, concomitantemente, mudanças estruturais e funcionais na família como um todo, inclusive no campo da sexualidade na adolescência, que os pesquisadores definem como “[...] mutação antropológica como categoria epistemológica a indicar novo direcionamento dos estudos sobre família em contexto de mudança”. (Idem, 2009, p.259)

Ademais: “A hipótese da mutação antropológica em ato põe em relevância o estudo aprofundado das dimensões relacionais na definição teórica da família [...]”. (Idem, p.259)

Sexualidade, problemas de gênero, relações intrafamiliares em suas diferentes e novas configurações, suas redes de apoio, gravidez na adolescência e outros fatores intervenientes não podem ser estudados separadamente; há muitos liames que os unem, indissociáveis.

Ao longo da história humana, a família vem experimentando várias transformações, decorrência de pressões intrínsecas e extrínsecas: socioculturais; como consequência de tais mudanças, vem vivenciando distintas formas de interlocução entre seus partícipes: pais, esposos, companheiros, filhos e parentes.

Qualquer pesquisador que pretenda investigar a Gravidez na Adolescência há de estudar obrigatoriamente a família em toda a sua amplitude; por isso, justifica-se, plenamente, que este tema mereça destaque nesta pesquisa e tenha sido contemplado com este capítulo específico e, também, que se espalhe a sua multifacetada presença por todos os espaços deste texto-dissertação. Sua importância é decorrência de sua inegável missão humana e extraordinária função social: “A família é um sujeito educativo, econômico, associativo e político” (PETRINI, 2008, p. 33). Mas, também, base de apoio de todos os seus membros.

[...] a família é considerada um dos maiores recursos de sustentação para a pessoa e para a sociedade, sendo escolhida como parceira da administração pública e para a realização de políticas sociais. Além disso, sondagens de opinião revelam que os jovens brasileiros a julgam como um valor essencial. (PETRINI; MENEZES; MOREIRA, 2007, p. 9 - 10)

Dir-se-á: a família é e sempre foi muito mais do que isso. A grande família humana, “instituição” natural, primária, *sui generis*, presente no planeta terra desde tempos imemoriais até os dias atuais, vem exibindo diferentes formatos e composições, permanente farol norteador na longa ou curta viagem existencial dos seus seres pensantes, sempre exercendo decisiva influência sobre o “homo sapiens sapiens” durante todo o seu ciclo vital, desde a vida intra-uterina (MALDONADO, 2009), ou mesmo antes da própria gravidez, na pré-concepção (FONTES, 2002a; CALABRICH, 2009), até a terceira idade.

Na infância e adolescência, exerce a família papel transcendente e único; ademais, fatores direta ou indiretamente relacionados à gravidez na adolescência possuem elos de intercomunicação com a vida familiar; dessa forma, cabe à família um papel muito relevante na efetivação de ações preventivas e de intervenção.

Importante assinalar que a família, através de todos os seus membros, de diferentes maneiras, não atua apenas no lar - rica sinonímia: casa, residência, morada, moradia, habitat, domicílio -, mas, em qualquer local onde um dos seus partícipes esteja: escola, ambiente de trabalho, hospitais, ruas, áreas de lazer e em outros espaços de convivência. A família é

transtemporal e transespacial, pois exerce sua influência em todas as dimensões: no tempo e no espaço; influencia e, ao mesmo tempo, é influenciada por todos os seus componentes.

Conflitos de gênero e intergeracionais, sempre existentes, constituem a maioria dos “problemas” que atingem familiares e gestantes adolescentes; a família é constituída de homens e mulheres (sexos), de distintas gerações: avô e avó; pai e mãe; filho e filha; neto e neta, de pessoas, portanto, de diferentes fases etárias, exercendo díspares papéis hierárquicos e assimétricos, vivendo momentos distintos existenciais; todas as aludidas situações, se não explicam, pelo menos justificam tantos desencontros e dificuldades relacionais entre todos.

Cada configuração familiar expressa, particularmente, a existência, a distribuição e a participação de pessoas de sexos e gerações diferentes no seu contexto.

A afetividade mútua, se precoce e fortemente instituída entre seus membros, é a base de consolidação das desejáveis interações intradomiciliares, que pode e deve ser estimulada, incentivada e utilizada, sobretudo entre pais e filhos (as). A solidariedade, tal qual uma árvore que se deseja frondosa e copada para fornecer sombra em momentos de calorosas dificuldades existenciais diárias, ao sol causticante dos conflitos humanos, e a afetividade, igualmente, no fértil solo da família, carece ser plantada, adubada, regada e protegida; os frutos suculentos inter-relacionais familiares: afetos, carinhos e apoios incondicionais brotarão espontânea e consequentemente.

A família contemporânea passa por mudanças em muitas dimensões, especialmente nas relações inter-geracionais e de intimidade, caracterizadas pela maior expressão dos afetos e busca de autonomia dos seus membros a embasar a construção subjetiva individual. (PETRINI; ALCÂNTARA; MOREIRA, 2009, p. 259).

A solidariedade e a afetividade têm algo em comum: maior beleza na reciprocidade.

A família, em decorrência de sua inegável função social, tem se caracterizado pela crescente complexidade, diversificação e heterogeneidade (BASTOS et al., 2002), mormente nos tempos atuais. O que mais e melhor parece distinguir, aqui e alhures, a família de hoje da de ontem, é que na tradicional (patriarcal), no passado, não havia liberdade feminina nem democratização nas relações intrafamiliares: a primeira e a última palavra soberanas proferidas eram sempre as do pai, impostas à sua prole e à própria esposa. As filhas, particularmente as adolescentes, sempre foram asfixiadas por uma autoridade vertical paterna fortíssima e inflexível, que toldava diálogos entre seus membros e não permitia quaisquer questionamentos discordantes dos aludidos tutelados e dependentes, comportamentos atualmente permitidos, aceitos e estimulados pela sociedade, conforme Kaloustian (2005).

Para Petrini, Alcântara e Moreira (2009, p. 265), hodiernamente, “[...] as relações entre pais e filhos ganham respeito e flexibilidade, deixam os modelos centrados na autoridade e na disciplina, enquanto são incorporados os valores de diálogo, negociação, tolerância no horizonte de um amplo pluralismo ético e religioso [...]”.

Na família, os relacionamentos interpessoais – ocorrentes entre todos os seus membros - são a base de sustentação de sua própria organização e funcionamento; devem ser, por isso, investigados e dimensionados por psicólogos e outros profissionais interessados; se harmônicos ou não, responsáveis se tornam, respectiva e momentaneamente, pela estabilidade e/ou pela instabilidade familiar; a dinâmica vida em família, portanto, cursa com ambas as situações, que se revezam continuamente. O que move e impulsiona o motor da vida familiar, conclui-se, é o seu combustível relacional, formado também pelo aditivo químico-emocional das ditas relações invisíveis; estas são citadas por Petrini, Alcântara e Moreira (2009).

Nem sempre a família é este templo permanente de amor ilimitado, espaço de entendimento fácil continuado e palco de compreensão mútua entre seus membros, onde acontecem invariavelmente relações sociais harmônicas, diálogo pleno, tolerância e apoio solidário. Beleza e feiúra, expressões faciais da família, alternam-se na sua vida relacional.

A instituição “família”, essa forma primária e básica de inter-relações humanas, sobretudo nas últimas décadas, vem apresentando configurações múltiplas em suas composições, das mais simples às mais complexas, decorrência de modificações profundas – inimagináveis no passado – vivenciadas pelas sociedades atuais, mormente no mundo ocidental. A vetusta família humana, entretanto, tem surpreendido os cientistas pela sua imensa capacidade de adaptação às novas demandas sociais; e tal qual um organismo pulsante, jamais deixou de produzir arrumações estruturais automáticas, sábias e inteligentes, com vistas à sua sobrevivência, diante de díspares pressões e contingências internas e externas. Malgrado as mudanças extraordinárias experimentadas pela família contemporânea na sua estrutura física e funcionalidade, impressiona a sua notável e surpreendente capacidade de sobrevivência e de autopreservação frente às transmutações imprevisíveis vivenciadas por essas estruturas vivas da sociedade humana: “célula-máter da nacionalidade”, que a constituem, organismo mutante “*sui generis*”, pleno de diferentes morfologias e dinâmicas inter-relacionais complexas, que continua apresentando na contemporaneidade.

Metamorfoses profundas intrafamiliares não incidem apenas nos países do dito Primeiro Mundo Civilizado. Nações emergentes sul americanas vêm apresentando configurações próprias e múltiplas (ARRIAGADA, 2001), no curso dos últimos anos, mercê de céleres mudanças sociais, econômicas e culturais ocorridas. “Em meio a turbulências

culturais e sociais, a família empenha-se em reorganizar aspectos de sua realidade que o ambiente sociocultural vai alterando”. (DONATI, 2008, p. 18)

Durante boa parte do século XX, a família não foi o objeto preferencial, especificamente, de estudos no meio universitário mundial, que preferia pesquisar, individual e isoladamente, sobre vários ângulos, seus membros: crianças, adolescentes, mulheres, idosos, trabalhadores, negros e outros grupos populacionais. Também, no âmbito da Saúde Pública, Programas da Mulher, do Idoso, da Criança e do Adolescente são, ainda hoje, resquícios daquela prática. A família foi, de forma absurda, olvidada, como se ela não existisse mais ou, quiçá, fosse algo estranho ao contexto dos seus integrantes, sem qualquer importância.

Para Borges & Castro (2007, p.13): (...) “a anunciada morte da família é um mito”. Esquecida propositadamente por ideologias diversas, a família, sobretudo a tradicional, foi vítima de um “silêncio eloquente” (PETRINI; MENEZES; MOREIRA, 2007, p. 9), porque se constituía – no pensar de muitos - no maior reduto conservador recalcitrante existente, obstáculo às liberdades individuais, principalmente de mulheres e crianças, vítimas que sempre foram de discriminação e, diretamente, da opressão masculina do “*pater famílias*” dominador, durante séculos. Paradoxalmente, a milenar sabedoria romana, já preceituava: “*Patria potestas in pietate debet, non atrocitate consistere*”, que se traduz por: “O pátrio poder deve ser baseado no afeto, não em atroz severidade”. (LUIZ, 2002, p. 225).

O Mestrado da UCSal vem desenvolvendo estudos sobre a atual família brasileira, composta de diversas configurações adaptativas, em consonância às novas tendências acadêmicas mundiais, sobretudo em universidades europeias e americanas, as quais, há aproximadamente três ou quatro décadas, optaram por valorizá-la e avaliá-la cientificamente.

Pesquisas revelam novas e importantes adequações anatômicas e funcionais na sua organicidade e no “DNA” de cada configuração familiar e, em cada qual, encontram-se inseridos os e as adolescentes, de forma própria, distinta e peculiar; por isso, é recomendável ao pesquisador, para melhor entender as gestações em adolescentes e outros fenômenos médico-sociais que lhes são próprios ou decorrentes, investigar, especificamente, o tipo de configuração familiar onde ocorrem. Em relação a essa constelação de reorganizações familiares - estrelas da mesma galáxia - do complexo cosmo sócio-afetivo, cabe comentários preliminares sobre seus tipos mais comuns e seus atuais partícipes, em menor número: prole reduzida. “A família que encolheu drasticamente.” (CASTELLS, 2002, p. 257). Em configurações distintas, os membros da família assumem diferentes papéis, sobretudo, em

relação à inserção da mulher no mundo laboral, nas últimas décadas, inclusive as de nível universitário. (CASTRO, 2010). Participação feminina, e com grande destaque.

Nos últimos vinte anos, contudo, registrou-se uma acelerada e crescente incorporação das mulheres no mercado de trabalho. Entre 1976 e 1985, a taxa de atividade feminina passou de 28,7% para 36,9%, com um crescimento do contingente de mulheres economicamente ativas a uma taxa geométrica anual de 5,6%, contra apenas 2,9% de incremento do contingente masculino. (AQUINO, MENEZES, MARINHO, 1995, p. 282)

O mundo mudou para melhor, no particular, porque vivencia agora, nos vários e diversificados espaços laborais, a sensibilidade da alma-mãe feminina, ao tempo em que atesta a comprovada capacidade da mulher em todas as atividades humanas onde atua; labor ingente que se soma às costumeiras e exaustivas tarefas do lar: dupla ou tripla jornada resultante... Eis aí o elevado preço abusivo pago à sociedade pela mulher contemporânea para conquistar sua liberdade.

Configurações familiares e novas dimensões relacionais

Várias e diversificadas são as estruturas que constituem a família contemporânea, também denominadas de arranjos, configurações, composições ou formações familiares, tendência observada nas últimas décadas. Explicitam-se, neste estudo, as suas diferentes formas, desde as mais antigas, em declínio, às mais atuais. Pretende-se, neste tópico, apenas apontá-las e descrevê-las.

Novos tipos de família emergiram após as Revoluções Francesa e Industrial, em decorrência de inúmeros fatores extrínsecos: sociais, econômico-financeiros, políticos, culturais e outros.

O estudo da Gravidez na Adolescência exige do pesquisador, obrigatoriamente, o conhecimento da referida família contemporânea, complexa, porquanto constituída por distintos formatos familiares, característica dos tempos atuais, substitutos das estruturas pretéritas. Aborda-se, inicialmente, a família patriarcal, paradigma do passado, que se imortalizou, em nosso país, principalmente na obra de Gilberto Freire (1993/2006): “Casa Grande & Senzala”, e pela família nuclear, apenas pai, mãe e filho(s), ainda viva, mas ofegante e, para muitos, em declínio; os últimos censos estatísticos, no Brasil, revelam a sua capacidade de sobrevivência:

a) Famílias tradicionais (patriarcais), em extinção, formadas pelo provedor paterno, em união conjugal definida: esposo, esposa, filho (s) e agregados. Vem ocorrendo uma

redução gradativa do poder masculino sobre sua prole e o desaparecimento da supremacia hierárquica do dono ou chefe da família autoritário, em relação à esposa e aos filhos. No referente ao modelo patriarcal, muitos pesquisadores, no Brasil e no exterior, têm afirmado que a família vem sofrendo um processo de “destraditionalização”, no tocante, sobretudo, ao crescimento incontestável de liberdade de seus membros oprimidos historicamente. (SAMARA, 1998; SINGLY, 2007). Sepultado e já substituído, o patriarcalismo autocrático não deixa saudades.

A crise do patriarcalismo, induzida pela interação entre o capitalismo informacional e os movimentos sociais feministas e de identidade sexual, manifesta-se na crescente diversidade de parcerias entre indivíduos que querem compartilhar suas vidas e criar filhos. (CASTELLS, 2002, p. 257).

b) Famílias nucleares ou simples: formadas apenas por uma unidade conjugal, constituída de duas sub-configurações habituais, abaixo explicitadas, ainda são muito frequentes na América Latina. (ARRIAGADA, 2001):

b.1) famílias nucleares completas, ou biparentais, casal: marido ou companheiro e esposa ou companheira, com ou sem filho(s); prole decrescente em todos os extratos sociais;

b.2) famílias nucleares incompletas (monoparentais): viúva, ou solteira (“produção independente”), ou abandonada pelo marido ou companheiro com filho (s), ou, muito mais raramente, viúvo, solteiro ou separado com filho(s). Nas famílias monoparentais, a mulher assume sozinha todos os encargos, no lar e fora dele: provedora e responsável pelos filhos.

O aumento das famílias mono parentais chefiadas por mulheres indica uma crescente matrifocalidade, que deixa com a mulher as maiores responsabilidades para sustentar e educar os filhos, devendo administrar a casa e ter, de fato, dupla jornada de trabalho. (PETRINI, 2007, p. 211)

A mulher, única provedora, em substituição ao homem, o qual vem ocupando, cada vez menos, a condição de chefe de família, um fenômeno que é mais acentuado no meio urbano, mormente nas metrópoles. Ano a ano, o número de famílias monoparentais cresce.

Considerando o conjunto das famílias metropolitanas entre 1995 e 2004, essa contribuição cai de 58,7% para 45,3% na RMS – Região Metropolitana de Salvador, enquanto cresceram contribuições dos outros membros da família, particularmente as das mulheres chefes de família, que passou de 12,1% para 21,1%.” (BORGES, 2007, p. 189).

A participação crescente da mulher no mercado de trabalho vem ocorrendo em todo o Brasil nas últimas décadas. Conforme informações preliminares fornecidas pelo Censo 2010: a participação feminina no mundo laboral já ultrapassa a casa dos 30% em algumas regiões.

c) Famílias dos solitários, unipessoais: formadas por uma única pessoa, com a presença - ou não - de um ou mais serviçais à sua disposição; resultantes, muitas vezes, da morte de um dos cônjuges, em casais sem filhos, ou constituída, frequentemente, por um filho (a) maior já emancipado (a), que opta por morar sozinho (a), um(a) viúvo(a) ou por qualquer solteiro (a) misantropo (a), amante da solidão.

d) Famílias extensivas, alargadas ou ampliadas – São famílias cuja característica é a presença de uma unidade matrimonial ou em união estável acrescida de um ou mais parentes;

d.1) Famílias de extensão vertical (multigeracional) – unidade matrimonial ou em união estável, com ou sem filhos, mais o avô e/ou avó, do lado paterno ou materno (ou de ambos);

d.2) Famílias de extensão horizontal – unidade matrimonial ou união estável, com ou sem filhos, acrescida da presença de irmão(ã) do chefe de família ou, mais raramente, da esposa ou companheira.

e) Famílias múltiplas – formadas por dois ou mais tipos de unidades conjugais;

f) Famílias complexas: constituídas pelo somatório das famílias extensas e múltiplas. São, muitas vezes, decorrência de separações e divórcios de diversos componentes da mesma família, que residem juntos por dificuldades financeiras ou por diversas outras motivações, em configurações distintas, caracterizadas principalmente pelo grande número de participantes, inclusive, não raramente, acrescidas de filhos oriundos de relacionamentos extramatrimoniais, gerados, pois, “fora do casamento” (FONSECA, 2004, p. 220), assimilados pelas famílias de poucos recursos, sem maiores dificuldades; a classe média resiste mais em aceitá-los. (Id)

g) Família tipo mosaico – formada por divorciados ou separados, com seus respectivos filhos, residindo no mesmo lar. Exemplo: mulher divorciada ou separada com filho(s) de união ou uniões consensual (ais) anterior (es), que reside com novo esposo: este é ex-cônjuge ou ex-companheiro (de outra mulher) com seu(s) respectivo(s) filho(s). Trata-se de um fenômeno sociológico atual complexo, decorrente de “recasamento” de ambos os cônjuges ou companheiros; em tal situação, convivem padrasto e enteados de outro relacionamento, com madrasta e, também, outros enteados do outro polo da nova relação, além dos novos filhos, frutos dessa nova união.

Segundo Castells (2002, p. 263): “Não está emergindo nenhum tipo prevalecente de família, a regra é a diversidade”. Mas, a família monoparental feminina cresce bem mais do que as demais, aspecto detectado, de forma crescente, nos últimos censos realizados no Brasil.

Em cada tipo dos arranjos existentes, crianças e adolescentes vivenciam situações relacionais e existenciais distintas, que podem influenciar os seus comportamentos, determinar conflitos e propiciar gestações precoces. “A família, como uma instituição social, apresenta aspectos positivos, enquanto núcleo afetivo, mas pode apresentar aspectos negativos, como a imposição de normas, gerando conflitos”. (MONTEIRO et al., 2007, p. 374)

Pesquisa nacional recente realizada por Abramovay, Garcia e Silva (2004) revela alguns dados relativos às famílias dos adolescentes no Brasil (as configurações familiares):

1. sete entre dez alunos adolescentes vivem em famílias constituídas de pai (ou padrasto) e mãe (ou madrasta) e parentes. Os percentuais apontados, nacionais, variam entre o máximo de 85,4% e o mínimo de 58%;

2. o segundo tipo de configuração familiar mais frequente, na aludida pesquisa, é constituída de apenas um dos pais ou madrasta/padrasto: a denominada família monoparental, geralmente de base feminina, isto é, chefiada por mulher solteira, separada ou viúva; os maiores percentuais: as cidades de Recife e do Salvador são as que mais possuem lares chefiados pelo gênero feminino com 20,4% e 20,2%, respectivamente (Id, 2004). No outro extremo: Goiânia é a capital que apresenta menor percentual deste tipo de família com apenas 12,6% (ABRAMOVAY; GARCIA; SILVA, 2004, p.60). Aguardam-se, oficialmente, os novos dados do Censo 2010

Em decorrência de vários fatores associados: maior expectativa de vida do ser humano, bem menor natalidade, mais baixos índices de mortalidade infantil e da forte presença da mulher no mundo do trabalho, constata-se que a relação entre distintas gerações tem mudado muito a dinâmica intradomiciliar nas diferentes configurações familiares, em outros países do mundo e no Brasil. Sobre alguns aspectos, ressalte-se que há uma relação íntima e mais próxima, na família, entre ascendentes e descendentes. A convivência amistosa de gerações mais velhas e mais novas – crianças e adolescentes - é altamente positiva no que toca à aprendizagem de ambas, em todas as classes sociais, das mais às menos aquinhoadas econômico-educacionalmente. (BIASOLI-ALVES, 2008); Sarti (2004) refere que tais relações devem ser baseadas em gestos e atos de solidariedade e de afeto mútuos.

A Família na vida de suas crianças e adolescentes.

“A gente não é responsável pelas coisas que acontecem na vida da gente, mas é responsável pela decisão que toma com o que acontece”.

Eliane Azevedo

O desenvolvimento do indivíduo, em toda a sua existência, não pode nem deve estar isolado de sua estrutura familiar, principalmente durante toda a infância e a adolescência.

Espera-se da família que proporcione à criança experiências significativas que propiciem seu crescimento/desenvolvimento, inclusive comportamental, através de um ambiente estimulador de práticas educativas (BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2002; SÁ, 2005, SILVEIRA; WAGNER, 2009); acrescente-se: através de um ambiente incentivador de interações e relações sociais saudáveis, que permaneçam por toda a vida do sujeito.

Ao mesmo tempo em que os pais se esforçam para promover o desenvolvimento de características socialmente valorizadas, esforçam-se também para suprimir ou reduzir comportamentos que sejam considerados socialmente inadequados ou desfavoráveis. Para cumprir o papel de agentes de socialização dos filhos, os pais utilizam-se de diversas estratégias e técnicas para orientar seus comportamentos, o que é denominado pela literatura de controle parental. (ESPÍNDULA; TRINDADE; SANTOS, 2009, p. 138)

Quanto à criança, o que desta se espera é que responda satisfatoriamente ao estímulo parental, o que faz com que ele seja repetido. Pereira e Silva (2008) também pensam assim. Não somente estimular, mas, através de controle parental, orientar e sinalizar os limites comportamentais dos filhos em sociedade, tripla tarefa impostergável dos pais. Outro aspecto a considerar: os pais e os demais membros da família, nas suas relações cotidianas com crianças e adolescentes, necessitam levar em consideração que neste período etário da vida, de céleres mudanças, os conflitos nem sempre possuem um caráter patológico. Muitas gestações indesejadas têm sua gênese em relações anormais intrafamiliares anteriores.

Considerando-se este contexto, é necessário que a família supere as crises pelas quais passa e consiga modificar-se, englobando as diferenças e mudanças pessoais dos membros que a constituem, como as que ocorrem nos períodos considerados como típicos de transição, por exemplo, a adolescência. (PRATTA; SANTOS, 2007, p. 251).

Na adolescência, presume-se que os familiares colaborem, agindo com paciência, bom senso e compreensão, para que essa passagem à fase adulta, por vezes tumultuosa, ocorra com um mínimo possível de conflitos e traumas. Crise existe para ser resolvida, gerando soluções.

Os conflitos nessa fase são comuns e, de uma maneira geral, não patológicos. Eles ocorrem por causa da mudança do comportamento dos adolescentes pelos atributos

que foram identificados e se expressam com maior intensidade no seio da família. O adolescente, para cristalizar a sua nova identidade, tem uma necessidade de se opor aos conceitos familiares que também estão cristalizados, daí o conflito. (SCHUSSEL; CAVALCANTE, 2008, p. 595)

Na vida extradomiciliar, os embates são inexoráveis; ensinar aos filhos combatê-los, combatendo, é um dos trunfos atribuídos à família, primeiro espaço de surgimento de conflitos humanos e de suas soluções; para isso, os pais necessitam entender que os e as adolescentes, em momento de consolidação de emergente e fluida identidade, tendem – naturalmente – a se opor, com a elevada energia de que dispõem e utilizam, aos princípios “ultrapassados” dos pais adultos, aos seus conceitos “obsoletos” e ao seu modo “cafona” de viver. (sic) São ações de rebeldia afrontosa dos adolescentes, em momento de autoafirmação, que o tempo se encarrega de amainar, suprimir, minimizar; a prenhez extemporânea pode ser um exemplo de afronta. Paciência, compreensão e diálogo familiar são aliados nas soluções. Novas relações entre pais e filhos devem ser baseadas em diálogos democráticos.

Donati (2008) refere-se aos relacionamentos abertos – livres de censura - entre pais e filhos. Nos dias atuais, relacionamentos francos são importantes, inclusive, no tocante à prevenção ou na aceitação da gravidez na adolescência, se já consumada, através de um contínuo espaço democrático de diálogo permanente, no qual filhos e filhas tirem suas dúvidas, recebam orientações e aconselhamentos, os mais variados, sobre sexualidade e tantos outros temas que preocupam e afligem principalmente os e as jovens adolescentes, em momento de autoafirmação, de necessidade de realização e de intempestividade primaveril. Para isso, é necessário que pais e mães se instrumentalizem devidamente, para que, como verdadeiros e melhores amigos de seus filhos, possam orientá-los corretamente e, ainda, deseja-se: que o façam em tempo hábil e útil. O diálogo pode evitar gestações indesejadas.

Relacionamentos livres e democráticos entre pais e filhos são o melhor caminho para o entendimento intergeracional, no entanto, o bom senso recomenda que “[...] a autoridade parental deve ser atenuada, porém jamais extinta”. (WAGNER et al., 2005a, p. 281)

Entre pais e filhos, as relações passaram a ser mais livres, justamente por isso mais francas, mas isto não quer dizer que sejam menos significativas. Essas relações tornam-se emotiva e simbolicamente mais cruciais e, muitas vezes, se carregam de tons dramáticos. Quando os filhos não têm um verdadeiro pai e uma verdadeira mãe (cada filho faz um idéia daquilo que isso significa, na base de sua vivência natural), suas dificuldades aumentam, porque os pais não mediam para eles de forma adequada o mundo adulto. (DONATI, 2008, p. 15)

Decorrência da livre interlocução entre pais e filhos, algo de muito patente surge e se consolida: adequada reciprocidade relacional no âmbito familiar, segundo pesquisas

realizadas por vários estudiosos nos diferentes tipos vigentes de família. Petrini, Alcântara e Moreira (2009, p.272) identificam “[...] a família como relação de plena reciprocidade entre gêneros e entre gerações, ainda com variações nas diversas formulações”.

A expressão: Dimensões Relacionais, citada por Petrini, Alcântara e Moreira (2009), possui uma base de sustentação consistente na obra de Pierpaolo Donati: Teoria Relacional da Sociedade: contribuições à família; para os citados pesquisadores, as denominadas relações “invisíveis” se estabelecem, no particular, entre pais e filhos/filhas e demais membros da família. Os diferentes papéis exercidos pela família e, particularmente, pelos pais e mães, são fundamentais e, tantas vezes, decisivos para o futuro de sua prole; podem... e o ideal é que sejam executados com responsabilidade, de forma transespacial: no lar, na escola e em todos os espaços onde seus filhos e filhas estejam, convivam e, por igual, em todos os momentos vividos por eles e elas, durante todo o seu ciclo vital, transtemporalmente.

O “antes” do Ciclo Gravídico-Puerperal

Todo o histórico de vida das mães do amanhã - ou também dos pais futuros - exerce, de maneira positiva ou negativa, influência sobre a sua própria qualidade de vida posterior, durante todo o transcorrer de sua existência e, inclusive, sobre os seus descendentes: filhos-e-filhas, em gestações futuras. Em função do afirmado, objetivando-se a proteção integral das gerações do porvir, todos os cuidados e apoios prestados às crianças e aos adolescentes de hoje pelos seus familiares ou responsáveis, mormente pais e mães, são relevantes em relação à saúde física e mental dos seus descendentes. Deveres cumpridos pelos pais são direitos dos filhos e dos netos, também, tantas vezes.

Nem sempre o desejo-intenção de prestar boa assistência aos filhos e filhas basta.

Os pais, ao mesmo tempo em que procuram não repetir os mesmos erros de sua família de origem, encontram-se sobrecarregados pela questão tempo/trabalho/carreira e, ainda, a dedicação aos filhos. O resultado disso são momentos de conflito, de não saber o que fazer para administrar a situação, necessitando, então, de orientação para educar seus filhos. (KUNRATH; WAGNER, 2009, p. 252)

Causas as mais díspares, presentes e passadas: recentes e remotas, impedem um bom desempenho dos pais; convém destacar que, para melhor desempenhar seus múltiplos papéis em prol do binômio: mãe e filho, pais carecem de uma orientação e apoio logístico; poucas vezes recebem informações atinentes e apoio do poder público, da escola e da própria sociedade organizada, em relação, especificamente, à adolescência e à gestação prematura. Parceria entre tais instituições – acrescida da colaboração dos órgãos de comunicação de

massa, através de programas educativos de qualidade – são citadas por diferentes pesquisadores, como instrumentos válidos; Vitiello (1994); Guimarães, Vieira e Palmeira (2003); Motta et al. (2004); Gomes e Pereira (2005); Petrini, Alcântara e Moreira (2009).

Novos paradigmas modificam a visão que tinha o poder público sobre o papel da família junto a todos os seus membros; atualmente, a unidade familiar é considerada uma estrutura confiável de proteção complementar e constante à saúde dos seus membros, porquanto, responsável pelo fiel cumprimento das determinações médicas e outras concernentes aos seus familiares fragilizados, sobretudo crianças e idosos, também capaz de informar sobre seus problemas, doenças, práticas nutricionais, dificuldades pessoais, limitações e outros dados correlacionados; a família é um inestimável banco de dados, vivo e dinâmico, muito útil à implementação de políticas e ações de saúde pública; *in locu*, o PSF se utiliza desse rico cabedal informativo familiar nas suas atividades profissionais.

Parceria: família, escola e poder público, através de seus órgãos de prestação de serviço às crianças e aos adolescentes, se harmônica e continuada, poderá se constituir num instrumento capaz de reduzir gravidezes precoces, abortos provocados, doenças sexualmente transmissíveis (AIDS), utilização de drogas e violências contra e por eles e elas causadas.

Com base nas informações obtidas, os sanitaristas e outros operadores de saúde devem usar seus conhecimentos sobre cada família, para juntos a ela, pensar e implementar a melhor assistência possível. Segundo Wright e Leahey (2002), tais profissionais, do ponto de vista teórico, para melhor entender a família, devem considerá-la como parte de um sistema.

Quando esta definição é aplicada às famílias, possibilita-nos ver cada uma delas como uma unidade, conseqüentemente, focalizar-nos na interação entre seus membros e não assisti-los individualmente. Assim, é preciso considerar cada membro da família, como um subsistema de um sistema.
(WEIRICH; TAVARES; SILVA, 2004, p. 176).

Vale destacar que, em função da grande diversidade morfológica e funcional das famílias atuais, as suas diferentes configurações necessitam ser estudadas uma-a-uma, unidade por unidade, buscando-se identificar suas dificuldades relacionais e necessidades gerais e especiais e, a partir daí, melhor assistí-las globalmente e nas suas especificidades, sem jamais olvidar que a família é um conjunto de seres humanos interligados afetivamente; por isso: “(...) Como analisar a família sem considerar, simultaneamente, diferentes ângulos de abordagem? Como entender a família sem incorporar a dimensão do sujeito, sem explicitar uma concepção de pessoa humana e de suas exigências mais fundamentais”? (BASTOS, 2003, p.11)

4.4. Multi-interdisciplinaridade

“[...] Nenhuma medida contém o infinito, nenhum contingente dá limite e nenhum espelho reflete a imagem inteira [...]”

Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima

Delimitado é o escopo na presente pesquisa: pretende-se apenas estudar a temática em tela no seu âmbito multidisciplinar, passo inicial à consecução de desejáveis investigações multi-interdisciplinares posteriores sobre Gravidez na Adolescência e Família, conforme seus precípuos propósitos. A guisa de esclarecimento, torna-se imprescindível pontuar e enfatizar que multidisciplinaridade e interdisciplinaridade têm sido sempre abordadas conjuntamente, nos seus aspectos gerais mais relevantes, porque são temas interligados, inclusive, em todo o acervo consultado. Em decorrência do exposto, estudá-las juntas tornou-se necessário.

Antes de adentrar no estudo da multi-interdisciplinaridade, é fundamental conhecer conceitualmente o que seja disciplinaridade. “A disciplinaridade limita-se a investigar um fenômeno homogêneo, linear em seu contexto a ser estudado. Seria, portanto, uma exploração científica especializada de determinado domínio homogêneo de estudo”.(SILVA, 2008, p. 2)

A disciplinaridade surgiu no século XVI com Galileu Galilei. (LENOIR, 2005/2006)

Nesta situação específica, é fundamental identificar as partes para compor o todo.

“Multidisciplinaridade seria o conjunto de disciplinas que simultaneamente tratam de uma dada questão, sem que os profissionais implicados estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico ou científico”.(ROCHA; ALMEIDA,2000, p.99) Japiassu (1976) concorda e aduz: as ações são fragmentadas e não há cooperação mútua entre as disciplinas envolvidas.

Multidisciplinaridade: refere-se basicamente a uma associação ou justaposição de disciplinas que abordam um mesmo objeto a partir de distintos pontos de vista. É comum em congressos e seminários, onde vários especialistas se encontram para discutir um objeto sob diversos ângulos. Contudo, não se verifica uma integração interdisciplinar. (ARTMANN, 2001, p. 186)

Enquanto, a multidisciplinaridade se situa apenas no plano quantitativo, formada pelo conjunto somatório de disciplinas reunidas em torno de um ou mais temas, cada qual agindo de forma isolada, específica, sem quaisquer interfaces, na interdisciplinaridade busca-se, no plano qualitativo, alcançar os melhores e mais eficazes resultados na solução de vários problemas comuns, através da integração e inter-relação (não somente somação profissional)

de todas as distintas áreas multidisciplinares envolvidas, em processo dinâmico de interseção contínuo, que se pretenda exitoso, sob coordenação. Interdisciplinaridade exige vontade, harmonia, integração e articulação de todos os profissionais movidos por objetivos comuns.

Interdisciplinaridade: busca-se a superação das fronteiras disciplinares. Pode-se construí-la através da definição do que as disciplinas científicas têm em comum em níveis de integração mais profundos, através da unificação ou síntese de conhecimentos científicos ou do estabelecimento de uma linguagem interdisciplinar consensualmente construída entre os cientistas. Observa-se uma troca profunda entre disciplinas, onde instrumentos, métodos e esquemas conceituais podem vir a ser integrados. (ARTMANN, 2001, p. 186)

O segredo do êxito de uma ação multi-interdisciplinar reside na identificação dos pontos de convergência entre as diferentes disciplinas, em relação à problemática estudada; a partir daí, utilizá-los como portas de entrada e de saída para o entendimento dos profissionais responsáveis pelos resultados pretendidos; fronteiras abertas, nas quais apenas se exige o passaporte do bom senso, ausência de vetos, uso de uma linguagem comum e muita paciência; e mais: “O trabalho interdisciplinar consiste em uma integração das disciplinas no nível de conceitos e métodos”. (ALVES; BRASILEIRO; BRITO, 2004, p. 141), confirmando a posição de Artmann (2001), acima explicitada. Em que implica isto, finalmente?

Interdisciplinaridade implicaria em uma axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas cujas relações seriam definidas a partir de um nível hierárquico superior ocupado por uma delas. Exigiria identificação de um problema comum, levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e uma plataforma de trabalho conjunto. (ROCHA; ALMEIDA, 2000, 99).

As atividades multi-interdisciplinares devem começar com a identificação de um problema que seja comum a várias áreas ou disciplinas científicas, exigidor de soluções conjuntas; neste momento impõem-se ações mais do que efetivas: eficazes, mais do que plurais: integradas, em prol, ao mesmo tempo, de pessoas, famílias e comunidades inteiras, como no caso específico da assistência à saúde materno-infantil prestada à Gravidez na Adolescência. A multi-interdisciplinaridade, nos espaços acadêmicos e assistenciais, teóricos e práticos, em todas as fases de sua operacionalização: do planejamento à execução, é um instrumento mais do que necessário, porquanto ultrapassa os limites da necessidade, atinge os da plena e total indispensabilidade, precipuamente neste caso e em outros tais, onde a vida de seres humanos é o centro, princípio e fim único de tudo o que se pode e se deve fazer.

Muitas vezes, apenas ações somatórias e bem intencionadas não bastam, são insuficientes, porque não atingem, nos seus resultados finais, os nobres objetivos a que se destinam: a proteção humana global; no caso da prenhez na adolescência precoce, da família como um todo, de mães e pais que são crianças e, também, de crianças que são seus filhos e

filhas, gerados no ventre de um destino, que se julga otimista: o do “Deus dará, proverá!”, em vez de seguir, como devia ser, a realista recomendação bíblica: “Faz por ti que eu te ajudarei”.

A gravidez na adolescência, pela sua complexidade, exige um esforço plurisetorial de profissionais de distintas áreas do conhecimento; a área da saúde exerce relevante papel em todo o contexto, pois diretamente responsável pela maioria das ações assistenciais prestadas.

[...] a interdisciplinaridade contempla: o reconhecimento da complexidade crescente do objeto das ciências da saúde e a conseqüente exigência interna de um olhar plural; a possibilidade de trabalho conjunto, que respeita as bases disciplinares específicas, mas busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições; o investimento como estratégia para a concretização da integralidade das ações de saúde. (SAUPE et al., 2005, p. 522)

Com o decisivo envolvimento de diversos profissionais da área da saúde na assistência prestada, o complexo tema gravidez na adolescência, de difícil, mas possível enfrentamento global, exige concomitantes ações interdisciplinares, mantendo-se a autonomia de cada qual.

Na Introdução do seu artigo Interdisciplinaridade: Funcionalidade ou Utopia, Minayo (1994) assinala que a questão da interdisciplinaridade é uma constante epistemológica, para depois aduzir (1994, p. 42):

Nossas indagações contemporâneas são a reafirmação da utopia de uma integridade perseguida historicamente pela ciência. A preocupação dos grandes sábios tem sido a de que a dispersão do conhecimento, se corresponde à divisão de trabalho intelectual, não deveria resultar em contradições entre os pesquisadores e o resultado de seus trabalhos.

A interdisciplinaridade, sonho utópico milenar das ciências, ainda muito pouco concretizado na academia e na prática operacional, continua despertando o interesse acadêmico de pesquisadores e gestores. “A interdisciplinaridade é algo pressentido, desejado e buscado, mas ainda não atingido”. (GATTÁS; FUREGADO, 2006, p. 325)

Em realidade, obter-se no mundo científico, de forma positiva, uma convergência de conhecimentos é um sonho perseguido há muitos séculos, desde os antigos sofistas gregos, através de um programa por eles criado, denominado de “*enkuklios paidéia*”, que consistia em “ensinamento circular que cobria a totalidade de disciplinas constitutivas da ordem intelectual”, segundo Minayo (1994, p. 45). Tal ensinamento acima, sob o título de “programa enciclopédico”, foi adotado também pelos romanos.

No curso da história, o tema multi-interdisciplinaridade jamais desapareceu da discussão científica, desde a Grécia antiga, perpassando a Idade Média e a Renascença,

atingindo os séculos XVIII, XIX e XX, a duras penas, até chegar aos dias atuais, em todo o orbe, nos grandes centros científicos de excelência, idosa, mas ainda com alguma vitalidade.

Enquanto na época de Aristóteles ou de Galileu os pesquisadores de diferentes áreas se procuravam mutuamente para compartilhar seus conhecimentos; se verifica hoje uma tendência geral que vai ao sentido contrário, fazendo que os pesquisadores se entrincheirem nas suas especialidades ou sub-especialidades, compartilhando seus conhecimentos apenas no interior de um círculo próximo e restrito. (LEIS, 2005, p.4)

Essa pedagogia da totalidade foi retomada sem ruptura na Renascença sob o domínio do Humanismo, sobretudo nos colégios jesuítas até 1760-1770, quando a perseguição à sua ordem religiosa provocou a supressão dessa forma de conceber a organização do conhecimento, que reproduzia o programa milenar dos sofistas gregos. (MINAYO, 1994, p.45).

Mais recentemente, no Século XIX, ocorreu flagrante recuo multi-interdisciplinar, segundo Minayo (1994). O *bunker* da unidisciplinaridade, na maioria das vezes, é impenetrável ao insolente corpo estranho interdisciplinar. No século XX, no Brasil, houve tentativas esparsas de soerguimento do pensamento interdisciplinar, integrando filosofia e ciências naturais, ciências humanas e sociais. No mundo acadêmico atual, em pleno Século XXI, no nosso país e em outros, a grande discussão sobre o tema permanece com pequenos e insignificantes avanços práticos.

Em toda a história, o sonho da multi-interdisciplinaridade jamais desapareceu da mente dos pensadores. Continua sendo um difícil desafio enfrentado por pesquisadores e gestores.

Minayo (1994, p. 43), em precedente avaliação crítica, coloca mais lenha na fogueira inapagável da longa discussão acadêmica, que vara séculos, quando afirma:

Na verdade ver-se-á que a reivindicação interdisciplinar ora se apresenta como panacéia epistemológica, invocada para curar todos os males que afetam a consciência moderna; por vezes se fala nela com um ceticismo radical; por vezes, como uma fatalidade própria do avanço técnico e científico.

Em realidade, o que se busca com a multi-interdisciplinaridade é atingir a totalidade do conhecimento, de forma integrada, não apenas somatória; idem, o sonho de integrar todos os saberes humanos, não somente os científicos, mas também, a filosofia e outros. Exigem-se, para isso, múltiplas contribuições de distintas ciências, de diferentes consciências e a interseção dessas diversas áreas do conhecimento humano. “O que se busca é a superação da fragmentação do conhecimento, reconhecendo e respeitando as especificidades de cada área profissional”.(LOCH-NECKEL, 2009, p.1464); há espaços, sim, para a interdisciplinaridade.

A fragmentação do saber humano é uma realidade, cada vez mais presente no mundo científico, embora não se possam negar os grandes avanços tecnológicos e científicos em todos os campos das pesquisas puras e aplicadas realizadas isoladamente e com foco limitado.

No campo da Saúde Coletiva, por exemplo, a problemática em torno das diferenças conceituais, paradigmáticas e operacionais entre multidisciplinaridade e interdisciplinaridade vem se constituindo em um constante desafio epistemológico e, por este motivo, tendo que ser enfrentado, já há algum tempo, com indisfarçável preocupação geral, por diferentes pesquisadores de distintas áreas do conhecimento.

Qualquer tema de âmbito multidisciplinar necessita que conhecimentos pontuais já obtidos através de pesquisas de distintas áreas envolvidas do conhecimento científico de base unidisciplinar se somem; conhecimentos reunidos, ordenados e integrados, em processo contínuo de interação, são a base de construção do edifício multi-interdisciplinar. Para isso, faz-se necessário a abertura de um canal de interlocução entre todas as áreas do saber.

É muito importante que cada indivíduo envolvido num projeto interdisciplinar perceba as especificidades conceituais que são colocadas. A idéia não seria a de criar uma linguagem comum a todos, nem propor a utilização de um conceito unificado, mas mostrar que há a possibilidade de ocorrer uma interdependência entre as disciplinas, mesmo com as diferenças terminológicas, de maneira que os integrantes desse programa possam se entender melhor. (SILVA, 2008, p.3)

Não sendo possível a utilização de uma linguagem una, pelo menos que se estabeleça um canal único de interlocução. Exige-se, reenfate-se!, que, no combate efetivo a uma problemática de tão complexa etiologia, que os seus conhecimentos unicelulares atinentes se integrem, se ajustem, interajam e se completem (multi-interdisciplinaridade) nas ações implementadas, único caminho vislumbrado - capaz e eficaz - a se trilhar para a obtenção de soluções globais eficazes; do ponto de vista preventivo, no caso de Gravidez na Adolescência, tema multi-interdisciplinar, busca-se a maior proteção possível, a curto, médio e longo prazo, de crianças que geram crianças, de suas famílias e da sociedade por inteiro ou o melhor: evitá-la, através de ações somatórias e integradas de diferentes áreas do conhecimento.

Minayo (1994, p. 61-62), de forma objetiva, faz as seguintes recomendações:

[...] c) atualmente, do ponto de vista prático, a experiência tem mostrado que, frente a temas complexos impossíveis de serem tratados isoladamente, os êxitos dependem: 1) de reunião de pessoas capazes de dialogar e dispostas a isso; 2) de reunião de pessoas competentes em suas áreas disciplinares dispostas a compreender a problemática específica da matéria de colaboração; 3) em consequência do diálogo e competência redundam a discussão de conceitos, triangulação metodológica e colaboração na análise dos resultados. Além, evidentemente, da discussão do conteúdo social e ético da produção científica.

Minayo (1994) fornece uma fórmula mágica (!?) capaz de reduzir impasses históricos.

Luz (2009), em defesa da integração de distintas áreas científicas, cita diferentes pesquisadores que, com visão multi, inter, transdisciplinar, revisaram os seus conteúdos, as metodologias usadas, os próprios saberes disciplinares e as práticas que utilizam; em seguida, complementa as informações prestadas, enfatizando a conduta dos mesmos.

Problematizaram o que pode caracterizá-lo como núcleo epistemológico, teórico e prático, distinguindo-o (mas ao mesmo tempo aproximando-o), em termos paradigmáticos, das ciências humanas, da medicina, da epidemiologia clássica, assim como do planejamento, da gestão e avaliação das políticas de saúde, institucionalizadas em programas e serviços do Sistema Único de Saúde. (LUZ, 2009, p.304).

Para Leis (2005, p. 2): “A interdisciplinaridade pode ser entendida como uma condição fundamental do ensino e da pesquisa na sociedade contemporânea”. Não somente na academia e nas escolas, mas no cotidiano das ações operacionais. No caso específico da Gravidez na Adolescência, os conhecimentos científicos obtidos pelos cientistas podem ser usados na prática, integrados, de forma multi-interdisciplinar, através de um esforço comum de homens e mulheres que exercem atividades em órgãos responsáveis pela saúde e bem estar das (os) nossas (os) adolescentes, com reflexos benéficos sobre suas famílias e com o apoio e parceria destas.

É incomum a realização de pesquisa multi-interdisciplinar em universidades de complexa estrutura material e organizacional diversificada, com distintas unidades educacionais distantes entre si, fatores responsáveis (quicá?) por um costumeiro e permanente distanciamento – físico e intelectual - entre diferentes pesquisadores de díspares perfis, de várias áreas do saber.

Na opinião de Leis (2005), a busca pelo conhecimento não pode prescindir a priori de nenhum enfoque. Em consonância ao aludido dogma científico, reconhece-se também a importância do saber científico, do buscar identificar “muito em tão pouco”, uma constante contumaz no grande universo das ciências, em muitas áreas do saber acadêmico. Reconhecem-se, mais uma vez, que pesquisas básicas e aplicadas (específicas) vêm colaborando decisivamente para o crescimento e desenvolvimento das ciências; achados simples, mas relevantes, são capazes de acrescentar inovações e conhecimentos extraordinários ao universo científico. Louve-se, ao reenfatar tal realidade, todo esse esforço e o denodo de tantos e tão competentes pesquisadores.

Não olvidar, igualmente, que o desconhecimento de informes fundamentais de todas as parcelas do todo, quando se estudam temas de tamanha complexidade, bem exemplificado,

particularmente, pela Gravidez na adolescência, longe de ajudar, sobretudo ao pesquisador iniciante, costuma confundi-lo. Por se tratar de assuntos tão abrangentes, informações desvinculadas – na prática assistencial – somam pouco ou nada acrescentam, sobretudo porque as soluções de tão díspares problemas, no nível preventivo e de intervenção, perpassam ações integradas de áreas tão distintas, unidisciplinares, exigindo-se de cada qual conhecer pelo menos um pouco, mínimo que seja, do saber de todos, pré-requisito à desejável integração e adequada interlocução.

A concretização do grande sonho interdisciplinar, há séculos acalentado no mundo científico internacional, dependerá, inclusive no caso da gravidez na adolescência, de múltiplos e autênticos despojamentos de vaidades e orgulhos humanos, sobretudo do profissional da medicina, declarado maestro da orquestra da multi-interdisciplinaridade na área da saúde “[...] porque só como médico ele não consegue, ele tem que estar voltado para os problemas sociais, psicológicos, econômicos, biológicos dos idosos”. GUEDES (2000, p.74); de igual forma, em relação ao estudo da família e de outros temas de insofismável complexidade e amplitude multi-interdisciplinar, a situação é exatamente a mesma.

Segundo Silva (2008), há dificuldades práticas reais à consecução da multi-interdisciplinaridade; no campo pedagógico também, foco das suas pesquisas; alguns obstáculos têm sido referidos por diversos pesquisadores; o mais visível de todos: é a ausência de coerência entre o que o professor diz em sala de aula e o que faz realmente na prática educacional. E aduz: “O paradigma positivista caracteriza-se por uma política neutra de ensino, fragmentando o conhecimento, compartimentalizando-o e hierarquizando-o por disciplinas, dificultando certamente a superação das barreiras entre as pessoas”. (Ibid, p.14).

Tal realidade é comum a todas as áreas científicas, exatamente igual. Mas, a ciência existe - também - para superar suas próprias dificuldades e insuficiências; a superação é uma constante acadêmica, epistemológica. Há várias causas e fatores que contribuem para a não realização de uma multi- interdisciplinaridade efetiva.

(...) a falta de conhecimento do verdadeiro significado do projeto interdisciplinar, que muitas vezes se restringe em seu aspecto metodológico; a falta de uma formação para esse tipo de trabalho, a permanência da barreira entre as pessoas, o desinteresse individual e coletivo; o medo de perder prestígio pessoal e o medo de partilhar o saber, pois o espírito interdisciplinar vai além das expectativas. (Silva, 2008, p. 14)

De todo o exposto, depreende-se que há inumeráveis obstáculos que necessitam ser ultrapassados de forma global; desses, o que se refere “à falta de uma formação” profissional para realizar a interdisciplinaridade (Ibid, p.15) é um dos mais importantes.

5. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: ASPECTOS GERAIS E A FAMÍLIA.

Dados estatísticos

A elevada frequência da gravidez na adolescência vem sendo referida em toda a literatura compulsada a partir da segunda metade do século XX, sobretudo nos seus últimos anos, causando apreensão à sociedade em geral e aos profissionais da Saúde Pública, decorrência dos seus supostos aspectos negativos. Carvalho (2005, p. 23-24) confirma tal apreensão: “[...] há uma maior incidência de gravidez precoce, algo que vem preocupando os estudiosos e atingindo as próprias políticas públicas”.

A problemática em estudo tem dimensão universal; pesquisadores latino-americanos também têm se debruçado sobre o tema Gravidez na Adolescência; na América Latina, no Chile, já no final do século XX, Martinez Aliaga (1985) refere um recrudescimento do número de gestações em adolescentes; na Colômbia, Monterrosa e Bello (1996, p.15) confirmam tal aumento: *”En la Maternidad ‘Rafael Calvo’, Cartagena, Colombia en el año de 1994 se atendieron 12.416 partos, siendo 3.161 pacientes (25.4 por ciento) menores de 20 años”* [...]. Vários pesquisadores têm constatado tal viés demográfico no Brasil.

Em nosso país, a mesma tendência foi confirmada no final do século passado e início do atual, segundo Wong; Melo (1987); Pinheiro (2000). Recentemente, Melo (2009, p. 41) aduz: “No Brasil a gravidez na adolescência é um problema de saúde pública, estima-se mais ou menos 700 mil partos no SUS e 250 mil na rede privada de mulheres abaixo de 20 anos”.

Monteiro e Cunha (1994, p. 23) comparam os números nas gestações precoces e tardias: “A frequência de gravidez variou de 13,6 por cento das grávidas quando se considera idade limite de 16 anos a 40 por cento com limite de 19 anos”. No Ceará, pesquisa realizada por Arcanjo, Oliveira e Bezerra (2007, p. 445) aponta que 20% das gestantes adolescentes estudadas “estavam entre 14 e 15 anos”.

Diferentes pesquisadores, entre eles: Almeida (2002), em relação à gravidez na adolescência precoce e sua elevada mortalidade, manifestam apreensão.

Os referidos valores numéricos fornecidos pelo SUS - Sistema Unificado de Saúde excluem os partos realizados em residência ou em clínicas particulares não credenciadas ao mesmo. Indicadores e Dados Básicos, DATASUS (BRASIL, 2008), recentes revelam que a taxa de fecundidade total na adolescência atinge percentualmente a cifra de 21,49%: em menores de 14 anos (0,94%) e entre 14 e 19 anos. (20,55%); possibilidade real de prenhez precoces.

Embora em momento de declínio, pela redução da fecundidade, a gravidez prematura continua em níveis elevados; mais preocupante, quando em situação de vulnerabilidade social.

Dados sobre a gravidez na adolescência precoce e tardia, fornecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), demonstram que a tendência à redução na população em geral, em todos os extratos sociais, é decorrência principalmente de ações governamentais. Em 2007 ocorreram 2.795.207 de nascimentos no país, dos quais 594.205 (21,3%) foram de mães com idade entre 10 e 19 anos. No entanto, a tendência da gravidez na adolescência é de redução menor, em relação à ocorrente na fase adulta. Isto por conta das campanhas em relação ao uso de preservativo, da disseminação da informação sobre métodos anticoncepcionais e de seu maior acesso aos mesmos, além da participação da mulher adulta no mercado de trabalho, e melhor orientada sexualmente. No Brasil, do total de partos atendidos no SUS em 2007, de adolescentes e jovens entre 10 e 24 anos, é possível obter os seguintes dados: partos de mulheres na faixa de 20 a 24 anos representam 31%; partos de adolescentes de 15 a 19 anos representam 23%, partos de adolescentes entre 10 e 14 anos, 1%.

Constata-se que vem decrescendo estatisticamente a gravidez incidente na fase adulta, a partir dos 20 anos de idade (PINHEIRO, 2000). Detalhes, em Singularidades Demográficas.

Abreu e Vitalle (2008), em contraposição, malgrado neguem a existência de aumento dos índices de gravidez na adolescência, acentuam que as taxas continuam indesejáveis.

Altmann (2007) justifica os menores índices atuais de gestações em mulheres adultas como consequência de: expansão e prolongamento do ensino e de sua inserção no mercado de trabalho, mas não informa sobre a manutenção de altos índices gestacionais em adolescentes, sobretudo em menores de quinze anos.

Os últimos dados fornecidos pela SESAB - DIS (BAHIA, 2007) revelam a situação da gravidez na adolescência (+ de 20%), nos seus períodos precoce e tardio, em relação à ocorrente em outras fases etárias; resultados semelhantes aos nacionais.

Causas e fatores intervenientes associados à gravidez na adolescência

Na segunda metade do Século XX, a gravidez na adolescência já era considerada por muitos pesquisadores um fenômeno de causologia múltipla correlacionado às grandes mudanças sociais vigentes à época, iniciadas com muita intensidade a partir da década de 1960 com o movimento feminista; resultante, portanto, da nova e complexa realidade mundial, na qual, especificamente, as mulheres, sobretudo as mais jovens, no seu primeiro salto histórico de libertação do jugo masculino, se inseriam ainda titubeantes, inseguras.

Costa e Leal (1984, p. 198), há 27 anos, apontavam os porquês da gravidez na adolescência, explicitando: “As causas mais importantes desse ‘fenômeno’ (gravidez na adolescência) são, possivelmente, o não uso da ‘pílula’ e o *status* que a mulher vem

adquirindo, ao longo dos anos, conseguido mediante a reivindicação da igualdade dos seus direitos perante o homem e a sociedade”.

Costa e Leal (1984, p. 198) já apontavam outros fatores envolvidos com a questão: “[...] o aumento do número de gestações na adolescência decorria do aumento da população mundial, desconhecimento da fisiologia reprodutiva, afrouxamento dos costumes e maior liberdade sexual”, referindo-se, também, ao êxodo rural, responsável pelo seu incremento nas capitais, onde tais dados eram mais detectados, mensurados estatisticamente e divulgados. Dez anos após, no final do Século XX, Costa, Pinho e Martins (1995, p. 151) enfatizavam:

As adolescentes, principalmente as mais jovens, demonstraram pouco conhecimento sobre o uso da contracepção; desinformação nas questões da sexualidade e altos índices de iniciação sexual precoce, fatores estes que podem ter contribuído para a ocorrência de gravidez precoce entre as adolescentes.

A desinformação sobre a utilização de métodos anticoncepcionais tem sido responsabilizada por alguns autores pela alta frequência de prenhez precoces; muitos autores, no entanto, discordam. A precoce fertilidade é um importante fator na sua gênese.

No presente Século XXI, também, as atenções dos pesquisadores se debruçam sobre a precoce fecundidade na adolescência; vários se manifestam a respeito, aspecto também enfatizado nos tópicos: Singularidades Demográficas e Singularidades sexológicas.

Cabral (2003, p. S284) relaciona também a maior incidência de gravidez precoce ao aumento relativo de fecundidade na adolescência tardia: mulheres entre 15 e 19 anos.

Causas determinantes da gravidez na adolescência.

Há décadas, têm sido estudadas. A tríade - fertilidade, iniciação sexual e gravidez precoce – é o que mais preocupa.

Quanto aos aspectos relacionados à fecundidade na adolescência, sabe-se que um dos importantes determinantes do seu aumento, nos últimos 30 anos, diz respeito à iniciação sexual precoce nos diferentes contextos socioeconômicos e à frequente associação deste comportamento com o desconhecimento ou conhecimento inadequado de adolescentes sobre saúde reprodutiva e anticoncepção, aliado a pouca participação da família, escolas e serviços de saúde na educação para a sexualidade. (COSTA et al., 2001, p. 236).

Os estudos, no curso destes últimos trinta anos, têm se concentrado na fecundidade precoce, nos seus aspectos, sobretudo, etiológicos e estatísticos; outras pesquisas revelam outras causas que explicam o elevado número de prenhez precoces. No entanto, em toda a literatura consultada, observa-se que diferentes pesquisadores se revezam em investigações, cujos focos sempre são os mesmos: menarca, fertilidade e atividade sexual precoces.

Embora os dados epidemiológicos revelem queda nas taxas de fecundidade, a análise desta por faixas etárias específicas indica um significativo aumento no intervalo etário compreendido entre 15 e 19 anos. As mais altas taxas de fecundidade apresentam-se, tradicionalmente, em mulheres de 20 a 24 anos. A partir dos anos 80, começa-se a observar um crescimento relativo nas taxas de fecundidade do grupo composto por mulheres de 15 a 19 anos, cujos índices ganham peso quando comparados ao concomitante decréscimo nas taxas do grupo etário de 20 a 24 anos. (Cabral, 2003, p. S284)

A elevada incidência da gravidez na adolescência, sobretudo a ocorrente nos primeiros anos de maturação sexual, decorre da puberdade precoce: menarca (primeira menstruação) instalada mais cedo e conseqüente aumento de fecundidade. Problemática universal.

A diminuição da idade da menarca, observada inicialmente na Europa, que também tem ocorrido em outras regiões, tem sido apontada como um dos fatores do aumento da fecundidade, porque faz com que as mulheres tenham capacidade reprodutiva mais precocemente. Entretanto, o fator mais importante que explica o aumento da fecundidade é o aumento e a precocidade da atividade sexual. A porcentagem de mulheres que iniciam a vida sexual antes de completar 20 anos tem aumentado durante as últimas décadas. (DIÁZ; DIÁZ, 1999, p. 249)

É, pelo exposto, a antecipação do surgimento da menarca, manifestação de puberdade precoce e de maturação reprodutiva, o que permite uma mais precoce fecundidade; quase sempre, a consequência é uma atividade sexual mais prematuramente iniciada... e a gravidez.

Diferentes fatores sociais e outros, de diferentes matizes, vêm causando mudanças temporais da menarca e da iniciação sexual (fatores bioculturais); a falta de informação e do uso dos meios anticonceptivos também precipitam a gravidez – natureza e cultura associadas.

A tendência de queda da idade média da menarca e da iniciação sexual também aparece associada à gravidez na adolescência, assim como a falta de informação sobre métodos contraceptivos e a dificuldade de acesso a estes. Igualmente corrente é a assertiva de que a gravidez em mulheres menores de 20 anos tem incidência maior nas classes mais economicamente desfavorecidas. (CABRAL, 2003, p. S 284)

O surgimento precoce atual da menarca, quando comparado ao constatado em décadas anteriores, sem causologia ainda esclarecida é o que deflagra o precoce processo reprodutivo feminino; tal fato, em função disso, vem sendo investigado por diversos pesquisadores

A antecipação da menarca, fenômeno observado em todo o mundo, ao menos nos últimos cento e cinquenta anos, ainda não tem suas causas bem explicadas. Admite-se que a maior exposição à luz, em especial a luz solar, a uma alimentação mais adequada possam determinar o mais precoce desbloqueio do hipotálamo pela hipófise, antecipando-se então a maturação do eixo neuro-hormonal hipotálamo-hipófise-ovariano. Contribui também para essa antecipação, segundo as opiniões mais aceitas o maior estímulo à sensualização e à sexualização da infância e da pré-adolescência, facilmente constatáveis nos programas infantis. (VITIELLO, 1994, p.16).

A biologia feminina vem antecipando o início do processo reprodutivo: menarca e fertilidade mais precoces; expondo mais meninas a gestações extemporâneas; para a consumação do evento gravídico, o ambiente familiar, interno, e o sociocultural, externo, colaboram com a natureza, permitindo e até facilitando, explícita ou implicitamente, cada vez mais cedo, as atividades sexuais.

Schor et al. (1998, p. 236), em pesquisa realizada na Região Sul da Cidade de São Paulo, informam que: “A média de idade da menarca entre todas as adolescentes foi de 12,5 anos. Entre as adolescentes que não tinham iniciado a vida sexual, a média foi de 12,6 anos e entre as que tinham iniciado a vida sexual foi de 12,3 anos”. Esta linha de pesquisa continua:

Quanto aos aspectos relacionados à fecundidade na adolescência, sabe-se que um dos importantes determinantes do seu aumento nos últimos 30 anos diz respeito à iniciação sexual precoce nos diferentes contextos socioeconômicos e à frequente associação deste comportamento com o desconhecimento ou conhecimento inadequado de adolescentes sobre saúde reprodutiva e anticoncepção, aliado a pouca participação da família, escolas e serviços de saúde na educação para a sexualidade. (COSTA et al., 2001, p. 236)

Inúmeros pesquisadores associam as aludidas informações sobre fecundidade e iniciação sexual precoces a falhas na anticoncepção, responsabilizando por isso a família, a escola e as unidades de saúde. Outros se referem a relacionamentos sexuais precoces livres, geradores de prenhez precoces, antes de casamentos e uniões estáveis incidentes em idades cada vez maiores.

A porcentagem de mulheres que iniciam a vida sexual antes de completar 20 anos tem aumentado durante as últimas décadas. Por outro lado, a idade do casamento está aumentando, o que leva as mulheres a enfrentar um período mais longo de atividade sexual antes de estabelecer uma relação marital estável, durante a qual não desejam engravidar. (DIÁZ; DIÁZ, 1999, p. 249)

Depreende-se do explicitado por diferentes pesquisadores que a problemática gravidez na adolescência, na sua forma precoce, é sempre considerada resultante de fenômenos biológicos e sociais associados; natureza e cultura em momento de inoportuna, indesejável e danosa conjugação. A solução perpassa, pelo visto, educação reprodutiva e anticoncepção.

Situações associadas

Circunstâncias de díspares matizes biopsicossociais têm corroborado com a elevada incidência da gravidez na adolescência, diretamente correlacionadas à fertilidade precoce ou não; buscando mais esclarecimentos, pesquisadores vêm estudando a problemática com olhar

ampliado, dirigido a situações demográficas, sociais e tantas outras de risco: desemprego, monoparentalidade, condições ambientais, familiares e problemas psicológicos; entre eles: Figueiredo; Pacheco & Magarinho (2005).

Monterrosa e Bello (1996, p.15) concordam: “*El embarazo en adolescentes es un problema con implicaciones psíquicas, sociales y médicas*”. Ou, em outras palavras: “A complexidade característica da gravidez precoce é influenciada por diferenças sociais, culturais e econômicas da adolescente que a vivencia”. (SABROZA et. al., 2004, p. S 131)

O não uso ou a má utilização dos anticoncepcionais, malgrado toda uma ampla divulgação realizada e distribuição gratuita dos mesmos, prejudicam as ações públicas preventivas da gravidez indesejada na adolescência e decorrem também de questões culturais ligadas à identidade feminina, conforme o pensamento de muitos pesquisadores.

Para Oliveira (1998), alguns fatores são responsáveis pela gravidez precoce: a) falta de informação sobre anticoncepção é, sem dúvidas, o mais frequente em adolescentes de extratos socioeconômicos mais baixos, somando-se ao fato de que, para muitas dessas mulheres, com poucas opções de vida, a chegada de um filho é considerada algo natural; b) resquício do pensamento mágico infantil, o qual faz a adolescente concluir, diante de relações sexuais eventuais, pela pouca ou nenhuma possibilidade de engravidar; (Idem, 1998), assim, a vida sexual eventual é um motivo a mais, responsável pela ocorrência da gravidez na adolescência; c) inexistência de diálogo intra-familiar; d) que há, igualmente, o medo de os familiares descobrirem que a adolescente está usando método anticoncepcional e, também, a vergonha e o receio de se submetida ao exame ginecológico; e) mudar o relacionamento instável com o parceiro, dando-lhe um filho, é outra manifestação do denominado “pensamento mágico”. Todos estes pensamentos e muitos outros povoam seus cérebros. Como se observa, no dizer de Oliveira (1998), a gênese da gravidez precoce gravita em torno de vários fatores e, especificamente, de detalhes nem sempre referidos e valorizados. Outro fato, observado por Moraes, Veras e Sales (2009), mormente em gestações na adolescência precoce, que merece menção, diz respeito ao surgimento de fantasias infantis, próprias dessa fase etária: “crianças bonecas”, “bebês brinquedos” imaginados por meninas que engravidam. A decepção se instala depois, após o parto, com a dura realidade de uma maternidade não previamente imaginada: noites não dormidas, “em claro”, trabalho árduo e extenuante nos cuidados prestados, diuturna e ininterruptamente, a seus bebês tão frágeis – criança-filha se transforma em criança-mãe, tão de repente; mudança abrupta de papéis ocorre.

De um modo geral, percebe-se que a experiência de criar os filhos leva a adolescente a repensar sua vida e concluir que “filho não é um brinquedo”, ao contrário, seu cuidado requer atenção e responsabilidade. (...) A partir dos discursos analisados, percebe-se que as adolescentes possuem uma concepção inicial fantasiosa acerca da gravidez/maternidade. (MORAIS; VERAS; SALES, 2009, p. 6).

Fantasia geradoras de alto custo biopsicossocial para as crianças-bonecas e as mães-crianças; uma maternidade, tantas vezes, apenas virtual. Cabe à família, tantas e tantas vezes, assumir o custo de tudo e enfrentar o mundo real; observe-se: nem sempre, no entanto, em condições plenas de fazê-lo, material e psicologicamente.

Recorrência gestacional na adolescência (reincidência gravídica)

Há maior risco biopsicossocial quando ocorrem prenhez repetidas na adolescência.

A adolescente engravida e depois comete o mesmo erro. (MELO, 2009) Vários pesquisadores estudam tal problemática com o intuito de evitar a reincidência de gestações em adolescentes com menos de quinze anos; entre outros: Souza, 2002; Filho; Sakamoto, 2003; Persona, Shimo; Tarallo, 2004; Berlofi et al., 2006; Guimarães; Witter, 2007; Bruno, 2009. Recorrência gestacional em adolescentes é também problema de saúde pública.

Muitas Secretarias Estaduais de Saúde mantêm programas de Planejamento Familiar, através de ações preventivas de caráter educativo, que inclui o uso de anticoncepção orientado por médicos, dirigidas às puérperas adolescentes, buscando reduzir gestações recorrentes comuns e novos riscos materno-infantis resultantes.

Surpreendentemente, um grupo de adolescentes apresenta uma segunda, terceira ou até quarta gestação durante a adolescência, a maioria sem ser planejada. (GODINHO, 2000)

Pinto e Silva; Noqueira (1988) e Coard et al. (1998) ratificam o afirmado por Godinho (2000). Outros pesquisadores constatam altas porcentagens de repetição da gravidez na adolescência (entre 10 a 45%), acontecendo após pequenos intervalos entre as gestações (12-24 meses); menor espaço interconcepcional é fator de maior risco de prematuridade e de baixo peso ao nascer. A gênese da prenhez precoce de repetição deve ser melhor investigada e combatida.

Recorrência gestacional sugere que a primeira gravidez indesejada não basta, de forma significativa, como uma experiência negativa danosa capaz de evitar outra gravidez.

Cruz (2009) estudou a gravidez precoce, não planejada e/ou não desejada, identificando, inclusive, fatores correlacionados à sua repetição em adolescentes, ratificados por Santos et al. 2009: condições desfavoráveis financeiras, baixa escolaridade, alto índice de

evasão escolar e o uso irregular dos anticoncepcionais; muitas adolescentes encontravam-se em “união estável temporária”.

A família pode exercer relevante papel preventivo, no combate à gestação de repetição na adolescência, em ação de parceria com os serviços públicos que lidam com a problemática em tela; Lippi (2006) recomenda a parceria aludida. Para atingir com sucesso tal desiderato, torna-se necessário conhecer suas causas e fatores associados.

Persona, Shimo e Tarallo (2004) revelam que a reação positiva ou negativa da família em relação à (s) gravidez (es) anterior (es) foi um dado encontrado no estudo realizado e que pode se constituir num fator impeditivo ou contribuinte à repetição da gravidez. Por isso, é necessário apoiar e instrumentalizar a família em todos os momentos.

Nas últimas décadas no mundo, a repetição da parentalidade na adolescência tem aumentado, porém esta fica mais evidente nos países emergentes, tendo em vista a pouca escolaridade, a falta de informação, a desagregação familiar, a instabilidade econômica, especialmente, nos adolescentes de nível socioeconômico mais baixo (CARVALHO; MERIGUI; JESUS, 2009, p. 18).

Carvalho, Merigui e Jesus (2009, p. 23) concluem, confirmando a assertiva acima, que: “As implicações da parentalidade recorrente para o adolescente são inúmeras e, obviamente, o apoio familiar, psicológico e social constituem-se em fatores protetores, minimizando as perdas e desvantagens”.

Riscos adicionais decorrem da prenhez recorrente; a família, nessa situação adversa, é muito mais exigida, sobrecarregada; criar dois ou mais filhos é tarefa mais difícil ainda.

Morbimortalidade de gestantes adolescentes.

A morbidade e a mortalidade na adolescência, registradas no mundo inteiro desde a última quadra do Século XX, são elevadas; segundo a OMS (1975): duas vezes maiores do que as incidentes em gestantes adultas e predominantemente causadas por hemorragias, eclampsia ou eclâmpsia (hipertensão arterial, edema generalizado e oligúria), infecções, diabetes gestacional, abortos provocados e outras condições nosológicas de risco.

Os últimos números estatísticos oficiais (Fonte Brasil. M.S. – DATASUS – 2007) demonstram a gravidade da problemática: mortalidade de mulheres adultas e adolescentes durante o ciclo gravídico-puerperal em 2007:

- a) constata-se 625 óbitos de mulheres durante o ciclo gravídico puerperal;
- b) identificam-se, nas mesmas condições anteriores, 12 óbitos de adolescentes precoces (faixa etária de 10 a 14 anos);

- c) idem, o obituário atingiu 218 vítimas fatais em adolescentes tardias (faixa etária de 15 a 19 anos); somando-se os óbitos ocorridos na adolescência precoce e tardia, atinge-se a cifra de 230 mortes maternas, que corresponde a 36,8% dos óbitos totais, ocorrentes em toda a fase reprodutiva da mulher;
- d) em relação à mortalidade apenas ocorrente na adolescência tardia (218 vítimas fatais): 34,88%; idem, na precoce (12 vítimas fatais): 1,92%. Tais elevadas cifras de mortalidade na adolescência justifica a conseqüente preocupação da Saúde Pública.

Gravidez na Adolescência: passado e presente

A sociedade molda ou tenta fazê-lo, tantas vezes, o comportamento de seus membros, geração a geração; nesse tempo de mudanças, as famílias assimilam parcial ou totalmente as novas realidades socioculturais vigentes, repassando-as ou não, de imediato, aos seus membros; é um processo sem data de validade e com período de transição de tempo variável; muitos familiares, mormente os idosos, resistem às transformações, mais facilmente aceitas pelas gerações mais novas e, em particular, pelos adolescentes, historicamente os mais receptivos às novidades, motivo costumeiro, entre outros, de conflitos intergeracionais. O surgimento da “pílula” e de outros meios contraceptivos serve bem de exemplo, instrumento, aliás, que continua determinando alterações profundas no campo da sexualidade e das relações intra e extrafamiliares; o mundo transformou-se e as mulheres emitiram seu primeiro e real grito de liberdade. O mundo mudou, interferindo também e profundamente no âmbito da fertilidade humana: o sexo não apenas como meio procriativo, mas, como fonte de prazer.

Em décadas anteriores recentes, era culturalmente aceito e até recomendável que o início do ciclo reprodutivo da mulher começasse precocemente. “Assim, a idade de 15 a 19 anos que, durante muito tempo, em particular nos seus últimos subgrupos etários, foi reconhecida como a etapa ideal para engravidar, hoje, é considerada como sendo uma idade precoce para a mulher ter filhos”. (LIMA et al., 2004, p.74) Belo e Silva (2004), entre outros, reconhecem mudanças histórico-culturais relativas às idades mais recomendáveis à reprodução humana. Biologia e cultura podem conspirar em defesa da perpetuação da vida.

A gravidez na adolescência era um ato consciente de futuros pais e mães.

Muitas adolescentes queriam ficar grávidas, desejo compartilhado com seus parceiros, com anuência de seus familiares e núcleo de convivência social imediato, mostrando que a gestação na adolescência nem sempre será um acontecimento indesejado e inoportuno, mas um fenômeno de contribuição para melhor adequação e inserção social de conquista da maturidade e de felicidade pessoal. (BELO, SILVA, 2004, p. 486)

Vitiello (1994) resgata o histórico da gravidez na adolescência no Brasil:

Na realidade, a gravidez da mulher jovem não é um problema exclusivo de nossos dias; se nos dermos ao trabalho de fazer um retrospecto familiar, a maioria de nós poderá constatar que até 2 ou 3 gerações os casamentos e gestações precoces eram comuns. Nossas avós casavam-se aos 15 ou 16 anos, começavam a procriar pouco depois disso, e nunca ocorreu aos médicos daquela época que isso pudesse se constituir em problema, pois essas gestações eram desejadas. O que se tem constituído em preocupação, nos dias atuais, é o crescente número de gestações indesejadas, que incidem como um “efeito colateral” do exercício da sexualidade de adolescentes. Esses jovens, pelas próprias características associadas à faixa etária, ainda não são capazes de avaliar, e principalmente de assumir, o ônus dessa vida sexual ativa. Mesmo a gestação indesejada entre adolescentes, no entanto, sempre existiu; nunca, porém, com a frequência hoje observada. (VITIELLO, 1994, p.15)

Vale destacar que, há décadas atrás, a vida média do ser humano era bem mais baixa e a mortalidade infantil bem mais alta; iniciar mais cedo a vida reprodutiva era uma necessidade e a melhor garantia de ter filhos e educar os sobreviventes; por isso, as proles eram extensas; no meio rural, por motivo específico: necessidade de mão de obra para o trabalho no campo.

Outros pesquisadores ratificam e enriquecem a informações prestadas por Vitiello.

A gravidez na faixa dos 13 aos 19 anos também era frequente há algumas décadas em todas as camadas sociais, uma vez que as mulheres casavam-se cedo, tornavam-se mães logo após a menarca. O que parece ter se modificado é a idade dos pais, pois há mais adolescentes tornando-se pais do que acontecia anteriormente, já que a diferença etária entre os parceiros era acentuada. Esta diferença ainda permanece existindo, como esta própria pesquisa permite deduzir, mas aumentou o número de adolescentes do sexo masculino que se tornam pais. (DADOORIAN, 2003, p.84)

Nos dias atuais, a maior preocupação é o número crescente de gestações precoces em adolescentes com idades cada vez menores (COSTA, 2002); acrescenta-se um fator adicional preocupante: o parceiro também é adolescente, estudante ou desempregado. Ampla literatura, consultada e referenciada nesta pesquisa, sobre o tema “O pai adolescente” aborda aspectos pertinentes à gravidez na adolescência: Brazelton (1988); Maldonado; Dickstein; Nahoum (1997); Pantoja (2003); Almeida (2003); Piccinini et al. (2004); Gomes e Resende (2004); Costa et al. (2005); Wagner et al.(2005b); Orlandi (2006); Chuava (2007); Almeida; Hardy (2007); Oliveira (2008); Levandowski; Piccinini; Lopes. (2009)

Gravidez na adolescência, problema ou solução, eis o questionamento.

À luz dos dados fornecidos por diferentes pesquisadores, depreende-se que a gravidez na adolescência, considerada solução no passado, transforma-se hoje em problema de saúde pública e social. Vem suscitando dúvida no meio acadêmico tal dualidade: bom ou ruim.

Grande parte das análises que abordam esse fenômeno perde de vista a contextualização da problemática que, a nosso ver, não se reduz a ponderações maniqueístas, tal como: bom/ mau; certo/ errado; mas que requer uma análise que desvele seus fundamentos históricos, sociais, políticos e psicológicos. (CATHARINO; GIFFIN, 2002, p. 7)

Este é, sem dúvida, o aspecto mais controverso na prenhez prematura.

Lima et al. (2004, p. 71) apresentam a seguinte conclusão: (...) “a gravidez na adolescência nem sempre é percebida como um problema, o que reforça a importância da construção de estratégias de prevenção que considerem a realidade local”. Há, eventualmente, situações excepcionais, pontuais, em caráter emergencial, nas quais se justifica a implantação de estratégias temporárias específicas direcionadas ao combate imediato a problemas circunstanciais. No entanto, na maioria das vezes, não há indicação alguma para não se preservar sempre as regras gerais de caráter profilático. A prevenção possui caráter e normas universais e, por isso, não pode ficar atrelada às realidades e condicionantes locais e eventuais; é preconizada para, em tempo hábil e útil, evitar problemas, tantas vezes graves, que não atingem tão somente, no caso em apreço, a jovem gestante, mas e também, o bebê e os seus familiares. A prevenção prevalece sobre suas próprias estratégias, possui normas específicas e princípios gerais definidos, de grande valia e universalmente aceitos sem questionamentos quaisquer, desde que rigorosa e cientificamente utilizados; o fato da oportunidade de poder e/ou dever executá-los - em momentos distintos - são aspectos específicos e particulares a considerar, desde que se respeitem a liberdade e a vontade dos que os desejem utilizar, contanto que tais pessoas estejam em condições plenas de realizá-los; há de se pensar (não somente na grávida) com responsabilidade sobre os bebês prematuros e de baixo peso ao nascer, de elevado risco, filhos de mães-crianças, que não pediram para nascer.

Cabe, especificamente e em relação à gravidez em adolescentes precoces, sobretudo, à família papel relevante na condução desse processo junto às suas crianças e adolescentes.

O tema provoca polarizações. “A concepção pode constituir-se como uma experiência corporal significativa que permitiria às jovens testarem a dimensão reprodutiva de sua identidade feminina” (HEILBORN, 1998, p. 28).

O custo biopsicossocial que as jovens adolescentes grávidas, que testaram a dimensão reprodutiva de sua identidade feminina, costumam pagar é muito elevado; o prejuízo é compartilhado pela família, sociedade e pelo poder público; o próprio bebê, fruto de uma gravidez precoce, já pode nascer devedor social; dívida, tantas vezes, irresgatável. As

exceções ocorrem em maior ou menor número, aspecto observado no campo das ciências humanas, sobretudo, onde as variáveis estudadas são incontáveis.

Oliveira (1998) constatou em suas pesquisas que, em muitas mulheres de baixo poder aquisitivo, com poucas opções de vida, a gravidez é um fato considerado normal, benéfico; gestações desejadas e até úteis, para fugir do jugo familiar. Outros autores concordam, baseados em pesquisas de campo. Embora a Carta Magna imponha a prioridade absoluta para este segmento infanto-juvenil, não há na prática efetiva o respeito à norma constitucional.

Pode-se concluir que algumas destas meninas buscam definir as suas metas visando à melhoria na qualidade de vida. Sendo assim, a expectativa de futuro torna-se um indicador de proteção, pois as adolescentes poderão criar alternativas para superar os diversos riscos aos quais estão expostas, como a pobreza, a falta de conhecimento, a gravidez na adolescência, entre outros que as levam à vulnerabilidade individual e familiar. (DE ANTONI; KOLLER, 2000, p. 376).

A esperança de obter uma melhoria nas suas condições precárias de vida pode conduzir jovens de extratos sociais de baixo poder aquisitivo a engravidar; de repente, a razão parece lhes indicar que engravidar é o melhor caminho a trilhar, segundo: De Antoni; Koller (2000); Peloso, Carvalho, Valsecchi (2002); Amramovay; Castro; Silva (2004) e outros.

Gravidez na adolescência: ato volitivo – aspecto controverso.

A controvérsia decorre das múltiplas situações, tantas vezes adversas, vivenciadas pela jovem que engravida. Há no palco da vida de mães adolescentes diversos cenários e múltiplos personagens e coadjuvantes, que participam em diferentes cenas dos atos da peça; em relação à gestação na adolescência, pesquisadores conseguem identificar alguns em seus estudos:

Ao se analisar a questão da gravidez na adolescência, surgem, como principais causas, o desejo consciente de ficar grávida; vontade de contrariar os pais; alternativa para sair de casa, da escola ou da cidade onde mora; tentativa de se casar com o homem amado, entre outras. Confirmada a gravidez, o autor³ aponta as seguintes opções para a adolescente: continuar a gravidez, casar com o pai da criança e criar o filho em casa; continuar a gravidez e criar a criança, com a ajuda da família; prosseguir a gravidez e dar a criança para adoção; prosseguir a gravidez e criar a criança, permanecendo solteira e interromper a gravidez. (PELLOSO, CARVALHO; VALSECCHI, 2002, p. 776)

De forma habitual, os adultos costumam falar em nome das crianças e dos adolescentes, sem ouvi-los, sem qualquer diálogo; tal prática acaba por distorcer realidades.

³ Os autores se referem às posições de Gauderer (1987), na obra **Crianças, adolescentes e nós**: questionamentos e emoções.

Exatamente, para conhecer o pensamento dos jovens, na sua integralidade e sem a ingerência dos seus nem sempre legítimos interlocutores familiares, alguns pesquisadores se dirigem diretamente a eles e elas; são elogiáveis exceções. Abramovay, Castro e Silva (2004, p. 146), em estudo colaborativo nacional, transcrevem depoimentos de jovens, obtidos em Grupos Focais realizados em escola pública de Salvador, Bahia: “Eu acho que hoje não tem por que acontecer gravidez na adolescência, eu acho que já vai com a consciência, entende? Eu acho que hoje quando a pessoa encara é porque quis mesmo”. Em Belém, no Pará, na mesma pesquisa, em Grupo Focal, também em escola pública, depoimentos semelhantes: (p.146) “Hoje em dia, só engravida quem quiser”. “Eu falo pra elas, só se quiser, porque não tem ninguém bobo mais, todo mundo sabe que tem a prevenção, a camisinha ou o anticoncepcional, mas tem a prevenção pra depois não acontecer uma gravidez inesperada, e recorrer para o aborto”. (sic)

Apesar de as jovens estarem informadas sobre os diversos métodos contraceptivos, a gravidez na adolescência continua sendo um dos grandes problemas de saúde pública a ser enfrentado por todos os países, independentemente do grau de desenvolvimento. Mais que um problema médico, a gestação precoce envolve questões psico-sociais importantes. (ABREU; VITALLE, 2008, p. 569)

Cabral (2003, p. S288) complementa as informações, quando afirma: “[...] há situações em que o uso regular de métodos contraceptivos é intencionalmente suspenso visto que engravidar é o objetivo”. A gravidez extemporânea pode fazer parte do projeto de vida de algumas adolescentes, inclusive.

Jovens também engravidam para demonstrar sua capacidade de querer e poder; é, entre outras tantas, uma forma de marcar seu espaço na família e na comunidade onde vive, uma manifestação explícita ou implícita de liberdade, de autonomia.

“Ao mesmo tempo, surge entre as adolescentes o interesse de quebrar tabus de cunho moral, impostos pela sociedade, levando as jovens a contestar, mantendo relações sexuais ilícitas, na busca da libertação da tutela paterna”. (GODINHO et al., 2000, p.25) Fato comum.

Tantas explicações há sobre causologia e fatores de risco do fenômeno gravidez na adolescência precoce, decorrência de seus vários aspectos e singularidades multidisciplinares.

Silva (1998), Aquino et al. (2003) e outros a consideram um evento indesejado; autores há que julgam o contrário: acontecimento absolutamente desejado. (RIBEIRO et al., 2000; SCHILLING, 2005; ABREU; VITALLE, 2008)

Muitas adolescentes ainda não possuem capacidade para prever as consequências futuras, decorrentes do seu comportamento sexual, deparando-se frequentemente com

situações de risco, como gravidez não planejada ou indesejada. Herter e Acetta (2001, p. S172) preferem substituir a expressão “gestação não desejada” por “gravidez não planejada”, justificam tal entendimento, baseando-se no fato de que muitas das adolescentes que engravidam desejam a gravidez, consciente ou inconscientemente, ou passam a desejá-la posteriormente, uma vez confirmada; Abreu e Vitalle (2008) corroboram tal afirmativa, acentuando que se trata de um erro admitir que a gestação precoce seja resultante de um acidente de percurso ou de uma falta de informação, assinalando que em muitos casos de gestação na adolescência precoce há ausência de utilização de métodos anticoncepcionais, mas nunca desconhecimento de sua existência. Razões identificadas por vários pesquisadores, sem quaisquer razões plausíveis à luz da razão dos adultos, são utilizadas por adolescentes para justificar gestações precoces; Santos, Maraschin e Caldeira (2007, p. 480) apontam algumas delas: “[...] surgem como as principais causas o desejo consciente de ficar grávida, vontade de contrariar os pais, alternativa para sair de casa, da escola ou da cidade onde mora; tentativa de se casar com o homem amado, entre outras”.

Conforme a literatura, mais da metade das adolescentes engravidam por outras causas que não o desejo pela maternidade em si. Engravidar para não perder o namorado, para sair da casa dos pais e evitar o clima familiar desagradável, para afirmar sua feminilidade através da fertilidade, para encontrar nos cuidados com o filho um objetivo para sua vida, para aplacar a solidão na companhia do filho, etc., por uma vida tortuosa, a tentativa de preencher um vazio interior. (PERSONA; SHIMO; TARALLO, 2004, p. 746)

Há, pelo visto, razões e RAZÕES, pretensamente estapafúrdias à luz da adulta lógica, apontadas pelas adolescentes para justificar, caso a caso, a gravidez extemporânea, porque as realidades familiares (geracionais), psicológicas e sociais de cada qual diferem.

“A gravidez na adolescência não pode ser vista como um fato isolado, mas como parte da busca da identidade da menina e de uma certa atitude de rebeldia diante da família.” (MOREIRA, 2008, p. 315) Após todo o exposto, depreende-se que, em relação à gênese da gravidez na adolescência, muitas pesquisas terão, ainda, que ser realizadas para esclarecê-la.

Aceitação da gravidez

Conforme Klaus e Kenell (1993) ensinam, estudiosos do tema formação do apego entre pais e filhos, a aceitação ou não da gravidez pela nova mãe – adolescente ou adulta - decorre de variadas situações vivenciadas por ela, no seu passado recente e remoto.

No caso da gravidez precoce, as situações ocorrem, muitas vezes, em número, grau e intensidade maiores. Depreende-se que, na fase adulta e também na adolescência, assumir a gravidez resultará de variáveis pessoais e familiares.

Quando pela primeira vez toma consciência que está grávida, ela pode ter sentimentos variados. Um grande número de ponderações, variando desde uma mudança em seus padrões familiares até questões mais sérias tais como problemas econômicos e penúrias domésticas ou dificuldades interpessoais, influencia a aceitação da gravidez. (KLAUS e KENNEL, 1993, p; 32)

5.1 Gravidez na Adolescência Precoce

Obstetras, pesquisadores e gestores vêm revelando, há décadas, justificada apreensão com o problema da gravidez muito precoce. (COSTA E LEAL, 1984; LIMA et al. 2004)

As razões pelas quais as adolescentes engravidam cada vez mais e em idade mais precoce são múltiplas. Como salientado por Bee (1996), a irregularidade inicial, tanto da ovulação quanto do *timing* dos ciclos menstruais, tem consequências práticas significativas para as adolescentes sexualmente ativas. Essa irregularidade contribui para a difundida suposição entre as meninas que estão entrando na adolescência de que elas não podem engravidar porque são jovens demais. (AMAZARRAY et al. 1998, p. 431)

Na adolescência precoce, o risco gravídico costuma ser maior, porque a gestação ocorre num organismo em fase de maturação anátomo-funcional biopsíquica e reprodutiva.

Meninas engravidam, muitas vezes, em momento de irregularidade menstrual. (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008), fato confirmado por outros pesquisadores.

A literatura médica vem referindo casos de gravidez em crianças menores de dez anos de idade. (COSTA et al., 2001; SANTOS; SCHOR, 2003) Costa e Leal (1984) documentam um caso de gravidez em menina de apenas nove anos de idade. Muitas vezes, são gestações resultantes de abuso sexual ocorrentes no próprio lar: de pais, padrastos, tios, outros membros da família, amigos, vizinhos (HABIGZANG, 2006) e estranhos, em prostíbulos e rodovias. A fecundidade precoce, aspecto já discutido, permite uma iniciação sexual mais cedo.

As taxas de fecundidade nos grupos de 10-14 e 15-19 anos aumentaram no Município do Rio de Janeiro entre 1980 e 1995, em contraste à redução expressiva nas demais faixas etárias. Esse fenômeno não é particular ao município estudado. Segundo os dados da PNDS, 2, ele vem ocorrendo no País como um todo, nas duas últimas décadas, sobretudo entre as jovens de nível socioeconômico inferior. (GAMA, et al., 2001, p. 79)

Depreende-se, de tudo o que foi explicitado, que há uma cadeia de fatos inter-relacionados responsáveis por gestações prematuras: menarca, fertilidade, atividade sexual e, ademais, condicionantes naturais e culturais envolvidos e imbricados.

O interesse pelo tema Gravidez na Adolescência Precoce (em menores de 15 anos) e, especificamente, por Prematuridade e Baixo Peso ao Nascer, nesse contexto, é decorrência dos seus altos índices de morbimortalidade e da maior ocorrência de sequelas resultantes.

A gravidez precoce tem sido associada à maior morbi-mortalidade materna, prematuridade e baixo peso ao nascer. Esses dados são controversos, e diversos autores assinalam que essas consequências são mais frequentes no grupo de 10 a 14 anos e associam-se com precária assistência pré-natal e ao parto. (GOMES; FONSECA; VEIGA, 2002, p. 408)

A grande preocupação é o alto número de prenhez muito precoces, iniciadas já na primeira década de vida, pelos maiores riscos de morbimortalidade materno-infantil.

“Quanto mais cedo na vida ocorre a gravidez, maior é o risco de morte. Em 1990, o risco de morte de meninas de 10 a 14 anos foi cinco vezes maior do que o de meninas de 15 a 19 anos. O risco das meninas de 15 a 19 anos foi duas vezes maior do que o das adultas”. (BENINCASA; REZENDE; CONIARIC, 2008). Alto risco confirmado por outros autores.

A gravidez na adolescência precoce, quando em situação de risco, faz vítimas: “Apesar do salto qualitativo em termos de vigilância pré-natal e da adequação dos meios auxiliares de diagnóstico, mantém-se a preocupação que o feto desenvolve déficit, dependentes do processo de gravidez e parto, que não correspondem às exigências sociais” (JARRÓ et al., 2002, p.11).

A matriz uterina imatura costuma não permitir pleno crescimento fetal, daí resultando os maiores índices de bebês prematuros e de baixo peso ao nascer: dupla situação de risco.

O mais preocupante, além da iniciação sexual prematura, são, muitas vezes, relações sexuais promíscuas, com diferentes parceiros: risco maior de contrair DST e, inclusive, AIDS.

O comum, na maioria das capitais, é que crianças e jovens de 10 a 14 anos tendam a assumir que tiveram relação sexual com uma pessoa apenas, no último ano (de 91% em Florianópolis a 57% em Cuiabá). Manifestam, também, terem tido relações sexuais com duas a cinco pessoas no último ano, entre 32%, em Fortaleza, e 9%, em Florianópolis. (ABRAMOVAY; CASTRO; SILVA, 2004, p. 123)

Outros pesquisadores confirmam os dados acima apresentados referentes à gravidez na adolescência precoce e os consequentes riscos materno-infantis (COSTA; LEAL, 1984; DACAL, 2002; PRIMO; AMORIM; CASTRO, 2007; ABREU; VITALE, 2008); dados levantados tais, de grande utilidade e importância, costumam adormecer nos arquivos.

Há pesquisadores que negam o elevado risco da gravidez na adolescência precoce, enquanto tal, em si própria. Simões, Silva; Bettiol (2003) referem-se às complicações biopsicossociais; Vitiello (1994) confirma-as, mas, assinala que tais riscos decorrem de inúmeras situações adversas, de múltipla causologia, que vivenciam tais gestantes jovens.

As discordâncias assinaladas em relação às situações de risco decorrem da não distinção realizada, muitas vezes, por diferentes pesquisadores, entre dispares realidades investigadas; Mariotoni e Barros Filho (2000) julgam que nem sempre gestações em menores de 15(quinze) anos podem ser confrontadas com as de maior idade: na adolescência tardia, advertindo que é indispensável distinguir as condições globais físicas e psicológicas de uma adolescente com mais de 17 (dezessete) anos das de menor idade, com estruturas corporais e psíquicas bem menos desenvolvidas. É inegável que, na prática, há riscos & RISCOS.

Inserção Familiar

A família sempre está presente em todos os momentos da vida de seus componentes.

Dias e Gomes (1999, p. 80), a respeito das relações intrafamiliares, mormente em relação à notícia da gravidez na adolescência inesperada, fazem perguntas do “tipo: “por que isto aconteceu?”; “onde foi que eu errei?”, “será que dei liberdade demais à minha filha?”(sic)

Na verdade, a gravidez na adolescência denuncia, de um modo contundente, um fenômeno que costuma ser ignorado no ambiente familiar – a sexualidade do adolescente. Por isso a gravidez, ao mesmo tempo em que exige novos arranjos na estrutura e funcionamento familiar, questiona os pais e a própria adolescente sobre os modos de percepção e expressão da sexualidade. A gravidez da adolescente apresenta-se aos pais como uma nova experiência para a qual buscarão constituir um sentido. Um sentido que é tanto retrospectivo em relação às vivências sobre sexualidade no ambiente familiar antes da gestação, quanto prospectivo em relação às mudanças e novos arranjos que se processam a partir da gestação. (DIAS; GOMES, 1999, p. 80-81)

Dias & Gomes nos conduzem a um mundo subjetivo de reflexões sobre o ambiente familiar e as relações existentes - visíveis e invisíveis - entre seus membros, mormente: pais e filhos, que antecedem o evento gravídico, e nos apontam a suposta chave de um cofre da verdade onde se encontra a resposta aos questionamentos aludidos: por que isto aconteceu?, onde foi que eu errei? Para ele e para tantos outros pesquisadores, a resposta inquestionável é a ausência de diálogo prévio intergeracional e intradomiciliar sobre sexualidade entre pais e filhos (as). Não convence que apenas esta simplista explicação – folha seca ao vento -, possa, isoladamente, desvendar fenômeno tão complexo e de múltiplas causologias, justificar ou

apontar sua real etiologia (ou causas reais); há, indubitavelmente, inúmeros outros fatores de diferentes matizes envolvidos, direta ou indiretamente, abordados em diferentes tópicos desta dissertação. Com o surgimento da gravidez precoce, não somente ausência de práticas educativas sobre sexualidade no ambiente familiar antes da gestação esclarece tudo; quando muito, muito pouco explica; estudar o tema sob visão multidisciplinar, como realizado na presente pesquisa, facilita sobremaneira conhecer melhor e de forma gradual os seus meandros e desvendar segredos de tema tão abrangente e complexo; melhor estudá-lo assim.

Cabe, evidentemente, à família importante participação no processo de profilaxia da gravidez não desejada em adolescentes; no entanto, não se pode imputar à mesma toda a responsabilidade pelo seu evento. Muito pelo contrário, não se pode negar a relevante participação dos pais na vida de seus filhos e filhas e de toda a constelação familiar em momento de dificuldades. Saudáveis interlocuções intrafamiliares prévias fazem a diferença.

Os signos familiares referem-se ao estilo de relação interpessoal e prática comunicativa entre os pais, entre os filhos, e entre os pais e os filhos. Como se sabe, a estrutura familiar passou por muitas transformações nos últimos anos. A família trocou o modelo hierárquico, no qual os papéis familiares eram rigidamente estabelecidos e o poder centralizado na figura do pai, por um modelo igualitário, no qual se destacam os ideais de liberdade e respeito à individualidade. Neste modelo, não é correto que os pais imponham suas idéias aos filhos ou os proibam de fazer certas coisas. O desenvolvimento dos filhos passa a ser orientado pela experimentação e descoberta. O diálogo, e não a autoridade, impõe-se como valor fundamental na educação e nas relações familiares. (DIAS; GOMES, 1999, p.81-82)

Autoridade, sim, autoritarismo não. Que tipo de diálogo há? De mão única apenas? Monólogo disfarçado? Pais conversam com filhos e filhas? Sobre o que e de que forma? A tirania acabou? A democracia familiar é representativa? Todas essas perquirições buscam respostas condizentes – novos desafios aos pesquisadores.

As reações da família à notícia da gestação muito precoce.

A quem e quando é informada a surpreendente notícia? A resposta não é tão fácil quanto se pode imaginar, conquanto haja todo um amplo leque de cenários reais intrafamiliares em torno de uma súbita prenhez precoce. “Mas, ela é ainda uma criança”.(sic), dizem os pais.

No que se refere às reações da família frente à gravidez, constatamos que 45% das mães ficaram sabendo da gravidez pelas próprias filhas. É importante ressaltar, no entanto, que apenas 10% das adolescentes que contaram para suas mães sobre a gravidez, o fizeram antes de começar a aparecer os sinais de gravidez (enjôo, barriga, ausência de menstruação), 25% das mães desconfiaram da existência da gravidez. (NOGUEIRA; MARCON, 2004, p. 28)

A pergunta é sempre a mesma, quer de cientistas, quer por parte de leigos: de que forma reage a família de uma adolescente precoce diante de uma gravidez inesperada e tão cedo? As reações são as mais diversas. Monteiro et al. (2007) demonstram que, muitas vezes, as adolescentes são agredidas física e psicologicamente pelos seus entes mais queridos: pai, mãe, irmãos e o parceiro, ao tomarem conhecimento da gravidez, aspecto referido no tópico: Singularidades Jurídicas. Por que agem desta forma?!

“Para os pais, tal experiência é marcada por sentimentos variados, tais como surpresa, decepção, raiva, culpa ou alegria”. (DIAS; GOMES, 1999, p. 80)

A maneira de reagir dos familiares à notícia de uma gravidez extemporânea em adolescentes é tantas vezes imprevisível e depende de várias circunstâncias; tal fato explica a razão de inúmeros pesquisadores apontarem reações antagônicas, discordantes, paradoxais, até. Diferentes resultados são observados em relação às reações dos familiares, positivas ou negativas, quando se deparam com gestações não desejadas em suas adolescentes. A reação familiar a uma gravidez precoce é, de certa forma, única, caso a caso; a pergunta que, em seguida, se faz: qual é a reação das jovens gestantes diante da família?

Os resultados revelaram três categorias: enfrentamento da família com a chegada da criança; alterações na vida familiar e a participação da família no cuidado da criança. Ao final do estudo, foi possível conhecer que as mães adolescentes procuram apoio de sua família em situações de auxílio nos cuidados iniciais do bebê, pois manifestaram medo de realizá-los, delegando-os a outros familiares ou a pessoas próximas. Além disso, a chegada de um bebê altera não só a dinâmica da família, mas também os modos de enfrentamento da situação, interferindo nos projetos de vida dos jovens pais. (MOTTA et al., 2007, p. 111)

Frustração/decepção, talvez seja este sentimento-uno o que mais atormente os pais de uma adolescente ante a notícia de uma prenhez tão inesperada; todos os demais: indignação, impotência, revolta, ódio e outros, que se expressam através de reações negativas paternas e maternas, são automáticos, secundários, inconsequentes e, tantas vezes, incontroláveis. Não é justo generalizar, condenando e execrando a priori todos os pais, muitos já penalizados também pelo evento gravídico inesperado.

Além do choque pela notícia, impotência quanto à prevenção da gravidez, conformismo, alegria e melhora no relacionamento familiar pela chegada do bebê, evidenciou-se a frustração devido à interrupção/mudança no projeto de vida familiar em relação à adolescente sem um relacionamento estável com o pai da criança. (SILVA; TONETE, 2006, p. 199)

Um misto de surpresa, não aceitação, revolta, choque, impotência e sensação de ter sido traída se apossam da família, ante uma prenhez precoce imprevista e não desejada, imobilizando-a e impedindo qualquer chance de uma reação adequada, humana e desejável; as consequências são imprevisíveis; idem, em relação às próprias grávidas adolescentes diante de seus familiares. Numa minoria de casos, a chegada de um novo bebê é motivo de alegria, mesmo em situações conflituosas. “Poucas são as famílias que aceitam a situação da gravidez na adolescência e procuram lidar com compreensão e afeto com as jovens mães e pais, respeitando suas limitações”. (MOREIRA et al., 2008, p. 317) Reações contraditórias expressam instabilidade emocional dos pais, perdidos diante de uma situação impactante.

As reações da família diante da adolescente grávida tendem a ser contraditórias, sendo comum a sobreposição dos sentimentos de revolta, abandono e aceitação do "inevitável". No início, a rejeição à gravidez e o constrangimento podem levar a família a tomar atitudes radicais, tais como, expulsar a adolescente de casa, induzir ou forçar o aborto e impor responsabilidades, exigindo o casamento ou a união estável e a assunção da maternidade. Porém, pode ocorrer uma negociação em torno de quem vai assumir a criança/gravidez, essa pessoa pode ser o próprio pai ou mãe da criança, seus avós maternos ou qualquer outro parente que se responsabilize pela mesma. As adolescentes, também, podem morar com seus companheiros em cômodos anexos aos da família de um deles, mantendo vínculos justapostos de filhos e pais. (LIMA et al., 2004, p. 73)

Pelo visto, as reações familiares a uma prenhez extemporânea são distintas; as soluções encontradas pelos familiares transitam entre o céu e o inferno das atitudes tomadas, respectivamente: acolher o novo herdeiro com amor ou propiciar sua cruel eliminação: aborto. O desejo de ser mãe e de ser pai.

A maternidade, sobretudo, e a paternidade são imperativos biológicos para perpetuar a vida do *homo sapiens sapiens*. Entre os seres vivos não humanos – animais – existe apenas o extinto de preservação de cada espécie. No ser humano, no entanto, há algo muito mais transcendente, que se resume em: desejar ter filhos e amá-los. Em relação ao afirmado, a pergunta que se faz inicialmente: há limites de idade inflexíveis – inferior e superior - para ser pai ou mãe? A adolescente, sobretudo a precoce, está proibida de engravidar, de ser mãe? Quais são os fatores biológicos, ditos: da natureza e os culturais intervenientes? Este desejo materno (e paterno) é meramente superficial, circunstancial ou já se encontra arraigado na mente humana?

Há o concernente à natureza, relativo à biologia reprodutiva, presente em muitos animais, puro instinto - e na mulher e no homem, de cunho também cultural; o querer ser mãe e pai, inclusive na adolescência, por vezes transformado em obstinação, mais do que desejar

atingir tal objetivo, decorre das variáveis presentes, caso a caso. As clínicas de infertilidade estão repletas de casais adultos obstinados; a maternidade e a paternidade são forças extraordinárias que a natureza proporcionou e a cultura aperfeiçoou. Todos os aspectos referidos refletem um desejo imperativo, consciente ou inconsciente, de procriar e de perpetuar a espécie; no entanto, o momento de engravidar varia caso a caso, influenciado pelas circunstâncias vivenciadas intra e extrafamiliares e por múltiplos fatores intervenientes; na adolescência precoce: a antecipação e na fase adulta: as postergações da gravidez decorrem de situações as mais diversas. Assinalar que o mais puro sentimento materno nem sempre exige a existência de consanguinidade e as experiências gestacionais e parturitivas.

Embora o desejo consciente ou inconsciente de engravidar seja um dos fatores que levam à gravidez na adolescência, ele pode estar sendo influenciado por fatores internos e externos. Um deles é o tipo de relacionamento familiar, especialmente entre pais e filhos, que propicia determinados comportamentos. Algumas pesquisas apontam que a maioria das adolescentes que engravidam são filhas de mães que também engravidaram durante a adolescência. Um fenômeno psicológico (inconsciente) de repetição da história materna, podendo ser a gravidez uma tentativa de reconciliação entre mãe e filha. (PERSONA; SHIMO; TARALLO, 2004, p. 746)

Diversas são as razões para que a maternidade precoce aconteça; muitas vezes, não há qualquer desejo explícito nem implícito de ficar grávida; movidos pela realidade, entretanto, jovens, futuros pais e mães, em algumas oportunidades, transformam o não desejo em desejo, podendo até acontecer com entusiasmo e paixão. Buscam, também, as adolescentes que engravidam preencher espaços existenciais vazios; para entender tais realidades pessoais há de se perscrutar a alma humana, caso a caso, tarefa que cabe aos profissionais especialistas.

- Redes de solidariedade: sua constituição, seus componentes e o que fazem.

O vínculo constitui uma palavra-chave para a compreensão do conceito de rede social, pois corresponde a uma espécie de mapa mínimo e íntimo das relações da pessoa, ao nicho interpessoal mais significativo no plano dos afetos do sujeito, que é composto por quatro quadrantes: a família, a amizade, as relações de trabalho ou de estudo e as relações comunitárias ou de credo. (JUSSANI, SERAFIM; MARCON, 2007, p.185)

São as denominadas redes de solidariedade humana ou sociais que prestam apoio aos membros da família em situação de risco (DESSEN; BRAZ, 2000); no caso, às gestantes adolescentes. Elas são constituídas por familiares, amigos, colegas ou até pessoas estranhas. Eventualmente, entidades privadas benemerentes, religiosas e outras, podem também colaborar: Maçonaria, Rotary, Lyons e as organizações não governamentais (ONGS).

O lar, micro universo familiar, consolidado com a argamassa do afeto e o cimento do apego e do vínculo, fortemente estruturados - desde a infância - nas inter-relações de pais, filhos, familiares e amigos, e que antecedem os momentos de dificuldades, é o responsável maior pela construção da firme e inabalável rede de solidariedade, que abrigará jovem mãe e seu bebê das tempestades existenciais, tantas vezes causadas por uma gravidez inoportuna, inopinada, indesejável e em situações adversas.

“É à rede social que as pessoas recorrem em primeiro lugar quando se deparam com dificuldades, dúvidas ou problemas. Assim, várias são as pessoas que oferecem suporte à família e ao indivíduo, contribuindo para a melhoria de sua qualidade de vida”. (JUSSANI, SERAFIM; MARCON, 2007, p.185) Pessoas, entre as mais simples, podem se transformar nas mais importantes.

A rede social de apoio é importante em todos os momentos. (DESSEN; BRAZ, 2000)

A rede ou malha de solidariedade social, como também é denominada, é uma “instituição difusa” muito relevante no atendimento global prestado às jovens mães adolescentes a aos seus bebês durante todo o ciclo gravídico puerperal, inegavelmente; apoio, tantas vezes, de quem menos se espera.

“Os resultados indicaram que as participantes (adolescentes) encontravam-se satisfeitas com o apoio social recebido familiar e que as principais figuras citadas foram a mãe, o companheiro, os amigos e o pai, nesta ordem.”(MOREIRA; SARRIERA, 2008, p.781)

Em contraposição aos aspectos explicitados, Soares e Jongenelen (1998), a respeito das redes de solidariedade e do seu real papel no apoio às adolescentes gestantes, questionam os efeitos benéficos do apoio social: emocional e instrumental nos momentos pré e pós-natal, baseando-se na percepção das próprias grávidas, seus companheiros, familiares e comunidade.

A multidimensão holística familiar, que redefine os novos papéis de seus membros na família, na prenhez precoce há, pela sua relevância, de ser sempre enfatizada.

[...] a gravidez na adolescência precisa ser entendida e compreendida na sua multidimensionalidade holística, já que redimensiona não só o indivíduo adolescente, mas todo o meio familiar ao seu redor, fazendo com que novos papéis sejam desenvolvidos. O efeito da gravidez produz modificações nas relações familiares e na saúde dos seus membros. A nova vida, não planejada na composição familiar, muitas vezes é o elemento estressor ou desencadeador de conflitos já subjacentes. A família, que muitas vezes tem dificuldade de lidar com as crises da adolescência, se vê às voltas com uma crise maior: a gravidez. (PELLOSO; CARVALHO; VALSECCHI, 2002, p. 776)

Pelloso, Carvalho & Valsecchi (2002) valorizam a multidimensionalidade holística da gravidez na adolescência, porquanto capaz de englobar no seu bojo não somente a gestante, mas todos os seus familiares no seu entorno, gerando novos papéis, que serão assumidos por todos; a gravidez, na visão destes autores, é também um fenômeno sociológico capaz de promover modificações nas relações intrafamiliares e até na saúde dos seus membros.

São muitas as variáveis relacionadas ao apoio de pais e redes solidárias às gestantes adolescentes, motivo da dificuldade de se estabelecer um diagnóstico situacional confiável.

“Todas as famílias ofereceram algum tipo de suporte para as adolescentes. Isso ocorreu de diversas formas, seja por acomodação das adolescentes que permaneceram solteiras e seus filhos na própria casa, seja por meio de ajuda financeira ou auxílio na criação dos filhos” (HOGA, BORGES & ALVAREZ, 2009, p. 783). O apoio familiar varia caso a caso. O melhor ou pior acolhimento às gestantes adolescentes depende de sua classe social, segundo GODINHO (2000); complementando suas informações a respeito, assim discorre:

Entre as de baixa renda, há famílias que acolhem melhor, com apoio essencial, podendo as adolescentes continuar os estudos e/ou trabalharem. Por outro lado, os pais podem rejeitá-las e/ou abandoná-las, restando a elas, muitas vezes, a prostituição. Já em classes sociais de renda mais alta a adolescente tem, geralmente, como alternativas o casamento ou o aborto. Independentemente da classe, porém, o sentimento de culpa da gestante acarreta conflitos inconscientes, gerados pela desobediência das leis sociais, com reflexo na aceitação do filho. Após o parto, a adolescente questiona o significado da criança em sua vida e defronta-se com a falta de condições econômicas para criá-la. (GODINHO, 2000, p. 27)

Malgrado todas as intensas alterações ocorridas em sua estrutura e organização, a família continua como uma unidade que protege e cuida de seus membros, sendo responsável pelo atendimento de suas necessidades básicas, assim como, pela formação dos referenciais de vida. Silva e Silva (2009) confirmam a grande importância do apoio familiar à gestante adolescente, sobretudo à de menor idade; de forma negativa também, em ações condenáveis: estimular, propiciar e participar, inclusive financiando abortos provocados em suas filhas.

Pode até faltar o apoio dos pais, da família, mas, há quase sempre alguém da rede de solidariedade familiar ou social disposto a ajudar uma mãe adolescente e seu bebê; vivências pediátricas durante quatro décadas autorizam a testemunhar tais gestos solidários comuns.

Godinho (2000), entrevistando gestantes adolescentes, observou que, de maneira geral, nos dias atuais, elas recebem o apoio de familiares, sobretudo as grávidas mais jovens (na adolescência precoce), pela instabilidade no relacionamento com os pais dos bebês. Godinho (2000) fornece abaixo informações complementares extraídas da mesma pesquisa:

1. “Quando as adolescentes percebem que estão grávidas, elas recorrem, primeiramente, ao parceiro, depois à sua mãe e em seguida aos amigos, sendo que, habitualmente, a comunicação pode ser melhor estabelecida com a mãe” (GODINHO, 2000, p.26);

2. percebe-se também a falta de apoio, despreparo ou abandono por parte do parceiro, causando a interrupção do processo normal do desenvolvimento psico-afetivo-social: na maioria dos casos a gestante não tem qualquer vínculo com o parceiro nem o apoio da família.

Diferentes resultados são observados em relação às reações dos familiares.

Nogueira e Marcon (2004) realizaram pesquisa junto a 20 mães de adolescentes que vivenciaram, de forma inesperada, gravidez prematura em suas filhas. Os resultados obtidos: 1º. somente 45% das mães foram informadas diretamente pelas próprias filhas adolescentes grávidas; 2º. apenas 10% destas só comunicaram a gravidez à mãe quando os seus sinais clínicos já eram muito evidentes; 3º. muitas genitoras só tomaram conhecimento do estado gravídico através de terceiros; 4º. a maioria das gestantes adolescentes continuou morando com a família; 5º. as despesas do bebê foram incorporadas ao orçamento familiar; 6º. em 50% das famílias houve aceitação ou conformação com a gravidez, mas muitos pais julgaram-se traídos por elas, informando que não sabiam que suas filhas já mantinham relações sexuais; 7º. as adolescentes não sofreram nenhuma discriminação nem agressão física dos familiares; 8º. não houve pressão intrafamiliar para que as mesmas assumissem um trabalho, posteriormente, para sustentar os bebês; 9º. foi exigido que as mesmas permanecessem estudando; 10º. ademais, a pesquisa constatou que o tema sexualidade não era discutido em família; 11º. a maioria dos familiares não reconhece a gravidez em adolescentes como causa de problemas e complicações na saúde da jovem mãe e de sua criança; a preocupação dos mesmos é com os problemas sócio-econômicos decorrentes; 12º. finalmente, concluem as aludidas pesquisadoras que, diante das informações acima postas, todo o trabalho preventivo pode ser dirigido à ausência de uma ação de orientação relacionada à atividade sexual precoce e às suas repercussões na área da saúde, junto aos familiares.

A pesquisa realizada por Lima et al. (2004), ouvindo adolescentes grávidas, a respeito do apoio recebido do pai da criança e de sua própria família e, inclusive, o modo deles agirem em relação a elas, demonstra: 63,2% de apoio financeiro e afetivo familiar.

A satisfação das gestantes adolescentes ao apoio recebido pelos familiares durante a gravidez, mormente pelos seus próprios pais e, secundariamente, pelo seu parceiro, tem sido explicitada por muitas jovens apoiadas, conforme Moreira e Sarriera (2008) e outros.

“Apesar das intensas mudanças ocorridas em sua estrutura e organização, a família continua como uma unidade que cuida de seus membros, sendo responsável pelo atendimento

de suas necessidades básicas, assim como, pela formação dos referenciais de vida” (SILVA; SILVA, 2009, p. 394). O lar continua sendo o primeiro, o melhor e o último reduto de apoio.

“Dessa forma, nos dados aqui analisados, verifica-se que no caso de pais e mães na adolescência, os adultos, especialmente os/as avós das crianças, estão sempre envolvidos no sustento e cuidado de seus netos”. (DIAS; AQUINO, 2006, p. 1448)

As avós maternas acolhem os netos de filhos e filhas em situações extremas, temporária ou definitivamente, em decorrência da irresponsabilidade ou incapacidade dos pais de assumi-los, em todo o ciclo gravídico-puerperal, conforme pesquisas realizadas por: Motta et al., 2004; Rapoport; Piccinini, 2006; Levandowski; Piccinini; Lopes, 2008; Moreira; Sarriera, 2008 e muitos outros.

Conforme assinalam Reis e Rabinovich (2008, p. 61): “Assim, as avós destacam-se como pessoas mais importantes, de maior credibilidade, como exemplo a ser seguido na profissão, na religião, no jeito de ser e agir etc.”.

As relações entre mães adolescentes e avós maternas ocorrem, na prática, de diferentes formas; tal aspecto relacional tem sido estudado por distintos pesquisadores.

Foi visto que, em suma, há pelo menos três situações típicas a serem observadas no relacionamento entre as avós dos bebês e as mães adolescentes: as avós que assumem a responsabilidade pelo cuidado infantil; as avós que ficam envergonhadas com a gravidez têm pouca confiança na maturidade e julgamento da adolescente, e se tornam tão restritivos que o desenvolvimento da adolescente como mãe é inibido; a adolescente que assume a responsabilidade pelo da criança, ficando as avós disponíveis apenas como fonte de apoio, não cuidando o tempo todo do bebê. (FALCÃO; SALOMÃO, 2005, p. 210)

Vale enfatizar que o reduto de solidariedade humana muito utilizado no seio da família, nos dias atuais, atende pelo nome de “avó”, mais comumente, a materna. A maior longevidade humana tem permitido mais prolongada convivência entre distintas gerações, objeto de estudos de diversos pesquisadores. (TRINDADE; MENANDRO, 2002; SILVA; SALOMÃO, 2003; FALCÃO; SALOMÃO, 2005; REIS; RABINOVICH, 2008).

Histórico pessoal de vida e familiar de gestantes adolescentes

Qualquer evento ocorrente na vida do ser humano, inclusive a gravidez na adolescência, para ser investigada de forma correta, exige que todo o histórico de vida pessoal e familiar de seus personagens seja investigado (o antes da gravidez, em realidade: do Ciclo Gravídico Puerperal); não somente os antecedentes pessoais das adolescentes, mas também dos adolescentes, tantas vezes parceiros nesses acontecimentos; entretanto, a finalidade maior em se pontuar os inumeráveis momentos – transespaciais e transtemporais – da participação

efetiva da família em prol de crianças e adolescentes que engravidam, é evitar que outras tantas gestações prematuras extemporâneas recorrentes ocorram. Persona; Shimo; Tarallo, 2004 e outros pesquisadores confirmam os dados referidos.

“Outro fator relevante é a história familiar da adolescente que engravida hoje; é muitas vezes filha de adolescentes que engravidaram ou têm outra na família – uma tia, uma irmã ou uma vizinha”.(MOREIRA, 2008 et al.,p. 317) Há sempre o risco de se generalizar nesta seara.

Nesta pesquisa, 72% das avós maternas dos bebês também foram mães na adolescência. Tal dado denunciou a influência das gerações passadas e a possível transmissão de padrões às gerações futuras. Apesar da maioria das adolescentes possuir mães que também foram mães na adolescência, constatou-se que prevaleceram as reações iniciais desfavoráveis frente à gravidez, por parte das mães e principalmente por parte das avós maternas dos bebês. (SILVA; SALOMÃO, 2003, p.142)

Mães e avós, de tão belos exemplos de solidariedade, paradoxalmente, não perdoam situações por elas também vividas, nesses momentos difíceis de suas gestantes adolescentes.

A gravidez na adolescência precoce, quando imprevista e não desejada, representa um momento de crise no ciclo de vida familiar; sobretudo, é instante de se repensar a vida futura.

Para a adolescente, a gravidez pode significar uma reformulação dos seus planos de vida e a necessidade de assumir o papel de mãe para o qual ainda não está preparada (DIAS; GOMES, 1999). Os cenários que se apresentam quando do surgimento de uma gestação extemporânea são múltiplos, o que denota a sua real complexidade.

6. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: SINGULARIDADES E A FAMÍLIA.

6.1. Singularidades Biológicas

Para melhor compreender as diferentes situações peculiares biopsíquicas vivenciadas pelas gestantes adolescentes, sobretudo as menores de 15 anos, é importante recordar alguns aspectos básicos do tema Adolescência, já visto, enquanto categoria analítica, nesta pesquisa.

Quem é o ser humano adolescente? Segundo Schussel e Cavalcante (2008), a adolescência possui características próprias biológicas; é a fase do ser humano, na qual o desenvolvimento gonadal (ovários e testículos) determina transformações orgânicas endocrinológicas, diferenciando os gêneros; momento em que afloram alterações psíquicas (redimensionamento da identidade ou do ego) e surgem comportamentos peculiares; é o

período da aquisição de uma identidade sexual (psíquica) e de mudanças nas relações com os familiares, particularmente, pai e mãe.

A adolescência tem início com o fenômeno biológico da puberdade. O indivíduo não controla as transformações corpóreas que estão se iniciando; de repente, começam a nascer pelos, crescem as mamas, o corpo rapidamente vai tomando outras proporções, em princípio de forma deselegante, decorrente da desarmonia do crescimento. Em um tempo curto, o crescimento entra em desaceleração e os contornos de um corpo adulto já estão delimitados. Todas essas transformações impulsionam também mudanças no plano psíquico, e novos conflitos vão surgindo. (PACHECO, 2008, p.10)

Imaturidade anátomo-funcional corporal; quanto mais jovem for a adolescente maior será sua vulnerabilidade e debilidade orgânica, teoricamente, porquanto menos amadurecidos serão seus órgãos, com destaque para os diretamente correlacionados à reprodução humana: hipodesenvolvimento do útero, ovário, vagina e dos ossos que compõem a pelve (bacia) da mulher. Todas estas informações prévias, para melhor entender a problemática gravidez precoce e seus riscos biológicos. As situações, também orgânicas, abaixo assinaladas, refletem a imaturidade sistêmica da gestante menor de 15 anos de idade, confirmando o elevado risco da gravidez na adolescência precoce, de múltipla causologia biopsicossocial. Diversos pesquisadores apontam necessidades nutricionais, decorrência do crescimento célere e acentuado das adolescentes (JACOBSON; EISENSTEIN; COELHO, 1998; ABREU, 2008), que podem gerar inúmeras carências nutritivas e consequentes patologias, problemática complexa inerente à adolescência feminina, capazes de comprometer a vitalidade do binômio mãe-filho, durante a gravidez: desnutrição (ALBINO, 2008a), obesidade (MEDEIROS, 2008a), anorexia nervosa e bulimia (MEDEIROS; CARMO, 2008), anemia carencial ferropriva, por diminuição de ferro, em momento de intensa necessidade deste íon para o desenvolvimento fetal. (FUJIMORI et al., 2000; NISKIER, 2008) e dislipidemia (SAMPAIO; FISBERG, 2008) e carências vitamínicas e de oligoelementos preexistentes.

Conforme Rotman (2008), as necessidades nutricionais de gestantes adolescentes se sobrepõem às suas próprias, impostas biologicamente pelo acelerado crescimento orgânico fetal. Carências proteicas, de ferro e vitamínicas, sobretudo A e C, preexistentes, podem prejudicar o desenvolvimento do nascituro (feto/embrião), sendo causa de baixo peso ao nascer; mas, o excesso de nutrientes na prenhez gera obesidade materna e o surgimento de bebê GIG (Grande para a Idade Gestacional), de alto risco durante a gravidez, o parto e o período neonatal; sobrepeso também capaz de determinar prematuridade, decorrente da antecipação forçada do parto, causada pela hiperdistensibilidade precoce de um útero infantil.

Múltiplas patologias, de gênese variada, comuns nessa fase etária de transição existencial, a seguir são explicitadas: otites (MAURO, 2008), asma brônquica (MORAES, 2008), pneumonias (FRANCHINI, 2008), infecções urinárias (VITALLE, 2008); problemas cardiovasculares (MIAIRA, 2008), hipertensão arterial sistêmica (VITALLE; SILVA, 2008), vulvovaginites (SOARES JÚNIOR et al., 2008), doenças sexualmente transmissíveis (MEDEIROS, 2008b) e tantas outras nosologias, todas, capazes de agravar ou comprometer a vitalidade do referido binômio mãe-filho. Na maioria das vezes, não há maiores problemas.

Outros aspectos a considerar, de grande monta e valia, durante a gravidez na adolescência precoce, sobretudo incidentes na população carente, são as infecções sistêmicas e localizadas (vaginais, por exemplo) associadas à desnutrição, a carências múltiplas, também já estudadas, há mais de vinte anos, por Martinez Aliaga (1985), Alegria, Schor e Siqueira (1989), em pessoas imunologicamente deprimidas, e por Rotman (2008), recentemente.

Todos os problemas acima assinalados, pela sua importância para a sobrevivência do nascituro (embrião e feto), podem ser evitados precocemente ou tratados corretamente, em tempo hábil e útil, por hebiatras, médicos especializados no atendimento de adolescentes de ambos os sexos e, eventualmente, por outros profissionais clínicos, segundo a necessidade de cada caso. Na prática, muitas crianças e adolescentes mães continuam sendo atendidas pela pediatra, pessoa de confiança da família e deles próprios.

A adolescência é a fase de transição entre a infância e a idade adulta. Este período caracteriza-se por importantes transformações anatômicas (alteração na composição corporal, estirão de crescimento), fisiológicas (maturação sexual, gonadal, esquelética, cardiovascular, respiratória), mentais (alterações psicológicas) e sociais (responsabilidade e independência). (SOUZA et al., 1999, p.161)

Problemas orgânicos ou psíquicos, pessoais ou familiares, ocorrentes durante todo o ciclo vital anterior de adolescentes, podem determinar complicações gestacionais que, certamente, colocarão em risco de vida e de complicações o binômio mãe e filho.

Oliveira (1998), no artigo “Gravidez na Adolescência: Dimensões do Problema”, tece pertinentes comentários sobre a problemática biológica nesta faixa etária, enfatizando que a imaturidade anátomo-fisiológica global orgânica das jovens, seu desenvolvimento corpóreo incompleto, inclusive dos seus ossos pélvicos e do útero, explicam as maiores taxas de prematuridade e de baixo peso, efetivas causas de elevados índices de morbimortalidade materna, neonatal e infantil, além da ocorrência de sequelas.

Além dos perigos decorrentes da imaturidade psicossomática das jovens mães, sobretudo na adolescência do tipo precoce, há a pobreza da família materna e/ou da paterna, problema de base social, considerada o mais importante fator de risco gestacional e perinatal; estes e outros aspectos, investigados por: Lippi et al., 1989; Frota; Barroso; Varela, 1999; Fujimori et al., 2000; Furlan, 2003; Nascimento; Gotieb, 2001; Uchimura et. al., 2007; Barbas, 2009; Gouveia; Caldeira, 2009

Outros fatores também são considerados de elevado risco para mães e filhos: ausência ou atraso na realização da assistência pré-natal e situações circunstanciais psicossociais adversas que, no seu conjunto, determinam a denominada “síndrome da falência”, expressão que define vulnerabilidade global, constituída, com maior frequência, de analfabetismo, desemprego, instabilidade relacional familiar e, para alguns autores, até a maior incidência de fumantes e, recentemente, de usuários de álcool e drogas ilícitas. (CAPUTO; BORDIN, 2008)

A pobreza, causa mais comum de desnutrição, exige soluções adequadas, mormente na gestante adolescente, pois do interesse nutricional de dois seres: mãe e filho (a). O melhor exemplo de apoio nutricional à gestante, com reflexos altamente positivos no crescimento e desenvolvimento do nascituro, é o Programa de Complementação Alimentar, pioneiro, idealizado, testado e utilizado por Brandão (1984), implementado através do uso de alimentos regionais alternativos de baixo custo; a Pastoral da Criança utiliza este recurso.

Os alimentos, bem utilizados durante toda a infância e a puberdade, são uma garantia a mais de uma gestação de boa evolução em qualquer fase etária da vida, sobretudo a incidente em adolescentes e, particularmente, nas menores de 15(quinze) anos de idade, mormente estas, ainda em acelerada fase de crescimento e desenvolvimento. Nascituros (embriões e fetos) “bem alimentados” expõem-se menos aos riscos gestacionais.

Inserção Familiar

Embora, os fenômenos naturais, orgânicos, no caso, relativos às mulheres, sejam basicamente da responsabilidade da “mãe natureza”, em diferentes situações, para minimizar seus efeitos nocivos, cabe à “família natural”, principalmente, nas pessoas do pai e mãe, atuar de forma preventiva. Vale ressaltar que a gravidez é um fato biológico que necessita também, para atingir um epílogo favorável aos mais naturalmente beneficiados: gestante e nascituro, do apoio da família, sempre limitado, porquanto também influenciado por variáveis psicossocioculturais; na gestação em adolescentes, o apoio familiar há de ser presto e melhor.

Natureza e cultura associadas em benefício da vida.

A capacidade de apoio da família, sobretudo psicológico e material, em tal momento, é uma garantia de uma prenhez de boa ou de melhor evolução.

Uma vez constatada a gravidez, se a família da adolescente foi capaz de acolher o novo com harmonia, respeito e colaboração, esta gravidez tem maior probabilidade de ser levada a termo normalmente e sem grandes transtornos. Porém, havendo rejeição, conflitos traumáticos de relacionamento, punições e incompreensão, a adolescente poderá se sentir abandonada, levando-a a atitudes extremas como a procura do abortar, sair de casa, marginalizar-se dentre outros. O bem-estar afetivo da adolescente grávida é muito importante para si, e o desenvolvimento da gestação e bebê saudáveis (XIMENES NETO; MARQUES; ROCHA., 2008, p. 2).

Estes e outros pesquisadores revelam quão importante é o apoio afetivo familiar ante uma prenhez precoce; a sua falta e/ou reações negativas, longe de ajudarem, são irreparáveis.

Diversos problemas anteriores à gravidez, físicos e psicológicos, abaixo explicitados, se não receberam apoio familiar pronto e eficaz, costumam sofrer agravamento durante uma gestação prematura; podem resultar de situações patológicas incidentes em todo o transcorrer da vida de criança e adolescente da jovem mãe, antes da maternidade:

- anemia ferropriva não tratada durante a infância (FUJIMORI et al., 2000), no futuro, durante a gravidez em adolescentes, pode comprometer o crescimento e o desenvolvimento do feto, no momento exato de sua grande necessidade biológica de ferro e de vitaminas, responsáveis pela produção de seus glóbulos vermelhos e de sua hemoglobina. (GUARANITO; PITTA; CARNEIRO, 2010)

O embrião e o feto (o nascituro) de mães anêmicas se desenvolvem mal no útero, baixo peso ao nascer é o resultado danoso, decorrência da conseqüente privação crônica de oxigênio fornecido através da placenta pela gestante anêmica. Lesões neurológicas fetais, com repercussões futuras, costumam resultar da carência crônica do O₂ durante a vida intrauterina.

- obesidade, sobretudo a precoce, já iniciada na primeira infância, pode comprometer a vida reprodutiva futura da mulher (KAC; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ; VALENTE, 2003), causando, posteriormente, ganho maior de peso gestacional e hipertensão arterial conseqüente; tais eventos gravídicos costumam prejudicar os nascituros e neonatos e causar o nascimento de bebês também obesos, geradores de partos prematuros, demorados e traumáticos, risco materno-infantil, causa de sequelas; na adolescência, os danos são maiores.

- A desnutrição na infância, de gravidade variável, de diferentes causas, se não corrigida de forma correta, e precocemente, costuma determinar problemas nutricionais gestacionais futuros e prejuízos fetos-neonatais: baixo peso ao nascer (FURLAN, et al., 2003; KASSAR, et al., 2006).

- Importantíssimo assinalar que o melhor alimento de proteção ao bebê é o leite materno, por inúmeras razões; por isso, mães que amamentam exclusivamente seus filhos garantem uma maior proteção integral aos seus alimentados; melhor, se são bem nutridas.

É um fato universalmente conhecido: mães que foram amamentadas na infância têm maior condição e predisposição a amamentar seus filhos (ANDRADE; AUDÍFACE; FONTES, 1982). A eutrofia e a euergia materna, constituídas na sua infância, resultantes habituais da utilização exclusiva do aleitamento natural – o leite materno - é garantia maior para sua criança no porvir (MARTINS FILHO, 1984; SAES, 2006); na sua ausência, a nutrição da criança se faz pelo uso de outros alimentos: leites artificiais, por exemplo, sob orientação e acompanhamento de pediatras ou nutricionistas. Mães adolescentes precoces devem e podem amamentar seus bebês; se prematuros e/ou de baixo peso, através de ordenha. Cabe à família, portanto, proteger a saúde de suas filhas e filhos, desde a infância até a adolescência, mediante acompanhamento pediátrico ou hebiátrico, regularmente realizado em unidades ambulatoriais (consultórios), seguindo as orientações médicas e nutricionais recomendadas; protegidas precocemente, as futuras mães enfrentarão melhor suas gestações e garantirão melhores perspectivas futuras a seus filhos; ajudar a biologia, com orientação científica, é tarefa de pais e mães, familiares e de toda a malha social benemerente de apoio.

6.2. Singularidades Médicas (Ciclo Gravídico-Puerperal)

6.2.1 – Gravidez

A problemática médica, atingindo grávidas adolescentes, decorre, fundamentalmente, da sua global imaturidade anátomo-funcional, de base biológica, já referida. Cabe à obstetrícia a missão de prestar assistência a tais gestantes; à pediatria neonatal (neonatologia), realizar assistência ao recém-nascido, já o defendendo e amparando, enquanto nascituro, integrado à equipe perinatal protetora: enfermagem, psicologia, fisioterapia, nutrição, serviço social e outras disciplinas, quando e enquanto necessário. Coletivamente, a assistência prestada às gestantes adolescentes e aos seus bebês é de responsabilidade da Saúde Pública, com o apoio acadêmico habitual da Saúde Coletiva, através de políticas pertinentes em prol do binômio: mãe-filho, com o concurso das diversas áreas afins, não exclusivamente a médica, sem prescindir da inserção familiar.

Meninas (menores de quinze anos), em função de sua imaturidade anátomo-funcional, costumam apresentar problemas de vários tipos, biopsíquicos, durante todo o ciclo gravídico-puerperal. O assunto é polêmico: alguns obstetras e pesquisadores, que estudam a Gravidez na Adolescência, concordam, outros discordam do tamanho dos problemas médicos aventados

por outros profissionais e pela mídia; nesta mesma linha de pensamento, Vitiello (1994, p. 20) discorda, com veemência, sobre o exagero de posicionamento de muitos, afirmando assim:

Encontra-se com frequência, na literatura médica, autores que se mostram pessimistas quanto à gestação de adolescentes, citando maior incidência de complicações clínicas e obstétricas. Pesquisas mais recentes, entretanto, não confirmam essas previsões, mostrando que as patologias encontradas em gestantes e parturientes adolescentes não diferem significativamente, nem em tipo nem em incidência, daquelas observadas na população em geral. Os problemas associados às gestações na adolescência são, na realidade, muito mais de fundo psicossocial do que propriamente orgânico, como pode ser facilmente constatável pela observação de ótimos resultados perinatais sempre que a gestação é desejada e ocorre em situações socialmente favoráveis. (VITIELLO, 1994, p. 20)

Em realidade, os problemas psicossociais referidos por Vitiello se somam às intercorrências⁴ ditas médicas, citadas e comentadas por ele mesmo em sua obra (VITIELLO, 1994), realmente presentes, com maior intensidade, sobretudo, em adolescentes mais jovens e pobres, geralmente, primíparas, tornando-os, por isso, mais graves; problemática, para ele, relacionada diretamente à ausência ou ao atraso na realização do pré-natal, pela não observância às recomendações médicas, nutricionais e outras, exigíveis durante a gestação. Ademais, problemas vivenciados por uma mulher, em momento ainda de autoafirmação, somados ao pauperismo, acabam agravando patologias médicas e repercutindo negativamente sobre a própria evolução da gravidez, atingindo mãe: gestante, parturiente, puérpera e seus bebês: nascituros, recém-nascidos, podendo, *a posteriori*, lesioná-los, estigmatizá-los.

Embora não haja consenso sobre se há ou não riscos maiores na gravidez da adolescência, o que importa é o fato inegável: as adolescentes grávidas no Brasil são, na sua maioria, oriundas das camadas mais pobres da população, fator, isolado ou associado, capaz de justificar a implementação de ações públicas eficazes para reduzir a alta morbi-mortalidade que atinge jovens mães, sobretudo as menores de 15 anos e seus filhos.

Do ponto de vista obstétrico, a gravidez na adolescência é considerada de alto-risco, devido ao elevado índice de morbidade materno-fetal. Existe maior incidência de anemia, toxemias (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), infecção urinária, baixo ganho de peso materno, prematuridade, baixo peso ao nascer, baixo índice de Apgar e desmame precoce, além de baixa cobertura pré-natal (GODINHO, 2000, p. 26).

Vitiello (1994) e Godinho (2000) são exemplos de pesquisadores em posição diametralmente oposta em relação aos riscos médicos gestacionais presentes em adolescentes.

⁴ As denominadas “intercorrências”, assim referidas por Vitiello (1994, p. 20), encontram-se, abaixo, descritas no tópico Patologias obstétricas incidentes na gravidez da adolescente.

Interesse das ciências da saúde sobre a participação familiar na gravidez em adolescentes.

Há décadas atrás, o interesse profissional direcionado à família resumia-se apenas a alguns poucos obstetras, pediatras, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, que defendiam uma assistência humanizada, centrada no atendimento prestado ao binômio mãe e filho, estendida aos seus familiares. Surpreendia o fato de que, em quase todos os textos pesquisados, a maioria dos autores praticamente não fazia qualquer alusão a qualquer tipo de inserção da família relacionada à gravidez na adolescência, em particular a do tipo precoce. Tal omissão revelava apenas o pouco interesse científico de grande parte dos profissionais aludidos pela ação dos familiares na vida dos seus e suas adolescentes; os programas institucionais de Saúde Pública dirigiam-se exclusivamente às pessoas, em suas diferentes fases etárias; Programa de Saúde da Criança e Programa de Saúde dos Adolescentes exemplificam o assinalado. Somente em 1994 foi lançado o Programa de Saúde da Família, fruto da reforma do sistema de saúde no Brasil; Viana e Dal Poz (2005) ratificam o afirmado: o pouco interesse, na prática, pelo estudo da inserção da família no contexto da assistência prestada à gravidez de adolescentes precoces. Pesquisadores da área da saúde não associavam, com o destaque merecido - pela sua real e indiscutível importância - a família à problemática médica da gravidez na adolescência; sua presença, nas obras consultadas, pouco aparecia e, assim mesmo, sob o rótulo de humanização assistencial, de forma “romântica” pregada por alguns sonhadores humanistas; humanizar é prática recomendada atualmente. (LIRA,2004)

De um modo geral, a família, afetiva e efetiva inserida de “corpo e alma” na gestação de suas adolescentes, tem sido, malgrado avanços constatados, muito pouco valorizada no âmbito das pesquisas e nas unidades de saúde. O enfoque médico, ainda tão presente na prática, centraliza a atuação do profissional apenas no processo biológico da gestação. Não se pode prescindir de uma visão interdisciplinar dos operadores de saúde, à luz da nova ciência perinatal. “O olhar profissional precisa se estender além do corpo feminino que gesta, buscando o acolhimento da mulher, a inclusão do núcleo familiar no processo de gestação, valorizando a construção da paternidade e das relações familiares na formação do vínculo.” (SILVA; SILVA, 2009, p. 400) Enxergar, sim, com olhar humanizado e solidário, as jovens gestantes e parturientes. Fontes (1984) já defendia, em época da emergente supervalorização do mais puro cientificismo médico, no início da década de oitenta, a necessidade imperiosa de se prestar nas maternidades: assistência humanizada por parte de todos os profissionais de saúde envolvidos no atendimento ao binômio: gestante/parturiente e nascituro/neonato, por julgar que este procedimento, se associado à boa prática médica, era capaz de reduzir seus índices de morbi-mortalidade: atendimento humanizado, real e continuado, às pacientes, aos

seus bebês e, igualmente, a todos os seus familiares. Somente 14 anos depois, o Ministério de Saúde lançou o prêmio Galba de Araújo de Humanização Assistencial criado em 1998, para valorizar serviços que atendam clientes do SUS, com práticas tais. (RATTNER, 2009). Preparação psicofísica para o parto e a maternidade é outro bom recurso técnico, humanizador recomendado por Mascarenhas (1984), Pereira (1984), Montenegro e Rezende Filho (2008); de proteção ao binômio mãe-filho, durante a gestação, no curso do pré-natal, no parto e no período neonatal. Embora, os estudos sobre a participação familiar, à luz da humanização, apontem sua importância, muito há de se fazer ainda na área perinatal: à gestante/parturiente e ao feto/neonato. Atualmente, já se observa uma saudável tendência nas unidades hospitalares brasileiras de atendimento materno-infantil, mormente no pré-natal, nas salas de parto e UTINs, de valorizar o cuidado humanizado, com a inserção da família junto aos seus entes queridos nos momentos assistenciais, explicitados, respectivamente, nos próximos tópicos.

Assistência pré-natal

De indiscutível e inquestionável elevada eficácia, tanto para a gestante, quanto para o nascituro, a assistência pré-natal é prática obstétrica preventiva e curativa, reconhecida universalmente pela saúde pública, assinalam Madi, Chiaradia & Lunardi (1986) e outros.

Gama; Szwarcwald; Leal (2002, p. 153) asseveram que: “A assistência pré-natal se apresentou neste estudo como uma política compensatória eficiente para a prevenção da prematuridade e do baixo peso ao nascer, especificamente entre as puérperas adolescentes”.

A assistência pré-natal, embora se constitua num ato médico por excelência, de cunho preventivo e de intervenção terapêutica, possui amplitude muito maior; o obstetra há de reconhecer em cada gestante – adolescente ou não – não apenas os seus aspectos biológicos, mas também os psicológicos, sociais, financeiros, culturais e os demais envolvidos.

Dentre os mecanismos explicativos, encontram-se os de natureza biológica, como imaturidade do sistema reprodutivo, ganho de peso inadequado durante a gestação e fatores socioculturais, como pobreza e marginalidade social, combinados ao estilo de vida adotado pela adolescente. Apesar da relevância de ambos os motivos – biológicos e socioculturais –, a falta de cuidados pré-natais das adolescentes, associada à pobreza e níveis baixos de instrução, têm mostrado papel preponderante na cadeia causal de recém-nascidos de baixo peso. (GAMA et al., 2001, p.75)

Muitos outros pesquisadores confirmam a importância da realização do pré-natal, em relação à segurança materna e à concomitante proteção ao nascituro, visando à redução dos índices de prematuridade e de baixo peso ao nascer, também relacionados a causas sociais.

Não obstante, a importância da realização de um bom pré-natal seja reconhecida pela maioria da população em fase reprodutiva, na prática, sobretudo em relação às gestantes adolescentes, diferentes pesquisadores demonstram a pequena procura por esse recurso

preventivo da mais alta valia, atraso de sua inserção neste programa de assistência à saúde ambulatorial, contumaz frequência irregular nas consultas, além de menor cumprimento das orientações preconizadas pelo prenatalista.

As adolescentes buscam menos a assistência pré-natal ou a iniciam tardiamente; tais fatos agravam situações de risco que vivenciam. Os resultados desta pesquisa concordam com os de outros estudos, que verificaram alta proporção de ingresso tardio e ausência ao pré-natal entre adolescentes. Diferentes fatores são apontados para explicar a ausência ou inserção tardia de adolescentes ao pré-natal, entre eles destacam-se as dificuldades de assumir a gestação, conflitos familiares, assim como desconhecimento da importância desta assistência, situação que é agravada na presença de abandono da família e/ou do parceiro (COSTA et al., 2001, p. 239).

Tais constatações, reiteradas por diferentes profissionais, preocupam a Saúde Pública, porquanto muitos dos fatores envolvidos fogem ao controle direto da ação estatal.

Constataram Chalen et al. (2007, p. 184) “[...] ausência de realização do Pré-natal em aproximadamente 25% das adolescentes grávidas avaliadas e a alta taxa de adolescentes grávidas internadas (24,3%), sendo 17% com até 15 anos [...]”, aspectos graves a considerar. Outros pesquisadores ratificam os dados apresentados por Chalen; assim, Oliveira (1998) assinala que adolescentes, muitas vezes, só reconhecem a sua gestação no terceiro mês, postergando a procura aos serviços de pré-natal no momento em que não podem esconder a situação gravídica; algumas jovens somente são atendidas durante o parto. (FONTES, 1991)

A procura tardia ao pré-natal é prejudicial às gestantes adolescentes e aos seus bebês. A não realização do exame pré-natal ou sua incompleta efetivação é, por si só, uma situação de elevado risco para a gestante, sobretudo a adolescente, já fragilizada por outros fatores e, também, para seu nascituro/recém-nato, unidade biológica existencial indissociável.

Comentários adicionais – A gravidez na adolescência tardia e na juventude (até 24 anos de idade), desejada ou não, costuma cursar sem maiores percalços, constituindo-se numa etapa tranquila da vida, desde que a gestação seja acompanhada por uma equipe de saúde que realize um adequado pré-natal. Em relação à prenhez precoce, pelo contrário, há maiores riscos.

Entre os muitos problemas enfrentados por tais bebês, mormente no estudo de gestantes adolescentes, dois, pela gravidade incontestável, merecem menção reiterada e detalhamento informativo: a prematuridade e o baixo peso ao nascer, muitas vezes associados, e com maior prevalência na prenhez de adolescentes menores de 15 anos, abordados adiante.

O Ministério da Saúde, visando à melhor proteção ao binômio mãe-filho, recomenda a todas as gestantes, de todas as idades, que realizem, no mínimo, sete ou mais consultas pré-natais. Os últimos dados estatísticas do MS-Datasus (BRASIL, 2008) apontam uma baixa

cobertura pré-natal (menos de sete consultas gestacionais), em todo o país, em 2008, tanto na adolescência precoce: apenas 37,5%, quanto na sua fase tardia: 45%; em ambas as faixas etárias, a assistência pré-natal é menor de 50%; também revela índices de prematuridade e de baixo peso ao nascer mais elevados em gestações na adolescência, quando comparadas às ocorrentes na fase adulta.

González, Brito e Maneiro (1997, p.13), em pesquisa realizada na Venezuela, “*Estudio retrospectivo, de 127 pacientes adolescentes embarazadas controladas y atendidas en la Maternidad ‘Concepción Palacios’ entre 1987 y 1994. Servicio de Prenatal, Maternidad Concepción Palacios*”, assinalam que: “*El control prenatal se inició en promedio a las 24,5 semanas y el número de consultas fue 6,17*”.

Tais dados numéricos refletem a incompleta realização do pré-natal, sobretudo em adolescentes de primeira gestação: primigesta, quando os riscos materno-infantis são maiores, mesmo em gestantes adultas.

Para Montenegro e Rezende Filho (2008, p. 130): “A frequência ideal das consultas é de dez para as nulíparas sem complicações na gravidez e de sete para as múltiparas, também sem complicações”. Partindo-se do conhecimento de que a gravidez na adolescência cursa, frequentemente, com diferentes riscos biopsicossociais e que há, também, atraso na procura de assistência pré-natal pelas gestantes adolescentes, depreende-se que as mesmas ficam mais expostas aos perigos decorrentes de uma prenhez não desejada e mal assistida.

Pesquisadores confirmam o explicitado. Para Gama et al. (2001, p.74): “o pré-natal não foi realizado em 13% das adolescentes, enquanto 10% do outro grupo não tiveram atendimento”. Quando realizado o pré-natal, as adolescentes tiveram menor número de consultas. No grupo de adolescentes, o percentual de prematuridade foi significativamente maior que nos grupos de gestantes adultas; idem, nas maternidades públicas, quando comparado às privadas, particulares. Ratificados por outros pesquisadores, os riscos reais de partos prematuros são maiores entre os bebês nascidos em hospitais públicos, que prestam assistência predominante às gestantes pobres; em relação às grávidas adolescentes, portanto, o ônus maior atinge os segmentos menos favorecidos da população brasileira. Somente este aspecto, se fosse o único... e não o é, há várias outros tão importantes quanto... já comprovaria o elevado perigo a que estão expostas as gestantes adolescentes e os seus bebês, em especial.

“Assim, pode-se afirmar que, das mães de nascidos prematuros, as com idade entre 10 e 14 anos apresentaram estatisticamente uma maior predisposição a prematuridade do que as mães adolescentes com mais de 14 anos.” (NADER; COSME, 2007, p. 340).

Ximenes Neto et al. (2007, p. 280) chamam a atenção para um detalhe importante: “Não realização de um pré-natal de qualidade, pelo fato de a adolescente esconder a gravidez ou os serviços de saúde não estarem qualificados para tal assistência”.

As consequências decorrentes de insuficiente assistência pré-natal: quantitativa e qualitativa atingem tanto gestantes quanto nascituros. Pior ainda é a sua não realização; os recursos utilizados: clínicos (REZENDE; MONTENEGRO, 1980); laboratoriais (BOTELHO; BOTELHO, 2009) e ultrassonográficos. (VASQUEZ, MARON; MURTA, 2003)

Patologias e situações obstétricas de risco na adolescência

As doenças que atingem gestantes – adolescentes ou adultas – decorrem de situações patológicas já existentes: pré-concepcionais, não tratadas ou resultantes de problemas relacionados diretamente à gravidez, ou causadas por fatores extra-gestacionais diversos.

Vitiello (1994) aponta as patologias mais frequentes na gravidez de adolescentes: hipertensão arterial: doença de natureza gravídica, específica do estado gestacional, a denominada toxemia gravídica ou eclâmpsia ou eclampsia (BETTIOL, 1992), mais comum em adolescentes, se comparada à ocorrente em gestantes adultas: entre mulheres jovens: 15,91% e em adultas: cerca de 10 a 12%. (Id) Complementa, dizendo que a hipertensão arterial de causa não gravídica, porquanto preexistente, é mais rara em adolescentes, acentuando que as moléstias que mais usualmente as provocam são incomuns nessa faixa etária. Fontes (1982) aponta a infecções urinárias iniciadas na infância das futuras mães, sobretudo as de repetição, comuns nessa fase etária da vida, por vezes inaparentes, como causas habituais de hipertensão materna, já presentes antes ou no curso do processo gravídico-puerperal. Quanto mais precoce for estabelecido o diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial melhor será o prognóstico. Há outro grupo de gestantes portadoras de hipertensão arterial crônica, essencial ou secundária, já existente antes do início da gravidez. “Geralmente há indícios anamnésicos e físicos da doença hipertensiva crônica.” (GUSMÃO, 1984, p. 243). Anemia: na experiência de Vitiello (1994), Nisquier (2008); O’ Reilly, Bottomley e Rymer (2008), Montenegro e Rezende Filho (2008) e de outros, níveis baixos de glóbulos vermelhos e/ou de hemoglobina ocorrem em um terço das gestações, geralmente, por falta de ferro (anemia ferropriva), decorrência de má-nutrição ou verminoses, sobretudo em adolescentes de extratos sociais baixos; desnutrição materna preexistente é fator associado; tais situações gestacionais são referidas por Martinez Aliaga (1985); Alegria; Schor e Siqueira (1989).

Uso na gestação de drogas permitidas e proibidas: cigarros, álcool; maconha e cocaína têm sido referido por: Gama et al., 2004; Chalen et al., 2007; Micheli e Formigoni, 2008.

Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e entre elas, pela sua gravidade, a AIDS.

Medeiros (2008b, p. 265) aborda os fatores de “Avaliação de Risco para contrair DST: vida sexual ativa; menores de 14 anos; dois parceiros ou mais (promiscuidade sexual; parceiros mais velhos; adolescente ou parceiro com *piercing* e/ou tatuagem; adolescente ou parceiro usuário de álcool e/ou drogas; mais de um parceiro nos três últimos meses; DST anterior; outros pesquisadores indicam condutas preventivas e de intervenção: Porto, 2005; Okazaki, 2005; Villela; Doreto, 2006; Brandão; Heilborn, 2006 e pelo MS (Brasil, 2004).

Abortamento (aborto) espontâneo e provocado - É o produto da expulsão ou extração do organismo materno de um feto ou embrião pesando 500 g ou menos (aproximadamente igual a 20 semanas completas ou 140 dias completos, a 22 semanas ou 154 dias completos de gestação. (BERTAGNON E SEGRE, 1981, p. 5)

Aborto espontâneo, endógeno: determinado por causas biológicas, orgânicas, denominadas “naturais”: é a eliminação involuntária do embrião ou do feto: aborto precoce ou tardio, respectivamente, resultante da imaturidade reprodutiva, insuficiência istmo-cervical, causas hormonais, infecciosas ou genéticas. (SCHÜLER-FACCINI et al., 2002)

Aborto provocado por meios químicos (Citotec) Barros; Juliano; Fernandes (1998); e físicos: Monteiro e Adresse (2006); Menezes; Aquino, 2009; Benute et al. (2009).

Os danos físicos e psicológicos, tantas vezes graves, causados pelos abortos induzidos ocorrem a curto, médio e longo prazo, segundo: *Alan Guttmacher Institute, 1994*; Schüler-Faccini et al. (2002); Guillier, Dupas; Pettengill (2007); Sagan (2008); Correia, 2009 e outros.

Inserção Familiar

Pais ou responsáveis, uma vez sabedores da gravidez em suas adolescentes, devem conduzi-las, o mais cedo possível, a um serviço de pré-natal, prestando toda a ajuda possível: material, nutricional, psicológica (emocional); incentivando-as e ajudando-as a cumprir as determinações médicas. “As adolescentes grávidas estão inseridas num contexto de conflitos: criança ou mulher, filha ou mãe, não sabendo se comportar diante da gravidez e sem saber que atitude adotar diante da sociedade e consigo mesma”. (GODINHO et al., 2000, p. 26)

Aspecto relevante a reenfatar, causa de riscos gestacionais: adolescente grávida não realizar o acompanhamento pré-natal, iniciá-lo tardiamente, não frequentá-lo regularmente, e/ou não acatar as determinações médicas estabelecidas. Vários pesquisadores confirmam o afirmado: Vitiello, 1994; Gonzalez, Brito e Maneiro, 1997; Oliveira, 1998; Costa et al., 2001; Gama et al., 2001; Chalen et al., 2007; estes e outros assinalam que, diante de tais

dificuldades, cabe à família, sobretudo à mãe da adolescente grávida, apoiá-la, desde o momento da confirmação do seu estado gravídico. Esta ação familiar costuma evitar o aborto. Quanto melhor e mais precoce for a assistência pré-natal, maior será a proteção ao binômio.

O assunto é polêmico, e discute-se a possibilidade de que os efeitos de um pré-natal inadequado nesse grupo sejam mais pronunciados porque a gravidez na adolescência é um fenômeno muito mais presente nas jovens de grupos sociais excluídos, frequentemente desprovidas do apoio da família, do pai do bebê e da sociedade. Alguns estudos têm mostrado que a grávida adolescente inicia mais tardiamente o acompanhamento pré-natal e termina por fazer um menor número de consultas, quando comparada às mulheres com 20 anos. (ARCANJO; OLIVEIRA; BEZERRA, 2007, p. 446)

O atraso na realização do pré-natal, entre outras situações afins, é responsável por problemas gestacionais ocorrentes na gravidez de adolescentes, inclusive maior incidência de partos prematuros e de bebês de baixo peso ao nascer; tal dificuldade pode revelar pouco apoio familiar. “Para as adolescentes, muitas vezes, a dificuldade de contar o fato para a família ou até mesmo constatar a gravidez faz com que iniciem tardiamente o pré-natal, o que possibilita a ocorrência de complicações e aumento do risco de terem bebês prematuros e de baixo peso.” (NADER; COSME, 2007, p. 343); e o pior de tudo: ausência ou má qualidade do pré-natal; inclua-se: a desumanização assistencial, durante o parto e o período neonatal, denunciada por Paciornik; Paciornik (1984); Araújo; Oliveira (1984); Bocardi(1998), Fontes(2002b).

A falta de assistência pré-natal adequada é o ponto de partida para as mais frequentes complicações clínicas e obstétricas observadas[...]. Basicamente, o temor de assumir publicamente a gestação é o fator que mais afasta a adolescente do pré-natal. Essas pacientes em geral escondem a gravidez até da própria família enquanto isso for possível, não recebendo qualquer apoio. (VITIELLO, 1994, p. 20)

Nos casos referidos acima, a família nada faz porque nada sabe sobre a prenhez.

A família, em realidade, deve participar de todo o processo gravídico de suas adolescentes, ora apoiando material e afetivamente, ora acompanhando as jovens mães em todos os momentos assistenciais: durante o pré-natal, na hora do parto e depois do nascimento do bebê, aspectos especificamente discutidos nesta dissertação nos tópicos correspondentes. Esta é a recomendação: apoiar gestantes de baixo e de alto risco. Motivos de diversa natureza podem impedir o necessário desempenho familiar, mormente de pais, mães e avós. Há situações específicas vivenciadas pelas grávidas adolescentes que exigem cuidados especiais de seus pais, particularmente. A solidariedade familiar, por motivos óbvios, se faz muito mais

necessária quando se trata de uma gestação que cursa com doenças ou situações de elevado risco, tanto para a mãe quanto para o filho (a). Atualmente, DST, drogas e violências domésticas e suas consequências físicas e emocionais, que atingem jovens grávidas e, indiretamente, seus conceitos estão entre as que mais exigem cuidados especiais. O combate ao aborto induzido é dever da família; ajudar a sua realização é prática habitual abominável.

6.2.2 – Parto (Período parturitivo)

“O parto pré-termo define-se como o parto entre as 24 e 37 semanas completas de gravidez” (O’ REILLY; BOTTOMLEY; RYMER, 2008, p. 357); é o parto que ocorra até 37 semanas de gestação e seis dias, calculada a partir do primeiro dia da última menstruação.

Toda criança que nasce é sinal de esperança, de confiança com relação ao mundo e à vida, é o indício de que, apesar da decrepitude que penetra, inevitavelmente, nossa realidade individual e social, a “novidade” é possível e, com ela, a liberdade, a possibilidade de começar algo que jamais se iniciaria de outro modo (BELARDINELLI, 2007, p. 32).

Desafortunadamente, por causas variadas, bebês há que não atingem seu objetivo existencial: recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso ao nascer, com defeitos congênitos e variados problemas, congênitos ou adquiridos, por isso, considerados de “alto risco”.

Parto vaginal vem sendo substituído pela cesariana na maioria absoluta dos hospitais e maternidades, no Brasil; realizada com ou sem indicação médica; nesta última condição, para realizar laqueadura tubária, com maiores riscos materno-neonatais. No caso de bebês prematuros e/ou de baixo peso, caso a caso, cabe ao obstetra optar pelo tipo de parto mais seguro para mãe e filho: vaginal ou abdominal. O parto cesariano, quando indicado corretamente é da mais alta valia. Pode ser, no entanto, nocivo, pelas complicações que pode determinar: riscos inquestionáveis de monta: cirúrgicos, anestesiológicos, infecciosos e hemorrágicos. Na adolescência muito precoce é indicado o parto cirúrgico por razões várias. Incidência no Brasil e na Bahia.

Dados oficiais do MS-Datasus (BRASIL, 2009) de partos, em 2007, 2008 e 2009, no país, revelam um diminuto declínio do número dos realizados pelo SUS em hospitais próprios ou conveniados; nesta série histórica: partos de mulheres na faixa de 10 a 19 anos, em 2007: 594.205 partos; em 2008: 487.173 partos e em 2009 (até o mês de outubro): 408.400 partos.

O parto vaginal pode ocorrer com ou sem complicações em adolescentes. Entre as diversas intercorrências partais, citadas por Vitiello (1994), são apontadas as mais frequentes:

- o parto prematuro, habitual em adolescentes, atingindo até 30% dessas gestantes; vários fatores têm sido responsabilizados pela interrupção antecipada do parto: incompleto crescimento e desenvolvimento do útero, sobretudo, em adolescentes mais jovens, causa de precoce aumento de contratilidade uterina, no momento em que o feto apresenta maior volume corporal; seria resultante de uma resposta contrátil uterina mais intensa, anômala e prematura à distensibilidade ocorrente do miométrio; no entanto, Vitiello (1994) aduz que a maior incidência do parto prematuro não é uma peculiaridade das gestações na adolescência, argumentam que em gestações tais, se desejadas, se são bem acompanhadas no pré-natal e recebem boa assistência e apoio familiar, o número de partos prematuros corresponde à média incidente em gestantes adultas; atribui, argumentando, à presença de diversos fatores sociais.

Duração do trabalho de parto – o tempo médio partal é o assinalado por Montenegro e Rezende Filho (2008, p. 167). “O parto propriamente dito (fase ativa) tem o período de dilatação se completando em cerca de 12 horas, nas primíparas, e de 7 horas nas múltíparas; a expulsão leva, respectivamente 50 e 20 minutos”. A maioria dos autores ratifica os dados assinalados por Montenegro e Rezende Filho (2008). Vitiello (1994) reconhece que o trabalho parturitivo é, em média, superior ao ocorrente em gestações na fase adulta, mas atribui tal fato à maior freqüência de distúrbios emocionais, pelas alterações negativas que causam na dinâmica das contrações uterinas.

Tipos de parto – são mais indicados o uso do fórcepe de alívio e o parto cesariano, decorrência das anormais contratilidades uterinas: distócias, mais comuns em adolescentes. Goldenberg, Figueiredo e Silva (2005, p. 1080) assinalam maiores índices de parto cesariano: “A proporção de realização de cesariana na população de parturientes adultas, por sua vez, foi de 35,0%⁵, enquanto que esse valor atinge 21,0% na faixa etária de 15 a 19 anos e, 20,0% na faixa de 10 a 14 anos”; e) Martinez Aliaga (1985, p.127) confirmaram os dados anteriores: “*Cabe mencionar también en alto porcentaje de parto por cesárea (34,9%)*”.

De forma minoritária, há os que julgam que não há diferença substantiva entre partos de adolescentes e de adultas: “Os resultados referentes ao parto natural, da presente pesquisa, concordam com os de outros estudos, que não apontaram diferenças quanto a esta característica entre adolescentes e adultas sob as mesmas condições de vida.” (COSTA et al., 2001, p. 239)

⁵ A maior incidência de cesariana em mulheres adultas decorrem de outros fatores. Ex.: laqueadura tubária.

Lesões do trajeto – Montenegro e Rezende Filho (2008) utilizam a expressão “Laceração do Trajeto”, que define os danos ocorrentes, tipo: esgarçamento de tecidos moles, localizadas nas áreas femininas afetadas no trabalho de parto: vulva, vagina e períneo, ou mesmo rupturas superficiais e profundas, nestas, podendo estender-se às vias urinárias, com riscos maiores.

Vitiello (1994) questiona, mais uma vez, a opinião de vários pesquisadores; para estes, a maior frequência dos danos anatômicos existentes na gestação de adolescentes é decorrência do hipodesenvolvimento osteomuscular; refere-se, para respaldar sua posição, a várias estatísticas mais recentes (à época), que comprovam a inveracidade das aludidas afirmativas. Assistência ao parto – o parto vaginal normal em menores de quinze anos apresenta óbices, decorrência de seus ossos pélvicos ainda não totalmente desenvolvidos e de uma maior rigidez das partes moles da bacia (pelve) e do colo do útero, tanto no período de dilatação do colo uterino quanto na fase expulsiva do parto. Acordes com o referido: a) Oliveira (1998) constatou em gestantes adolescentes precoces maiores índices, significativos, de parto prematuro e de ruptura de colo uterino; b) incidência maior de parto prolongado, aspecto confirmado por Costa e Leal (1984); c) Gonzalez, Brito e Maneiro (1997) observaram ruptura prematura de membranas amnióticas; d) Infecções urogenitais são frequentes em partos vaginais, conforme Oliveira (1998) e outros.

Consequências, resultantes, direta ou indiretamente, de partos vaginais, nem sempre reais partos normais, portanto, são apontadas por Yazile, 2006: infecções urogenitais, desproporção céfalo-pélvica, placenta prévia, sofrimento fetal agudo intra-parto, complicações no parto, lesões no canal de parto; hemorragias, endometrite, infecções, deiscência de incisões, dificuldade para amamentar, entre outras. (Yazile, 2006).

Inserção Familiar

Apoio familiar à parturiente adolescente.

No instante do parto, a família costuma exercer seu relevante papel, conduzindo a jovem parturiente à maternidade, apoiando-a, buscando tranquilizá-la durante a internação, tarefa familiar difícil, porque: (...) “o nascimento prematuro passa a ser como um golpe para a auto-estima materna, principalmente por destituí-la do papel de uma maternagem sadia. (ARRUDA; MARCON, 2007, p. 121)

Segundo Araújo e Oliveira, 1984; Fontes (2002b) e outros, nas maternidades públicas e conveniadas ao SUS, na hora do parto, a presença de familiares ocorre raramente, não se permite, como regra geral, embora haja determinação expressa do SUS nesta direção; o acompanhamento familiar durante a internação da parturiente é muito importante, mas, em

muitos hospitais públicos não é respeitado. “É importante facilitarmos a aproximação entre o bebê pré-termo e seus pais, o mais cedo possível” (ANDRADE, 2004, p.1).

Fontes, 2002a; Lira, 2004; Buarque et al., 2006; Faquinello; Higaraschi; Marcon, 2007; Dittz; Mota; Sena, 2008; Bolwerk, 2008 defendem uma prática humanizante hospitalar (UTIN), de apoio à família, facilitada pela equipe de saúde e a administração nosocomial.

A solidariedade familiar, na maternidade, à jovem parturiente/puérpera e a seus recém-nascidos é fundamental, conforme afirmam Andreani, Custódio e Crepaldi (2006) e Ferreira, Sakita e Ceccon (2009).

Buscando-se o apoio psicológico à jovem parturiente, recomenda-se a presença de um(a) acompanhante na sala de parto (a sua genitora), inclusive, em algumas unidades hospitalares vem se estimulado a presença do parceiro, do pai do bebê. (FONTES, 2002b).

6.2.3 - Pós-parto - Puerpério e Período Neonatal

Puerpério - O momento pós-parto, denominado também de período puerperal ou pós-natal.

Para Montenegro e Rezende Filho (2008, p. 186): “Puerpério (sobre parto ou pós-parto) é período cronologicamente variável, de âmbito impreciso, durante o qual se desenrolam todas as manifestações involutivas e de recuperação da genitália materna havidas após o parto.” É o processo de retorno pós-natal às condições anatômicas, fisiológicas, endocrinológicas e reprodutivas femininas; seu acompanhamento se faz pela equipe médica obstétrica e a enfermagem. (ALVES, 2007) Montenegro e Rezende Filho (2008) e outros obstetras classificam o período puerperal em: puerpério imediato (do 1º. ao 10º. dia pós-parto); puerpério tardio (do 10º. ao 45º. dia); puerpério remoto (além do 45º. dia). Os mesmos problemas apresentados por puérperas adultas acometem as adolescentes: hemorragias e infecções, estatisticamente, geralmente com maior gravidade.

Período Neonatal - Recém-nascidos de risco

“Procura-se um amigo: deve gostar de crianças e lastimar as que não puderam nascer.”

Vinicius de Moraes

Divide-se em dois momentos: 1º.. período neonatal precoce: os sete primeiros dias de vida; 2º. período neonatal tardio, do oitavo ao vigésimo oitavo dia pós-natal. A Neonatologia cuida dos recém-nascidos normais e patológicos; nesta pesquisa, o foco das atenções se dirige aos dois recém-nascidos de risco mais vitimados: o prematuro e o de baixo peso ao nascer.

“A prematuridade é responsável por 75% das mortes neonatais [...]” (BITTAR; ZUGAIB, 1993, p. 39); mortes decorrentes de: 1) causas gestacionais (MELLO et. al., 1998); 2) perinatais (LUBCHENCO, 1984) partais, problemas ocorrentes no instante do parto e/ou 3) problemas incidentes, exclusivamente, no período neonatal: do recém-nascido.

Os recém-nascidos prematuros e os de baixo peso ao nascer (RBPN), estudados por Crosse (1980); Klaus e Fanaroff, (1990); Cascaes (2008); Morais, Quirino e Almeida (2009); Martins e Tapia (2009); Pinto, Padovani e Linhares (2009) e os de baixo peso ao nascer (BPN), de alto risco, são as maiores vítimas de morbi-mortalidade perinatal (MATHIAS et al., 1985; ARAÚJO, BOZZETTI E TANAKA, 2000; YAZILE, 2006; SILVA; SURITA, 2009), decorrência de inúmeros problemas ocorrentes durante a gravidez: diabetes, hipertensão arterial (MARTINEZ ALIAGA; 1985; KASSAR et al., 2005), obesidade (MATTAR, 2009), desnutrição (SIMÕES; SILVA; BETTIOL, 2003; PACHECO et al., 2006; UCHIMURA et al., 2007); GOUVEIA; CALDEIRA, 2009); infecções, cardiopatias, tabagismo e muitas outras. O parto de adolescentes, sobretudo, se em menores de quinze anos: sofrimento fetal agudo durante o parto (BITTAR; ZUGAIB, 1993), doenças respiratórias neonatais: SAR, pneumonia, pneumotórax, atelectasia, apnéia (MIYASAKI; KOPELMAN, 1984); infecções sistêmicas meningo-encefalites, por baixa imunidade (RAMOS, VAZ & MANISSADJIAN, 1985); NASPITZ; SOLÉ, 1992, BRICKS, 1998; SERAPIÃO, SERAPIÃO & SERAPIÃO, 2007; AULER & DELFINO, 2008; JOBIM & JOBIM, 2008); distúrbios neurológicos (GOLDENBERG, FIGUEIREDO E SILVA, 2005) distúrbios metabólicos: hipoglicemia, hipocalcemia, hipomagnesemia (MIRANDA; DWECK, 1977), icterícia (SEGRE; ARMELINI, 1981); anemia (FONTES; FONTES, MATTOS, 2009), retinopatia da prematuridade (FONTES, 2002a); ademais, apresenta defeitos congênitos, principalmente: cardiopatias, hidrocefalia e meningo-mielocelo (FONTES; FONTES, 2009), decorrência direta dos maiores índices de prematuridade e de BPN, conforme Aguiar et al. (2003); Amorim et al., 2006; Nascimento (2006), Pacheco et al. (2006) e outros; anomalias cromossômicas ou gênicas, se de origem hereditária (SCHÜLER-FACCINI et al. 2002), tocotraumatismos. (BELFORT, 1983; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008), situações de risco (NASCIMENTO; GOTIEB, 2001; YAZILE, 2006)

Os recém-nascidos de Baixo Peso ao Nascer (RBPN) são os com peso igual ou menor do que 2500g ao nascer (...) ”a relação entre a idade gestacional e o peso do recém-nascido reflete a suficiência do seu desenvolvimento intra-uterino. (PITTARD, 1995, p. 65). São de elevado risco, conforme Sweet (1990); Cook (1997); Pacheco et al. (2006); Uchimura et al. (2007); Santos; Martins; Sousa (2008) e outros revelam elevada morbimortalidade nestes

bebês de mães adolescentes, sobretudo, se há associação com a prematuridade, conforme: Apte (1987); Bozkaya et al. (1996); Duarte, Nascimento e Akerman (2006); Aquino et al. (2007).

Segundo Crouse e Cassady (1999), o bebê pequeno para a idade gestacional está em segundo lugar como causa de morte perinatal (AQUINO et al., 2007); o prematuro, em primeiro lugar; Mariotoni e Barros Filho (2000); Guimarães; Monticelli, 2007 assinalam maior mortalidade infantil (no 1º. Ano de vida) em bebês prematuros e de baixo peso ao nascer. Martinez Aliaga, em 1985, obteve menores mortalidades perinatal e infantil através de uma eficiente ação multi-interdisciplinar. Ratificam tais dados: Lippi et al. (1989); Tavares; Barros, 1996; Morais Neto e Barros (2000) e outros.

A prematuridade e o baixo peso ao nascer costumam se associar, responsáveis por inúmeros riscos, de diferentes intensidades e gravidades. Prematuridade e baixo peso constituem um conjunto nosológico de elevado risco habitual, segundo Fontes, 1984; D'orsi; Carvalho, 1998; Campos; Carvalho, 2000); responsáveis pela morbimortalidade perinatal e, especificamente, neonatal, sobretudo o de menor idade gestacional. (SWEET, 1990)

O “momento depois do ciclo gravídico-puerperal” é o do aparecimento das sequelas, habitualmente neurológicas (DARGASSIES; 1980), em RN de risco: pequenos prematuros, BPN e anoxiados, que necessitam do tratamento imediato, denominado de Estimulação Precoce ou Intervenção Precoce. (FONTES et al., 2002a; SOUZA, 2002a; SÁ, 2005, outros).

A técnica também recomendada por: Mariotoni; Barros Filho (2000) e Assis-Madeira; Carvalho (2009) e outros é recurso reconhecido internacionalmente pelos seus excelentes resultados, capaz de evitar ou minimizar sequelas graves: monoplegia, diplegia, hemiplegia, tetraplegia, ataxia, atetose, paralisia cerebral (consultar o glossário). Geralmente utilizada por fisioterapeutas e médicos especializados (fisiatras), deve ser iniciada desde os primeiros dias de vida, de preferência já na unidade de terapia intensiva neonatal, onde permanecem habitualmente internados por longo tempo os aludidos RN de risco. (SOUSA; SILVA; GUIMARÃES, 2008) e mantida após alta hospitalar, em ambulatório próprio. (GUIMARÃES, 2001; FORMIGA; PEDRAZZANI; 2004; FORMIGA et al., 2004 e outros).

Inserção Familiar

No puerpério - A imaturidade físico-emocional em crianças que se tornaram mães é fator agravante, que exige, também da família, cuidados especiais a tão jovens puérperas. (VIEIRA, 2002). “A reação familiar à gestação também fez diferença, ficando as puérperas

cuja reação familiar à gestação foi ruim, em situação de desvantagem, 33,0%.” (SABROZA, 2004, p. S133)

As puérperas adolescentes, estatisticamente, necessitam mais de cuidados pós-natais do que as de maior idade, porquanto apresentam maiores problemas durante e após o parto.

Segundo Montenegro e Rezende Filho (2008): a família pode colaborar, seguindo as orientações do obstetra e da enfermagem: nos cuidados higiênicos e outros prestados.

No Período Neonatal - Apoio familiar a recém-nascidos de risco, hospitalizados, mormente prematuros e BPN, em interação harmônica com a equipe profissional, sobretudo na UTIN (PAULI; BOUSSO, 2003), é fundamental à sua recuperação: a) reduzindo a internação, o estresse familiar e a mortalidade neonatal, conforme assinalam: Padovani et al. (2004); Vasconcelos, Leite; Scochi (2006); Molina (2007); Rabelo (2007); Arruda; Marcon (2007); Sousa, Silva; Guimarães (2008); Tomeleri; Marcon (2009); Alves; Costa; Vieira (2009); b) prevenindo profilaxia de abandono materno, segundo: Trindade (1999); Venâncio; Almeida (2004), fato doloroso de constatação histórica, c) dificuldades ulteriores intra-familiares relacionais (GAÍVA; FERRIANI, 2001) e maltrato a prematuros e a outros bebês, posterior, em ambiente domiciliar, a Síndrome *failure to thrive* não orgânica. (KLAUS; KENNEL, 1993; SCOCHI et al., 2003; GAÍVA E SCOCHI, 2005)

O MS, reconhecendo a grande importância preventiva da presença materna e de familiares junto aos seus neonatos de risco na maternidade e, após alta hospitalar, em casa, em face dos ótimos resultados obtidos em vários países da América Latina, oficializou o Método Mãe Canguru, em 2.000, baseado no afeto, através de contato epidérmico mãe (avó, pai) e bebê, 24 horas por dia. (COLAMEO; REA, 2006; GUIMARÃES; MONTICELLI, 2007).

O afeto é nutriente necessário à recuperação de bebês de risco neurológico; a família é indispensável em todo o processo de estimulação precoce, realizando no domicílio manobras fisioterapêuticas, orientadas pelos técnicos, em seus bebês. (SÁ. 2005; SIMIONI; GEIB, 2008) “Os cuidados parentais que uma criança recebe em seus primeiros anos de vida são de importância vital para a sua saúde mental.” (FERREIRA; VARGAS; ROCHA, 1998, p. 113)

6.3. Singularidades Psicológicas

Considerações gerais

A psicologia, através de pesquisas e de ações assistenciais, vem prestando relevante contribuição científica ao estudo da adolescência e da gravidez precoce, investigando suas causas e consequências. Tal fato se constata claramente nesta investigação, notadamente pelo

significativo número de psicólogos que estudam o tema gravidez na adolescência e as suas inter-relações com a família.

A prenhez acontece em alguém com história de vida pessoal e familiar; este singular histórico intransferível, especialmente, deve ser pesquisado e valorizado pelos profissionais que prestam assistência aos (às) adolescentes; e na gravidez, com mais apuro ainda.

Vale ressaltar o assinalado por Oliveira (1998): com o início da sexualidade, na adolescência precoce, sobretudo no começo das atividades sexuais, surgem conflitos e as adolescentes apresentam incerteza, insegurança, ansiedade, transtornos de vínculos afetivos, ao lado de questionamentos sobre regras, normas sociais, valores, sua própria identidade de mulher, além da consolidação de sua autoestima e preocupação com sua autoimagem. Moreira et. al. (2008) e outros enfatizam os conflitos previamente vivenciados pelas gestantes adolescentes. Enfatize-se: não somente os conflitos vividos, mas, todos os eventos pretéritos relacionados à sua saúde física e mental são importantes e devem ser valorizados pelos profissionais que cuidam de gestantes adolescentes.

Identidade infantil X identidade adulta

Neste estudo, as singularidades prevalentes se referem às dificuldades enfrentadas pelas gestantes adolescentes, no momento em que estão deixando a identidade infantil e se dirigindo à adulta; é neste instante de transição que os problemas psicológicos afloram mais.

“A adolescência é o período que se caracteriza pela transição da infância para a idade adulta, ou seja, pela perda da identidade infantil, busca da identidade adulta, sendo, assim, uma fase de profunda instabilidade emocional e mudanças corporais”. (GOLDENBERG; FIGUEIREDO; SILVA, 2005, p.1077).

Essa fase etária de transição é vivenciada de forma peculiar e própria por cada adolescente; será vivida e superada, com ou sem maiores percalços, conforme características pessoais e de vida relacional familiar e social existentes.

Busca de si mesmo e da identidade adulta – A grande pergunta é quem sou “eu”, mas a resposta surgirá mais para o final da adolescência, após todo o processo de autoconhecimento que teve início na puberdade, com as mudanças corpóreas e todas as outras decorrentes “(PACHECO, 2008, p. 11).

Outros aspectos, de caráter psicológico, pela sua importância, são também apontados.

Segundo Heilborn et al. (2002), a gestação na adolescência pode representar inclusive uma busca pela individualidade e vivência amorosa. É exatamente nesse momento de passagem, de tantas transformações corporais e psíquicas, de busca de sua nova identidade e

individualidade, eivado, estiradas vezes, de conflitos que, de repente, a jovem adolescente engravida. Por isso, não surpreende que dificuldades psicológicas costumem surgir no curso de todo o processo gravídico-puerperal; assinala-se que uma eventual problemática emocional anterior familiar, que atinja a gestante adolescente, pode empiorar toda a sua situação.

A adolescente, em fase de transição existencial, busca conquistar sua identidade adulta em período temporal variável; ainda em fase de indefinição, de repente, há de assumir o papel de mãe, duplamente, provando para si mesma e para todos os seus circunstantes, familiares e a comunidade, a nova condição e capacidade pessoal. Transformar-se em mulher adulta, em tal situação e em tão pouco tempo, nem sempre é um processo atraumático, livre de conflitos interiores e com o universo relacional exterior.

A adolescência é um instante fundamental da vida do ser humano, de grande instabilidade e vulnerabilidade emocional para eles e elas, que os predis põem à perda de sua autoestima, eis aí outro aspecto importante a considerar; durante a gravidez, o problema avulta mais ainda.

Problemática psicológica

A gravidez na adolescência pode ser causa de conflitos psicológicos pessoais, estendendo-se aos seus contextos: familiar e social, ou ser efeito, resultante de problemas familiares ou sociais. Identificar antecipadamente conflitos psicológicos que possam atingir adolescentes e seus familiares, relacionados ou não à gravidez extemporânea e prematura, é também fundamental para preveni-los. Neste e em outros momentos, a psicologia é uma arma valiosa. Em tempo de transformações tão profundas, as adolescentes ficam mais propensas a ingressar no mundo das drogas (drogadição), à violência e à gravidez não desejada, não planejada - de acordo com o afirmado por Oliveira (1998), porque não possuem – quase sempre - a capacidade de prever consequências danosas futuras. A tríade assinalada: drogas, violência e gravidez indesejada é problema de gravidade crescente na adolescência, pois agrega bem maiores riscos e óbices ao seu combate.

Sintomatologia psicológica extensa costuma ocorrer durante a gestação de jovens adolescentes, agravando, tantas vezes, problemática anterior: baixa autoestima, medo, ansiedade, tensões, desespero, indefinições, incertezas e insegurança (PACHECO, 2008), transtornos de vínculos afetivos, pânico, depressão (MOREIRA et al., 2008) e suicídio (FREITAS; BOTEAGA, 2002). Ajuda e compreensão familiar são indispensáveis, portanto.

Expectativas maternas

O reconhecimento da expectativa materna sobre a própria gestação é um aspecto importante a ser investigado por psicólogo, médico e outros profissionais, sobretudo na adolescência precoce, pelo seu caráter prático, nas ações implementadas, caso a caso, de proteção ao binômio: mãe-filho. Tal reconhecimento realiza-se junto à própria gestante, ao parceiro e aos familiares.

Frizzo, Kahl e Oliveira (2005, p. 13) enfatizam a importância do estudo das expectativas maternas em relação ao seu próprio estado gravídico e ao do seu nascituro, quando explicitam: “Na gestação, a vinculação entre a mãe e seu bebê pode ser investigada através do estudo das expectativas maternas”. Especificamente, König, Fonseca e Gomes (2008) estudam as representações sociais de adolescentes primíparas sobre ser mãe.

Pelo visto, muitos são os aspectos psicológicos, sobre os quais se debruçam os profissionais aludidos. A prenhez na adolescência, complexa, suscita outros questionamentos.

O apoio psicológico prestado por especialista à adolescente, em condição de risco biopsicossocial, durante a gestação, é de fundamental importância; inicia-se por um correto diagnóstico de sua situação clínica e emocional.

Nessa fase etária denominada de “verdes anos” (?) pelos poetas, jovens machos e fêmeas vivenciam algo de novo em suas vidas quando, de repente, a gravidez inesperada surge. Neste momento, eles e elas – pais e mães adolescentes - necessitam de um amparo psicológico, de um apoio material, de correta orientação e de um colo amigo, aconchegante e preferencialmente existente no âmbito da própria família, que amenize suas dificuldades biopsíquicas resultantes; muitos jovens vencem esse instante da vida, considerado difícil, sem maiores percalços ou com um mínimo de traumas, outros, não. (PACHECO, 2008).

Ajuda prestada à adolescente grávida em situação conflituosa com seus pais e familiares – e também ao jovem pai adolescente - , sob orientação e acompanhamento psicológico, é fundamental. Relações harmoniosas prévias entre pais e filhos (as) é um sinal alvissareiro de bom prognóstico em momentos de dificuldades enfrentados por todos esses protagonistas, podem fazer grande diferença na gravidez de adolescentes. A intercomunicação saudável entre pais e filhos (as), mui precocemente estabelecida, tem se revelado benéfica aos seus membros durante a gestação, é parte da prevenção pré-primária, retrospectiva, iniciada, muitos anos antes, no alvorecer da vida de futuros pais. No momento de uma gravidez – registre-se: os e as adolescentes necessitam, muitas vezes, manter e reforçar um saudável relacionamento com seus pais – nem sempre preexistente -, o ideal seria que já tivesse sido iniciado desde os primórdios de suas existências, quiçá, desde a vida intra-uterina.

O período que vai da concepção ao nascimento e o primeiro ano de vida concentram o ritmo mais acelerado de desenvolvimento do ser humano. É uma fase muito especial para a formação dos alicerces da comunicação entre a criança e a família e da saúde integral deste novo habitante do mundo. Nas últimas décadas, os estudos científicos têm mostrado que o feto e o neonato têm vida emocional: percebem e reagem aos estímulos do mundo, dentro e fora do ventre materno. Desde a época fetal, temos características singulares e interagimos com o ambiente. (MALDONADO, 2009, p. 214).

Evitar a gravidez precoce, antes de tudo, é sempre a melhor solução; tudo o que se possa fazer para evitá-la deve ser realizado; é tarefa dos pais, familiares e profissionais. Não somente a psicologia vem se interessando pela gravidez muito precoce. A Psicanálise tem, também, buscado explicar a gênese de gestações tão prematuras, para melhor atuar. Estudo qualitativo realizado por Cantone (2004), investiga a denominada Síndrome Familiar, que possui um quadro clínico psicológico definido. Há um perfil familiar característico na aludida síndrome; o cenário habitual é assim constituído: pai ausente, pouco presente e/ou fraco e uma mãe com personalidade forte, dominante e autoritária. O estudo realizado inicialmente por este autor, investigou e identificou a aludida síndrome em três adolescentes mães de 15 e 16 anos com um perfil sociocultural diferenciado: escolaridade sem problemas, sem sinais de ruptura com a família, ausência de envolvimento com drogas: álcool e quaisquer outras; tal nosologia tem sido identificada por outros pesquisadores, porquanto capaz de predispor, em determinadas famílias, ao surgimento da gravidez na adolescência precoce. Cantone (2004) considera que tal prenhez seria uma resposta inconsciente que tais adolescentes se utilizariam para lidar com os pais frustradores e internalizados; infere, ao concluir, que, em função do exposto acima, tais mães jovens não estão psicologicamente preparadas para assumir essa realidade gravídica.

Inserção Familiar

Neste momento de tão profundas mudanças biopsicossociais, o apoio prestado às adolescentes gestantes é fundamental, sobretudo em seu próprio ambiente familiar.

Quando inexistem compreensão e ajuda no seu reduto inicial de apoio: o lar, a adolescente busca, alternativamente, na escola e nos seus grupos de jovens, colegas e amigas (os) – e, recentemente, de contatantes virtuais, na *internet*, solidariedade. Quase sempre, o apoio de tais interlocutores não é o mais recomendável. (PACHECO, 2008). A família, nesta e noutras situações difíceis vivenciadas pelos adolescentes, há de prestar seu relevante apoio.

Oliveira (1998) enfatiza que a gravidez não desejada e nem programada traz no seu bojo consequências psicológicas adicionais, principalmente quando falta o apoio de seu parceiro e/ou de sua família; em casos mais graves, as jovens gestantes são até abandonadas e

expulsas de casa; em passado recente, era comum grávida adolescente acabar no prostíbulo ou em casa religiosa de acolhimento durante a gravidez, e o bebê encaminhado para adoção.

- A identidade em fase de transição... e a gravidez precoce.

É fundamental que os pais de adolescentes tenham conhecimento preciso das dificuldades habituais psicológicas enfrentadas por elas e eles, em momento fisiológico de busca de uma nova identidade; conhecer, para melhor apoiar seus filhos (as) em tempo hábil e útil, é o mais aconselhável. Engravidar neste momento é fator agravante da aludida situação.

Goldenberg, Figueiredo e Silva (2005) enfatizam que, em instante de transição entre a perda da identidade infantil e a conquista da identidade adulta, surgem mudanças corporais e profunda instabilidade emocional, que dificultam a elaboração mental de uma gestação inesperada; torna-se indispensável, pois, uma atitude compreensiva e solidária da família, ou pelo menos de alguns dos seus membros, para que os adolescentes mães e pais consigam atravessar com maior segurança e menores conflitos tais dificuldades psicológicas.

Em realidade, nem sempre os pais de adolescentes se encontram em condições emocionais de apoiá-los(as) nessa caminhada difícil, vivendo – eles próprios – tantas vezes, grandes dificuldades psicológicas: “Os pais também vivem um momento delicado, pois vivenciam um estado de luto pela perda do filho [...]” (PACHECO, 2008, p. 11) e, em decorrência disso, nem sempre podem apoiá-los. Este é um fator agravante e de difícil solução.

Não somente as jovens gestantes em situação de conflitos inter-relacionais, mas também os seus bebês que vão nascer, necessitam de cuidados especiais.

Crises familiares podem ser abrandadas e superadas pelo irresistível sorriso de um bebê; nascituros e recém-nascidos podem ser embaixadores da paz em momentos tais.

Sabe-se que a gestação é um evento importante nas vivências familiares, com grandes repercussões na constituição da família e na formação de laços afetivos entre seus membros, principalmente dos pais com os filhos. Ao levar em consideração a psicodinâmica da gravidez, este período pode ser considerado uma situação de crise evolutiva, ou seja, que faz parte do processo normal de desenvolvimento do ser humano. A caracterização fundamental de ‘crise’ implica na resposta adaptativa na vida da pessoa, diante da emergência de novos fatos, naturais ou acidentais – neste caso, a gravidez. Tal resposta adaptativa, exigida pela nova situação, está envolta por demandas afetivas, estruturais, econômicas, familiares e sociais nas quais pode existir a superação ou o desequilíbrio. (SILVA; SILVA, 2009, p.394)

Não há problema que não possa ser resolvido quando todos os familiares se unem em defesa da vida de um novo ser; crise pode ser anúncio, prelúdio de solução. Obstetras, pediatras, enfermeiros e assistentes sociais podem dar esse testemunho. Se tal fato não

acontece, perde-se um momento excepcional de se reconstituir, de se renovar a vida da própria família, de se reforçar os laços afetivos intergeracionais.

Nem sempre, na prática, a família possui condições de entender toda a problemática psicológica vivenciada por adolescentes grávidas e “grávidos”. (MALDONADO, DICKSTEIN & NAHOUM, 1997): medo, ansiedade, tensões, desespero, indefinições, incertezas, insegurança, transtornos de vínculos afetivos, pânico, depressão etc. (OLIVEIRA, 1998; FREITAS; BOTEGA, 2002; PACHECO, 2008; MOREIRA, 2008); motivo a mais para que pais e familiares sejam inseridos nos programas de ajuda a gestantes adolescentes e, após, no de combate à recorrência gestacional. Se não encontra no lar o apoio de que tanto necessita, as e os adolescentes, em tal momento de dificuldades existenciais, buscarão inexoravelmente ajuda de outras pessoas, nem sempre preparadas a prestá-la.

Na gestação, os pais precisam elaborar afetivamente o cuidado materno/paterno com o qual irão proteger e amparar a criança que está por vir. Assim, a família é o grupo social responsável pelo cuidado familiar, que, por sua vez, é um processo aprendido e construído pela família em sua trajetória, que inclui vários atributos: presença, inclusão, promoção da vida e bem-estar, proteção e orientação para a vida. Dentre estes, destaca-se a presença, como um elemento constitutivo essencial que envolve a solidariedade entre os membros da família por meio de ações, interações e interpretações. Está ligada à capacidade de ouvir, dialogar, acompanhar e comprometer-se com o outro; portanto, a ‘presença’, enquanto elemento do cuidado familiar, é fundamental em todas as fases da vida humana. (SILVA; SILVA, 2009, p.394)

Quando os familiares, sobretudo mãe e pai, e o próprio parceiro de uma adolescente, embora desejosos, se sentem impotentes e incapazes de prestar solidariedade à gestante, a solução indicada é, de imediato, buscar suporte médico e psicossocial em serviços próprios. Para isso, é necessário que a Saúde Pública divulgue regularmente, através dos veículos de comunicação, locais e horários onde tais jovens mães possam ser atendidas com segurança e apoio biopsicossocial. Na prática, tal fato raramente acontece nas cidades médias e pequenas.

A capacidade do ser humano e da própria família de solucionarem, de forma espontânea, situações difíceis vivenciadas pelos seus membros é denominada de resiliência; no caso em apreço, ao enfrentar com proficiência problemas biopsicossociais causados por gestações ocorrentes na adolescência precoce. A resiliência, mais constatada nas camadas mais carentes, pode perpassar duas ou mais gerações; tal fato explica o exitoso resultado que se observa: jovem, com o apoio familiar, enfrentando gestação na adolescência e assumindo com competência o papel de mãe. (BOTELHO, 2009); este pesquisador objetivou identificar a repercussão junto a três gerações da mesma família (a própria grávida adolescente, sua mãe e sua avó) e de que forma ocorreu seu enfrentamento; utilizou Botelho (2009), para isso, a

Teoria Geral de Sistemas como referencial teórico. Pacheco (2008) faz comentários pertinentes sobre Vulnerabilidade e Resiliência na Adolescência:

A idéia de vulnerabilidade sintetiza uma questão central para quem trabalha com adolescentes: o reconhecimento da diversidade humana [...] Do ponto de vista psicológico, a vulnerabilidade tem sido referida como uma predisposição individual para o desenvolvimento de distúrbios psicológicos ou de comportamentos ineficazes em situações de risco [...] A resiliência pode ser definida como a capacidade do indivíduo para sobreviver em situações adversas. (PACHECO, 2008, p. 13)

Vulnerabilidades biopsicossociais ensejam, de repente, o surgimento de uma pronta resposta positiva pessoal e, por extensão, familiar: a resiliência, força inesperada que brota não se sabe de onde: do nada?! Do recôndito mais fundo da alma humana?! As ciências ainda engatinham no estudo da resiliência, mormente quando se defrontam com tantos exemplos de manifestações incontestáveis de sua mágica presença, pessoal ou familiar, em momentos de obstáculos existentes no seio da família; diante de barreiras, consideradas intransponíveis; as soluções “sábias” e imprevistas familiares – e das próprias gestantes adolescentes - surgem e resolvem problemas teoricamente insuperáveis.

Fatores de risco intrafamiliares

Nem sempre, no entanto, a família viabiliza soluções para ajudar jovens gestantes adolescentes, prestando-lhes solidariedade e apoio.

A desagregação familiar pode ser um fator estimulador de uma gravidez precoce... ou causa determinante. A recíproca também é verdadeira.

A família como um todo pode exercer influência, como fator facilitador do surgimento da gravidez precoce: laços afetivos frágeis na família entre pais e filhos e filhas adolescentes, com repercussões negativas sobre o psiquismo feminino; resultante sentimento de abandono pode conduzir a jovem, em situação de instabilidade emocional, a apoiar-se apenas no namorado, no parceiro, muitas vezes adolescente; receando também o abandono deste, em momento de conflito interior e desestabilidade emocional, encontra na gravidez extemporânea uma arma para envolvê-lo (OLIVEIRA, 1998, p.48)

Nem sempre, como é desejável, a família beneficia; em situações, felizmente menos comuns, a influência familiar pode agir de forma prejudicial. É exceção, não é regra geral.

Estudos, citados por diferentes pesquisadores, revelam, adicionalmente, que múltiplos fatores conjugados, nocivos, responsáveis pelo uso e abuso de álcool - e de drogas ilícitas - por parte de adolescentes podem se encontrar dentro de sua própria casa, no seu meio familiar. Gravidez indesejada, neste instante, é fator complicador associado a outros tantos.

É frequente o uso de drogas ilícitas por familiar que reside no domicílio; é um fator de risco, entre outros, associado à gravidez na adolescência. (CAPUTO; BORDIN, 2008). Não somente usadas por familiar (es), mas pela própria grávida adolescente; na maternidade, a equipe de saúde percebe a dependência química da jovem mãe: após o parto, puérperas viciadas manifestam nervosismo, exigem alta precoce ou fogem, para usar a droga; o neonato, nessa situação, é a grande vítima da síndrome de abstinência; se não for logo atendido pelo neonatologista, pode morrer ou apresentar sequelas neurológicas graves.

É fundamental que os familiares, sobretudo os pais, tenham a correta dimensão da importância do momento, sobretudo psicológico, de adolescentes grávidas que fazem uso de drogas; o apoio incondicional da família à jovem grávida e a seu bebê é indispensável.

Esse novo componente complicador e preocupante surge, nos últimos anos, com o uso ou, o mais grave, abuso de substâncias químicas psicotrópicas e outras por adolescentes, que além dos danos psicológicos, físicos pessoais e outros à grávida, podem causar anomalias congênitas, se utilizadas no 1º. trimestre gestacional, por ação teratogênica, em fase de organogênese; há prejuízos, em relação ao abuso de drogas. (YAMAGUCHI et al., 2008)

Outros pesquisadores também revelam que alguns fatores desencadeantes do uso e abuso de álcool - e de drogas ilícitas - por parte de adolescentes podem se encontrar dentro de sua própria casa, no seu meio familiar. (BESSA et al., 2010)

Além do mais, situações conflituosas intradomiciliares, geradas pelo uso de drogas por parte de familiares de maior idade, costumam cursar com violências de caráter psicológico e físico perpetradas contra seus membros mais jovens e, inclusive, contra as gestantes.

A violência intrafamiliar se manifesta de diferentes formas, decorrência de múltiplos fatores incidentes: antes, durante e após o parto. Detalhes, no tópico: Singularidades Jurídicas.

A violência intra-familiar, em seus diferentes tipos, é frequente na maioria das adolescentes do estudo. A quase totalidade das pesquisadas foram vítimas de violência psicológica e consideram essa agressão como um ato normal. Entretanto, é sabido que pode deixar sequelas que à primeira vista não é percebida (SULCCA; SCHIRMER, 2006, p. 584)

A submissão de jovem mulher à dominação desmedida e à truculência masculina, sobretudo paterna, é capaz de destruir sua autoestima, bloquear sua capacidade de indignação e impedir qualquer possibilidade de defesa. Quase sempre, as sequelas resultantes de agressões nem sempre são percebidas de imediato pelas vítimas; se ocorrentes durante a gestação, tais danos irreversíveis atingem também filhas e filhos gerados em momentos de violência familiar e social.

Problemas emocionais preexistentes familiares, de diversa natureza, determinados pelas díspares causas já referidas, atingem gestantes adolescentes, agravando os problemas próprios de uma gravidez de risco biopsicossocial. Tal agravo é mais agudo, impondo sofrimento à gestante, no início da gravidez, quando a família toma conhecimento da prenhez e reage negativamente; não se pode deixar de reconhecer o sofrimento vivenciado pelos seus pais diante de uma inesperada gestação extemporânea; é fato que não se justifica, mas explica.

Do mesmo modo, a reação familiar ruim à gravidez, esteve associada a um grande sofrimento psíquico, apontando a importância do apoio social para uma melhor vivência da gestação pela adolescente e, conseqüentemente, para um desenvolvimento gestacional adequado. (SABROZA, 2004, p. S135)

Cabe à família cumprir sua nobre missão, realizar todos os esforços para evitar, em instante de impacto, o sofrer psicológico de jovens prenhes em situação conflituosa, apoiando-as. Muitas vezes, o apoio é prestado pelas redes sociais de solidariedade.

6.4. Singularidades Sexológicas

Reconhecendo a relevância do tema, vários pesquisadores brasileiros: Vitiello (1994); Villela; Doreto (2006); Camargo, Ferrari (2009) e outros, há décadas, têm realizado estudos sexológicos, buscando melhor entender a gênese da gravidez na adolescência precoce e, entre seus fatores intervenientes, a sexualidade precocemente iniciada, e maneiras de evitá-la.

A primeira questão que se vislumbra ao adentrar em complexo tema é aparentemente simples: busca-se identificar, definir o que é sexualidade

Albino (2008b, p. 505), baseado no conceito da própria OMS, define:

[...] a sexualidade é um aspecto central da experiência humana ao longo da vida e abrange sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é experimentada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos [...].

Pelo exposto, a sexualidade transita livre – ou não - e impunemente por toda a vida do ser humano, pelos caminhos do bem e do mal. Há várias formas de defini-la, porquanto tema do interesse de muitas áreas do saber científico. Não só biologicamente vivem o homem e a mulher suas sexualidades, em todo o ciclo vital. O ambiente familiar e cultural influenciam o

comportamento sexual dos seus membros. A sexualidade, em função de sua elevada complexidade, a capacidade dos pesquisadores para defini-la e explicitá-la é ilimitada.

Guimarães e Witter (2007, p. 167) aduzem que: “[...] a sexualidade é reconhecida como um comportamento de saúde psicológica que influencia pensamentos, sentimentos, ações, relações interpessoais; o sentir-se saudável física e psicologicamente”. No ser humano, a sexualidade é resultante de dois componentes indissociáveis: natureza e cultura.

Ao contrário do que é visto em outras espécies, a sexualidade dos seres humanos transcende em muito o meramente biológico. Graças às sutis modificações anatômicas e funcionais, tornou-se possível à nossa espécie usufruir os prazeres do exercício da sexualidade mesmo fora do período fértil da fêmea, enquanto entre outros animais (mesmo entre os mamíferos, filogeneticamente mais próximos de nós) a sexualidade somente pode ser exercida durante o que chamamos de “cio” da fêmea, isto é, nos momentos em que ela se encontra em seu período de fertilidade. (VITIELLO, 1995, p. 160)

Mercê da tecnologia anticoncepcional, desvincula-se, quando se deseja, o sexo para procriar do para propiciar prazer.

O despertar para a sexualidade surge de forma peremptória e mais visivelmente na adolescência, em ambos os sexos, em momentos cronológicos distintos, como imperativo do crescimento e do desenvolvimento psicossomático do ser humano, preestabelecido biologicamente, deflagrado pelo sistema neuroendócrino, aspecto já estudado neste texto.

Segundo Manuila et al. (2004, p. 546), sexualidade é o, “1) conjunto dos atributos anatômicos e fisiológicos que caracterizam cada sexo. 2) conjunto dos comportamentos e atividades ligados ao instinto sexual”. Enquanto Sexologia é: “Estudo dos fenômenos sexuais normais e anormais em todos os seus aspectos, bem como do tratamento das perturbações sexuais”. (Idem) Fisiologia e patologia são faces opostas e integrantes da sexualidade.

A sexualidade é tema de interesse científico durante toda a vida do ser humano. Tem sido objeto de estudos de diversas áreas do conhecimento humano, em todas as fases etárias da existência terrena, da infância à terceira idade: biologia, medicina, psicologia, sexologia e muitas outras. Durante a adolescência, a precoce sexualidade passa a ser motivo de preocupação da família, da sociedade e da Saúde Pública, em decorrência principalmente dos resultados danosos que decorrem do denominado sexo não seguro, sem responsabilidade: gravidez precoce não desejada e doenças sexualmente transmissíveis, principalmente.

Em momento histórico de transição, na adolescência, a realização de uma desejável relação de qualidade entre pais e filhos nem sempre é fácil no âmbito da família; diante da inegável dúvida que se estabelece sobre quais condutas utilizar junto aos seus filhos e filhas

em relação à aflorada sexualidade; tradicionalistas e modernos discordam, no tocante ao *modus faciendi*: como abordar vários temas atinentes: sexualidade, gravidez, DST/AIDS?

A sexualidade no *ser humano* transcende o biológico, nasce neste e se aninha no psicossocial, fortemente. Sexo, pelo prazer de fazer, pelo querer realizar, sem se atrelar, obrigatoriamente, à reprodução humana, ao instinto procriativo... mas, um suposto descuido e aí surge, de estalo, a gravidez inesperada e problemas que envolvem a vida de adolescentes imaturas, de seus familiares e da sociedade. O ideal: sexo com responsabilidade é a conduta recomendada pelos órgãos de saúde, aspecto nem sempre observado pelos jovens, decorrência de vários fatores, alguns já referidos e outros, adiante explicitados.

Sexualidade e a mulher moderna

Na atualidade, após o histórico grito de liberdade da mulher, na segunda metade do Século XX, em movimentos feministas deflagrados no mundo inteiro, a sua inserção efetiva e definitiva no mundo do trabalho, competindo de igual para igual com o homem e, ademais, com o advento dos recursos de contracepção: através de métodos hormonais, de barreira e outros, a sexualidade se desvinculou da reprodução humana. Fazer sexo antes do matrimônio já é aceito familiar e socialmente; a mulher assume sua liberdade de realizá-lo, ao seu bel prazer, não somente para procriar; por vezes, paga caro pela liberdade sem responsabilidade.

Discriminação sexual

Há diferenças gritantes ainda quando o assunto é sexualidade feminina – há uma discriminação de gênero quanto ao momento de se iniciar a atividade sexual -, fato que se constata nitidamente nesta afirmativa: “Há uma forte pressão social para que a vida sexual dos rapazes aconteça o mais cedo possível; tendência que não se verifica quando se trata das moças” (ABROMOVAY; CASTRO; SILVA, 2004, p. 121). Tais ingerências: familiar e da sociedade acabam, direta ou indiretamente, se refletindo sobre a atividade sexual das mulheres, de maneira geral ainda um pouco mais contida em relação a dos homens.

Em relação à intensidade da vida sexual por gênero e ciclos etários, constata-se que em todas as faixas de idade, situadas entre 10 e 24 anos, há divisões sexuais nítidas, aparecendo as moças com mais baixas proporções quando se considera o número de parceiros. (Id, 2004). No momento atual, as diferenças maiores são de âmbito quantitativo.

Os dados apontados refletem mais uma forma de discriminação histórica de gênero.

Sexualidade precoce – dados estatísticos

Pesquisas realizadas no exterior e no Brasil atestam que a sexualidade precoce, quando mais cedo iniciada, cursa com consequências preocupantes, crescentes – gravidez indesejada é apenas uma delas. Os números estatísticos apresentados fornecem um desenho de realidades

temporais e locais, no Brasil e em outros países latino-americanos. Martinez Aliaga (1985, p. 127) constata, no Chile, em 325 gestantes menores de 16 anos estudadas três fatos:

a) La gestación fue resultado de uniones con otros adolescentes en el 56.8%; b) Llama la atención que la actividad sexual, generalmente voluntaria (96.4%), se inició en el 62% de ellas antes de cumplirse dos años de su menarquia;c) Sin embargo, sólo el 36% tenía algún grado de información sexual.

No Brasil, pesquisas recentes revelam a precocidade sexual dos(as) nossos(as) jovens.

A idade média da primeira relação sexual é mais baixa entre os alunos do sexo masculino – variando de 13,9 a 14,5 anos – enquanto que entre as estudantes do sexo feminino, as idades médias da primeira relação sexual são 15,2 a 16 anos. Em quase todas as capitais, mais de 10% das crianças e adolescentes – entre 10 e 14 anos – já tiveram uma relação sexual. Na faixa entre 10 e 14 anos, mais da metade dos jovens do sexo masculino. Tais proporções correspondem a duas ou três vezes àquelas das alunas que se iniciaram na mesma faixa etária [...] (ABRAMOVAY; CASTRO; SILVA, 2004. p. 121).

O que mais causa preocupação à Saúde Pública é o fato da atividade sexual ocorrer em meninas cada vez mais novas, em níveis distintos de maturidade...ou de imaturidade. Oliveira (1998) refere-se a uma pesquisa realizada em São Paulo, em 1996, há uma década atrás, que demonstra início de atividade sexual, em 30,2%, nas adolescentes de 13 a 15 anos investigadas; nestas mesmas jovens pesquisadas: 70,1% não usavam nenhum recurso anticoncepcional, embora 86,7% delas informassem que possuíam conhecimentos sobre métodos contraceptivos. Oliveira (1998) também cita outra pesquisa realizada na cidade de São Carlos (SP), que aponta números semelhantes: 67% de adolescentes, menores de 16 anos, já se encontravam em plena atividade sexual; constata também que aumenta com a idade e o nível de escolaridade o uso correto dos anticoncepcionais, sobretudo o das “pílulas”.

Em pesquisa realizada em Maringá, Düsman et al. (2008, p. 23) verificaram, em questionário aplicado a 49 jovens do sexo feminino e 20 do sexo masculino, com idade variando de 12 a 19 anos que “[...] a iniciação sexual teve maior incidência em adolescentes com idade entre 12 a 14 anos (37,5 % das meninas e 44,4 % dos meninos), constatando que a iniciação sexual dos adolescentes ocorreu em uma idade inferior a relatadas em outros estudos”. Todos os resultados de pesquisas, nos últimos 30 anos, revelam precocidade sexual. Sexualidade precoce e gravidez indesejada: causas e fatores intervenientes

A sexualidade precoce e a conseqüente prematura gestação não desejada têm sido objeto de pesquisas que buscam correlacioná-las a fatores familiares e socioculturais.

Nesta época acontecem modificações da sexualidade que, se associada à falta de apoio familiar e de expectativas de vida, levam a perda da auto-estima e baixo rendimento escolar. Além disso, a falta de lazer, maus exemplos familiares, necessidade de expressar amor e confiança, solidão, carência afetiva e necessidade de afirmação, são também elementos que podem levar a adolescente a iniciar sua vida sexual precocemente, com risco de uma gravidez indesejada. (GODINHO, 2000, p. 25)

Para compreender melhor a influência de aspectos psicossocioculturais sobre a gravidez e a anticoncepção, torna-se útil examinarmos mais detalhadamente a dimensão do problema, perpassando pela história da construção da identidade feminina na vida da mulher. O processo de edificação da identidade é iniciado na família, porém, a família e a sociedade participam de sua construção.

“Em relação à gravidez na adolescência, os resultados obtidos mostram que as possíveis causas da mesma são: a imaturidade dos jovens pares⁶, a irresponsabilidade, a sensação de onipotência, o descuido e a falta de informação.” (DÜSMAN et al., 2008, p. 23)

Diversos fatores há envolvidos com a problemática em tela, assinalados pelos pesquisadores. Assim, Godinho et al. (2000, p. 26) enfatizam que: “Ainda outros fatores podem favorecer a ocorrência de uma gravidez indesejada, como ausência de educação sexual nas escolas e de programas de planejamento familiar nos serviços públicos de saúde”.

Agir educacionalmente é uma forma apenas, entre outras, de enfrentar o problema. (BRUNO; BRUNO, 1994) Dias e Gomes (2000), em artigo de título autoelucidativo⁷: *Conversas em família sobre sexualidade e gravidez na adolescência: percepções das jovens gestantes* apontam fatos dignos de destaque:

- 1) a liberdade e a iniciativa da mulher em relação à sua sexualidade;
- 2) a ausência da discussão franca e informada sobre sexualidade;
- 3) a substituição do antigo mito do amor romântico pela atual sexo por prazer apenas.

Há alguns fatores corresponsáveis, eventuais, circunstanciais. Para Düsman et al., (2008): adolescente que não possui um parceiro fixo e que tem, apenas, vida sexual ocasional é um fator a mais responsável pela ocorrência da gravidez indesejada, porque, habitualmente, tal jovem não planeja nem realiza anticoncepção, subestima a gravidez.

Vitiello (1994, p.26) complementa: (...) “encontrando-se na raiz do problema um relacionamento sexual precoce e mal orientado, com desconhecimento do uso adequado de técnicas anticoncepcionais eficientes”.

⁶ Por esta e outras razões, é importante envolver em todas as ações preventivas jovens homens e mulheres.

⁷ Dias e Gomes (2000) não inseriram na pesquisa realizada a sexualidade dos futuros pais adolescentes.

Sexualidade precoce e consequências infecciosas

A sexualidade humana – precocemente instalada – sem freios e contra freios psicossocioeducacionais e sem meios médicos adequados para controlá-la, utilizados em tempo hábil, é causa habitual da gravidez prematura, DST (AIDS) e de consequências graves.

[...] grande maioria dos adolescentes inicia a vida sexual sem proteger-se contra as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e a AIDS, o que tem sido confirmado pela alta frequência de AIDS em mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos que, na maioria dos casos, adquiriram a doença durante a adolescência. A mortalidade por AIDS, que tem tido uma significativa diminuição em homens, não tem diminuído em mulheres, fazendo com que, proporcionalmente, a mortalidade em mulheres, especialmente na faixa de 20-29 anos, tenha aumentado. (DÜSMAN et al., 2008, p. 23).

Preocupa o fato de que na maioria dos casos de AIDS incidentes em mulheres o contágio tenha ocorrido na adolescência.

A idade adolescência/sexualidade é, por si só, um aspecto preliminar do tema Gravidez na Adolescência e Família que, pela sua própria natureza, revela-se extremamente complexo, suscitando estudos aprofundados, que fogem aos objetivos desta pesquisa.

Nível de informação dos adolescentes sobre o tema.

O nível de conhecimento das adolescentes sobre sexualidade e gravidez é muito pobre, particularmente na adolescência precoce? Gomes et al.(2002b) apontam:

Altas proporções do nível de informação insatisfatório entre adolescentes de todas as idades e séries estudadas; os adolescentes do sexo feminino mostraram maior nível de desinformação em relação ao masculino, aumento do nível de informação dos adolescentes com o aumento da escolaridade. (GOMES et al., 2002b, p. 307)

O que mais causa apreensão é o fato de, em todas as idades, na adolescência, ser baixo o nível de informação sobre sexualidade e temas correlatos; a amostra de Gomes (2002b) revela ser maior a desinformação entre adolescentes do sexo feminino; outros autores negam.

Evita-se a gravidez indesejada através de Educação Sexual e Planejamento Familiar. É importante assinalar que ações públicas de prevenção dirigidas à gravidez na adolescência devem ser direcionadas prioritariamente às camadas mais carentes da população, onde o problema é maior e mais grave. (GAMA et al., 2001; SIMÕES; SILVA; BETTIOL, 2003).

Educação sexual

Educação para o sexo continua sendo um tabu ainda na família e na sociedade, malgrado todos os avanços da denominada e exaltada contemporaneidade.

“Na adolescência é que se solidifica a identidade sexual, a qual é um, dos elementos fundamentais da identidade geral e permite o reconhecimento e a atuação como ser sexual e sexuado”. (ALBINO, 2008b, p. 508)

Trata-se, portanto, de uma orientação específica, de caráter pedagógico, prestada a ambos os gêneros, direcionada à saúde reprodutiva, pretendendo-se, através de programa educativo, uma atividade sexual saudável, segura e uma maternidade/paternidade responsável. Este subtema é um dos mais relevantes em todo o estudo da Gravidez na Adolescência e da Família, pelo seu cunho eminentemente preventivo, nos seus aspectos teóricos e práticos.

Entre as diversas definições de Educação Sexual, a referida pela professora Mary Neide Damico Figueiró parece refletir melhor a realidade dos fatos:

Considerou-se Educação Sexual como sendo: toda ação ensino/aprendizagem sobre a sexualidade humana, seja em nível de conhecimento de informações básicas, seja em nível de conhecimento e/ou discussões e reflexões sobre valores, normas, sentimentos, emoções e atitudes relacionadas à vida sexual. (FIGUEIRÓ, 1996, p. 51)

As grandes questões pretéritas, e que permanecem na ordem do dia, são as mesmas: quando, como, onde e para quem realizar a educação sexual? E quem deve realizá-la?

O fornecimento de informações sobre saúde reprodutiva deve ser feito antes do início da atividade sexual, para que os jovens possam optar pelo sexo seguro, sem riscos de doenças ou gravidez indesejada. Tivemos assim nas últimas décadas um meio social que estimulava os jovens (especialmente as mulheres adolescentes) ao início precoce da vida sexual ativa, sem que em contrapartida os preparasse para o exercício consciente dessa sexualidade. Ao contrário do que se esperava, o advento da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (“AIDS”) não tem diminuído a frequência do exercício da sexualidade entre os jovens. Nem mesmo tem-se conseguido que usem com mais constância os preservativos, o que significaria ao menos o uso de um método anticoncepcional de média eficácia. (RIBEIRO, 2000, p. 141).

Nem mesmo a intensa campanha do Ministério da Saúde contra a AIDS e demais doenças sexualmente transmissíveis na mídia nacional foi capaz de reduzir substancialmente os índices de gestações na adolescência precoce; vale destacar que todo o labor publicitário tinha como foco principal as aludidas infecções e, a reboque destas, a prenhez indesejada em adolescentes e adultas. (PIROTTA; SCHOR, 2004; XIMENES NETO et al., 2007)

Para Darciley Fontes (2003) tal prática educativa é de responsabilidade de muitos: famílias, escolas, organizações não governamentais, órgãos públicos, mídia; deve ser realizada através de ações interdisciplinares: médica, psicológica, sexológica, educacional e social, mas trabalhando sempre com valores e sentimentos. (JEOLAS; FERRARI, 2003)

A amplitude do tema exige o fornecimento de informações e múltiplas ações, motivo da sua difícil operacionalização. (SILVA, 1998; DAMIANI, 2003; ALTMAN, 2009)

E, mais uma vez, a multi-indisciplinaridade surge como suposta e sonhada solução; inspiração e motivação adicional para justificar a elaboração da presente pesquisa.

Na medida do possível, esforços devem ser feitos para que o trabalho seja desenvolvido interdisciplinarmente. Com toda razão, o êxito na interdisciplinaridade poderá estar mais garantido, quando a concepção que se tem de Educação, de desenvolvimento humano e, em especial, de Educação Sexual, convergirem, dentro da equipe, para uma única direção. É necessário que se realizem mais experiências em caráter interdisciplinar, investigando as reais contribuições que cada área pode oferecer e, mais importante: que se busque estabelecer o que está faltando de fundamental a cada uma, para que possa contribuir de maneira mais eficaz para o avanço da Educação Sexual, seja tanto em nível da prática, quanto em nível da produção teórico-científica (FIGUEIRÓ, 1997, p.274-275).

Em relação à Educação Sexual, Figueiró e muitos outros pesquisadores sugerem a interdisciplinaridade nesse campo de pesquisa e nas ações concretas implementadas, para se obter, através dela, melhores resultados operacionais. Impõe-se, para isso, reunir – tarefa laboriosa – todo o extenso material de pesquisa elaborado, “separar o joio do trigo” científico e, a partir daí, estudá-lo e consolidá-lo; de igual forma, levantar toda a experiência dispersa acumulada, nos seus aspectos mais importantes, para ser melhor reutilizada numa prática continuamente reavaliada. Somente um labor multi-interdisciplinaridade é capaz de realizá-lo.

Miguel e Toneli (2007), realizando revisão de literatura nacional e internacional sobre adolescência, sexualidade e meios de comunicação de massa, chegaram à seguinte conclusão: número crescente de pesquisas sobre o tema, mas, falta de trabalhos científicos, que busquem a melhor e a mais útil utilização da mídia, direcionados ao público adolescente, inclusive, em ações correlacionadas à sexualidade.

Planejamento Familiar

Utilizam-se na adolescência tardia os mesmos recursos indicados na fase adulta: educação sexual para a maternidade/paternidade com responsabilidade e o uso de técnicas anticoncepcionais naturais e artificiais; nas adolescentes menores de quinze anos, levando-se em conta sua imaturidade global: biológica (endocrinológica) e psicológica, que exige cuidados especiais na escolha dos meios mais adequados; é importante que a família participe de todo o processo educativo, segundo: Bueno et al., 1996; Olinto; Galvão, 1999; Schor, 2000; Almeida et al., 2003; Teixeira et al., 2006; Ferrari; Thomson; Melchior, 2008; Altmann; Martins, 2009.

À semelhança do que ocorre em outros momentos do curso da gravidez na adolescência, já enfatizados, a participação das avós, sobretudo as maternas, merece destaque, decorrência de seu espírito de solidariedade junto aos netos. (TRINDADE & MENANDRO, 2002; SILVA & SALOMÃO, 2003; LIMA et al., 2004; FALCÃO & SALOMÃO, 2005)

Inserção Familiar

Evitar a gravidez na adolescência indesejada, extemporânea passa teoricamente por efetivas ações educativas no campo da sexualidade, iniciadas, de preferência, no seio da família e na escola, nesta, por profissionais capacitados, em perfeita sintonia informativa; esta é a melhor fórmula preconizada pela maioria dos estudiosos do tema. Há, realmente, um frequente distanciamento, desafortunadamente, entre todos esses atores e, o mais comum, ausência de sintonia total na prática da educação sexual. Por que tal descompasso?

Em síntese, pode-se concluir que não há uniformidade de opiniões, quanto a quem deve assumir a Educação Sexual. É interessante constatar que, no conjunto de todas as publicações, muitos foram os tipos de profissionais apontados: médico, assistente social, orientador pedagógico, professor, psicólogo, profissionais da saúde, pedagogo, ginecologista, enfermeiro, técnico em educação, pastor, padre (FIGUEIRÓ, 1997, p. 273).

Mais uma vez, desencontros reiterados dos e entre os diversos atores unidisciplinares, interessados teoricamente pelo tema: Educação Sexual, dificultam ou mesmo impedem uma ação plural combinada e eficaz para a sua consecução; os executores das ações educativas encontram-se nos espaços da família, da escola e da mídia, habitualmente muito distantes entre si. A importância e atualidade do tema explicam o interesse de tantos estudiosos: Schor; Lopez, 1990; Oliveira, 1998; Dias; Gomes, 1999; Cano; Ferriani, 2000; Guzmán; Contreras; Moyano, 2001; Gomes et al., 2002a; Damiani, 2003; Jardim; Brêtas; 2006; Campos, Fullgraf; Viggers; 2006; Fialho; Andrade, 2007; Silva, Biffi e Giuliani, 2007; Silva; Siqueira; Rocha, 2009; Galletta, 2009; Camargo; Ferrari, 2009; Pinheiro Filho et al.; 2010; Silveira et al., 2010.

Em todos os espaços as dificuldades existem, também e sobretudo, no âmbito familiar, conforme. Castro, Miranda e Almeida (2007, p. 91) aduzem:

Percebe-se pela análise dos dados que temas relacionados à sexualidade e à afetividade não se destacam na agenda de conversas entre pais e filhos: enquanto 63,6% dos jovens afirmaram que não conversam nada com o pai sobre sexo; 57,1% disseram não expor coisa alguma sobre seus sentimentos.

As perspectivas em curto prazo não são alvissareiras, uma vez que, na própria família, o tema educação sexual não é sequer lembrado e, muito menos, discutido; em relação à afetividade, a situação parece pior ainda, porquanto não vem sendo objeto de diálogo familiar.

Nem todas as famílias mantêm com seus filhos diálogo franco sobre o tema Educação Sexual e isso dificulta muito a gestão da contracepção, quando os adolescentes residem com seus pais. (BRANDÃO, 2009) Neste espaço, a palavra-chave é diálogo.

Os pais, em sua maioria, encontram-se despreparados para avançar nesse diálogo, embora, (...) “às vezes a adolescente até quer contar suas experiências, mas muitos pais fantasiam ter uma eterna criança dentro de casa” (MONTEIRO et. al., 2007, p. 374).

6.5. Singularidades Jurídicas

Dever é dívida amarga que a todos angustia;
direito é manjar dos deuses que sempre delicia.
Cidadania existe no dever amor que humaniza,
O Sonho do Direito só o Dever realiza.

José Américo Silva Fontes

Não há Direitos sem Deveres; com tal convencimento indubitável, o tema gravidez na adolescência adentra na área jurídica, buscando investigar - no interior da família e fora dela - quais os direitos de crianças e adolescentes que são violados e, em função disso, pesquisar no ordenamento jurídico nacional os recursos legais para protegê-los. Identificar também, com prioridade, os que não cumprem seus deveres em relação a crianças e adolescentes e quem são os seus violadores, sobretudo quando o resultado da violência é uma gravidez não desejada.

Violências contra mulheres

As gestações podem ser resultantes de atos de violência física, psicológica e moral contra mulheres; em adolescentes precoces e crianças é uma constante e dolorida realidade. Diferentes profissionais, não somente da área jurídica, manifestam-se sobre o tema, a saber.

“Entende-se violência familiar como as distintas formas de relação abusiva que caracterizam, de modo permanente ou cíclico, no vínculo família” (SULLCA; SCHIRMER, 2006,p.579). Esta inicial tentativa de explicitar o que seja violência intrafamiliar é incompleta; a problemática aludida não deve se limitar apenas: ao que é , mas identificar suas causas e seus alçozes, estabelecer as eficazes estratégias de combate e, sobretudo, agir de forma imediata e decisiva, e sem recuos. “Temos de romper o estranho e generalizado sentimento de paralisia e impotência diante do problema da violência. É preciso não nos habituarmos ao intolerável. É preciso que tudo isso seja o nosso pesadelo e não a realidade, o pão nosso de cada dia, que o diabo amassou[...]” (OLIVEIRA, 2001, p. 3).

Mais do que tudo: é indispensável combater a violência com coragem e manter sempre a capacidade de indignar-se; cidadãos e cidadãs em nenhum momento podem perdê-la.

Causa indignação o fato de que muitas das violências perpetradas contra crianças e adolescentes ocorram em ambiente intradomiciliar. (MONTEIRO et al., 2007). E o mais grave e preocupante: as agressões ocorrem exatamente no lar, local que se espera de maior proteção e segurança, e sejam causadas por membros da própria família: pais, padrastos, tios, primos, outros parentes e não parentes, que vivem ou não sob o mesmo teto.

Abuso sexual

O abuso sexual cometido em crianças e nas adolescentes é apenas a ponta do *iceberg* de uma violência muito maior e profunda: a cometida contra as mulheres. As causas e os fatores que contribuem para que isso aconteça são antigos e conhecidos: estruturais e de base cultural. Araújo (2002, p.3) assinala que: “Embora esses fatores contribuam para o aumento da violência, por si sós não explicam o fenômeno”. Há raízes históricas que se perdem no tempo da maldade e no espaço da impunidade masculina.

“Agredir, matar, estuprar uma mulher ou uma menina são fatos que têm acontecido ao longo da história em praticamente todos os países ditos civilizados e dotados dos mais diferentes regimes econômicos e políticos”. (BLAY, 2003, p.87)

Os casos de abuso sexual ocorrem em todos os extratos sociais, no entanto, meninas e adolescentes pobres e negras, no Brasil, especificamente, são as maiores vítimas, porquanto mais próximas de causas já identificadas: (...) “desigualdades econômicas, sociais e culturais, a disseminação de drogas, o desemprego, ou mesmo os efeitos perversos da chamada cultura de massa”. (BLAY, 2003, p.93) Retorna-se, mais uma vez, ao ponto de partida de tudo: vulnerabilidade global, pobreza total, fragilidade absoluta.

“É indiscutível que as mulheres ainda estão longe de ter abolido definitivamente as inúmeras sequelas e os indescritíveis sofrimentos resultantes de milênios de dominação e crueldade masculina”. (NADER, 2001, p. 15)

Trata-se de uma patologia social crônica: a síndrome da agressão à mulher e à criança, com paroxismos agudos recorrentes desde os tempos da família patriarcal ou antes mesmo.

Esta comum forma de violência contra crianças e adolescentes, principalmente em mulheres, tem sido identificada e definida de diferentes maneiras pelos pesquisadores:

O abuso sexual infantil é uma forma de violência que envolve poder, coação e/ou sedução. É uma violência que envolve duas desigualdades básicas: de gênero e geração. O abuso sexual infantil é frequentemente praticado sem o uso da força física e não deixa marcas visíveis, o que dificulta a sua comprovação, principalmente quando se trata de crianças pequenas. (ARAÚJO, 2002, p. 5)

É uma forma a mais, cruel, entre os milhares de milhares existentes, desde tempos imemoriais: de violência do mais forte contra o mais fraco, da maldade do maior sobre o menor.

O abuso sexual é a utilização para fins sexuais de corpo de uma criança ou adolescente, por parte de um adulto. Caracteriza-se pelo não consentimento da vítima, que é coagida física, emocional ou psicologicamente. Trata-se, portanto, de uma relação bilateral para satisfação unilateral do abusador. Compreende desde atos libidinosos até o estupro. (ABRAMOVAY; CASTRO; SILVA, 2004, p. 268)

O abuso sexual é um ato perverso, pois penetra na privacidade infantil, viola sua pureza e agride o recôndito mais íntimo da mulher; ademais, revela assimetrias familiares de gênero e geração, principalmente quando agride e vitima crianças e adolescentes mulheres menores de 15 anos.

Silêncio e impunidade - A violência sexual, perpetrada de várias formas, é muito frequente e nem sempre denunciada pela família: desaguam quase sempre no silêncio⁸ conivente familiar.

Profissionais de saúde e outros, sabedores da violência praticada contra crianças, por várias razões, nem sempre informam tal fato às autoridades. “Isso é problema de família!” (sic) Pior, quando tal problema ocorre em lares abastados, com senhores pais de moral ilibada, respeitabilidade incontestável e copioso poder econômico: “Não quero me envolver nisso”. (sic) Ao tomar conhecimento da agressão sexual, o agente de saúde tem o dever de notificar às autoridades competentes. (DE ANTONI; KOLLER, 2000; SILVA et al., 2009).

A violência sexual contra meninas e meninos é inclusive mais difícil de quantificar, igualmente a população de adolescentes, na medida em que grande parte dos delitos ocorre no interior dos lares e, em ampla maioria, os violadores ou agressores são membros da família ou conhecidos próximos, tornando o crime mais difícil de ser denunciado. Menos de 10% dos casos chegam às delegacias. Nesse sentido, uma publicação assinala que, independentemente da região geográfica ou da cultura, estima-se que entre 40 e 60% dos casos de abuso sexual ocorrem em mulheres menores de 16 anos. Estudos realizados em 18 países relatam história de violência sexual desde abuso até estupro, sendo o incesto com índices de 34% em meninas e de 29% em meninos (SULCCA; SCHIRMER, 2006, p. 584).

A violência sexual contra meninas e meninos é mais difícil de mensurar, porque grande parte dos delitos ocorre no interior dos lares e, em ampla maioria, os violadores ou agressores são membros da família ou conhecidos próximos, tornando o crime mais difícil de ser denunciado, portanto. O medo de represárias é a maior causa da covardice silente.

⁸ “Falta de rede institucional que informe como proceder e ampare a denúncia, sendo que a própria família pode ser cúmplice ou enredada na lei do silêncio” (ABRAMOVAY; CASTRO; SILVA, 2004, p. 272).

A subnotificação de crimes contra crianças e adolescentes, fruto do descaso de muitos profissionais (SILVA, 2009), é, enfatize-se: garantia à impunidade de seus algozes.

- Tutela Jurídica - No Brasil, a proteção integral às crianças e aos adolescentes é comandada pela Constituição Federal de 1988, no Capítulo VII – Da família, da criança, do adolescente e do idoso, sobretudo no seu Art., 227, "*in verbis*"(CF, 1988) :

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. Parágrafo 1º. O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente, admitida a participação de entidades não governamentais e obedecendo aos seguintes preceitos: I – aplicação de percentual de recursos públicos destinados à saúde na assistência materno-infantil; II – criação de programas de prevenção e atendimento especializado para os portadores de deficiência física, sensorial e mental [...]

O ordenamento jurídico brasileiro protege – especificamente - a infância e a adolescência, principalmente através do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990) e do Código Penal, Decreto-lei 2.848/1940, contra quaisquer tipos de violência perpetrada contra crianças e adolescentes, inclusive o abuso sexual.

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, MS, 1990) estabelece de forma própria os limites da adolescência, aspecto já referido. Vários são os artigos (dispositivos legais) de proteção às crianças e aos adolescentes; no caso em apreço, referentes à gravidez na adolescência; o ECA prevê condutas na esfera criminal, em casos de estupro, com ou sem gravidez, por exemplo. Há outros tipos de violência que cabem assinalados neste artigo, porquanto direta ou indiretamente relacionados às gestações prematuras de crianças e adolescentes: assédio sexual, sedução, atentado violento ao pudor, pedofilia, prostituição infantil, incesto e estupro.⁹

Com o conceito de violência sexual amplia-se a definição jurídica mais orientada para enquadrar como tal todo ato ou jogo sexual cujo agressor tenha algum poder de dominação, físico, social ou intelectual, sobre a vítima, conseguindo seus fins por meio de pressão. No debate feminista e de direitos humanos tais práticas são impostas por meio de jogo emocional, violência física, ameaças ou indução de sua vontade, podendo variar na prática sem ou com contato sexual, além de se enfatizar assimetrias nas relações. A violência sexual realiza-se por vários tipos, com enquadramentos diferenciados no plano da lei. (ABRAMOVAY; CASTRO; SILVA, 2004, p. 256)

⁹ Estupro – Pela nova lei, acima mencionada, a vítima de estupro pode ser também o homem: o menino, o adolescente.

Há várias formas de violência, definidas em nossas leis, contra crianças e adolescentes. Em algumas circunstâncias, menos comuns, as infrações partem dos próprios adolescentes, inclusive a violência sexual contra crianças, adolescentes e pessoas adultas.

Adolescentes infratores, homens e mulheres, na sua história de vida, costumam ser vítimas de violência intrafamiliar (LIMA et. al., 2006); em casos tais: duas vezes vitimados e penalizados pelos familiares e pela sociedade.

O ECA protege penalmente a criança e o adolescente infratores, no seu Art. 104: “São penalmente inimputáveis os menores de dezoito anos, sujeitos às medidas previstas nesta lei”.

O ECA, no caso, disciplina as ações cabíveis: ações socioeducativas e, dependendo da gravidade da infração, privação da liberdade de tais adolescentes, em unidades especializadas.

Importante assinalar que agressões tais podem perpassar o momento e o espaço onde ocorrem e marcar gerações, perpetuando a violência intrafamiliar, algumas vezes.

O Código Penal Brasileiro foi modificado através da Lei nº. 12.015/2009 – Título VI – Dos Crimes contra a Dignidade Sexual. Capítulo I – Dos Crimes contra a Liberdade Sexual. – Estupro - Em relação apenas ao tema gravidez de adolescentes, especificamente, dois artigos interessam, relativos ao crime denominado de estupro, “in verbis”:

Art. 213. Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ¹⁰ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso. Pena – reclusão de 6(seis) a 10(dez) anos. Parágrafo 1º. Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave ou se a vítima é menor de 16 (dezoito) anos ou maior de 14(quatorze) anos. Pena – reclusão de 8(oito) a 12(doze) anos.

Art. 217 A – Ter conjunção carnal ou praticar ato libidinoso com menor de 14(quatorze) a nos. Pena – reclusão de 8(oito) a 15(quinze) anos. Parágrafo 1º. Incorre na mesma pena quem pratica as ações descritas no caput com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência. Procede-se, entretanto, mediante ação penal pública incondicionada se a vítima é menor de 18(dezoito) anos ou pessoa vulnerável (pessoa com deficiência mental ou impossibilitada de reagir à agressão).

Como expressamente estabelecido na nossa Carta Magna, no seu artigo 227, além da família, cabe à sociedade e ao Estado o cumprimento de todas as normas protetoras. O Ministério Público e os Conselhos Tutelares são órgãos de defesa inseridos nesse contexto.

¹⁰ Conjunção carnal, ocorrendo ou não a gravidez, é o mesmo crime.

Desse modo, o Conselho Tutelar atua como um órgão permanente e autônomo, não-jurisdicional, encarregado de zelar pelo cumprimento dos direitos das crianças e dos adolescentes. Por conseguinte, o referido órgão atua como “parceiro” da sociedade e do Ministério Público, podendo, assim, intervir de forma efetiva na manutenção dos direitos da criança e do adolescente. (ROBLES; SOUZA, 2008, p. 550)

Não é por falta de legislação apropriada que as agressões perpetradas contra crianças e adolescentes persistem; certamente, pela impunidade reinante, histórica, atualmente bem mais combatida. Mas, há um fator imponderável e de difícil solução: é verdadeira a denúncia?

A assistência às vítimas de abuso sexual infantil costuma gerar muita ansiedade nas equipes de saúde e nas Varas de Família, por conta das dúvidas levantadas sobre a veracidade ou não da denúncia e, principalmente, pela resistência das famílias diante da imposição judicial de atendimento. Araújo (2002) confirma a dúvida que inquieta, preocupa e imobiliza os profissionais que prestam assistência às vítimas, sobre a veracidade ou não das acusações; é o denominado: *in dubio, pro reo*. Assim, a prudência jurídica recomenda: É melhor inocentar um culpado do que condenar um inocente; na Síndrome da Alienação Familiar: um dos cônjuges, de forma caluniosa, acusa judicialmente o outro de ter violado física ou sexualmente seu filho (a). (DIAS, 2006; FONSECA, 2006; FRONER; RAMIRES, 2008).

Abortamento

Em relação a qualquer gravidez fruto de violência, na adolescência e nas demais fases etárias da vida da mulher, a legislação brasileira permite o aborto, que deve ser realizado nas melhores condições possíveis de segurança; cabe ao Estado garantir tal direito. Há apenas duas situações legalmente previstas e amparadas legalmente no nosso ordenamento jurídico relativas ao abortamento permitido, previstas no nosso Código Penal:

Art. 128. Não se pune o aborto provocado por médico: **Aborto necessário I** – se não há outro meio de salvar a vida da gestante; **Aborto no caso de gravidez resultante de estupro; II** – se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal. (Código Penal)

Inserção Familiar

O apoio costumeiro efetivo da família às gestantes adolescentes e aos seus bebês, explicitado nesta pesquisa em todos os tópicos denominados de: Inserção Familiar (no caso, de forma positiva, benéfica), neste, é, pelo contrário, substituído, tantas vezes, por agressões familiares às suas crianças e adolescentes: participação negativa. São situações deploráveis e intoleráveis. Convém ressaltar, no entanto, para fazer justiça, que na maioria das famílias tais

fatos lamentáveis inexistem, malgrado o grande número de crianças e adolescentes violadas no próprio lar.

Milhões de meninas e mulheres estão em situação de violência, devido às desigualdades nas relações de gênero, tendo como uma de suas consequências a violência contra a mulher, que representa grave violação dos direitos humanos das mulheres. Essa situação se caracteriza pela sua prevalência dentro da família, aceitação pela sociedade e grave impacto sobre a saúde das mulheres (SULCCA; SCHIRMER, 2006, p. 579)

Convém ressaltar que milhões de meninas e mulheres necessitam ser comparados com os respectivos valores de uma população quantitativamente examinada. Um aspecto positivo a considerar: “aceitação pela sociedade” está sendo substituído hoje por “indignação social”.

Para as pesquisadoras Abramovay, Castro e Silva (2004): a estimativa, no Brasil, em relação ao abuso sexual na faixa etária entre 7 e 14 anos, é de uma vítima entre três a quatro meninas estudadas; outros confirmam ou refutam tais estimativas; estes citam valores muito maiores. Conforme investigação nacional efetuada por Abramovay, Castro e Silva (2004): em todas as formas de violência sexual contra crianças e adolescentes (ações libidinosas, estupro, incesto), em 80% dos casos, ocorre a participação de familiares agressores: pais, padrastos, avôs, tios, irmãos, primos e amigos da família, que podem gerar gestações prematuras; a impunidade é decorrência, muitas vezes, da ausência de reação das jovens vitimadas e/ou de outros membros da família, causada por medo físico e ameaças dos agressores e pela habitual dependência econômica que exercem os contumazes algozes sobre as vítimas e, também, pelos laços familiares que os unem e evidência de uma afetividade ainda preservada.

As coações contra as vítimas incidem física, moral e psicologicamente, impedindo que os denunciem e levem adiante as acusações formuladas, retirando as queixas. Em relação igualmente aos incestos, após algum tempo dos reiterados abusos sexuais, instala-se no seio do próprio lar a denominada “síndrome de adaptação da criança e da família”, gerada pelo temor das vítimas indefesas às agressões sofridas e pela sua incapacidade reacional; os algozes adultos, muito mais fortes fisicamente, inviabilizam qualquer reação. Abramovay, Castro e Silva (2004) complementam as informações, quando afirmam: a criança se sente numa armadilha e não procura ajuda; desprotegida, só lhe resta aprender a aceitar a situação e conviver com o infortúnio.

Excepcionalmente, a mãe aparece como agressora sexual; a convivência materna, comum, decorre de medo, de sua dependência afetiva ao esposo ou companheiro e de sua subordinação financeira, quando o agressor é o próprio pai ou padrasto. É a lei da mordça:

“É sabido que, em muitos casos, familiares escondem da polícia e das instituições de proteção à infância, a violência física, a exploração e o abuso sexual praticados em casa, por outros familiares” (ABRAMOVAY; CASTRO; SILVA, 2004, p. 273). Outros pesquisadores têm detectado hostilidade e violência perpetrada contra as adolescentes pelo próprio algoz e por familiares mais próximos, quando tomam conhecimento da gravidez: duplamente agredidas.

O estudo mostra que muitas adolescentes, ao revelarem que estão grávidas, passam a ser violentadas tanto física (spancadas) quanto psicologicamente; sentem-se inferiorizadas, culpadas, discriminadas, humilhadas e punidas em seu próprio lar. Marcadas muito mais pela dor dessa violência vir de entes queridos como pai, mãe, irmãos, irmãs e até do próprio parceiro. A violência intrafamiliar detectada nesta pesquisa revela o quanto está distante o diálogo sobre sexualidade e contracepção entre pais e filhos na sociedade contemporânea.

Vale ressaltar que a adolescente vive muitas vezes uma relação de normalidade e de afeto com seus pais e familiares até o momento em que revela sua gravidez, entretanto, a partir desse momento, instaura-se o conflito, já não se sabe mais o que é o certo e o que é errado. Os valores se embaralham e a família se sente impotente, envergonhada e joga na adolescente toda a sua raiva, sua insegurança. (MONTEIRO et al. 2007)

Muitos outros pesquisadores confirmam a contumaz violência perpetrada por familiares contra crianças e adolescentes, causa de gestações precoces. (ARAÚJO, 2002; ABRAMOVAY; CASTRO; SILVA, 2004; MONTEIRO et.al. 2007) Para estes mesmos pesquisadores: a proteção intradomiciliar de meninas e adolescentes passa obrigatoriamente por uma vigilância ampla, geralmente realizada pelas mães, contra investidas sexuais de pais, padrastos, tios, irmãos mais velhos, primos, vizinhos. Manter tais potenciais vítimas sob cuidado e atenção permanente é também ação preventiva de gravidez, difícil no momento em que as mulheres passam a maior parte do dia fora do lar, nas suas atividades laborais. Muitas vezes, os pais desempregados permanecem em casa com as filhas, facilitando as investidas sexuais. Agressão sexual intrafamiliar tem sido muito estudada.

A violência sexual é um dos principais indicadores da discriminação de gênero contra a mulher. No Brasil, registraram-se, no grupo das crianças agredidas sexualmente, com até 12 anos, que 83,6% dos agressores eram pais ou padrastos, parentes próximos, amigos ou conhecidos. Em maiores de 12 anos, 59,4% das vítimas foram agredidas por desconhecidos. Apesar de a violência intrafamiliar igualmente ocorrer no espaço doméstico, atualmente é reconhecida como problema de saúde pública (SULCCA; SCHIRMER, 2006, p. 580).

Vários autores que estudam o tema revelam que a discriminação de gênero sempre está presente. Denunciar os agressores, independentemente de quem seja, é dever de cidadania.

Conforme MONTEIRO et al., (2007), os pais reagem de formas distintas à notícia da gravidez em suas filhas: aceitando bem, negando apoio e, muitas vezes, consumando agressões físicas, psicológicas e morais, que refletem discriminação/dominação ainda presente. Quando o agressor é o pai da vítima, a situação é desesperadora, incontrolável.

De fato, a violência intrafamiliar expressa dinâmicas de poder/afeto, nas quais estão presentes relações de dominação-subordinação. Nessa relação - homem/mulher, pais/filhos, diferentes gerações, entre outras, as pessoas estão em posições opostas, desempenhando papéis rígidos e criando dinâmica própria, diferente em cada grupo familiar. Estudos realizados em vários países sobre saúde da mulher e violência doméstica mostraram que as mulheres em situação de violência no Brasil, Japão e Peru têm até duas vezes mais probabilidade de ter seu estado de saúde considerado como ruim ou péssimo, e os filhos de mães agredidas podem apresentar níveis mais altos de mortalidade infantil (SULLCA; SCHIRMER, 2006, p. 579).

Agressões que não são somente físicas, também psicológicas e morais atingem o binômio mãe e filho(a); alta mortalidade infantil revela que também os bebês são vitimados.

A violência intra-familiar em seus diferentes tipos é frequente na maioria das adolescentes do estudo. A quase totalidade das pesquisadas foram vítimas de violência psicológica e consideram essa agressão como um ato normal. Entretanto, é sabido que pode deixar sequelas que à primeira vista não é percebida (SULCCA; SCHIRMER, 2006, p. 584).

As repercussões ominosas decorrentes da violência física e/ou psicológica perpetradas contra crianças e adolescentes não se restringem apenas às próprias vítimas; irmãos e irmãs, sobretudo, os menores de idade, também são agredidos. Muitos pais confundem ações de violência “indispensáveis” como atos “normais” de disciplina, estes, sim, necessários para o estabelecimento de limites; estão os aludidos pais disciplinadores certamente na contra mão da evolução da psicologia contemporânea. “O limite entre disciplina e violência é definido pelos padrões comunitários de tolerância ao uso da força física contra crianças e adolescentes” (SULCCA; SCHIRMER, 2006, p.579). Tal conduta negativa, felizmente, tem se revelado mutável, pois de base cultural; quiçá possa evoluir para práticas mais humanas e solidárias.

Ainda é comum os pais educarem os filhos e prepará-los para a vida, utilizando a força física como medida disciplinar, considerada padrão de comunicação, aceito culturalmente, e parte integrante dos costumes pedagógico-disciplinares, transmitidos entre as famílias de geração a geração. O limite entre disciplina e violência é definido pelos padrões comunitários de tolerância ao uso da força física contra crianças e adolescentes. Os pais acham que têm direito de “educar” os filhos dessa forma, já que foram educados assim por seus pais. A gravidade dos métodos que utilizam, aparentemente, só é percebida a partir da denúncia de violência intra-familiar. Dessa forma, a violência em seus diversos tipos, imprime inúmeras sequelas, especialmente na auto-estima das crianças e adolescentes. Isso sugere que uma adolescente com baixa auto-estima, carente de apoio e afeto familiar, poderia ser induzida a procurar na maternidade precoce o meio para conseguir afeto incondicional, talvez uma família própria e reafirmar o seu papel de mulher ou ser indispensável para alguém. (SULCCA; SCHIRMER, 2006, p. 579-580)

Tais agressões sofridas por crianças e adolescentes e perpetradas pelos os que têm o dever de protegê-los, além do sofrimento imposto imediato, provocam muitas vezes sequelas e desdobramentos nocivos; muita vez, mero instrumento de autodefesa, a gravidez pode ser uma resposta negativa da jovem agredida ao ambiente hostil.

Agressões perpetradas contra uma criança, por sádicos, no interior do lar, indicam que outros membros da família, provavelmente, também são ou serão vítimas, em situações iguais ou diferentes. Não é um fato isolado. Silenciar as testemunhas, sobretudo crianças e adolescentes, através de práticas violentas, faz parte do patológico espírito dos dominadores algozes; sempre foi assim, não há qualquer novidade histórica nessa prática abominável; a diferença reside no fato de que, atualmente, as agressões são condenadas e não mais toleradas pela sociedade; tal indignação internacional somente se manifestou, na prática, a partir das primeiras décadas do Século XX, momento em que, movimentos em defesa da criança e dos adolescentes surgiram no mundo. Em 1959, com a Declaração Universal de Direitos da Criança, “(...) é que o menor passa a ser alvo de destaque como titular de direitos (...)” (REBOUÇAS, 2009, p.396); outros documentos internacionais sucederam, aperfeiçoando-a.

Mesmo que não seja o alvo direto do abuso, as crianças que testemunham violência têm maior probabilidade de apresentar problemas de aprendizado, emocionais e comportamentais. Essas crianças apresentam também maior risco de se tornarem agressores ou de sofrerem abuso mais tarde. Portanto, não há mais dúvidas como os padrões familiares de violência são reproduzidos no nível social. (SULLCA; SCHIRMER, 2006, p. 579)

As testemunhas, crianças e adolescentes, são vítimas também da violência, direta ou indiretamente, podendo se transformar em algozes; felizmente, não ocorre na maioria dos casos. Este aspecto, já citado acima, merece comentários adicionais, explicitados adiante.

Outro fato que merece ser mencionado: sair de casa e engravidar - ou vice versa - pode ser uma forma desesperada de uma jovem reiteradamente agredida pelos seus próprios pais e familiares: fugir de sofrimentos intoleráveis.

A pergunta que se faz : o que é melhor para a criança ou a adolescente vitimada?

Há algo preocupante, que suscita dúvidas e pouco ainda estudado: afastar o (a) menor vítima dos diversos tipos de violência doméstica deste habitat hostil é sempre o melhor procedimento legal?

O Estatuto da Criança e do Adolescente, no seu Art. 17, busca proteger a integridade física, psíquica e moral de crianças e adolescentes. No caso de abuso sexual, objetivando evitar novos atos de violência, o ECA determina afastamento da vítima de seu algoz, habitualmente, como já visto, seus familiares mais próximos, sobretudo o pai.

A prudência começa a questionar se tal conduta prevista no ECA, de caráter protetivo, caso a caso, não teria que ser repensada algumas vezes antes de ser imposta? Por que não afastar o (a) agressor (a), mantendo a pequena vítima indefesa ainda sob a proteção dos familiares não nocivos e necessários? São perguntas que necessitam ser feitas, exatamente objetivando a proteção dos (as) vitimados (as), globalmente. Ademais, tratamento psicológico dos algozes pode resolver o problema? Não deve ser descartado tal recurso terapêutico. Por vezes, o algoz é vítima também de uma patologia familiar psicossocial, carecendo de apoio.

A ruptura abrupta dos vínculos familiares – sobretudo entre pais e filhos(as) – pode ser muito mais prejudicial ainda aos interesses de crianças e adolescentes, quando se afasta o agressor do agredido, desta ou daquela forma; esta é a opinião de alguns pesquisadores.

Para vários autores, retirar a criança ou adolescente de um ambiente onde seus direitos não estão sendo respeitados e onde a integridade física e/ou psíquica da mesma permanece ameaçada, constitui-se uma interdição legítima e legal, segundo as leis de proteção da criança e do adolescente. Entretanto, há que se considerar o rompimento dos vínculos importantes para a criança, pois muitas vezes a violência constitui um pedido de socorro que a família, como um todo, envia à sociedade. (MARTINS; JORGE, 2009, p. 806)

É necessário que mais pesquisas sejam realizadas para melhor esclarecer tais dúvidas, uma vez que, o mais importante, é a felicidade e a global proteção dos menores agredidos.

Violência transgeracional

A violência contra as mulheres e as crianças é fato contumaz na história da humanidade; o poder ilimitado do *pater familias* era absoluto, transferia-se de geração a

geração. Mas, tal fato, por si só, não explica casos pontuais de abuso sexual e de outros tipos de agressões intoleráveis que envolvem os filhos de hoje - os pais de amanhã, perpetuando a violência intergeracional. Constatações reiteradas tais motivam os cientistas a pesquisar os fatores envolvidos na gênese desse fenômeno transtemporal, merecedores de esclarecimento.

“Pessoas que, quando crianças, foram submetidas a abuso sexual tendem a repetir a situação de abuso com seus filhos.” (ZAVASCHI et al., 1991, p. 133). Gomes et al. (2002a) referem-se a filhos agredidos na sua infância que se transformaram em pais algozes, perpetuando a violência intrafamiliar. Perguntas resultantes: por que tais fatos acontecem? Agredidos de hoje aprendem com seus pais agressores a agredir também? Repasse cultural? Ou transmissão genética, hereditária? Ambas as prováveis causas podem se associar?

O que seus filhos registram de você? As imagens negativas ou positivas? Todas. Eles arquivam diariamente os seus comportamentos, sejam eles inteligentes ou estúpidos. Você não percebe, mas eles o estão fotografando a cada instante. O que gera os vínculos inconscientes não é só o que você diz a eles, mas também o que eles vêem em você. Muitos pais falam coisas maravilhosas para suas crianças, mas têm péssimas reações na frente delas: são intolerantes, agressivos, parciais, dissimulados. Com o tempo, cria-se um abismo emocional entre pais e filhos. Pouco afeto, mas muitos atritos e críticas. (CURY, 2003, p.23)

Nem sempre filhos agredidos serão pais agressores; variáveis constitucionais e ambientais podem evitar esse suposta predisposição à perpetuação da violência intrafamiliar transgeracional, alegada por alguns pesquisadores, já citados.

6.6. Singularidades Educacionais

Vale enfatizar, a priori, que tais singularidades inerentes à gravidez precoce não se referem apenas à jovem mãe, estendendo-se naturalmente ao seu parceiro, partícipe do evento. Consequências na escola de uma gravidez extemporânea na adolescência

Além de todos os supostos problemas gerados pela gravidez na adolescência precoce, a evasão escolar é a repercussão negativa mais comum e importante no âmbito pedagógico; no entanto, o aspecto de maior gravidade, a considerar, é a adolescente grávida ou o parceiro, menor também, abandonar definitivamente a escola. Yazile, Franco e Michelazzo (2009) apontam a elevada taxa de 30% de evasão escolar de adolescentes durante a gravidez; o retorno à escola ocorre, posteriormente, em proporções pequenas, fator de preocupação adicional. Costa et al. (2001, p. 236) confirmam a assertiva acima: “A maternidade precoce

tem sido identificada como um fator de afastamento e dificuldade de retorno da mãe adolescente aos estudos”.

Além da evasão escolar, outros danos ao crescimento e desenvolvimento intelectual das jovens gestantes, de distintos matizes, merecem menção.

Na busca das causas responsáveis pelos prejuízos resultantes do abandono ou do baixo rendimento escolar, não se pode desconhecer os impactos determinados pela sexualidade precoce; é imprescindível que a família entenda as dificuldades emocionais enfrentadas pelos seus e suas adolescentes, apoiando-os incondicionalmente. “Nesta época acontecem modificações da sexualidade que, se associada à falta de apoio familiar e de expectativas de vida, levam à perda da auto-estima e baixo rendimento escolar. (GODINHO, 2000, p. 25)

Scoen-Ferreira et al. (2002) também confirmam o abandono e a queda do desempenho escolar como aspectos negativos resultantes da gravidez precoce. Na mesma linha de opinião:

A gravidez juvenil é entendida por todos os atores pesquisados como problemática, principalmente pelas consequências a elas atribuídas como: interrupções de trajetórias esperadas quanto ao estudo e à constituição de família e é considerada como causa do abandono da escola – caso de mulheres jovens; ter de assumir um trabalho em detrimento dos estudos – e da constituição prematura de uma família (ABRAMOVAY; CASTRO; SILVA, 2004, p. 167-168).

Diáz e Diáz (1999, p. 249) confirmam os prejuízos socioeducacionais decorrentes da gravidez indesejada, não planejada: “Além dos riscos para a saúde, a gravidez acidental precoce também apresenta consequências sociais importantes, entre elas, abandono dos estudos, diminuição do padrão de vida e problemas no futuro profissional, que levam a profundas alterações do projeto de vida”.

Prejuízos consequentes na esfera financeira a longo prazo devem ser ressaltados. A evasão escolar costuma determinar frustrações profissionais e atraso no crescimento intelectual das jovens mães, que terão maiores dificuldades de atuar no mercado laboral, e outras situações danosas decorrentes: submissão ao trabalho mal remunerado ou informal, menores salários e outros prejuízos para ela – jovem mãe – e sua prole; também, em relação aos pais adolescentes, tal fato costuma acontecer; tal aspecto vem sendo pesquisado.

Costa et al. (2005); Moreira & Sarriera (2008) e outros confirmam tais dados.

Os prejuízos são múltiplos e significativos nas populações menos aquinhoadas, porque inúmeros, concomitantes e mais graves são os problemas que as atingem; as estatísticas revelam a realidade dos fatos. A frieza dos grandes números nem sempre expressam o nível e

a intensidade de sofrimento nas comunidades carentes, em relação às gestações na adolescência e seus desdobramentos nefastos, também na escolaridade dos e das adolescentes.

O nível de escolaridade mostrou uma relação estatisticamente significativa com as áreas mais pobres, que concentravam o maior número de adolescentes com menos escolaridade [...]. A maior taxa de fecundidade (35,7 em 1.000 adolescentes) também esteve associada às piores condições socioeconômicas, enquanto que a menor taxa (12,1 em 1.000) foi observada na área mais favorecida. (DUARTE; NASCIMENTO; ARKEMAN, 2006, p. 236)

Os próprios índices de fertilidade, segundo Oliveira (1998), são maiores entre as jovens de camadas sociais mais empobrecidas e de menor nível educacional, fator agravante da aludida problemática social, sob análise; Pirotta e Schor (2004) ratificam os dados.

Em outros locais tal fato não ocorre, segundo pesquisas realizadas. Exemplifica-se:

O estudo aponta que o mesmo não implica, para as meninas, a ruptura ou abandono de projetos de vida. Ao contrário, a gravidez / maternidade é valorizada por traduzir tanto mudanças de status social para as mesmas, quanto à afirmação de projetos de mobilidade social no futuro, justificando assim, a continuidade dos estudos diante das dificuldades que a situação impõe. (GOMES; PEREIRA, 2005, p. 357)

Distintas condições socioculturais familiares explicam os diferentes resultados. Fávero e Mello (1997, p.131), em pesquisa que teve por objetivo estudar a relação entre a gravidez na adolescência e a vida escolar, realizaram entrevistas semi-estruturadas com dez mães adolescentes, que lhes permitiram as conclusões que se seguem: “[...] os resultados sugerem que a difícil conciliação de papéis de ser mãe e ser estudante está relacionada com as concepções socioculturais sobre gênero e com a questão da identidade feminina. A interrupção ou não da vida escolar depende do apoio social.”

Conforme afirmação de Oliveira (1998), educação, pobreza e maternidade precoce – quando associadas – causam um impacto adverso na vida de adolescentes e de seus familiares, revelando números estatísticos que comprovam a relevância de cada um dos três elementos da aludida tríade e sua nociva ação conjunta. Aponta, como habitual prejuízo da associação referida, o abandono escolar, a perda do emprego, além dos constrangimentos que enfrenta a jovem grávida, agredida por professores, diretores, colegas e até pelos pais de colegas. Se não se afastarem da escola durante a gravidez, acabam fazendo isso mais tardiamente, após o nascimento do bebê, para poder cuidar do mesmo. Vitiello (1994) confirma tais dados.

Nas famílias pobres (OLIVEIRA, 1998), a gravidez na adolescência costuma receber o apoio familiar, de variável intensidade e, também, após o nascimento da criança, quando a jovem mãe necessita de alguém que possa cuidar do seu bebê, nos horários da aula ou da atividade laboral. As creches gratuitas, de difícil acesso, são utilizadas, também. Os cuidados prestados ao bebê, em tais momentos, acabam sendo assumidos pelos seus familiares. Convém ressaltar, segundo Oliveira (1998): que o apoio familiar prestado também pode significar perda da autoridade da jovem mãe sobre seu bebê, diluição ou atenuação, o que lhe reduz sua legitimidade materna. Costa et al. (2005); Moreira & Sarriera (2008) confirmam tais dados.

A recorrência da gravidez em adolescentes é outro aspecto negativo a ser considerado, responsável por prejudicial círculo vicioso, mantenedor do pauperismo e do abandono escolar. Nas camadas mais beneficiadas, o problema costuma ser menos grave e, em tais situações, há sempre a possibilidade da adolescente concluir posteriormente seus estudos e retornar, no mais breve tempo possível, às suas atividades escolares, retomando o seu projeto de vida.

O afastamento da escola por parte de jovens mães significa menor qualificação profissional final e diminutas chances de competir, em condições de igualdade, no mercado de trabalho, cada dia, de mais difícil acesso, exigidor de maiores conhecimentos técnicos.

Como consequência da referida perda de tempo, ao se afastar temporariamente das suas atividades escolares, por força da gravidez, surge à submissão ao trabalho mal remunerado ou mesmo informal, como única forma de sobrevivência (OLIVEIRA, 1998); em estudo realizado no município de Santo André, em São Paulo, em quatro áreas de diferentes graus de exclusão social, Duarte, Nascimento e Arkeman (2006, p. 236) confirmam os dados.

Outros aspectos relevantes, já explicitados, foram ratificados por Ambramovay, Castro e Silva (2004), relativos à escolaridade de jovens adolescentes gestantes:

1. interrupção dos estudos e a entrada, considerada prematura, no mercado de trabalho, realçando-se: vulnerabilidade social, em especial a reprodução da pobreza, no caso de adolescentes de extratos sócio-econômicos baixos, aspecto relevante já referido;

2. limitação de sua educação, restringindo suas habilidades no mundo do trabalho, reduzindo sua qualidade de vida, postergando ou bloqueando seu crescimento profissional;

3. constituição precoce de uma família e suas consequências;

4. reiteradas atitudes preconceituosas de professores e colegas de escola; ademais:

A escola, sendo também um espaço que deveria congrega os pais dos alunos, tem possibilidade de colaborar para que a família também reflita sobre como vem ou não lidando com práticas sexuais de prevenção, relações não discriminatórias, ética de convivência inclusive nas relações afetivo-sexuais e ruptura na cadeia de reproduções de tabus e intolerâncias. Mas tal postura, por ampliação das esferas de atuação da escola, além da clássica transmissão de conhecimentos disciplinares choca-se com a materialidade, a falta de recursos e insatisfação dos professores com suas condições de trabalho e de rendimentos, o que se radiografa em outros trabalhos. (ABRAMOVAY; CASTRO; SILVA, 2004, p. 42)

A escola, desrespeitando um dos seus nobres objetivos: colaborar com a família em tudo que for do interesse de seus alunos: crianças e adolescentes, nem sempre cumpre sua missão educativa relativa à sexualidade prematura, à gravidez precoce, ao aborto e às DST. E, muitos pais e mães não frequentam as escolas de seus filhos, “porque não têm tempo”. (sic) O papel do parceiro, do pai da criança.

Muitos pais jovens também são prejudicados, abandonando a escola, na busca de emprego, para sustentar os filhos. Mais um ônus diretamente relacionado à condição social.

Muitos parceiros adolescentes assumem a paternidade responsável, afirmam diferentes pesquisadores, trocando o espaço escolar pelo laboral, com prejuízos pessoais. (MARTINEZ ALIAGA, 1985; ARILHA, 1998; LEVANDOWSKI; PICCININI, 2009)

Os familiares dos pais adolescentes devem também apoiá-los afetiva e financeiramente, em momento de paternidade tão precoce; há os que abandonam a escola, portanto, buscando uma fonte de renda. Há, no entanto, outras formas do jovem pai ajudar.

O simples apoio psicológico do jovem parceiro à parceira adolescente pode ajudá-la emocionalmente; ademais, o incentivo da família paterna a esse pai lhe proporcionará mais segurança para assumir tal paternidade. (CHUAVA, 2007) Na prática, raramente ocorre.

Outro aspecto negativo detectado: inserção precoce paterna ao mercado de trabalho. Pai adolescente, eventualmente, abandona a escola para trabalhar, como provedor, para assumir a paternidade; casal constituído de pai adolescente e mãe adolescente constitui uma nova realidade crescente.

Pai adolescente, também, é, muitas vezes, impelido a mudar seu *modus vivendi*.

Cabral (2002, p. 186) constata que: “A gravidez – apesar de não ser a principal justificativa para a interrupção dos estudos – também é deflagradora da primazia do trabalho em relação à trajetória escolar, pois, agora, estes jovens têm “um filho para sustentar”: “parei de estudar por causa dos filhos”. (sic)

Conquistar a efetiva adesão paterna de jovens pais adolescentes, no curso da gravidez precoce, é dever familiar; deve ser incentivada também pelos profissionais da área da saúde, durante todo o ciclo gravídico-puerperal; para o filho é importante a sua presença.

Inserção Familiar

Torna-se indispensável assinalar, de forma explícita, que, embora muitas crianças e adolescentes sejam agredidas física ou moralmente no interior do seu próprio lar e na escola, exclusivamente porque engravidaram, não se exclui o fato de que essas vítimas, em contraposição, recebam, também, concomitante ajuda e proteção de outros membros da família ou da rede de solidariedade social. Muitas vezes, uma única referência amiga familiar é o maior reduto de apoio às vítimas. A vida intradomiciliar é muito complexa; por isso, generalizar nessas situações, além de ser injusto é um ato temerário.

Tudo o que foi dito é verdadeiro também quando surgem dificuldades escolares enfrentadas por jovens pais adolescentes; e o apoio familiar é indispensável.

Outro aspecto peculiar é referido por Ambramovay, Castro e Silva (2004, p. 269):

Distintos atores referem-se a casos de estupros que vitimizaram alunos, mas não se restringem a nomear ocorrências no âmbito da família. Os professores indicam que nas escolas e no seu entorno, em particular no trajeto casa/escola, há casos de estupro e de violência sexual.

Para tais pesquisadores: casos repetidos de violência sexual, na escola e no seu entorno, contra estudantes têm gerado abandono escolar; esta problemática enfrentada por adolescentes gestantes decorre também do fato de, na maioria das vezes, a gravidez ocorrer em jovens solteiras carentes, estudantes e desempregadas, impossibilitadas de financiar despesas decorrentes da existência de um novo ser; problemática agregada financeira, geralmente assumida pelos familiares, também carentes, a duras penas; quando o parceiro é também adolescente, a situação pode ser contornada com o apoio de sua família; tais aspectos são ratificados em estudos realizados por: Frota, Barroso e Varela (1999); Siqueira et al. (2002) e outros mais.

Fávero; Mello, 1997; Oliveira, 1998; Schoen-Ferreira et. al, 2002; Yazile, Franco; Michelazzo, 2009 confirmam o elevado índice de abandono escolar, durante a gravidez ou depois do parto, por parte de adolescentes, quando as famílias, por múltiplas razões, não lhes prestam o apoio necessário.

Exemplo de conduta que favorece o retorno de adolescentes à escola após a gestação: situações relacionais prévias favoráveis, na família e na escola, podem contribuir para o

retorno da jovem mãe aos estudos após o parto; LIMA (2004, p.73) confirma isso: “[...] constatou-se que jovens que não tinham problemas com a escola anteriormente à gravidez e que contavam com uma certa estrutura familiar de apoio tendiam a continuar os seus estudos após o parto”. Do exposto, conclui-se que uma vida relacional anterior harmônica da jovem gestante na família e na escola é um fator que contribui positivamente para a manutenção de seus estudos posteriores; revela (id) a existência prévia de ambientes familiares e escolares de saudável diálogo e respeito mútuo entre familiares e professores, entre pessoas de gerações distintas; este é um fato alvissareiro, que deve ser divulgado - além de incentivada a sua prática - junto aos pais e, também, aos professores de crianças e adolescentes. É um ponto de partida inicial válido, capaz de propiciar bons resultados a médio e longo prazo

6.7. Singularidades Demográficas

Breve histórico – A história é testemunha de fatos, não pode, por isso, ser olvidada.

Souza (2009, p. 225-226) resgata o momento exato do início do fenômeno “transição da fecundidade”, em sua obra: “Primeiras mudanças da fecundidade e nos padrões de procriação intensa na virada do século XX: claras evidências”; que, conforme estudos realizados, começou, como ela própria afirma: “na virada para o século XX”; “mudanças preliminares” é a expressão usada pela pesquisadora para definir esse marco balizador.

A afirmativa de que a “transição da fecundidade” no Brasil e na América latina só deslanchou em meados dos anos 1960 é uma generalização muito reiterada, como se fosse uma verdade científica comprovada e irrefutável. Contudo, ela envolve dúvidas e equívocos analíticos, já muito discutidos, além de ser contraditória a resultados de pesquisa que indicam que esse processo se iniciou, em nosso contexto, na virada para o século XX. (SOUZA, 2009, p.225-226)

A maioria dos estudiosos, ao que tudo indica, equivocados a respeito do exato início histórico das denominadas mudanças da fecundidade feminina, sob o ponto de vista demográfico, apontam a década dos anos 60 como o momento agudo de seu maior e inequívoco incremento e de sua consequência mais importante: a gravidez na adolescência prematura. Sua relevância decorre das complicações: abortamento, de resultados danosos, determinados pela elevada morbimortalidade, já explicitado em Singularidades médicas.

Em realidade, no final do Século XX, muitos pesquisadores citavam os anos 1960 como um marco de mudanças da fecundidade feminina, desconhecendo ou não que tal fenômeno demográfico já se iniciara nos primórdios do mesmo século, conforme explicitado

acima por Souza (2009). Esta pesquisadora busca apenas resgatar a veracidade da realidade histórica. Esclarecido o equívoco, observe-se a declaração de cada um dos pesquisadores consultados, a respeito da precoce fertilidade feminina e de outros fatos a ela relacionados.

Conforme Vitiello (1994, p. 15) : “Tem sido constatada, em particular após a década de sessenta, crescente frequência de gestações involuntárias entre adolescentes”.

Heilborn et al. (1998, p. 23) já manifestavam também apreensão, nas últimas décadas do século XX, com o crescente número de gestações ocorrentes na adolescência, sobretudo em fases etárias mais precoces, quando aduzem: “O quadro suscita inquietações por duas dimensões implicadas nesse horizonte: há uma tendência de alta na incidência de gravidez adolescente no Brasil e também aumenta, de modo muito mais tênue é verdade, a precocidade dessas gestações”. Opiniões convergentes se sucedem, sob o mesmo diapasão, inclusive a concordância sobre a equivocada data de incremento da fertilidade feminina: a década de 60.

Estatísticas recentes ratificam os informes demográficos da 2ª. metade do século XX.

Estima-se que cerca de 21,7% da população brasileira tenha entre 10 e 19 anos de idade: 11,1% entre 10 e 14 anos e 10,6% entre 15 e 19 anos As estatísticas nacionais também revelam que, nos últimos anos, o número absoluto e relativo de gestações em adolescentes vem aumentando, especialmente no grupo de 10 a 14 anos .(SANTOS; SCHOR, 2003, p. 16)

Não há entre os pesquisadores citados quaisquer discrepâncias sobre a gravidez na adolescência relacionadas à fertilidade precoce e à atividade sexual mais cedo iniciada.

Frizzo, Kahl e Oliveira (2005, p. 14) referem-se às diferenças demográficas observadas quando o parâmetro avaliado é a idade da adolescente que engravida. Ademais, informam que o fator idade também merece ser destacado: (...) “quando a relação ocorre antes dos 15 anos, 52% das mulheres relatam ter usado algum método anticoncepcional. A porcentagem aumenta para 77% quando a relação se deu entre 17 e 19 anos”.

Surgem novos dados nas pesquisas realizadas sobre gravidez na adolescência precoce:

Além dos aspectos psicológicos, parece que alguns fatores demográficos também parecem estar implicados no entendimento da gravidez não planejada na adolescência, como idade e escolaridade. A diferença foi de 4,8 anos entre mulheres sem nenhuma escolaridade e as com doze anos ou mais de instrução (Berquió, 1996). Parece, então, que quanto maior a informação, mais tarde é o início da vida sexual (Papalia e Olds, 1998). Conforme Medrado e Lyra (1999) uma questão que deveria ser considerada é o ciclo da pobreza, pois os índices de gravidez não planejada são mais elevados em jovens analfabetas ou com instrução mínima. (FRIZZO; KAHL; OLIVEIRA, 2005, p. 14).

Estes pesquisadores trazem a lume informações adicionais sobre gestação na adolescência precoce, associada a aspectos demográficos, sociais, psicológicos, sexológicos e educacionais, com repasse de dados numéricos, todos diretamente relacionados a eventos gravídicos não desejados, não planejados.

Conforme Heilborn et al.(1998, p. 32), “[...] o fenômeno da gravidez precoce no Brasil merece, de saída, alguns reparos que devem nos ajudar a tentar equacionar o problema de seu relativo crescimento no país nas duas últimas décadas”. Vale ressaltar seus comentários:

Essa questão se insere no contexto particular da transição demográfica brasileira, caracterizando-se esta, no final da década de 90, por uma queda da taxa total de fecundidade ao nível de reposição das gerações e também pelo aumento significativo da taxa de uso da contracepção feminina. Contudo, a idade das mulheres no momento do nascimento do primeiro filho tende também a diminuir, contrariando as expectativas que o quadro anterior - o da transição demográfica - poderia suscitar. Essa questão se insere no contexto particular da transição demográfica brasileira, caracterizando-se esta, no final da década de 90, por uma queda da taxa total de fecundidade ao nível de reposição das gerações e também pelo aumento significativo da taxa de uso da contracepção feminina (HEILBORN et al., 1998, p. 23).

Há um outro aspecto demográfico relevante, destacado por Vitiello (1994, p. 17):

Na América Latina, por exemplo, ocorreu uma inversão da distribuição populacional. Até a década de 70 apenas 30% de sua população residia em centros urbanos e 70% das pessoas ainda habitavam áreas rurais; atualmente a proporção está invertida, existindo somente 30% de ruralícolas. Com a adoção desse modelo de distribuição populacional ocorreu uma marcante mudança nos hábitos de vida, principalmente no que tange à família.

O êxodo rural, fenômeno sociológico, vem acentuando a problemática da gravidez na adolescência precoce - outro fenômeno social - nas últimas décadas, sobretudo porque atinge predominantemente pessoas dos extratos sociais mais vulneráveis.

Além dos aspectos mencionados, outros, detectados em diferentes pesquisas, merecem destaque, porque relacionados ao tema Gravidez na Adolescência precoce.

Abramovay, Castro e Silva (2004, p. 131), por exemplo, demonstram que o início da vida reprodutiva feminina no Brasil varia de acordo com o nível de escolaridade das mulheres; e, para reforçar o afirmado, citam dados estatísticos fornecidos pela BEMFAM (1996). No Brasil, em 1996, a proporção de mulheres de 15 anos que já tinham começado sua vida reprodutiva chegava a 55% entre as que não tinham nenhuma escolaridade; 19% entre as que tinham de 5 a 8 anos de estudos e menos de 10% entre as que tinham de 9 a 11 anos de estudos. (BEMFAM, 1996). A demografia aponta declínio da fertilidade total no Brasil.

As últimas duas décadas têm sido marcadas por um declínio importante da fecundidade total no Brasil, caindo de mais de quatro filhos por mulher, na década de 1970; a 2,5, segundo a última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, em 1996. Entretanto, na faixa etária de 15 a 19 anos, a fecundidade tem aumentado ligeiramente e o aumento é ainda maior na faixa de 10 a 14 anos. Isso fica evidente pelo aumento proporcional dos partos em mulheres com menos de 15 anos, e pelo fato de que mais de 20% dos partos acontecem em mulheres que ainda não completaram 20 anos. (DIÁZ; DIÁZ, 1999, p. 249)

Mais uma pesquisa que, através de grandes números estatísticos oficiais, revela redução de fertilidade crescente em mulheres adultas, sem a correspondente diminuição na adolescência, tanto precoce, quanto tardia, nas últimas décadas; pelo contrário, revelando um pequeno aumento na faixa de idade: de 15 a 19 anos e, um pouco mais, na de 10 a 14 anos, em valores absolutos ou relativos, em relação aos das adultas, aspecto já citado anteriormente.

A década de 1990 surpreendeu os estudiosos da área com o rejuvenescimento da fecundidade no país. Em 1980 cabia às mulheres de 25 a 29 anos o maior número médio de filhos dentre os grupos etários na faixa reprodutiva. O primeiro deslocamento para o grupo mais jovem, de 20 a 24 anos, ocorre em 1991, mantendo-se em 2000. Além disso, enquanto a fecundidade declinou em todos os grupos etários nos últimos dez anos, as jovens de 15 a 19 anos representaram pela primeira vez uma exceção, com um crescimento de 25% entre 1991 e 2000. Vale notar também que vem aumentando a importância relativa desse grupo etário no cômputo da taxa de fecundidade total. De 9% em 1980 passa a 14% em 1991, e em 2000 a fecundidade das jovens de 15 a 19 anos já responde por 20% do número total de filhos tidos pelas mulheres ao longo de todo o período reprodutivo, ou seja, de 15 a 49 anos. (ABRAMOVAY; CASTRO; SILVA, 2004, p. 18)

Camarano (1998) informa que condições socioeconômicas desfavoráveis também influenciam significativamente os índices de gravidez na adolescência, fato não contestado.

Para Pirotta e Schor (2004, p. 496): “Um outro aspecto que se destaca em relação à taxa de fecundidade é que ela tende a ser maior entre as que não exercem nenhuma atividade econômica”.

No novo milênio, nesta primeira década do Século XXI, tal preocupação permanece, porquanto os dados demográficos atuais sobre gravidez na adolescência ascendem, de acordo com dados estatísticos oficiais, mas recentes, em outro tópico revelados.

Fica claro que a fertilidade precoce e suas nefastas consequências são ratificadas por todos os estudiosos citados e pelos números estatísticos apontados. O problema: gravidez na adolescência também continua grave sob o ponto de vista demográfico.

Inserção Familiar

Abramovay, Castro e Silva (2004) detectam, em investigação nacional realizada, algumas informações fornecidas aos adolescentes, de ambos os sexos, pelos pais e familiares, sobre a tríade: fertilidade, atividade sexual e gravidez precoces, aspectos relevantes revelados em estudos demográficos. Os apoios familiares, estudados neste tópico: Singularidades Demográficas, se sobrepõem aos já explicitados em outros espaços da presente pesquisa, especificamente: Singularidades Psicológicas, Singularidades Sexológicas e Singularidades Socioculturais.

Um dado demográfico pontual, relativo à participação da família em grupos religiosos, demonstra a grande importância das avaliações estatísticas, de utilidade precípua na elaboração e execução de políticas públicas atinentes à gravidez na adolescência e aos seus desdobramentos danosos, já discutidos anteriormente. A experiência positiva, no particular, adquirida por grupos religiosos, em relação à gravidez na adolescência precoce, há de ser conhecida e utilizada, após análise científica, pelos órgãos públicos responsáveis pela aludida problemática, nos seus programas, estratégias e ações de combate.

A participação da família em grupos religiosos (o mais frequente grupo comunitário da área) parece favorecer o adiamento do início da vida reprodutiva, estando associada a uma menor prevalência deste evento, tendo já sido referido em outros estudos como condição protetora da gravidez na adolescência.(FIGUEIRÓ, 2002, p. 300).

Dados demográficos apontam a influência positiva das religiões, sobretudo da Igreja Católica Apostólica Romana (PERSONA; SHIMO E TARALLO, 2004), em relação à reincidência da gravidez na adolescência, junto às famílias dos seus fiéis.

6.8. Singularidades Socioculturais.

A gravidez precoce não se restringe apenas ao âmbito familiar, expande-se a todo o seu entorno, atingindo a sociedade por inteiro; causas e consequências de caráter sociocultural sempre estão presentes; por isso, têm que ser valorizadas nas pesquisas e ações prestadas.

“La maternidad en la adolescencia está relacionada a factores asociados con la familia, cultura y sociedad” (HOGA, 2008, p.280). A sexualidade precoce, de base biológica, sofre influências socioculturais as mais diversas; a vivida pela(o) adolescente, objeto deste estudo, ganha particular feição no contexto sociocultural em que ele(a) está inserido (a).

A sexualidade de ambos os sexos é plasmada pelos valores vigentes em cada momento histórico; seu *start* é orgânico, tarefa exclusiva da natureza; mas, o ambiente sociocultural molda, orienta a sua utilização e aponta o seu ponto de chegada ou, pelo menos, indica o plano de viagem de sua caminhada existencial.

“Não há determinação biológica que mantenha uma definição sexual”. (MOREIRA et al., 2008, p. 313). Estes autores, pelo visto, subestimam em demasia o poder irresistível, imperativo da brusca e repentina elevação das taxas sanguíneas dos hormônios estrogênicos e testosterônicos durante a adolescência e no curso de toda a fase reprodutiva da mulher e do homem. Vale a pena auscultar o pensamento ampliado de outros pesquisadores.

No afirmar de Dias e Aquino (2006, p. 1.447): “A compreensão do fenômeno da gravidez na adolescência com base numa perspectiva sociológica requer a identificação das condições sociais e históricas que deram a essa gravidez o estatuto de problema”.

Problemática complexa envolve o aludido fato sociológico; o incremento de relações sexuais extraconjugais femininas e masculinas, por exemplo, é uma situação digna de acurada avaliação sociológica, pelas repercussões que pode causar. Segundo Altmann (2007, p. 286): “Outro elemento é o aumento, ao longo das duas últimas décadas, da proporção de gravidez e de nascimento na juventude que ocorre fora de uma união. A considerada ‘ilegitimidade’ dessa gravidez também contribui para transformá-la em problema social”.

Maia Filho et al (1994) publicam um artigo: “Gravidez entre adolescentes precoces: um evitável problema social”, no qual, no próprio título, enfatizam o seu caráter social e a possibilidade de ser prevenida. Confirma-se esse problema social, fortemente exemplificado no caso específico das meninas de rua grávidas e de outras situações relacionadas ao pauperismo, que atinge setores significativos da sociedade. “Outras situações de risco social geram a gravidez na adolescência, de forma traumática: violência sexual contra as denominadas meninas de rua.” (GOMES, 1996, p. 163)

Risco social gerado, em realidade, pela pobreza, na opinião unânime de todos os pesquisadores consultados. Abramovay, Castro e Silva (2004, p. 133) ratificam também “o caráter social da gravidez na adolescência precoce.”

O maior contingente de mães adolescentes precoces é, exato, constituído de pessoas pertencentes aos extratos socioeconômicos mais penalizados; todos os dados revelam isso.

Heilborn et al. (1998) constataam a influência da cultura no surgimento da gestação precoce, no próprio título do artigo que elaboraram “Gravidez na Adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social”. Fatores culturais

interferem socialmente sobre a gravidez na adolescência precoce, inclusive nos diferentes níveis socioeconômicos em uma mesma cidade: assimetrias sociais irrefutáveis.

No passado, ainda na primeira metade do Século XX, a gravidez na adolescência era um fato sociocultural absolutamente aceito, estimulado, incentivado e recomendado pelas comunidades, longe de ser um problema, era uma solução. (HEILBORN, 1998)

Casamento precoce se realizava por imperativa necessidade, conforme muitos autores.

Nas famílias rurais – e mesmo nas antigas famílias urbanas – sempre foi hábito o casamento precoce e com muitos filhos, pois para o sucesso da família o número de filhos era muito importante, sendo necessário o casamento precoce para que houvesse ocasião de tê-los. As profissões exercidas, além disso, eram habitualmente de fácil e rápido aprendizado, e homens ainda jovens eram capazes de conquistar sua autonomia financeira e constituir família. (VITIELLO, 1994, p. 15)

No presente tempo, a gravidez na adolescência é vista diferentemente, considerada por muitos como um problema biopsicossocial, pelas consequências que acarreta; e, como tal, preconiza-se que seja evitada sobretudo nas populações carentes...mais uma discriminação.

Mais frequente nos segmentos sociais mais desfavorecidos, a gravidez na adolescência representa, em significativo número de casos, um agravante no complexo quadro existencial, comprometendo o futuro profissional, dificultando o retorno à escola e limitando as oportunidades de trabalho. (GOLDENBERG; FIGUEIREDO; SILVA, 2005, p. 1077)

O conjunto de prejuízos profissionais determinados por uma gravidez precoce, atingindo jovens pais e mães, revela um problema social a mais.

A identidade feminina, citada em outros tópicos, é outra singularidade enfatizada nesta pesquisa, em decorrência de sua importância no estudo da gravidez prematura.

Oliveira (1998) se refere à construção da identidade feminina, ainda em formação na adolescência. Neste contínuo processo de construção de sua identidade, a mulher transita por um caminho que ultrapassa o biológico, atingindo o social sempre; adverte que esse processo começa na família, mas a sociedade se encarrega de mantê-lo, tal qual a cultura local determine. Na nossa sociedade este processo transacional ocorre de forma desigual, exigindo-se bem mais da mulher, mesmo sendo ainda adolescente, e que assuma o duplo papel de ser mãe e esposa (ou companheira), com maior ônus assumido pelas camadas populares.

Obviamente, tamanho controle sociocultural sobre a identidade feminina também exerce fortemente seu poder durante a adolescência e no momento da gravidez.

Nas classe média e alta, as mulheres encontram-se em um processo mais avançado de igualdade de direitos em relação aos homens, embora não ainda nos moldes desejados, ideais. Em relação à persistente desigualdade entre os sexos, em detrimento do feminino, quando ocorre um “erro” (gravidez na adolescência?), cobra-se, na sociedade, o cumprimento do papel de mãe; do homem, dir-se-á apenas: “coisas da idade, aconteceu!”. (sic) Ainda hoje, o sexo precoce do jovem macho é incentivado pela família, sobretudo pelo seu pai – há muito culturalmente aceito -; em relação às filhas, o comportamento paterno é completamente distinto. Aliás, tais diferenças entre homens e mulheres, em prejuízo destas, são culturais; em nossa sociedade, desde tenra idade, através dos distintos brinquedos utilizados por meninos e meninas: aqueles são de homem, estes de mulher, tudo predeterminado culturalmente.

Na própria escola, as diferenças persistem, com modelos masculinos e femininos, distintos na indumentária, no lazer e em tudo mais; estes aspectos já foram citados neste texto.

A sociedade, nos seus diferentes espaços, além da família e da escola, também exerce um papel historicamente importante na manutenção da identidade do homem e da mulher. Quanto a esta, ainda há, de forma sub-reptícia, uma cobrança em relação à virgindade, à fidelidade, à castidade e, em particular, à virtude feminina, simbolizada pelo ideal de pureza física e mental, “próprias da mulher”. E o que mais surpreende: muitas mulheres curtem sua feminilidade até a exaustão, apaixonadamente.

Outro aspecto a considerar no estudo da identidade feminina, que perpassa a adolescência, nesse contexto, é o papel da mídia e da literatura infantil. Em toda a literatura, a mulher sempre é, simbolicamente, dedicada às atividades do lar (a dona de casa) ou, nas classes populares, marcada para exercer somente profissões de baixo *status* social. Para Oliveira (1998): o corpo da mulher na mídia sempre é exibido e vendido como um objeto de consumo. Negocia-se, apenas, a beleza feminina e “marquetizam” suas formas corporais sedutoras; adolescentes têm sido muito utilizadas com tais objetivos; outros valores femininos começam a ser valorizados: capacidade de organização, competência funcional e liderança.

No entanto, prefere-se ainda, para Oliveira (1998) valorizar, na sociedade, tanto a mulher modesta, recatada e pura quanto à imodesta, provocante e sensual. A polaridade nisso se resume. Na mulher bonita enaltecem-se os atributos físicos, na mulher modesta, recatada e pura engrandecem-se a beleza e a pureza da alma. A quem menos se dá, mais se exige socialmente. A mídia exerce influência negativa sobre o advento da gravidez prematura, no momento em que estimula o denominado pensamento mágico, ainda presente na adolescência precoce, quando exalta a maternidade vivenciada por verdadeiros ídolos femininos - artistas, por exemplo -, que a sociedade toma como parâmetros e paradigmas, símbolos e modelos da

perfeição. Adolescentes costumam imitar os seus ídolos. Prejuízo maior decorre da omissão dos veículos de comunicação de massa: rádio, televisão, jornal, revista, que pouco divulgam as conseqüências reais de uma maternidade tão cedo iniciada, exceto a mídia especializada, de bem menor penetração social entre as adolescentes de tenra idade. (MOREIRA, 2008)

Oliveira (1998) assinala, em relação às famílias, que muitos pais também se utilizam de pensamentos mágicos, quando imaginam e se convencem que “lá em casa isso não vai ocorrer, minha filha é uma mocinha muito responsável, ela tem juízo”. (sic)

Os veículos de comunicação de massa, movidos por interesses comerciais, costumam agir apenas para promover a venda de seus diversos produtos: “Crianças pressionadas pelo mercado de consumo, via mídia e *internet*, ‘adultizam-se’ cedo, tornando-se pré-adolescentes aos sete, oito anos”. (MOTTA, 2007, p. 116) A mídia, em programas televisivos eróticos e, particularmente, em novelas, nos denominados horários nobres, acaba por estimular a sexualidade prematura e sua conseqüência: a gravidez precoce. A sociedade aceita: é conivente e hipócrita.

Não somente a mídia pode ser parcialmente responsabilizada pela precoce adultização de meninas e meninos, também a família e a escola, aspectos analisados em outros tópicos.

A gravidez na adolescência é resultante de inúmeros fatores sociais e midiáticos.

O direcionamento de diversos fatores, como o desconhecimento do corpo, a omissão da família /escola sobre assuntos pertinentes à adolescência, o pouco envolvimento dos serviços públicos, o bombardeamento ativo ao qual estão expostos pela mídia, com programas, novelas e até propagandas apelando ao sexo, fazem com que os jovens iniciem precocemente suas atividades sexuais, não cômicos das implicações de sua vida sexualmente ativa. (MOREIRA, 2008, p.315)

Em contraposição ao afirmado, os veículos de comunicação, sobretudo os de massa, podem prestar relevantes serviços, se bem utilizados, com programações educativas. Nos dias atuais, é difícil compatibilizar o interesse econômico e o social na elaboração de programas informativos, de caráter preventivo; os canais estatais, de rádio e televisão, com menores recursos técnicos e bem menores índices de audiência, exibem - com alguma regularidade - entrevistas e documentários sobre educação para a saúde geral e reprodutiva. É muito pouco.

Exatamente, no momento em que pais e mães não acreditam na possibilidade de uma gravidez ocorrer, dificilmente se preocupam em combatê-la através de condutas de caráter preventivo. A ausência dos pais e mães de adolescentes, envolvidos com mil afazeres profissionais, ao longo do processo de formação dos filhos, tem ensejado que outros atores

sociais assumam, de forma competente ou incompetente, tão importante papel educativo: paterno e materno.

Vale ressaltar que diferenças sociais, educacionais e financeiras, entre adolescentes de diferentes extratos populacionais, em relação à gravidez na adolescência, influenciam o comportamento de jovens mulheres e alguns resultados contraditórios nas diversas pesquisas. Adolescentes das classes médias e altas se protegem mais de gestações não desejadas; quando engravidam, optam pelo aborto provocado realizado com menor insegurança, em clínicas particulares, porque dispõem de recursos financeiros e familiares para isso, com a finalidade de evitar prejuízos aos seus planos e metas profissionais; a maioria delas estuda; jovens de extratos sociais mais baixos, mais frequentemente assumem a gravidez, muitas vezes pela impossibilidade real de interrompê-la. Ourô & Leal (1998), entre outros pesquisadores, ratificam as informações.

Inserção Familiar

A pergunta inicial que se faz é esta: pode a família contribuir para que ocorram mudanças culturais em relação à gravidez na adolescência? Não seria tal pretensão apenas uma utopia? Obvio, que apenas intervenções familiares, isoladamente, inclusive, até através de diálogos bem conduzidos entre pais e filhos (as), não são capazes de mudar comportamentos e condutas sociais dos membros de toda a comunidade, em curto prazo; no entanto, é possível que ações conjuntas reiteradas e determinadas, ao longo do tempo, possam ser um instrumento - a mais - capaz de efetivar mudanças socioculturais no campo da sexualidade... o contrário: mudanças sociais diversas têm promovido revoluções sexuais no mundo; o surgimento dos movimentos feministas, exemplificando, foi capaz de fazê-lo; este é um fato incontestável. Avanços tecnológicos também têm demonstrado a capacidade de determinar mudanças extraordinárias - e muito rapidamente - no âmbito da reprodução humana, alterando profundamente comportamentos na esfera sexual. O uso da “pílula”, isoladamente, promoveu céleres mudanças sociais jamais imaginadas, no campo da sexualidade feminina e na vida de relação entre os gêneros e as gerações. Boas ações, se bem divulgadas pela mídia, podem se transformar em uma notável reação-em-cadeia de mudanças, inclusive no tocante à gravidez na adolescência. O poder da mídia, se bem canalizado, é benéfico; se mal utilizado, causa danos à sociedade, certamente. A prática demonstra que os veículos de comunicação podem construir mitos, ídolos e também destruí-los rapidamente.

Fenômeno social antigo, ainda continua ocorrendo: gravidez na adolescência em diferentes gerações da mesma família. E quando tal fato ocorre, questiona-se: trata-se de um problema social ou de uma benéfica solução?

“Um dos argumentos recorrentes na literatura sobre gravidez na adolescência é o de que os filhos tendem a repetir a história reprodutiva de sua família” (DIAS; AQUINO, 2006, p. 1452). Gestações na adolescência, respectivamente, em avó, mãe e filha, em três gerações seguidas, não são fatos raros, hoje; no passado, tais eventos eram muito mais frequentes.

As mulheres, ao estabelecerem várias metas pessoais no âmbito educacional e profissional, vêm retardando o início da maternidade; há, para elas, outras prioridades sociais.

Neste tópico, também se discute se a prenhez precoce é problema ou solução social. Em investigação sociológica, há SITUAÇÕES e situações, porque inúmeras variáveis estão inseridas em todo o processo; em função de tal complexidade e diversidade causal, qualquer avaliação deve ser realizada com esmerado cuidado e parcimônia; o imponderável pode definir o resultado da pesquisa e surpreender positiva ou negativamente o pesquisador; valorizar, pois, todos os fatores, não exclusivamente os socioculturais, mesmo em momento de célere processo de mudanças imprevisíveis que o mundo vivencia, é o mais recomendável; em relação à gravidez na adolescência precoce, tais mudanças podem ser benéficas ou não, caso a caso; o quebra-cabeça das relações intrafamiliares pode dificultar o esclarecimento sobre o que é problema e o que é solução; o problema de hoje à noite pode ser uma solução amanhã pela manhã, na mesma família e para a mesma mulher.

Nas famílias em situação de vulnerabilidade social é mais difícil ainda estabelecer com precisão os limites que separam os problemas das soluções, tantas são as variáveis presentes.

Com certeza, a gravidez afeta a trajetória de vida, aumentando ainda mais a vulnerabilidade social. No entanto, não se pode desconsiderar que nem sempre ela é percebida como problema, seja para os adolescentes, seja para a família e o grupo social. Isso ocorre, em certa medida, por conta da transmissão de valores socioculturais no âmbito familiar, cujos preceitos residem no fato que o papel social a ser exercido por mulheres ainda está intensamente vinculado ao casamento e à reprodução, especialmente nas famílias de baixa renda. (HOGA; BORGES; CHAVEZ ALVAREZ, 2009, p. 780)

Neste mundo atual de tantas transformações, um fato inusitado sociocultural vem se repetindo na sociedade: as uniões “experimentais”, inclusive entre homens e mulheres ainda adolescentes, que marcam o início dos relacionamentos, no caso: preconjugais; sob o mesmo teto, homem e mulher, sem o respaldo das leis de Deus e dos homens; depois de algum tempo, variável casal a casal, ao talante de cada qual, marca-se a cerimônia de casamento, com toda a pompa, com direito a vestido branco de calda, símbolo feminino de pureza, tradicional e todo um ritual antigo preservado. O sonho de casar na igreja, em festa memorável e marcante,

diante de toda a sociedade, de preferência com “papel passado”, continua ainda sendo valorizado e concretizado, um resquício de um pensamento mágico transgeracional, que a infância feminina mantém incólume na adolescência e adultícia, ou evidenciar o poder transtemporal da religiosidade, que a contemporaneidade mantém intacta, não ousa mudar.

Essa é uma marca dos novos tempos. Adolescentes casam, descasam e, já pessoas adultas, contraem novas uniões, depois de realização profissional, habitualmente; a longa prática pediátrica em consultório revela que os filhos da segunda relação são bem melhor assistidos por pais e mães mais maduros e experientes do que os do primeiro relacionamento, quando eram adolescentes. Esse é mais um prejuízo imposto aos filhos, causado pela maternidade e paternidade muito precoces.

No passado, mesmo em situação de infelicidade, a mulher permanecia no lar, cuidando da casa, dos filhos (em grande número) e do seu senhor, o marido, honrando o juramento feito perante Deus e os homens. Mulher desquitada era excluída socialmente. Hoje, não mais.

Nas camadas menos favorecidas da população, observa-se a participação da família e de sua rede de solidariedade social nos cuidados prestados, particularmente, ao recém-nascido de mães adolescentes. “[...] percebe-se que as crianças, filhas de mães adolescentes, recebem cuidados de todo núcleo familiar em que à mãe se insere, porque, muitas vezes, a adolescente não consegue desenvolver sozinha os cuidados ao bebê, por viver um processo de reorganização da sua vida” (MOTTA et al., 2004, p. 250).

A solidariedade da família, em suas diferentes configurações, é um aspecto importante que merece ser enfatizado, mormente em um país com contingente de pauperismo elevado; tal situação revela uma total dependência familiar financeira das gestantes adolescentes carentes:

A maioria dos informantes de classes populares que não teve suas biografias marcadas pela parentalidade adolescente também permanecia coabitando com familiares de origem. Porém essa dependência residencial encobre especificidades que os distinguem dos informantes de classes médias. (HEILBORN et al., 2002, p. 27)

A família continua sendo um espaço de amparo às gestantes de quaisquer idades.

Ao longo do tempo, as configurações relacionais da família têm sofrido modificações. Estas, por sua vez, estão imbricadas com o conjunto de transformações socioeconômicas complexas e aceleradas das últimas décadas, que repercutiu no mundo do trabalho, dos costumes, dos valores, das condições de reprodução e das posições sociais e culturais do homem e da mulher. Isso certamente atinge o exercício da maternidade e da paternidade e a própria constituição da família. (SILVA; SILVA, 2009, p. 394)

Os diferentes arranjos familiares têm boa parte de sua gênese nas mudanças sociais e econômicas iniciadas nas últimas décadas, com reflexos também sobre a reprodução humana, a paternidade e a maternidade mais cedo ou mais tarde iniciadas. A família brasileira tem mostrado grande diversidade na sua composição e nas formas de sociabilidade que vigoram em seu interior, sendo incontestável que a necessidade de conciliar os projetos individuais com os projetos coletivos permeia toda a vida doméstica, estando as reações e os modos de agir em relação à adolescente grávida vinculados à inserção social e ao ambiente cultural. Lima et al. (2004) e outros ratificam o assinalado.

Ciclo vicioso da pobreza X Gravidez na Adolescência precoce.

Ximenes Neto, Marques e Rocha (2008) abordam o denominado ciclo vicioso da pobreza familiar correlacionado à Gravidez na Adolescência.

“A pouca escolaridade e a dependência prolongada dos pais alimenta o ciclo da pobreza dessas famílias. O risco de engravidar é três vezes maior em adolescentes com o ensino fundamental incompleto, comparada com as que estudaram por oito ou mais anos”. (Idem, 2008, p.3)

Pior do que o aludido ciclo da pobreza é o perverso ciclo da miséria (abaixo da linha da pobreza), de prognóstico a curto prazo bem mais preocupante, pelos seus reflexos negativos sobre seus membros, mormente crianças e adolescentes.

No que se refere à renda familiar, observa-se que é no estrato social mais pobre que se concentram o maior número de gravidez, sendo 50% tem uma renda familiar de menos de um salário mínimo, mantendo estas adolescentes abaixo da linha da pobreza. Os dados obstétricos revelam que 60% das adolescentes estão na primeira gestação, sendo que 10% já vivenciaram o aborto. (XIMENES NETO; MARQUES; ROCHA, 2008, p. 10)

O ciclo vicioso da pobreza pode ou não se manter nas novas gerações. Ações públicas, em outros países, sobretudo no continente asiático, têm sido capazes de bloquear tal ciclo da penúria, através de investimentos sociais e em educação; o Brasil começa a dar os primeiros passos nessa direção.

Embora as mulheres se preocupem mais com as consequências dos seus atos no campo da sexualidade, muitas não têm como sobreviver sozinhas. Ao analisar os dados sobre as condições de moradia entre elas, verificamos que 28 (70%) continuam a morar com a família. Esses dados corroboram a pesquisa sobre adolescentes grávidas-abordagem sobre sua vivência sexual, quando o autor refere que as adolescentes grávidas não têm renda própria e sobrevivem com a ajuda dos pais, companheiros e/ou familiares. (ARCANJO; OLIVEIRA; BEZERRA, 2007, p. 449)

Gestantes adolescentes precoces habitualmente permanecem na casa dos pais; dificuldades financeiras explicam a maioria dos casos.

Embora os números estatísticos demonstrem, em muitas situações, a existência do denominado ciclo da pobreza ou da miséria* – faixas de um mesmo problema social -, tal fato pode e deve ser revertido através de políticas públicas implementadas, sobretudo no campo da educação, do emprego e da geração de renda.

* Trata-se de expressão estigmatizante, pejorativa e discriminadora, que deve ser combatida com ações eficazes.

Gravidez na adolescência dá *status* social.

A expressão *status* social é utilizada neste texto, significando: posição favorável na sociedade, consideração, prestígio, renome social, conforme Houaiss (2009).

A chegada de um novo membro da família representa a superação de dificuldades financeiras e conflitos familiares. Além disso, ao assumir um novo papel perante a família, a adolescente passa a ser vista com maior admiração e respeito. Nesse sentido, a gravidez nem sempre é vista como um fato essencialmente negativo, pois a família une-se para minimizar as consequências indesejáveis desse evento e torná-lo positivo tanto à família como aos jovens pais (HOGA; BORGES; REBERTE, 2010, p. 156).

Em muitas comunidades, casar, constituir família e ter filhos são situações associadas, capazes de elevar o prestígio social dos(as) cidadãos(ãs); inclusive, de adolescentes. União estabilizada, mesmo entre jovens, é valorizada socialmente. A paternidade ou a maternidade dá *status* social e confere prestígio na comunidade aos e às adolescentes; a antecipação da maioridade somente é possível legalmente a partir dos 16 anos completos; adolescente casado e/ou com independência financeira tem sua maioria civil antecipada, conforme o Novo Código Civil (NCC), Lei N°. 10.406, de 10 de Janeiro de 2002, nas condições previstas:

Art. 5°. A menoridade cessa aos dezoito anos completos, quando a pessoa fica habilitada à prática de todos os atos da vida civil.

Parágrafo único. Cessará, para os menores, a incapacidade:

I – pela concessão dos pais, ou de um deles na falta do outro, mediante instrumento público, independentemente de homologação judicial, ou por sentença do juiz, ouvido o tutor, se o menor tiver dezesseis anos completos;

II – pelo casamento;

III – pelo exercício de emprego público efetivo;

IV – pela colação de grau em curso de ensino superior;

V – pelo estabelecimento civil ou comercial, ou pela existência de relação de emprego, desde que, em função deles, o menor com dezesseis anos completos tenha economia própria.

Nos dias atuais, no âmbito de uma sociedade cada vez menos conservadora e de costumes bem mais flexíveis, surpreende que, no meio familiar, o casamento ainda permaneça desfrutando de elevado prestígio sociocultural junto às novas gerações.

Oliveira (2008, p. 99) [...] “assinala que a maternidade e os significados a ela atribuídos são bastante valorizados nas camadas populares, uma vez que possibilitam a afirmação da identidade de mulher e, com ela, a realização dos papéis femininos ligados à família e ao cuidado dos filhos”; faz, outrossim, comentário relativo ao gênero feminino, quando afirma que, em tal situação, também ocorre um reforço da identidade da adolescente-mãe, na sua condição de mulher, que lhe confere o *status* de pessoa adulta.

Diante do exposto, a dúvida permanece: a gravidez precoce é problema ou solução?

A gestação precoce nem sempre é um ato irresponsável.

A gravidez precoce acaba sendo vista como irresponsabilidade, especialmente quando a adolescente não vive em conjugalidade. Nas situações em que a conjugalidade existe, a notícia da gravidez é recebida, normalmente, com festividade, uma vez que não contraria a moral tradicional. (OLIVEIRA, 2008, p. 99).

Havendo casamento, esquece-se da idade dos pais, este aspecto passa a ser irrelevante. Surpreende a mudança de comportamento familiar e social, quando se oficializa a relação, sobretudo, se há condições financeiras dos jovens nubentes, pessoais e/ou familiares, para assumir a união. Independentemente de toda a aceitação social em casos tais, ainda há uma habitual preferência de muitas jovens por casar “com véu e grinalda”, inclusive depois do parto ter acontecido, aspecto referido por Fontes (1991), exato no momento das núpcias.

Em contraposição, ausência de vínculos conjugais é outro aspecto social a considerar. A regra geral, no caso da gravidez incidente em menores de 15 anos, é a inexistência de casamento ou, sequer, de união estável. Gestações tais são consideradas fruto de violência sexual e assim tratadas juridicamente. Gravidezes não desejadas em mães tão jovens e sem vínculos conjugais constituem um problema adicional social enfrentado por elas e seus bebês.

Outra dificuldade enfrentada pelas adolescentes que engravidam é a instabilidade dos vínculos conjugais, ou seja, a não disposição dos jovens para assumirem a paternidade. Na possibilidade das jovens mães terem de criar seus filhos sem a presença do pai, muitas vezes, os cuidados com a criança são divididos com a família de origem ou nuclear. (ABRAMOVAY; CASTRO; SILVA, 2004, p. 156).

A ausência efetiva do pai abala emocionalmente a jovem mãe, sobrecarrega financeiramente sua família e causa danos psicológicos ao(à) filho(à) (ausência da figura masculina, paterna). Teoricamente, ausência ou instabilidade dos vínculos conjugais é também uma dificuldade a mais na difícil vida de jovem mãe adolescente e de seu bebê. Às vezes, não há qualquer problema para a jovem mãe, porque o apoio familiar surge em tempo hábil e útil e as dificuldades se resolvem naturalmente. Os prejuízos causados à criança sem a presença do pai podem ser irremediáveis, salvo, se uma figura masculina da família ocupar o espaço afetivo vazio deixado pelo pai biológico: habitualmente o avô, tio e, mais raramente, outros familiares. Com frequência, obstetras, pediatras, enfermeiras e assistentes sociais testemunham tais situações no cotidiano de suas atividades nosocomiais e ambulatoriais.

Em casos de recasamentos, crianças são assumidas por padrastos ou madrastas.

Mudanças estruturais que atingem famílias e a própria sociedade nem sempre guardam entre si uma prevista correlação temporal. Dias e Gomes (1999, p. 90) constata: “Contudo, as mudanças nas famílias e na sociedade não obedecem a nenhuma sincronia. Algumas famílias, nos diferentes segmentos econômicos, antecipam mudanças enquanto outros as assimilam lentamente”. Níveis distintos de conservadorismo ou modernismo expressam isso.

7. Contribuição das Ciências Humanas e das Ciências da Saúde ao estudo da inserção familiar no contexto da “Gravidez na Adolescência”.

A pesquisa bibliográfica foi efetivada em etapas, através de análise realizada nos seguintes títulos: artigos, teses, dissertações, monografias, livros e em outras fontes validadas cientificamente, nos últimos (30) trinta anos, utilizando-se notadamente as de caráter virtual, publicados nos sites de SCIELO: BIREME, OPAS, OMS – Biblioteca Virtual em Saúde, CAPES e de Universidades/Programas de Mestrado e Doutorado, em extensa busca seletiva, nas referências pesquisadas das respectivas palavras-chave: Gravidez/Adolescência. Gravidez Precoce/Família. Prematuridade/Baixo Peso ao nascer.

Etapas da pesquisa, segundo a ordem de realização.

1. Identificar, na integralidade do acervo utilizado no estudo sobre a inserção familiar Gravidez na Adolescência, os títulos que fazem alusão à família.
2. Investigar, em todos os textos identificados, as diferentes informações dos autores consultados sobre a aludida inserção familiar em todas as situações e fases da gravidez na adolescência.
3. Selecionar, em todo o conjunto investigado, os informes prevalentes relativos aos seus aspectos gerais e às suas singularidades, concernentes à gravidez precoce e à família.
4. Identificar e quantificar as disciplinas que, na amostra utilizada, contribuíram, nas suas obras examinadas, com tais informes prevalentes.
5. Agrupar todas as aludidas disciplinas detectadas no estudo, nas suas respectivas áreas científicas: Ciências da Saúde e Ciências Humanas, as únicas identificadas.
6. Comparar numérica e percentualmente as diferentes inserções de cada disciplina no estudo da gravidez na adolescência e suas inter-relações com a família.

Resultados

Deitando-se o olhar sobre a Tabela 1 e a correspondente figura 1 (Vide Anexo), observa-se - numericamente - uma participação muito mais expressiva das disciplinas que compõem a área do conhecimento denominada de Ciências da Saúde, no seu conjunto: 91 (noventa e uma) vezes em um total de 116 (cento e dezesseis) trabalhos examinados, correspondendo a 78% de toda a amostra examinada, enquanto às Ciências Humanas aparecem na pesquisa com apenas 25 (vinte e cinco) artigos publicados, ou seja, 22% do total. Na amostra investigada, tal constatação indica que a Gravidez na Adolescência continua sendo um tema de interesse maior da área da saúde em relação às demais. Vale ressaltar, como subsídio informativo, para tentar esclarecer tal discrepância numérica, que a maioria das

disciplinas da área da saúde: enfermagem, ginecologia/obstetrícia, medicina (geral), pediatria, saúde materno-infantil, saúde pública e nutrição desenvolvem atividades práticas e diretas, assistenciais através de múltiplas ações de atendimento prestadas às gestantes adolescentes, seus nascituros, recém-nascidos e aos seus familiares, em vários momentos e espaços distintos: no planejamento familiar, na pré-concepção, no pré-natal, no parto, à parturiente e ao neonato, no puerpério e depois em outros atendimentos. Tais disciplinas têm suas práticas reavaliadas e realimentadas continuamente pelos resultados das pesquisas, daí resultando, quiçá, seu permanente e maior interesse acadêmico. A psicologia e a educação, 50% da área das Ciências Humanas investigadas, atuam diretamente com adolescentes, mantendo interlocução com a família; os outros 50%, a sociologia e a antropologia, não; em contraposição, as disciplinas da área das Ciências da Saúde, direta ou indiretamente, participam de toda a assistência materno-infantil.

A Tabela 2 e a figura 2 correspondente (Vide Anexo), relativas às disciplinas que compõem as Ciências Humanas, revelam que:

1º. apenas a área da Psicologia se destaca, em 18 (dezoito) das 25 (vinte e cinco) obras das Ciências Humanas detectadas, com 72% de participações neste universo estudado; chama a atenção o fato de que esta disciplina, entre todas as das Ciências Humanas investigadas, é a que tem como objeto de atuação a problemática mental do ser humano e, por isso, a que mais se aproxima das Ciências da Saúde, que cuidam diretamente – na prática assistencial - dos seus aspectos físicos e mentais, inclusive porque não se consegue cientificamente separar mente e corpo humano: “mens sana in corpore sano”; além da psiquiatria (da Saúde), a medicina psicossomática realiza tal comunhão de propósitos nos atendimentos prestados.

Se somarmos, a partir deste raciocínio, a inserção das Ciências da Saúde: 91(noventa e uma) vezes à da Psicologia: 18(dezoito) vezes, atingiremos a significativa cifra de 109 (cento e nove) vezes, de um total estudado de 116 (cento e dezesseis) publicações, ou seja: 93,96% de todas as obras detectadas na amostra total, referentes às disciplinas que prestam assistência direta ao binômio mãe-filho durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

2º. Somando-se as 3 (três) frequências da psiquiatria, da área das Ciências da Saúde, às 18 (dezoito) da psicologia, atinge-se, especificamente, número mais expressivo ainda: 21(vinte e uma) participações relacionadas ao estudo da saúde mental de adolescentes.

3º. A irrisória participação quantitativa da disciplina Educação no conjunto estudado; apenas 2 (dois) trabalhos científicos foram publicados em 116 (cento e dezesseis) pesquisados, tal constatação pode indicar menor interesse e/ou motivação da pedagogia, dos profissionais das escolas, os professores, pelo tema, sobretudo em relação aos seus aspectos preventivos;

surpreende tão diminuta contribuição, porque a Escola, depois da Família, é considerada a 2ª. mais importante instituição de apoio à infância e à adolescência. Tal aspecto há de ser investigado, necessita ser esclarecido por outros pesquisadores.

A Tabela 3 e a figura 3 correspondente (Vide Anexo), relativos a todas as disciplinas que compõem as Ciências da Saúde, revelam que:

1º. a enfermagem é a área da saúde que mais pesquisou sobre Gravidez na Adolescência e Família: 33(trinta e três vezes), num total de 91(noventa e uma) obras examinadas; tem se destacado também nas ações ambulatoriais e hospitalares da assistência materno-infantil. O número de trabalhos publicados pela enfermagem: trinta e três(33) artigos é mais do que o dobro da soma dos da pediatria: 10(dez) e da gineco-obstetrícia: 5(cinco), com o total de 15(quinze) publicações, especialidades médicas especificamente relacionadas à gravidez na adolescência em toda a assistência prestada; reduz-se tal diferença com a enfermagem, se as 2(duas) participações da Saúde Materno-Infantil forem computadas também, mas, aí há também a participação das (os) enfermeiras (os).

2º. A Saúde Pública, em 2º. lugar, aparece com 16(dezesseis) presenças, não surpreende tais números, porquanto se trata de uma área que tem o dever constitucional de cuidar da problemática em tela. A Saúde Coletiva aparece no terceiro lugar com 13 (treze) artigos; tal número pode revelar uma tendência de se estudar a gestação precoce de forma global e integrada: na academia e na prática operacional. As demais áreas da saúde aparecem com bem menor presença: medicina geral, psiquiatria, nutrição e epidemiologia, com três participações cada uma delas; a saúde materno-infantil, com apenas 02 (duas) inserções, as quais podem se somar às obstétricas e pediátricas. Nas Ciências Humanas, a sociologia aparece com 4(quatro) artigos e a antropologia com apenas 1(um); a participação da enfermagem (33 inserções) é maior do que a soma das disciplinas das Ciências Humanas: 25 inserções: o total das Ciências Humanas.

A Tabela 4 e a figura 4 correspondente (Vide Anexo) revelam, numericamente, pela ordem de frequência, quatorze 14 (quatorze) participações profissionais totais: 10 (dez) da área das Ciências Médicas e quatro 04(quatro) disciplinas da área das Ciências Humanas.

Ademais, observa-se que 8(oito) das disciplinas da área das Ciências da Saúde estão situadas entre as 10(dez) maiores participações totais, inclusive ocupando o 1º lugar geral.

Os números mostram na Tabela 5 (Vide Anexo) as 5(cinco) disciplinas que em toda a amostra examinada mais contribuíram: Enfermagem, Psicologia, Saúde Pública, Saúde Coletiva e Pediatria. Quatro (4) disciplinas da área das Ciências da Saúde e uma (1) apenas das Ciências Humanas.

8. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

As conclusões prevalentes e as recomendações gerais correspondentes, explicitadas neste texto, decorrem da íntima correlação indissociável que há entre ambas; por analogia: as conclusões são os diagnósticos situacionais estabelecidos em toda a problemática estudada: Gravidez na Adolescência e Família; as recomendações são as soluções indicadas.

As conclusões foram identificadas nos dois capítulos:

1º. capítulo: Gravidez na Adolescência – Aspectos Gerais & a Família e

2º. capítulo: Gravidez na Adolescência – Singularidades & e a Família.

No que concerne ao 1º. capítulo, conclui-se que os aspectos gerais prevalentes são:

- 1) a elevada incidência da gravidez na adolescência (precoce e tardia), mas, já em declínio;
- 2) a multiplicidade de fatores biopsicossociais causais e de outras origens;
- 3) os riscos significativos materno-infantis em gestações incidentes em menores de 15 anos;
- 4) a ocorrência crescente de gestações extemporâneas em adolescentes de idades cada vez menores. O número de pais adolescentes vem crescendo na atualidade.

Quanto ao 2º. Capítulo, as conclusões se referem, de modo prevalente, às várias:

- 1) singularidades biológicas – 1a) imaturidade anátomo-funcional corporal; 1b) menarca mais precoce; 1c) exigências metabólicas maiores impostas pelo célere crescimento corporal (momento do estirão); 1d) problemática própria dessa fase etária: bulimia, anorexia nervosa, obesidade, desnutrição, anemia ferropriva, hipertensão arterial, vulvovaginites e outros, todos capazes de comprometer a gravidez na adolescência e colocar em risco mãe e filho(a);
- 2) singularidades médicas – decorrentes ou influenciadas por fatores estudados em outros tópicos, que suscitam questionamentos: 2a) no particular, há dúvidas sobre a etiologia dos problemas médicos enfrentados pelas adolescentes; questiona-se se decorrem de situações biológicas e/ou de fatores associados psicológicos, condições sócio-econômico-financeiras e assistenciais desfavoráveis; 2b) ausência ou bem menor utilização pelas gestantes da assistência pré-natal e suas múltiplas consequências materno-infantis; 2c) algumas doenças e situações de risco são prevalentes na gravidez precoce: hipertensão arterial, DSTs, anemia; prematuridade, baixo peso ao nascer, alguns defeitos congênitos fetais; 2d) em relação ao parto, problemas relacionados à sua duração, distócias, partos cirúrgicos; 2e) abortamento, sobretudo o provocado, sua alta incidência e seus múltiplos riscos: elevada morbimortalidade e sequelas decorrentes; 2f) no tocante ao perinato (feto e recém-nascido), os achados prevalentes referem-se aos bebês prematuros e/ou de baixo peso ao nascer: sua gênese, condições clínicas adversas, patologias próprias, cuidados específicos múltiplos assistenciais

prestados em unidades de cuidados intensivos neonatais (UTIN) e berçários, mortalidade elevada e sequelas, recomendação da técnica Estimulação Precoce para recém-nascidos de risco neurológico, sobretudo prematuros e de baixo peso ao nascer; 2g) valorização da humanização na prática assistencial, aspecto mais enfatizado nas duas últimas décadas;

3. singularidades psicológicas – No presente estudo, conclui-se que as singularidades prevalentes apontadas pelos pesquisadores dizem respeito: 3a) à mudança de identidade na adolescência, da infantil para a adulta; 3b) a problemas psicológicos anteriores, dificuldades relacionais com a família: ausência de diálogo entre pais e filhos(as); 3c) aos sentimentos de fragilidade e vulnerabilidade em adolescentes, antes, durante e após a gravidez; 3d) à predisposição maior ao ingresso ao mundo das drogas; 3e) à necessidade de apoio terapêutico psicológico em situações de dificuldades; 3f) à insegurança de assumir o novo papel, o de mãe... e o de pai;

4. singularidades sexológicas – conclusões: 4a) sexualidade precoce desencadeada por vários fatores: biológicos e culturais, estudados, respectivamente, nos tópicos específicos; 4b) sexualidade precoce e sua relação com a gravidez na adolescência; 4c) sexualidade precoce e os riscos infecciosos (DST); 4d) baixo nível de informação sobre o tema nos seus múltiplos aspectos: sexo, diferenças anátomo-fisiológicas de gênero, adolescência, gravidez, paternidade e maternidade responsáveis, anticoncepção e outros; 4e) educação sexual (muitos questionamentos): funciona tal prática educativa?, quem e onde realizá-la?; 4f) planejamento familiar: é válido realizar na adolescência precoce? dificuldades operacionais; 4g) anticoncepcionais: usá-los? e quais?; 4h) métodos anticoncepcionais naturais e/ou artificiais? Muitas perguntas, mais dúvidas, menos respostas, poucas conclusões;

5. singularidades jurídicas – Nestas, a prevalência, segundo os autores consultados, recai sobre: 5a) violências contra a jovem mulher, habitualmente na sua própria casa: uma das suas danosas consequências é a gravidez indesejada; 5b) a presença nefasta neste processo de pais e familiares, em ambiente intradomiciliar; 5c) o silêncio cúmplice da família e, inclusive da própria mãe de adolescentes vítimas de estupro, abuso sexual e de incesto, em decorrência de medo e de dependência financeira do pai, companheiro ou padrasto, geralmente o algoz; 5d) a tutela protetiva às jovens vitimadas no ordenamento jurídico nacional: Constituição Federal, ECA, Código Penal e outros dispositivos legais; 5e) a importância dos Conselhos Tutelares e do Ministério Público; 5f) o incremento da Síndrome da Alienação Parental na atualidade;

6. singularidades Educacionais – Nesta área, são prevalentes, na pesquisa realizada, os seguintes prejuízos impostos às jovens mães: 6a) evasão escolar; 6b) mau rendimento escolar; 6c) não retorno à escola após a gravidez; 6d) frustrações pessoais: menor qualificação e

crescimento profissional estagnado, menores salários, antecipação dos jovens pais e mães ao mundo do trabalho; 6e) abandono de seus projetos de vida; nas populações carentes, a perpetuação do ciclo vicioso da pobreza; 6f) discriminação de gênero sofrida no ambiente familiar e na escola, por professores e colegas, inclusive com agressões morais e até físicas;

7. singularidades demográficas – São prevalentes: 7a) em relação à gravidez na adolescência, sobretudo em sua fase mais precoce (meninas que engravidam), o estudo das mudanças da fecundidade observadas a partir dos anos 60 (sessenta), mas já iniciadas no início do Século XX, estatisticamente relevantes como causa geradora de gestações precoces; 7b) as condições socioeconômicas desfavoráveis influenciando o maior surgimento de gestações prematuras; 7c) os maiores índices de gravidez na adolescência são inversamente proporcionais ao nível de escolaridade da população estudada; 7d) tais índices tendem a ascender entre as adolescentes que não exercem qualquer atividade estudantil ou laboral;

8. singularidades socioculturais – Para a maioria dos autores consultados, na gênese prevalente da gestação precoce encontram-se associados: 8a) fatores biológicos, familiares, socioeconômicos, psicológicos e histórico-culturais; 8b) menores índices de gravidez precoce nos extratos sociais mais altos; nestes, o processo de construção da identidade da mulher se encontra, embora em momento de transição, em fase mais avançada, na direção de iguais direitos em relação aos dos homens; 8c) não obstante toda a inserção da mulher no mundo do trabalho (dupla ou tripla jornada), ela, inclusive a adolescente, ainda permanece identificada, culturalmente, como a “dona de casa” ou “rainha do lar” (sic), responsável pela prole e pelos encargos intradomiciliares; 8d) outra singularidade prevalente observada no estudo se refere à influência negativa da mídia – as jovens curtem imitar os seus ídolos em todo o que fazem; 8e) as causas da “adultização antecipada de meninos e meninas” e as conseqüentes prenhez precoces são da responsabilidade, isolada ou conjunta, da família, escola, mídia e do Estado. Soluções pontuais exigem diagnósticos e ações unidisciplinares correspondentes, caso a caso.

Recomendações Gerais

1. Recomenda-se, para seu enfrentamento global, uma ação conjunta e continuada, capitaneada pelo poder público, de combate aos elevados índices de gravidez indesejada na adolescência, sobretudo na sua fase precoce, através de um grupo interinstitucional a ser criado (sugestão), formado pela família, escola, universidade, mídia e sociedade (ONGs e entidades profissionais privadas envolvidas: obstetrícia, pediatria, enfermagem etc.).

2. Recomenda-se que esta problemática, de complexa causologia e de múltiplas soluções, seja colocada, como prioridade, na pauta de discussão do grupo interinstitucional sugerido,

explicitado em item anterior, para a implementação de ações múltiplas conjugadas, a curto, médio e longo prazo. Este grupo subsidiaria os órgãos públicos e as entidades privadas.

3. Recomenda-se que os órgãos de saúde: federais, estaduais e municipais instalem, em todo o país, serviços de atendimento ambulatorial multidisciplinar a adolescentes, homens e mulheres, e unidades de terapia intensiva e semi-intensiva para atendimento neonatal regionalizado e hierarquizado e núcleos de humanização em tais serviços; ademais, assistência especializada a gestantes e parturientes de alto risco, idem, em UTI.

4. Recomenda-se que Serviços de Estimulação Precoce sejam instalados, referência das unidades neonatais, para encaminhamento de seus bebês de risco após alta hospitalar.

5. Recomenda-se a participação permanente associada da sociedade e da mídia no processo de enfrentamento à gravidez não desejada e às suas habituais complicações.

6. Recomenda-se aos órgãos públicos implantar serviços especializados de educação sexual, planejamento familiar e de apoio à família, para evitar gestações na adolescência precoce e sua reincidência (ROSA, REIS & TANAKA, 2007; BRUNO, 2009). Incluir os jovens pais nas ações implementadas; inserir as questões de gênero na pauta das discussões e estudos.

7. Recomenda-se que os órgãos públicos incluam, através de parcerias indispensáveis, as famílias atuais, em suas múltiplas configurações: monoparentais (femininas), nucleares, do tipo mosaico, compostas e todas as outras, nas suas políticas de combate às gestações na adolescência precoce, principalmente, nos programas governamentais de Educação Sexual (SILVA, 1998) e de apoio a mães e filhos (as) em situação de risco biopsicossocial. “Diferentes estruturações familiares exigem, pois, políticas públicas sociais adequadas e respostas imediatas, específicas, dirigidas e concretas, para fazer frente às necessidades da família contemporânea, parceira dos órgãos governamentais”. (DONATI, 2008, p.14)

8. Recomenda-se, em reforço ao assinalado no item anterior, ao pesquisador exercer um papel importante na identificação das organizações familiares existentes e no estudo de sua múltipla problemática, requisitos importantes para uma correta ação de apoio aos órgãos públicos junto à população adolescente vulnerável. “Parece haver consenso no reconhecimento de que uma gravidez, nessas circunstâncias, configura-se como um ponto de grande interesse social e até como um problema de saúde pública, dadas às consequências já mencionadas, necessitando de atendimento diferenciado nos serviços de saúde.” (SILVA & TONETE, 2006, p.200).

9. Recomenda-se que a Academia incentive o seu corpo discente, nos programas de especialização, mestrado e doutorado, a produzir pesquisas com visão multi-interdisciplinar em situações indicadas; os temas gravidez na adolescência, família e tantos outros.

Vale ressaltar, pela sua relevância, que a primeira impressão que se tem, quando se estuda: Gravidez na Adolescência e Família, é que, “aparentemente”, há distâncias abissais de milhares de anos-luz entre tantos e quantos pesquisadores, estrelas brilhantes acadêmicas de galáxias supostamente tão distintas, afastadas, no incomensurável e infinito cosmo da ciência. Avaliando-se, no entanto, todas as áreas do conhecimento humano sobre a gravidez ocorrente na adolescência, nas suas fases precoce e tardia, com acurada visão de conjunto, percebe-se que todas elas devem e podem estar próximas umas às outras, a distâncias mínimas, no momento em que os seus elos de interação são conhecidos e os liames de intercomunicação desvendados por pesquisadores e, *a posteriori*, utilizados por gestores públicos argutos, detentores de espírito multi-interdisciplinar. É indispensável, no entanto, que os pesquisadores detenham concomitantes conhecimentos aprofundados unidisciplinares - verticais - de sua área específica de atuação, e básicos, horizontais, em superfície, das diferentes áreas do saber inseridas no contexto total da temática: Gravidez na Adolescência e Família; não se excluem conhecimentos uni e multidisciplinares; muito pelo contrário: se associados, ampliam-se as soluções e os resultados em prol de gestantes adolescentes, seus bebês e suas famílias.

À semelhança do que se observa nesta pesquisa sobre Gravidez na Adolescência, explicitada na Introdução deste trabalho, e nela, inclusive, ratificada, a inserção da família nesse contexto também aparece de forma fragmentada, dispersa e desconectada do conjunto.

Fornecer tais saberes, desde o primeiro momento, foi o sonho que se espera realizado com a elaboração deste texto de conteúdo multidisciplinar; buscaram-se, consoante seus objetivos, respostas às questões norteadoras formuladas na Introdução desta dissertação.

Ultima-se a presente investigação com a consciência plena de que foram cumpridas modestamente as obrigações assumidas desde a fase inicial de sua construção, “quando era apenas um devaneio acadêmico”, de igual forma, com a convicção de que, apenas e simplesmente, foram transferidas informações básicas a pesquisadores e gestores interessados pelos temas: Gravidez na Adolescência e Família e que o resultado pretendido advirá, não do que foi repassado, mas e principalmente: dos conhecimentos pessoais de cada leitor e de sua capacidade de produzir e partilhar resultados, porque investigações, de caráter multi-interdisciplinar, realizadas por pesquisadores, detentores de informações ampliadas sobre a Gravidez na Adolescência e Família, melhor subsidiarão, no dia-a-dia assistencial, os gestores públicos e outros profissionais, responsáveis pelo combate a esta desafiante problemática.

Na presente pesquisa, estudaram-se de forma global os três momentos indissociáveis: antes, durante e após o Ciclo Gravídico Puerperal; somente assim: foi possível alargar os conhecimentos sobre suas causas, fatores de risco, complicações, consequências e soluções.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G.; SILVA, L. B. **Juventude e sexualidade**. UNESCO: 2004.

ABREU, V. J.; VITALLE, M. S. Gravidez na Adolescência. In: VITALLE, M. S.; MEDEIROS, E. H. (Orgs.). **Adolescência**: uma abordagem ambulatorial. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM, São Paulo: Editora Manole, 2008, p. 569-585

ABREU, C. L. Necessidades e recomendações nutricionais. In: VITALLE, M. S.; MEDEIROS, E. H. (Orgs.). **Adolescência**: uma abordagem ambulatorial. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM, São Paulo: Ed. Manole Ltda., 2008, p.37-42

AGUIAR, M., et al. Defeitos de fechamento do tubo neural e fatores associados em recém-nascidos vivos e natimortos. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 2, p. 129-134, 2003.

ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. **Clandestine abortion**: a Latin American reality. New York, 1994.

ALBINO, G. C. Desnutrição. In: VITALLE, M. S.; MEDEIROS, E. H. (Orgs.). **Adolescência**: uma abordagem ambulatorial. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM, São Paulo: Editora Manole, 2008a, 55-59.

_____. Sexualidade. In: VITALLE, M. S.; MEDEIROS, E. H. (Orgs.). **Adolescência**: uma abordagem ambulatorial. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM, São Paulo: Editora Manole, 2008b, 505-515.

ALEGRIA, F.; SCHOR, N.; SIQUEIRA, A. Gravidez na adolescência: estudo comparativo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 473-477, 1989.

ALMEIDA, A.; HARDY, E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 565-572, 2007.

ALMEIDA, M.A.S. Gravidez adolescente: a diversidade de situações. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 19, n. 2, p. 107-208, jul./dez. 2002.

ALMEIDA, M. C., et al. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 566-575, 2003.

ALTMANN, H. A sexualidade adolescente como foco de investimento político-social. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, n. 46, p. 277-300, dez. 2007.

ALTMANN, H.; MARTINS, C. Educação Sexual: ética, liberdade e autonomia. **Educar**, Curitiba, n. 35, p. 63-80, 2009.

ALVES, A. M. **Enfermagem e puérperas**: desvendando o processo de transição e o papel materno. Paraná: Cogitare Enfermagem, 2007.

ALVES, R. F.; BRASILEIRO, M. C.; BRITO, S. M. Interdisciplinaridade: um conceito em construção. **Episteme**, Porto Alegre, n. 19, p. 139-148, jul./dez. 2004.

ALVES, V. H.; COSTA, S. F.; VIEIRA, B. A permanência da família em unidade de terapia intensiva neonatal: imaginário coletivo dos enfermeiros. **Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 8, n. 2, p. 250-256, abr./jun. 2009.

AMARANTE, A. G.; SOARES, C. B. Adolescência no SUS: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 154-159, 2007.

AMAZARRAY, M. R., et al. A experiência de assumir a gestação na adolescência: um estudo fenomenológico. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 11, n. 3, p. 431-440, 1998.

AMORIM, M. M., et al. Impacto das malformações congênitas na mortalidade perinatal e neonatal em uma maternidade-escola do Recife. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, Recife, v. 6, supl. 1, p. 519-525, maio, 2006.

ANDRADE, C.; AUDÍFACE, E.; FONTES, J. A. S. Aleitamento materno. In: FONTES, J. A. S. **Manual de Perinatologia**. Rio de Janeiro: Fundo Editorial Byk Prociencx, 1982, p.18-29.

ANDRADE, M. A. Transnatalidade e Primeiras Relações Pais/Bebês Pré-Termo. In: MARGOTTO, P. R. (E.). **Assistência ao recém-nascido de risco**. Brasília: Pórfiro editora, 2004.

ANDRÉ, M. A.; ROMANOWSKI, J. P. Estado da arte sobre formação de professores nas dissertações e teses dos Programas de Pós-Graduação das universidades brasileiras (1990-1996). In: ANPED, 22, 1999, Caxambu. *Anais...*, Caxambu: Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Educação, 1999.

ANDREANI, G.; CUSTÓDIO, Z.; CREPALDI, M. A. Tecendo as redes de apoio na prematuridade. **Aletheia**, Canoas, n. 24, dez. 2006.

APTE, D. V. *A plan to prevent adolescent pregnancy and reduce infant mortality*. **Public Health Reports**, v. 102, p. 80-85, 1987.

AQUINO, E.; M. L. de; MENEZES, G. M. de S. and MARINHO, L. F. B.. **Mulher, saúde e trabalho no Brasil: desafios para um novo agir**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1995, vol.11, n.2, pp. 281-290. ISSN 0102-311X.

AQUINO, E. M. L., et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, suppl. 2, p. S377-S388, 2003.

AQUINO, T. A. et al. Fatores de risco para a mortalidade perinatal no Recife, Pernambuco, Brasil, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2853-2861, 2007.

ARAÚJO, F. de; BOZETTI, M. C; TANAKA, A. C. A. Mortalidade neonatal precoce no município de Caxias do Sul: um estudo de coorte. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 3, p. 200-206, 2000.

ARAÚJO, J. G.; OLIVEIRA, F. C. O parto natural. In: FONTES, J. A. S. (Org.). **Perinatologia Social**. São Paulo: Fundo Editorial Byk Prociencx, 1984.

ARAÚJO, M. Violência e Abuso Sexual na Família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 3-11, jul./dez. 2002.

ARCANJO, C.; OLIVEIRA, M.; BEZERRA, M. Gravidez em adolescentes de uma unidade municipal de saúde em Fortaleza - Ceará. Escola Anna Nery. **Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 445-451, set. 2007.

ARILHA, M. Homens: Entre a “zoeira” e a “responsabilidade”. In: ARILHA, M.; RIDENTI, S. G. U.; MEDRADO, B. (Orgs.). **Homens e masculinidades: outras palavras**. São Paulo: ECOS/Editora 34, 1998, p. 51-78.

ARRIAGADA, I. **Familias latino americanas: diagnostico y políticas publicas em los inicios del nuevo siglo**. CEPAL-ECLAC: Santiago de Chile, 2001.

ARRUDA, D. C.; MARCON, S. S. A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 120-128, jan./mar. 2007.

ARTMANN, E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 183-195, 2001.

ASSIS-MADEIRA, E. A.; CARVALHO, S. G. Paralisia cerebral e fatores de risco ao desenvolvimento motor: uma revisão teórica. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v.9, n.1, p.142-163, 2009.

AULER, F.; DELPINO, F. Terapia Nutricional em Recém-nascidos. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 1, n. 2, p. 209-216, mai./ago. 2008.

BAHIA – SESAB – Informações em Saúde, 2007. www.saude.ba.gov.br/DIS. Acesso em 15/10/2010.

BARBAS, D., et al. Determinantes do peso insuficiente e do baixo peso ao nascer na cidade do Rio de Janeiro, 2001. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 161-170, abr./jun., 2009.

BARROS, S. M.; JULIANO, Y.; FERNANDES, A. Crescimento e desenvolvimento de fetos humanos expostos aos Misoprostol e sua avaliação perinatal. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. II, n. 2, mai./ago. 1998.

BASTOS, A. C. de S.; URPIA, A. C. M.; PINHO, L. and ALMEIDA FILHO, N. M. de. **O impacto do ambiente familiar nos primeiros anos de vida: um estudo com adolescentes de uma invasão de Salvador, Bahia**. *Estud. psicol. (Natal)* [online]. 1999, vol.4, n.2, pp. 239-271. ISSN 1413-294X

BASTOS A. C. de S., ALCÂNTARA, M.A. R; FERREIRA-SANTOS, J.E.. Novas famílias urbanas. In: LORDELO, E.R, CARVALHO, M. A., KOLLER, S. H. (ORG.) **Infância brasileira e contextos de desenvolvimento**, Salvador/São Paulo: EDUFBA, Casa do Psicólogo/Salvador, 2002, p. 99-136.

BASTOS, A. C. de S. Apresentação. In Petrini, J. C. **Pós-modernidade e Família: um itinerário de compreensão**. Ciências da Família. Bauru (SP): EDUSC, 2003, p. 11-13.

BATISTA, A. O Nascituro à luz da Embriologia. In: DUARTE, G.; FONTES, J. A. S. (Orgs). **O nascituro: visão interdisciplinar**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009, p. 3-27.

BELARDINELLI, S. A pluralidade das formas familiares e a família como insubstituível “capital social”. In: BORGES, A.; CASTRO, M. G. (Orgs). **Família, gênero e gerações**. Coleção Família na Sociedade Contemporânea, São Paulo: Editora Paulinas, 2007, p. 21-43.

BELFORT, P. Objetivos, definições e estatísticas. In: BELFORT, P.; ORLANDI, O. **Medicina Perinatal**. São Paulo: Editora Manole, 1983. p. 4-11.

BELO, M.; SILVA, J. L. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 479-487, ago. 2004.

BEMFAM. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS)**. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1996.

BENINCASA, M.; REZENDE, M. M.; CONIARIC, J. Sexo desprotegido e adolescência: fatores de risco e de proteção. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 121-134, dez. 2008.

BENUTE, G., et al. Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 322-327, 2009.

BERLOFI, L. M., et al. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 196-200, 2006.

BERTAGNON, J. R. D.; SEGRE, C. A. Terminologia técnica do período neonatal. In: SEGRE, C. A.; ARMELLINI, P. A. (Orgs.). **RN**. São Paulo: Sarvier, 1981, p. 3-10.

BESSA, M. A., et al. Correlates of substance use during adolescent pregnancy in São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 66-69, mar. 2010.

BETTIOL, Heloisa et al. Atenção Médica à Gestação e ao Parto de Mães Adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 404-413, out./dez. 1992.

BIASOLI-ALVES, Z. M. Cuidado e Negligência na Educação da Criança na Família. In: MOREIRA, L.; CARVALHO, A. M. A. (Orgs). **Família e Educação: olhares da psicologia**. São Paulo: Edições Paulinas, 2008.

BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Prematuridade. In: VAZ, F. A. C.; MANISSADJIAN, A.; ZUGAIB, M. **Assistência à gestante de alto risco e ao recém-nascido nas primeiras horas**. São Paulo: ATHENEU, 1993, p. 39-45.

BLAY, E. A. Violência contra a mulher e políticas públicas. **Estudos avançados**. 17(49): 2003, p.87-98.

BOAVENTURA, E. M. Revisão de literatura. In: _____. **Metodologia da pesquisa**. São Paulo: Editora Atlas, 2004, p. 45-53.

BOCARDI, M. I. B. **Gravidez na adolescência: o parto enquanto espaço de medo**. São Paulo: Arte e Ciência Editora, 1998.

BOLWERK, G. A. **A UTI neonatal: uma visão materna**. 2008. 38 f. Monografia (Especialização em Neonatologia) – Programa de Residência em Neonatologia da Secretaria de Estado de Saúde, Governo do Distrito Federal, 2008.

BOLSONI-SILVA, A.L.; MARTURANO, E. M. Práticas educativas e problemas de comportamento: uma análise à luz das habilidades sociais. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 7, n. 2, p. 227-235, 2002.

BORGES, A. Reestruturação produtiva, família e cuidados: desafios para as políticas sociais. In: BORGES, A.; CASTRO, M. G. (Orgs.). **Família, gênero e gerações: desafios para as políticas sociais**. Coleção Família na Sociedade Contemporânea. São Paulo: Edições Paulinas, 2007, p. 179-206.

BORGES, A.; CASTRO, M. G. Desafios para políticas sociais. In: BORGES, A.; CASTRO, M. G. (Orgs.). **Família, gênero e gerações: desafios para as políticas sociais**. Coleção Família na Sociedade Contemporânea. São Paulo: Edições Paulinas, 2007, p.13-19.

BOTELHO, C. A.; BOTELHO, J. A. O Nascituro à luz da medicina preventiva: programa de prevenção à gestante. In: DUARTE, G.; FONTES, J. A. S. (Orgs.). **O Nascituro: visão interdisciplinar**. São Paulo: ATHENEU, 2009, p. 81-99.

BOTELHO, F. **Transgeracionalidade da gestação na adolescência: repercussões e enfrentamento na família**. 2008. 197 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2009.

BOZKAYA, H., et al. *A retrospective analysis of adolescent pregnancies*. **Gynecologic and Obstetric Investigation**, v. 42, p. 146-150, 1996.

BRANDÃO, C. T. Hábitos e tabus alimentares. In: FONTES, J. A. S. (Org.). **Perinatologia Social**. São Paulo: Fundo Editorial Byk, 1984, p. 513-514.

BRANDÃO, E. R.; HEILBORN, M. L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1421-1430, jul. 2006.

BRANDÃO, E. R. Desafios da contracepção juvenil: interseções entre gênero, sexualidade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, ago. 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>. Acesso em: 25 mar. 2007.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Federal n. 8069, de 13 de julho de 1990. Brasília: Senado Federal, 1990. Disponível em: <http://www.senado.gov.br>. Acesso em: 29 ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Programa de saúde do adolescente (PROSAD)- bases programáticas. Brasília, nov. 1989, 24 p.

_____. Ministério da Saúde. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. **SÉRIE MANUAIS Nº. 46**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Brasília, 2004, 5-105.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde / Ministério da Saúde, SVS, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS – Indicadores e Dados Básicos - IDB 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 04/10/2010.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS – Indicadores e Dados Básicos - IDB 2009. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 04/10/2010.

BRAZELTON, T. B. **O desenvolvimento do apego**: Uma família em formação. Porto Alegre (Rio Grande do Sul: Artes Médicas, 1988.

BRICKS, L. F. Indicação de vacinas e imunoglobulinas em indivíduos que apresentam comprometimento da imunidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 281-294, 1998.

BRUNO, Zenilce; BRUNO, Zenilda. Por que é tão difícil implantar educação sexual nas escolas? **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 56-59, jan./jun. 1994.

BRUNO, Zenilda Vieira et al. Reincidência de gravidez em adolescentes. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. 480-484, 2009.

BUARQUE, V., et al. O significado do grupo de apoio para a família de recém-nascidos de risco e equipe de profissionais na unidade neonatal. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 4, p. 295-301, 2006.

BUENO, J. G. R., et al. Conhecimento dos métodos anticoncepcionais entre adolescentes do segundo grau de uma cidade de São Paulo. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, Rio de Janeiro, v. 106, n. 5, p. 149-153, 1996.

CABRAL, C. S. Gravidez na adolescência e identidade masculina: repercussões sobre a trajetória escolar e profissional do jovem. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 19, n. 2, pp.180-195, jul./dez. 2002.

_____. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, sup. 2, p. S283-S292, 2003.

CAIXETA, J. E.; BARBATO, S. UNB. Brasília: Paidéia, 2004, 14 (28), 211 -220.

CALABRICH, J. L. S. O nascituro à luz da Obstetrícia: assistência perinatal. In: DUARTE, G.; FONTES, J. A. S. (Orgs.). **O Nascituro: visão interdisciplinar**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009; p. 39-67.

CAMARANO, A. A. Fecundidade e anticoncepção da população de 15-19 anos. In: VIEIRA, E. M.; FERNANDES, M. E. L.; BAILEY, P.; McKAY, A. (Orgs.). **Gravidez na Adolescência**. São Paulo: Associação Saúde da Família, 1998, p. 35-46.

CAMARGO, E.; FERRARI, R. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 937-946, 2009.

CAMPOS, M. M.; FULLGRAF, J. and WIGGERS, V. *Brazilian early childhood education quality: some research results*. *Cad. Pesqui.* [online]. 2006, vol.36, n.127, pp. 87-128. ISSN 0100-1574.

CAMPOS, T.; CARVALHO, M. Assistência ao parto no município do Rio de Janeiro: perfil das maternidades e o acesso da clientela. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 411-420, abr./ jun. 2000.

CANO, M. A.; FERRIANI, M. G. A Família Frente à Sexualidade dos Adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 38-46, jan./abr. 2000.

CANTONE, A. **Um estudo sobre aspectos da relação mãe-filha na ocorrência da gravidez na adolescência**. 2004. 198 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade São Marcos, Paraty, 2004.

CAPUTO, V. G.; BORDIN, I. A. Gravidez na Adolescência e uso frequente de álcool e drogas no contexto familiar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 402-410, 2008.

CARDOSO, R. C. Prefácio. In: CASTELLS, M. **O Poder da Identidade**. 3. ed., Tradução Clarice Ehlers Peixoto, São Paulo: Paz e Terra, 2002, v. II, p. 255-283.

CARVALHO, I. Família e Proteção Social. In: CÔRTEZ, C.; ARAÚJO, M.; TARQUI, J. **Seminário: Família, relações socioculturais e políticas públicas**. UCSal, Bahia, 2005, 19-32

CARVALHO, G.; MERIGHI, M.; JESUS, M. C. Recorrência da parentalidade na adolescência na perspectiva dos sujeitos envolvidos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 17-24, 2009.

CASCAES, A. M., et al. Prematuridade e fatores associados no estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1024-1032, 2008.

CASTELLAR, C.; FREITAS, L. A. **Crise da adolescência**: visão psicanalítica. Rio de Janeiro: Rocco, 1989.

CASTELLS, M. **O Poder da Identidade**. São Paulo: Paz e Terra, 2002. v. II.

CASTRO, M. G.; MIRANDA, M.; ALMEIDA, N. O. Juventude, gênese, família e sexualidade: combinando tradição e modernidade. In: BORGES, A.; CASTRO, M. G. **Família, gênero e gerações**. São Paulo: Paulinas, 2007. p. 231. (Coleção Família na Sociedade Contemporânea)

CASTRO, M. de C. A inserção dos trabalhadores mais escolarizados no mercado de trabalho brasileiro: uma análise de gênero. **Trab. educ. saúde**; 8(1), mar.-jun., 2010

CATHARINO, T.; GIFFIN, K. Gravidez e adolescência: investigação de um problema moderno. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13, 2002, Ouro Preto. **Anais ...** Ouro Preto: Abep, 2002, p. 1-20.

CHALEN, E., et al. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 177-186, jan. 2007.

CHUAVA, V. C. **Apoio do pai do recém-nascido durante a gravidez percebida pela mãe adolescente**: fator relevante para um pré-natal adequado? 2007. 140 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007.

COARD, S. et al. *Predictors of repeat pregnancy in urban adolescent mothers*. **Journal of Adolescent Health**, v. 22, n. 2, p. 173-184, 1998.

COLAMEO, A. J.; REA, M. F. O Método Mãe Canguru em hospitais públicos do estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implantação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 597-607, 2006.

CONTINI, M. de L. J. ; KOLLER, S. H. **Adolescência e psicologia**: concepções, práticas e reflexões críticas. Conselho Federal de Psicologia, 2000, 144 p. ISBN: 85-89208-01-X.

COOK, L. N. Reconhecimento e controle intra e extra-uterino dos desvios do crescimento fetal. IN: SIMPÓSIO SOBRE O RECÉM-NASCIDO, 1, 1997, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Clínicas Pediátricas da América do Norte, 1997. p. 431-454.

CORREIA, D. **Aborto em adolescente**: ato tão praticado e tão pouco conhecido. 2009. 89 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

COSTA, C. F.; LEAL, J. W. Gravidez na Adolescência. In: FONTES, J. A. S. (Org.). **Perinatologia Social**. São Paulo: Fundo Editorial Bik Prociencx, 1984. p. 198-205.

COSTA, M. C.; PINHO, J. F. C.; MARTINS, S. J. Aspectos psicossociais e sexuais de gestantes adolescentes em Belém-Pará. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 3, p. 151-157, 1995.

COSTA, M. C., et al. Indicadores materno-infantis na adolescência e juventude: sociodemográfico, pré-natal, parto e nascidos vivos. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 3, p. 235-242, 2001.

_____. Gravidez na adolescência e co-responsabilidade paterna: trajetória sociodemográfica e atitudes com a gestação e a criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 719-727, 2005.

COSTA, T. **Histórias que merecem ser ouvidas e contadas**: uma abordagem de gravidez em adolescentes de 10 a 14 anos. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

CROSSE, V. **O recém-nascido prematuro e outros com baixo peso de nascimento**. São Paulo: Editora Manole, 1980.

CROUSE, D. T.; CASSADY, G. O Recém-Nascido Pequeno para a Idade Gestacional. In: AVERY, G. B.; FLETCHER, M. A.; MACDONALD, M. G. **Neonatologia**: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 371-400.

CRUZ, E. A. **Gravidez precoce: da gravidez planejada à não desejada**: um estudo com as adolescentes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde no Distrito Oeste de Manaus, 2009, Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Universidade Federal do Amazonas. Manaus, Amazonas.

CURY, A. J. **Pais brilhantes, professores fascinantes**. Rio de Janeiro: Sextante, 2003.

DACAL, S. V., et al. Embarazo en la adolescencia: incidencia, riesgos y complicaciones. **Revista Cubana Obstetricia y Ginecología**, Ciudad de la Habana, v. 28, n. 2, p. 84-88, 2002.

DADOORIAN, D. Gravidez na adolescência: um novo olhar. **Psicologia: Ciência e profissão**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 84-91, mar. 2003.

DAMIANI, F. E. Gravidez na adolescência: a quem cabe prevenir? **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 161-168, ago. 2003.

DARGASSIES, S. As bases do desenvolvimento neurológico do lactente. São Paulo: Editora Manole, 1980.

DE ANTONI, C.; KOLLER, S. H. A visão de família entre as adolescentes que sofreram violência intrafamiliar. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 5, n. 2, p. 347-381, 2000.

DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 221-231, 2000.

DIAS, A. B.; AQUINO, E. M. L. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1447-1458, jul. 2006.

DIAS, A. C. G.; GOMES, W. B. Conversas sobre sexualidade na família e gravidez na adolescência: a percepção dos pais. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 4, n. 1, p. 79-106, jun. 1999.

_____. Conversas, em família, sobre sexualidade e gravidez na adolescência: percepção das jovens gestantes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 109-125, 2000.

DIAS, M. B. Síndrome da Alienação Parental. **Prática Jurídica**, Brasília, v. V, n. 52, 2006.

DIÁZ, J.; DIÁZ, M. . Contracepção na adolescência. In: **Cadernos juventude saúde e desenvolvimento**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde; 1999. p. 249-257.

DITZ, E. S.; MOTA, J. A. C.; SENA, R. R. O cotidiano no alojamento materno, das mães de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Brasileira de Saúde Materno- Infantil**, Recife, v. 8, n. 1, p. 75-81, 2008.

DONATI, P. **Família no século XXI**: abordagem relacional. São Paulo: Paulinas, 2008. (Coleção Família na Sociedade Contemporânea)

D'ORSI, E.; CARVALHO, M. Perfil de nascimentos no município do Rio de Janeiro: uma análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 367-379, abr./jun. 1998.

DUARTE, C. M.; NASCIMENTO, V.; AKERMAN, M. Gravidez na adolescência e exclusão social: análise de disparidades intra-urbanas. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, v. 19, n. 4, p. 236-243, 2006.

DÜSMAN, E., et al. Estudo da iniciação sexual e da gravidez de adolescentes da cidade de Maringá-PR. **Revista Saúde e Biologia**, Campo Mourão, v. 3, n. 2, p. 23-29, jul-dez., 2008.

ECO, U. **Como se faz uma tese**. (22ª. ed.), Tradução: Gilson César Cardoso dos Santos. São Paulo: Perspectiva, 2009.

ESPÍNDULA, D. H.; TRINDADE, Z. A.; SANTOS, M. Representations of mothers helped by the tutoring counsel and the educational practices developed in facing the problem. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.14, n. 1, p. 137-147, 2009.

FALCÃO, D.; SALOMÃO, N. O papel das avós na maternidade adolescente. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 205-212, abr./jun. 2005.

FAQUINELLO, P.; HIGARASCHI, I; MARCON, S. O Atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 609-616, out./dez. 2007.

FARIAS, M. A. . **Adolescência**: do que estamos falando? 2005, Acesso em 29 fev. 2010. Disponível em: <http://www.brazilpednewux.org.br/setem99/ar9903.htm>

FÁVERO, M. H.; MELLO, R. M. Adolescência, maternidade e vida escolar: a difícil conciliação de papéis. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 131-136, jan./abr. 1997.

FERRARI, R.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. *Adolescence: actions and perceptions of doctors and nurses within the Family Healthcare Program*. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 387-400, abr./jun. 2008.

FERREIRA, E.; VARGAS, I. ROCHA, S. Um estudo bibliográfico sobre o apego mãe e filho: bases para a assistência de enfermagem pediátrica e neonatal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 111-116, 1998.

FERREIRA, J.; SAKITA, N.; CECCON, M. Experiência de Grupo de Pais em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Pediatria**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 20-25, 2009.

FIALHO, Janaina Ferreira and ANDRADE, Maria Eugênia Albino. **Comportamento informacional de crianças e adolescentes: uma revisão da literatura estrangeira**. *Ci. Inf.* [online]. 2007, vol.36, n.1, pp. 20-34. ISSN 0100-1965.

FIGUEIREDO, B.; PACHECO, A. P.; MAGARINHO, R. Grávidas adolescentes e grávidas adultas: diferentes circunstâncias de risco? **Acta Médica Portuguesa**, Lisboa, v. 18, n. 2, p. 97-105, 2005.

FIGUEIRÓ, M. N. A produção teórica no Brasil sobre Educação Sexual. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 98, p. 50-63, 1996.

_____. Qual o profissional designado para esta tarefa? **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 270-276, 1997.

FIGUEIRÓ, A. C. Condições de vida e saúde reprodutiva de adolescentes residentes na comunidade de Roda de Fogo, Recife. **Revista Brasileira de Saúde-Materno Infantil**, Recife, v. 2, n. 3, p. 291-302, set./dez. 2002.

FILHO, M. J.; SAKAMOTO, D. L. **Jovens, Sexualidade e Gênero.**, 2003. Acesso em: 29 fev. 2010. Disponível em: <http://www.bdae.org.br/dspace/handle/123456789/1783>.

FONSECA, C. Fabricando família: políticas públicas para o acolhimento de jovens em situação de risco. In: Jacquer, C.; Fialho, L. (Orgs). **Família em Mudança**. São Paulo: Editora Campanha Ilimitada, 2004, p. 215-244.

FONSECA, P. M. Síndrome da Alienação Parental. **Pediatria**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 162-168, 2006.

FONTES, D. G. S. **Reflexos da Gravidez na Adolescência no manejo de recursos e qualidade de vida familiar, Viçosa-Mg**. 2002. 78 f. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica) – Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, 2003.

FONTES, J. A. S. **Manual de Perinatologia**. Rio de Janeiro: Fundo Editorial Byk Prociencx, 1982.

FONTES, J. A. S., et al.. **Perinatologia Social**. São Paulo: Fundo Editorial Byk Prociencx, 1984.

_____. **Perinatologia Ciência e Arte**. São Paulo: Fundo Editorial Byk, 1991.

_____. **Lesão Cerebral: causas e prevenção**. Brasília: CORDE; Ministério da Justiça, 2002a.

FONTES, J. A. S., et al. **Obstetrícia para Pediatras e Pediatria para Obstetras**. Brasília: CORDE; Ministério da Justiça, 2002b.

FONTES, J. A. S.; FONTES, J. P. F.. O Nascituro à luz da Ética, do Direito e da Medicina. Anencefalia. In: DUARTE, G.; FONTES, J. A. S. (Orgs.). **O nascituro: visão Interdisciplinar**. São Paulo. ATHENEU, 2009, p.337 – 350.

FONTES, J. A. S.; FONTES, J. P. F.; MATTOS, J. B. O Nascituro à luz da Pediatria e do Direito: aspectos jurídicos, preventivos e sociais. In: DUARTE, G.; FONTES, J. A. S. (Orgs.). **O nascituro: visão Interdisciplinar**. São Paulo: ATHENEU, 2009. p. 111-135

FORMIGA, C. K.; PEDRAZZANI, E.S.. A prevenção das deficiências no alvo da Educação Especial. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 10, n. 1, p. 107-122, jan./abr. 2004.

FORMIGA, C. K et al. Eficácia de um programa de intervenção precoce com bebês pré-termo. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 29, p. 301-311, 2004.

FRANCHINI, C. J. Pneumonias. In: VITALLE, M. S.; MEDEIROS, E. H. (Orgs.). **Adolescência: uma abordagem ambulatorial**. (Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM) São Paulo: Editora Manole, 2008. p.173-178.

FREIRE, G.. **Casa Grande & Senzala**. São Paulo:Editora Global, 1933/2006, 53 a. edição.

FREITAS, G. V.; BOTEGA, N. J. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 245-249, 2002.

FRIZZO, G. B.; KAHL, M. L.; OLIVEIRA, M. L. Aspectos psicológicos da gravidez na adolescência. **Psico.**, Porto Alegre, v. 36, n. 1, p. 13-20, jan./abr. 2005.

FRONER, J. P.; RAMIRES, V. R. Escuta de crianças vítimas de abuso sexual no âmbito jurídico: uma revisão crítica da literatura. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 40, p. 267-278, 2008.

FROTA, M. A.; BARROSO, M. G.; VARELA, Z. M. A Adolescente e o filho desnutrido: cuidado cultural. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 1, n. 1/2, p. 97-102, jan./dez. 1999.

FUJIMORI, E., et al. Anemia e deficiência de ferro em gestantes adolescentes. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, n. 3, p. 177-184, set./dez. 2000.

FURLAN, J. P., et al. A influência do estado nutricional da adolescente grávida sobre o tipo de parto e o peso do recém-nascido. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 625-630, 2003.

GAÍVA, M. A.; FERRIANI, M. C. Prematuridade: Vivências de Crianças e Familiares. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 17-27, 2001.

GAÍVA, M. A.; SCOCHI, C. G. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 444-448, jul./ago. 2005.

GALLETTA, Marco. Sexo e Gravidez na Adolescência. **O Médico & Você**, Brasília, a. 2, n. 3, p. 38-45, jul. 2009.

GAMA, S. G., et al. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 74-80, 2001.

_____ Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, sup. 1, p. S20-S33, 2004.

GAMA, S. G.; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL, M. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 153-161, jan./fev. 2002.

GATTÁS, M. L.; FUREGADO, A. R. Interdisciplinaridade: uma contextualização. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 323-327, 2006.

GAUDERER, E. C. **Crianças, adolescentes e nós**: questionamentos e emoções. São Paulo: Almed, 1987.

GODINHO, R. A., et al.. Adolescentes grávidas: onde buscam apoio? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 25-32, 2000.

GOLDENBERG, P.; FIGUEIREDO, M.; SILVA, R. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1077-1086, jul./ago. 2005.

GOMES, A.; RESENDE, V. da R. O pai presente: o desvelar da paternidade em uma família contemporânea. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 119-125, 2004.

GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. Duarte. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 357-363, 2005.

GOMES, R. Processo saúde-doença ligado à sexualidade de meninas que vivem na rua. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 163-76, 1996.

GOMES, R., et al. Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 707-714, 2002a.

GOMES, R.; FONSECA, E. M. G. O.; VEIGA, A. J. M. . O. A visão da pediatria acerca da gravidez na adolescência: um estudo bibliográfico São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 408-414, mai./jun. 2002.

GOMES, W. A., et al. Nível de informação sobre adolescência, puberdade e sexualidade entre adolescentes. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 4, p. 301-308, 2002b.

GONZALEZ, F.; BRITO, M.; MANEIRO, P. El embarazo en adolescentes: un problema de alto riesgo obstétrico. **Revista Obstetricia y Ginecología, Caracas**, v.57, n. 1, p. 13-17, 1997.

GOUVEIA, K. F.; CALDEIRA, A. P. Fatores associados ao baixo peso ao nascer em Montes Claros - MG, Brasil. **Pediatria**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 41-48, 2009.

GUARANITO, M. P.; PITTA, T. S., CARNEIRO, J. D.A. . A deficiência de ferro na adolescência. **Resista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, 2010. ISSN 1516-8484.

GUEDES, S. L. A concepção sobre a família na Geriatria e na Gerontologia. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 15, n. 43, p. 69-82, jun. 2000.

GULLER, C. A.; DUPAS, G.; PETTENGILL, M. A. Criança com anomalia congênita: estudo bibliográfico de publicações na área de enfermagem pediátrica. **Acta paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 18-23, jan./mar. 2007.

GUIMARÃES, A. M.; VIEIRA, M. J.; PALMEIRA, J. A. Informações dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 293-298, 2003.

GUIMARÃES, E. A.; WITTER, G. P. Gravidez na adolescência: conhecimentos e prevenção entre jovens. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 167-180, dez. 2007.

GUIMARÃES, E. L. **Estudo para detecção de sinais de alterações no desenvolvimento neuro-sensório-motor em bebês de risco**. 2001. 159 f. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) – Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2001.

GUIMARAES, G. P.; MONTICELLI, M. A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n.4, p. 626-635, 2007.

GUSMÃO, E. Aparelho urinário e gravidez. In: FONTES, J. A. S. (Org.). **Perinatologia Social**. São Paulo: Fundo Editorial Byk Prociencx, 1984. p. 224-243.

GUZMÁN, J. M.; CONTRERAS, J. M.; MOYANO, M. F. *El conocimiento en salud sexual y reproductiva y la educación sexual*. In: GUZMÁN, J. M., et al. (Orgs.). **Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y Caribe**. Ciudad del México: UNFPA, 2001. p.105-123.

HABIGZANG, L. F., et al. Grupos de terapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de abuso sexual: descrição de um modelo de intervenção. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 163-182, 2006.

HEILBORN, M. L. Gravidez na Adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social. In: VIEIRA, E. M., et al. (Orgs.). **Seminário gravidez na adolescência, saúde do adolescente**. Projeto de Estudos da Mulher/Family Health International. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1998, p. 23-32.

HEILBORN, M.L et al. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 8, n. 17, p. 13-45, 2002.

HERTER, L. D.; ACETTA, S. G. Anticoncepção e gestação na adolescência. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 77, supl. 2, p. S170-S178, 2001.

HOGA, L. *Adolescent magnity in a low income community: experiences revealed by oral history*. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 280-286, apr. 2008.

HOGA, L.; BORGES, A. L.; ALVAREZ, R.E.C. Gravidez na adolescência: valores e reações dos membros da família. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, 2009; 22(6):779-85.

HOGA, L.; BORGES, A. L.; REBERTE, L. Razões e reflexos da gravidez na adolescência: narrativas dos membros da família. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 151-157, mar. 2010.

HOUAISS, A. **Dicionário HOUAISS da língua portuguesa**. Rio de Janeiro (RJ): Houaiss/Objetiva, 2009.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 1994. **Censo Demográfico, Brasil 1991**. Rio de Janeiro: IBGE.

_____. **Censo: 2000**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>, acesso em 3/10/10.

_____. **Síntese dos Indicadores Sociais traz um retrato do Brasil em 2003**. Acesso 10/fev./2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=317.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e Patologia do Saber**. São Paulo: IMAGO, 1976.

JACOBSON, M.; EISENSTEIN, E.; COELHO, S. *Aspectos nutricionales en la adolescencia*. **Adolescencia Latinoamericana**, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 75-83, jul./set. 1998.

JARDIM, D.P., BRÊTAS, J.R.S.. Orientação sexual na escola: a concepção dos professores de Jandira – SP: **Rev. Bras. Enferm.**, 2006 mar.-abr.; 59(2): 157-62.

JARRÓ, M. E., et al. **Urgências em Obstetrícias e Pediatria**. Coimbra: FORMASAU, 2002.

JEOLAS, L. S.; FERRARI, R. A. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 611-620, 2003.

JOBIM, M.; JOBIM, L. F. J. Células natural *killer* e vigilância imunológica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 4, suppl. 0, p. S58-S67, 2008.

JUSSANI, N. C.; SERAFIM, D.; MARCON, S. S. Rede social durante a expansão da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 184-189, 2007.

KAC, G.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G.; VALENTE, J. G. Menarca, gravidez precoce e obesidade em mulheres brasileiras selecionadas em um Centro de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, suppl. 1, p. S111-S118, 2003.

KALOUSTIAN, S. M. **Família brasileira: a base de tudo**. São Paulo: Cortez; UNICEF: Brasília, 2005.

KASSAR, S. B., et al. Peso ao nascer de recém-nascidos de mães adolescentes comparados com o de puérperas adultas jovens. **Revista Brasileira de Saúde Materno- Infantil**, Recife, v. 5, n. 3, p. 293-299, set. 2005.

_____ Comparações das condições socioeconômicas e reprodutivas entre mães adolescentes e adultas jovens em três maternidades públicas de Maceió, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno- Infantil**, Recife, v. 6, n. 4, p. 397-403, 2006.

KLAUS, M. H.; FANAROFF, A. A. **Alto risco em Neonatologia**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1990.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. **Pais/Bebês: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KÖNIG, A. B.; FONSECA, A. D.; GOMES, V. L. O. Representações sociais de adolescentes primíparas sobre “ser mãe”. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 405-413, 2008.

KUNRATH, L.; WAGNER, A. Reflexões acerca das estratégias educativas nas famílias com crianças com TDA/H. **Cadernos de Educação**, Pelotas, v. 32, p. 251 - 265, jan./abr., 2009.

LEIS, H. R. Sobre o conceito de interdisciplinaridade. **Cadernos de pesquisa interdisciplinar em ciências humanas**, Florianópolis, n. 73, p. 2-23, ago. 2005.

LENOIR, Y. **Três interpretações da Perspectiva Interdisciplinar em Educação: em função de Três Tradições Culturais Distintas**. São Paulo: Revista E-Curriculum, jul. 2005/2006.

LEVANDOWSKI, D.; PICCININI, C. A.; LOPES, R. Maternidade adolescente. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 25, n. 2, p. 251-263, 2008.

LEVANDOWSKI, D.; PICCININI, C. A O Processo de separação-individuação em adolescentes do sexo masculino na transição para a paternidade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 22, n. 3, p. 353-361, 2009.

LIMA, C. T. B., et al, Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação á gestação. **Revista Brasileira de Saúde Materno- Infantil**, Recife, v. 4, n. 11, p. 71-83, jan./mar. 2004.

LIMA, I. M. S. O., et al. Experiências de violência intrafamiliar entre adolescentes em conflito com a lei. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 16-24, 2006.

LIPPI, U. G., et al. Fatores Obstétricos ao Baixo Peso ao Nascer. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 382-387, 1989.

LIPPI, A. T. **Análise dos fatores associados à recorrência de gravidez na Adolescência**. Tese (Doutorado em Medicina: obstetrícia e ginecologia), USP, São Paulo, 01/08/2006

LIRA, M. M. F. de L. Atendimento humanizado em unidade de terapia intensiva neonatal. In MARGOTTO, P. R. 2. ed. *Assistência ao Recém-Nascido de Risco*, 2004, p.1-5.

LOCH-NECKEL, G. et al. **Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, suppl. 1, pp. 1463-1472. ISSN 1413-8123.

LORETO, V. Sexo e gravidez na adolescência. **O Médico & Você**, Brasília, a. 2, n. 3, p. 38-45, jul. 2009.

LUBCHENCO, L. O. Determinação do peso e idade gestacional. In: AVERY, G. B. **Neonatologia**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1984. p. 207-227.

LUIZ, A. F. **Dicionário de Expressões Latinas**. São Paulo: Atlas, 2002.

LUZ, M. T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009.

MACHADO, F. N.; MEIRA, D. C. S. de and MADEIRA, A. M. F. **Percepções da família sobre a forma como a adolescente cuida do filho**. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2003, vol.37, n.1, pp. 11-18. ISSN 0080-6234.

MADI, J. M.; CHIARADIA, A.; LUNARDI, P. V. Gravidez na Adolescência: a propósito de 46 casos. **J. bras. ginecol.**; 96(6): 267-70, jun., 1986

MAGALHÃES, M. L. C., et al. Gestação na adolescência precoce e tardia: há diferença nos riscos obstétricos? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 446-452, 2006.

MAIA FILHO, N. L., et al. Gravidez entre adolescentes precoces: um evitável problema social. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, Rio de Janeiro, v. 104, n. 10, p. 363-367, out. 1994.

MALDONADO, M. T. O Nascituro à luz da Psicologia: ter filhos no século XXI. In DUARTE, G.; FONTES, J. A. S. **O nascituro: visão interdisciplinar**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p. 211-215.

MALDONADO M.T. ; NAHOUM, J.C.; DICKSTEIN, J. . **Nós estamos grávidos**. 3ª. ed. Rio de Janeiro (RJ): Bloc, 1981.

MALDONADO, M. T., NAHOUM, J. C.; DICKSTEIN, J.. **Nós estamos grávidos**. (10ª ed.). São Paulo: Editora Saraiva, 1997.

MANSUR, Luci Helena Baraldo. **Experiências de mulheres sem filhos: a mulher singular no plural**. *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2003, vol.23, n.4, pp. 2-11. ISSN 1414-9893.

MANUILA, L. et al.. **Dicionário Médico**. Lisboa (Portugal), Climepsi Editores, 2008, p. 653.

MARIOTONI, G. G.; BARROS FILHO, A. **A Gravidez na adolescência é fator de risco para o baixo peso ao nascer?** *Jornal de Pediatria*. Rio Janeiro, v. 74, n.8, 2.000, p.107-113

MARTINEZ ALIAGA, E., et al. Experiencia en una unidad de gestantes precoces. **Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, Santiago**, v. 50, n. 2, p. 127-139, 1985.

MARTINS, C. B.; JORGE, M. H. Desfecho dos casos de violência contra crianças e adolescentes no poder judiciário. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 800-807, 2009.

MARTINS, C. P.; TAPIA, C. E. A pele do recém-nascido prematuro sob a avaliação do enfermeiro: cuidado norteando a manutenção da integridade cutânea. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 778-783, 2009.

MARTINS FILHO, J. Aleitamento materno: conceituação atual, problemas, perspectivas e soluções. In: FONTES, J. A. S. (Org.). **Perinatologia Social**. São Paulo: Fundo Editorial Byk Prociencx, 1984. p. 469-487.

MARTINS, M. **Técnica de Questões Comentadas Em Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 2005.

MASCARENHAS, G. B. Preparação psicofísica do parto: experiência de um Obstetra. In: FONTES, J. A. S. (Org.). **Perinatologia Social**. São Paulo: Fundo Editorial Byk Prociencx, 1984. p. 325-346

MATHIAS, L., et al. Gravidez na adolescência. IV: idade limite de risco reprodutivo entre adolescentes. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, São Paulo, v. 95, n. 4, p. 141-143, abr. 1985.

MATTAR et al. Obesidade e Gravidez. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(3): 107-110, ND, 2009, Mar.

MAURO, A. M. Otites. In: VITALLE, M. S.; MEDEIROS, E. H. (Orgs.). **Adolescência: uma abordagem ambulatorial**. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM . São Paulo: Editora Manole, 2008, p. 167-172.

MEDEIROS, E. H. G. Obesidade. In: VITALLE, M. S.; MEDEIROS, E. H. (Orgs.). **Adolescência: uma abordagem ambulatorial**. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM. São Paulo: Editora Manole, 2008a, p.61-64.

_____. Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). In: VITALLE, M. S.; MEDEIROS, E. H. (Orgs.). **Adolescência: uma abordagem ambulatorial**. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM. São Paulo: Editora Manole, 2008b, p.265-270.

MEDEIROS, E. H. G.; CARMO, W. B. Anorexia nervosa e bulimia. In: VITALLE, M. S.; MEDEIROS, E. H. (Orgs.). **Adolescência: uma abordagem ambulatorial**. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM, São Paulo: Editora Manole, 2008, p.65-70.

MELO, N. R. Sexo e Gravidez na Adolescência. **O Médico & Você**, Brasília, a. 2, n. 3, p. 38-45, jul. 2009.

MELLO, R. R., et al. *The predictive value of neonatal neurological assessment and neonatal cranial ultrasonography with respect to the development of very low birth weight premature infants*. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 420-429, 1998.

MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, suppl. 2, p. S193-S204, 2009.

MIAIRA, M. A. Problemas cardiovasculares. In: VITALLE, M. S.; MEDEIROS, E. H. (Orgs.). **Adolescência: uma abordagem ambulatorial**. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM. São Paulo: Editora Manole, 2008, p. 189-199.

MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L. Uso, abuso e dependência de drogas: como detectar? In: VITALLE, M. S.; MEDEIROS, E. H. (Orgs.). **Adolescência: uma abordagem ambulatorial**. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM. São Paulo: Editora Manole, 2008, 519-540.

MIGUEL, R. B.; TONELI, M. J. Adolescência, sexualidade e mídia: uma breve revisão da literatura nacional e internacional. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 285-293, 2007.

MINAYO, M. C. S. Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 42-63, 1994.

MIRANDA, L. E. V.; DWECK, H. S. Homeostasia perinatal de glucosa: carácter único de la hiperglicemia y la hipoglicemia em lactantes de peso muy bajo al nascer. In: _____. **Clinicas de Perinatologia: el neonato diminuto**. México: Nueva Editorial Interamericana, 1977, p. 349-363.

MIYASAKI, C. H.; KOPELMAN, B. Apnéia neonatal. In: KOPELMAN, B. **Distúrbios respiratórios do recém-nascido**. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1984. p. 71-78.

- MOLINA, R. C., et al. Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: visão da equipe multidisciplinar. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 437-444, set. 2007.
- MONTEIRO, C. F., et al. A violência intra-familiar contra adolescentes grávidas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 4, p. 373-376, 2007.
- MONTEIRO, D. L.; CUNHA, A. A. Avaliação da frequência da gravidez na adolescência. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, São Paulo, v. 104, n. 1/2, p. 23-25, jan./fev. 1994.
- MONTEIRO, M. F.; ADRESSE, L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões (1992-2005). In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15., 2006, Caxambu. **Anais...** Caxambu: Abep, 2006. p. 10.
- MONTENEGRO, C. A.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia fundamental**. São Paulo: Ed. Guanabara Koogan, 2008.
- MONTERROSA, A.; BELLO, A. M. *Atención obstétrica en adolescentes menores de 15 años*. **Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Bogotá**, v. 47, n. 1, p. 15-21, ene./mar... 1996.
- MORAES, L. A. Asma Brônquica. In: VITALLE, M. S.; MEDEIROS, E. H. (Orgs.). **Adolescência: uma abordagem ambulatorial**. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM. São Paulo: Editora Manole, 2008, 157-165.
- MORAIS NETO, O.; BARROS, M. B. Fatores de risco para mortalidade neonatal e pós-neonatal na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 477-485, abr./jun. 2000.
- MORAIS, A. C.; QUIRINO, M. D.; ALMEIDA, M. S. O cuidado da criança prematura no domicílio. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 24-30, 2009.
- MORAIS, F. R.; VERAS, R. M.; SALES, E. P. “Ele não é um brinquedo”: a maternidade sob o olhar das mulheres adolescentes. **Psicologia em foco**, Aracaju, v. 2, n. 1, p. 1-10, jan./jun., 2009.
- MOREIRA, M. C.; SARRIERA, J. C. Satisfação e composição da rede de apoio social a gestantes adolescentes. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 4, p. 781-789, out./dez. 2008.
- MOREIRA, T. M., et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 312-320, 2008.
- MORESI, E. (Org.). **Manual de metodologia da pesquisa**. Brasília: UCB, 2003.
- MOTTA, A. B. Família e Gerações: atuações dos idosos hoje. In: BORGES, A.; CASTRO, M. G. (Orgs.). **Família, gênero e gerações: desafios para as políticas sociais**. São Paulo: Paulinas, 2007, p.111-134.
- MOTTA, M. G. C., et al. Vivências da mãe adolescente e sua família. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 249-256, 2004.

NADER, M. B. **Mulher do destino biológico ao destino social**. Vitória: EDUFES/ Centro de Ciências Humanas e Naturais, 2001.

NADER, P. R.; COSME, L. A. Parto prematuro de adolescentes: influência de fatores sociodemográficos e reprodutivos, Espírito Santo, 2007. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 338-334, abr./jun. 2010.

NASCIMENTO, L. F. C.; GOTIEB, S. L. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer, com base em informações da declaração de nascido vivo em Guaratinguetá, SP, no ano de 1998. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 10, n. 3, p. 113-120, 2001.

NASCIMENTO, L. F. C., et al. Prevalência de anomalias congênitas em São José dos Campos, São Paulo, em 2001. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 47-51, 2006.

NASPITZ, C. K.; SOLÉ, D. Mecanismos de defesa do feto e recém-nascido, da gestante e da placenta. In: FARHAT, C.; KOPELMAN, B. **Infecções perinatais**. São Paulo: ATHENEU, 1992. p. 1-6.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2ª ed. São Paulo (SP): Sarvier; 2006.

NISKIER, S. R. Anemia Carencial Ferropriva. In: VITALLE, M. S.; MEDEIROS, E. H. (Orgs.). **Adolescência: uma abordagem ambulatorial**. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM. São Paulo: Editora Manole, 2008, p. 71-76.

NOGUEIRA, A. M.; MARCON, S. Reações, atitudes e sentimentos de pais frente à gravidez na adolescência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 3, n. 1, p. 23-32, jan./abr. 2004.

OKAZAKI, E. L., et al. Adolescente: protocolo de prevenção à gestação e DST's nas Unidades Básicas de Saúde. In: SIMPOSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE, 2, 2005, São Paulo. **Proceedings...** São Paulo: USP, 2005. Acesso em: 10 jan. 2010. Disponível em:
http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000082005000200059&script=sci_arttext

OLINTO, M. T.; GALVAO, L. W. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 64-72, 1999.

OLIVEIRA, M. W. Gravidez na adolescência: dimensões do problema. **Cadernos Cedes**, Campinas, v. 19, n. 45, p. 48-70, 1998.

OLIVEIRA, R. C. Adolescência, gravidez e maternidade: a percepção de si e a relação com o trabalho. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 93-102, 2008.

OLIVEIRA, R. D. As mulheres contra a violência. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 6 mar. 2001, c. BRASIL, p.3.

OMS. El embarazo y el aborto en la adolescência. Genebra: OMS, 1975 (Série de Informes Técnicos, 583).

O'REILLY, B.; BOTTOMLEY, C.; RYMER, J. Livro de bolso de Ginecologia e Obstetrícia. Portugal: LUSODIDACTA, 2008.

ORLANDI, R. **Paternidades nas adolescências**: investigando os sentidos atribuídos por adolescentes pais à paternidade e às práticas de cuidados dos filhos. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC: Florianópolis, 2006.

OURÔ, A. M.; LEAL, I. P. O ventre sacia-se, os olhos não: o suporte social em adolescentes que prosseguiram a gravidez e mulheres que recorreram à interrupção voluntária da gravidez na adolescência. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 3, n. XVI, p. 441-446, 1998.

PACHECO, M. E. M. de S. Caracterização do Adolescente. In: VITALLE, M. S.; MEDEIROS, E. H. (Orgs.). **Adolescência**: uma abordagem ambulatorial. São Paulo: Editora Manole, 2008. p. 9-16. (Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM)

PACHECO, S. S., et al. Prevalência dos defeitos de fechamento do tubo neural em recém-nascidos do Centro de Atenção à Mulher do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP: 2000-2004. **Revista Brasileira de Saúde Materno- Infantil**, Recife, v. 6, suppl. 1, p. S35-S42, 2006.

PACIORNIK, M.; PACIORNIK, C. Parto de Cócoras. In: FONTES, J. A. S. (Org.). **Perinatologia Social**. São Paulo: Fundo Editorial Byk Prociencx, 1984. p. 892.

PADOVANI, F. H., et al. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 251-254, 2004.

PANTOJA, A. L. "Ser alguém na vida": uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, suppl. 2, p. S335-S343, 2003.

PAULI, M. C.; BOUSSO, R. Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 280-286, jun. 2003.

PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D.; VALSECCHI, E. O vivenciar da gravidez na adolescência. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 24, n. 3, p. 775-781, 2002.

PEREIRA, E. A.; SILVA, E. L. Educação, ética e cidadania: a contribuição da atual instituição escolar. **Revista Eletrônica de Educação**, São Carlos, v. 2, n. 1, p. 26-32, jun. 2008.

PEREIRA, M. E. F. Preparação psicofísica do parto: experiência de uma Enfermeira. In: FONTES, J. A. S. **Perinatologia Social**. São Paulo: Fundo Editorial Byk Prociencx, 1984, p.347-353.

PERES, F.; ROSENBERG, C. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da Saúde Pública. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 53-86, 1998.

PERSONA, L.; SHIMO, A. K.; TARALLO, M. C. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez, atendidas num ambulatório de pré-natal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 745-750, 2004.

PETRINI, J. C. Políticas sociais dirigidas à família. In: BORGES, A.; CASTRO, M. G. (Orgs.). **Família, gênero e gerações: desafios para as políticas sociais**. São Paulo: Paulinas, 2007, p.207-231.

_____. Família na abordagem relacional de Pierpaolo Donati. In: DONATI, P. **Família no século XXI**. São Paulo: Paulinas, 2008. p. 11-46.

PETRINI, J. C; MENEZES, J. E. X.; MOREIRA, L. V. Família na sociedade contemporânea. In: BORGES, A.; CASTRO, M. G. (Orgs.). **Família, gênero e gerações: desafios para as políticas sociais**. São Paulo: Paulinas, 2007. p. 9-10.

PETRINI, J. C.; ALCÂNTARA, M. A.; MOREIRA, L. V. Família na contemporaneidade: uma análise conceitual. In: MENEZES, J. E. X.; CASTRO, M. G. (Orgs.). **Família, população, sexo e poder: entre saberes e polêmicas**. Salvador: Edições Paulinas, 2009. p. 257-274.

PICCININI, C.A.; SILVA, M. da R; GONÇALVES, T. R.; LOPES, R. S. and TUDGE, J. O Envolvimento Paterno durante a Gestação. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2004, 17(3), pp.303-314

PINHEIRO FILHO, Tadeu Rodriguez de Carvalho et al. **Análise do conhecimento sobre DSTs e planejamento familiar entre deficientes auditivos e ouvintes de uma escola pública de Fortaleza**. *Rev. bras. educ. espec.* [online]. 2010, vol.16, n.1, pp. 137-150. ISSN 1413-6538.

PINHEIRO, V. S. Repensando a maternidade na adolescência. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 5, n. 1, p. 243-251, 2000.

PINTO, I. D.; PADOVANI, F. H.; LINHARES, M. B. Ansiedade e depressão materna e relatos sobre o bebê prematuro. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 75-83, 2009.

PINTO e SILVA, J. L; NOGUEIRA, C. W. A multigravidez na adolescência. In: OPAS/OMS. **Coletânea sobre saúde reprodutiva do adolescente brasileiro**. Brasília: OPAS/OMS, 1988. p.101-111.

PITTARD, W. B. Classificação do Neonato de Baixo Peso. In: KLAUS, M. H.; FANAROFF, A. A. **Alto risco em Neonatologia**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1995. p.65-85.

PIROTTA, K. M.; SCHOR, N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 495-502, 2004.

PORTO, M. P. Lutando contra a AIDS entre meninas adolescentes: os efeitos da campanha de carnaval de 2003 do Ministério da Saúde do Brasil. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1234-1243, jul./ago. 2005.

PRATTA, E. M.; SANTOS, M. A. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 247-256, 2007.

PRIMO, C.; AMORIM, M. H.; CASTRO, D. S. Perfil social e obstétrico das puérperas de uma maternidade. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 161-167, abr./jun. 2007.

RABELO, M. Z., et al. Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, jul./set. 2007.

RAMOS, S. R.; VAZ, F.; MANISSADJIAN, A. Mecanismos de defesa do trato gastrointestinal: peculiaridades no recém-nascido. **Pediatria**, São Paulo, v. 7, p. 175-180, 1985.

RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. Apoio social e experiência da maternidade. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 16, n. 1, abr. 2006.

RATTNER, D. Humanizing childbirth care: pondering on public policies. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, suppl. 1, p. S759-S768, 2009.

REBOUÇAS, A.B. O Nascituro à Luz da História: o direito das crianças e dos adolescentes. In: DUARTE, G.; FONTES, J. A. S. (Orgs.). **O nascituro: visão Interdisciplinar**. São Paulo: ATHENEU, 2009. p. 393-405.

REIS, L. P.; RABINOVICH, E. P. Educação compartilhada entre mães e avós. In: MOREIRA, L.; CARVALHO, A. M. A. (Orgs.). **Família e educação: olhares da psicologia**. Salvador: Edições Paulinas, 2008, p. 59-76.

REZENDE, J. ; MONTENEGRO, C. A. Modificações do organismo materno. In: **Obstetrícia Fundamental**. São Paulo: Guanabara Koogan, 1980, p. 69-81.

RIBEIRO, E., et al. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 136-142, 2000.

ROBLES, R.; SOUZA, N. O. A Questão Legal. In: VITALLE, M. S.; MEDEIROS, E. H. (Orgs.). **Adolescência: uma abordagem ambulatorial**. São Paulo: Editora Manole, 2008. p. 543-553. (Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM)

ROCHA-COUTINHO, M.L. Novas opções, antigos dilemas: mulher, família, carreira e relacionamento no Brasil. São Paulo: **Temas em Psicologia da SBP**, 2004, Vol. 12, no 1, 2-17. ISSN 1413-389X.

ROCHA, S. M.; ALMEIDA, M. C. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, 2000.

ROSA, A. J.; REIS, A. O; TANAKA, A. C. Gestações sucessivas na Adolescência. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 165-172, 2007.

ROTMAN, F. **Gravidez sem Risco**: a nutrição do bebê in útero, (1ª. Ed.). Belo Horizonte-M.G.: Editora Leitura, 2008.

SÁ, S. M. **No dia-a-dia... a luta**: a família da criança com deficiência física. 2005. 89 f. Dissertação (Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea) – Superintendência de pesquisa e Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea, Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2005.

SABROZA, A.R. et al. Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do município do Rio de Janeiro (1999-2001). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, suppl. 1, p. S130-S137, 2004.

SAES, S., et al. Conhecimento sobre amamentação: comparação entre puérperas adolescentes e adultas. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 121-126, 2006.

SAGAN, C. **Bilhões e Bilhões**: reflexões sobre vida e morte na virada do milênio. Tradução: Rosaura Eichenberg. São Paulo: Companhia De Bolso, 2008.

SAMARA, E. de M. **A Família brasileira**. São Paulo: Brasiliense, 1998. Coleção tudo é história.

SAMPAIO, I.; FISBERG, M. Dislipidemia. In: VITALLE, M. S.; MEDEIROS, E. H. (Orgs.). **Adolescência**: uma abordagem ambulatorial. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM. São Paulo: Editora Manole, 2008, p.85-94.

SANTOS, D. R.; MARASCHIN, M. S.; CALDEIRA, S. Percepção dos Enfermeiros Frente à Gravidez na Adolescência. **Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 6, n. 4, p. 479-485, out./dez. 2007.

SANTOS, G. H.; MARTINS, M.; SOUSA, M. S. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 224-231, 2008.

SANTOS, J. et al.. Perfil das adolescentes com reincidência de gravidez assistidas no setor público de Indaiatuba (SP): *Revista Inst. Ciênc. Saúde*; 27(2), abr.-jun 2009.

SANTOS, S. R.; SCHOR, N. Vivências da maternidade na adolescência precoce. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 15-23, 2003.

SARTI, C. Algumas questões sobre família e políticas sociais. In. JACQUER, C.; COSTA, L. F. (Orgs.). **Família em mudança**. São Paulo: C.I, 2004.

SAUPE, R., et al. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 521-536, set./dez. 2005.

SCHILLING, F. As formas da contestação juvenil, ontem e hoje: onde, quem, como? Três hipóteses para uma pesquisa. In: SIMPOSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE, 1, 2005, São Paulo. **Proceedings...** São Paulo: USP, 2005. Acesso em: 10 jan. 2010. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC000000082005000100027&script=sci_arttext

SCHOEN-FERREIRA, T. H. et al. Perfil e principais queixas dos clientes encaminhados ao Centro de Atendimento e Apoio Psicológico ao Adolescente (CAAA) - UNIFESP/EPM. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 73-82, 2002.

SCHOR, N., et al. Adolescência: vida sexual e anticoncepção. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 11.,1998, Campinas. **Anais... Campinas: Abep**, 1998. p. 213-239.

SCHOR, N., et al. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 377-384, 2000.

SCHOR, N. and LOPEZ A., F. **Adolescência e anticoncepção: 1. Estudo de conhecimento e uso em puérperas internadas por parto ou aborto.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 1990, vol.24, n.6, pp. 506-511. ISSN 0034-8910.

SCHÜLER-FACCINI, L. et al. Avaliação de teratógenos na população brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 65-71, 2002.

SCHUSSEL, E. Y.; CAVALCANTE, V. V. A Adolescência e a família: intervenção pediátrica. In: VITALLE, M. S.; MEDEIROS, E. H. (Orgs.). **Adolescência: uma abordagem ambulatorial.** Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM. São Paulo: Editora Manole, 2008, P.589-598.

SCOCHI, C. G., et al. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 539-543, 2003.

SERAPIÃO, M.; SERAPIÃO, M. J.; SERAPIÃO, C. J. Necropsias de neonatos, fator da melhoria da qualidade nas UTIs neonatais. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 4, p. 285-296, 2007.

SEGRE, C.A. de M; ARMELINI, P.A. . **RN.** São Paulo: SARVIER, 1981.

SILVA, C. R.; LOPES, R. E. Adolescência e juventude: entre conceitos e políticas públicas. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 17, n. 2, p. 87-106, jul./dez. 2009.

SILVA, D. V.; SALOMÃO, N. M. A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas dos bebês. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 8, n. 1, p. 135-145, 2003.

SILVA, G. L.; BIFFI, E. F.; GIULIANI, C. Fatores que contribuem para a ocorrência da gravidez na adolescência. **Caderno Espaço Feminino**, Uberlândia, v. 18, n. 2, p. 405-435, ago./dez. 2007.

SILVA, I. O.; SIQUEIRA, V. H.; ROCHA, G. W.. Educação sexual e gravidez de adolescentes: significados construídos por docentes do curso de formação de professores em uma escola pública do Rio de Janeiro. **Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias**, Vigo, v. 8, n. 1, p. 216-231, 2009.

SILVA, J. L. Gravidez na Adolescência: desejada x não desejada. **Femina**, São Paulo, v. 26, n. 10, p. 825-830, nov./dez. 1998.

SILVA, J. L.; SURITA, F. G. Idade materna: resultados perinatais e via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 321-325, 2009.

SILVA, L. J.; SILVA, L. R. Changes in the life and in the body: experiences before the pregnancy in the affective perspective of parents. **Escola Anna Nery. Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, jun. 2009.

SILVA, L.; TONETE, V. L. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 199-206, 2006.

SILVA, L. V. de L. **Interdisciplinaridade**: Conceito, História e Obstáculos para sua Implementação na Escola. URCA, Cadernos de Cultura e Ciência, vol.3, nº. 1, 2008.

SILVA, P.A. et al. . A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.8, n.1, , p. 56-62, jun./mar. , 2009.

SILVEIRA, A.; DONADUZZI, J.C. ; PEREIRA, A. D.; NEVES, E. T. . Da Educação Sexual com Adolescentes: uma abordagem de pesquisa preparatória na escola. **Rev. Enferm UFPE On Line**. 2010 jan/mar; 4(1): 145-52. ISSN 1981-8963.

SILVEIRA, L. M.; WAGNER, A. Relação família-escola: práticas educativas utilizadas por pais e professores. **Psicologia Escolar e Educacional**, Campinas, v. 13, n. 2, p. 283-291, dez. 2009.

SIMÕES, V. M.; SILVA, A. A.; BETTIOL, H. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 559-565, 2003.

SIMIONI, A. S.; GEIB, L. T. Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 5, p. 545-551, 2008.

SINGLY, F. **Sociologia da família contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007, p.125-148.

SIQUEIRA, M. J., et al. Profissionais e usuárias (os) adolescentes de quatro programas públicos de atendimento pré-natal da região da grande Florianópolis: onde está o pai? **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 7, v. 1, p. 65-72, 2002.

SOARES, I. ; JONGENELEN, I. **Maternidade na adolescência: Contributos para uma abordagem desenvolvimental.** *Aná. Psicológica*, set. 1998, vol.16, no.3, p.373-384. ISSN 0870-8231.

SOARES JÚNIOR, J. M., et al. Vulvovaginites na Infância e na Adolescência. In: VITALLE, M. S.; MEDEIROS, E. H. (Orgs.). **Adolescência: uma abordagem ambulatorial.** Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM. São Paulo: Editora Manole, 2008, p. 287-296.

SOUSA, J. C.; SILVA, L. M. S.; GUIMARÃES, T. A. Preparo para a alta hospitalar de recém-nascido em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal: uma visão da família. **Pediatria**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 217-227, 2008.

SOUZA, D.B.L. de; FERREIRA, M.C. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 1, p. 19-25, jan./abr. 2005.

SOUZA, G. A. Importância e significados dos movimentos de transição demográfica na passagem para o século XX. In: MENEZES, J. E.; CASTRO, M. G. (Orgs.). **Família, população, sexo e poder: entre saberes e polêmicas.** Salvador: Edições Paulinas, 2009, p.223-256.

SOUZA, I. F. Gravidez de adolescência: uma questão social. **Adolescência Latinoamericana**, Porto Alegre, v. 3, n. 2, nov. 2002. (3. ed.). Tradução Raimundo Martagão Gesteira.

SOUZA, I. S., et al. Epidemiologia do Abortamento na Adolescência. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 161-165, 1999.

SOUZA, M. L. B. Intervenção Precoce. (pp.107-116). In FONTES, J. A. S. **Lesão cerebral: Causas e Prevenção.** Brasília: Ministério da Justiça, 2002a.

SULLCA, T. F.; SCHIRMER, J. Violência intrafamiliar na adolescência na cidade de Puno – Peru. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 578-585, jul./ago. 2006.

SWEET, A.. Classificação do neonato de baixo peso. In KLAUS, M. H. e FANAROFF, A.A.. **Alto Risco Em Neonatologia.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1990, p.62-86.

TAVARES, M.; BARROS, H. Gravidez na Adolescência em Portugal. **Arquivos de Medicina**, Porto, v. 10, suppl. 4, p. 3-8, 1996.

TEIXEIRA, A. M. F., et al. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1385-1396, jul. 2006.

TOMELERI, K. R.; MARCON, S. S. Mãe adolescente cuidando do filho na primeira semana de vida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 355-361, 2009.

TRINDADE, J. M. O abandono de crianças ou a negação do óbvio. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 19, n. 37, p. 35-58, 1999.

TRINDADE, Z. A.; MENANDRO, M. C. Pais adolescentes: vivência e significação. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 7, n. 1, p. 15-23, 2002.

UCHIMURA, T. T., et al. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer segundo as variáveis da mãe e do recém-nascido, em Maringá-PR, no período de 1996 a 2002. **Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 6, n. 1, p. 51-58, jan./mar. 2007.

ULLMANN, R.; BOHNEN, A. Necessidade da família solidária. In. **Solidarismo**. ULLMANN, R.; BOHNEN, A. São Leopoldo (RGS): Editora Unisinos, 1993, p. 41-46.

VASCONCELOS, M. G.; LEITE, A. M.; SCOCHI, C. G. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. **Revista Brasileira de Saúde Materno- Infantil**, Recife, v. 6, n. 1, p. 47-57, jan./mar. 2006.

VASQUEZ, F. A. P.; MORON, A.F.; MURTA, G.V. Manual Prático de Ultra-sonografia. In VASQUEZ, F. A. P.; MORON, A.F.; MURTA, G.V. . **Obstetrícia e Ginecologia - 2ª Edição**. Editora Rubio, 2003.

VENÂNCIO, S. I.; ALMEIDA, H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, supl. 5, p. S173-S180, 2004.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, suppl 0, p. 225-264, 2005.

VIEIRA, M. **Filhos de mães adolescentes**: avaliação do crescimento e desenvolvimento com um ano de idade. 2002. 297 f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

VILLELA, W. V.; DORETO, D. T. Sobre a experiência sexual dos jovens. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2467-2472, nov. 2006.

VITALLE, M. S. Infecções do Trato Urinário (ITU). In: VITALLE, M. S.; MEDEIROS, E. H. (Orgs.). **Adolescência**: uma abordagem ambulatorial. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM. São Paulo: Editora Manole, 2008, p.297-307.

VITALLE, M. S.; SILVA, F. C. Hipertensão Arterial Sistêmica. In: VITALLE, M. S.; MEDEIROS, E. H. (Orgs.). **Adolescência**: uma abordagem ambulatorial. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM. São Paulo: Editora Manole, 2008, p.235-261.

VITIELLO, N. Sexualidade e reprodução na adolescência. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, São Paulo, v. 5, n. 1, jan./jun. 1994.

VITIELLO, N. Anticoncepção e sexualidade. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, São Paulo, v. 6, n. 2, jul./dez. 1995.

WAGNER, A. et al. Estratégias de comunicação familiar: a perspectiva dos filhos adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 277-282, 2005a.

WAGNER, A. et al. Compartilhar Tarefas? Papéis e Funções de Pai e Mãe na Família Contemporânea. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Porto Alegre, 21(2), 181-186, 2005b

WEIRICH, C.; TAVARES, J. B.; SILVA, K. S. O cuidado de enfermagem à família: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 172-180, 2004.

WONG, L. L.; MELO, A. V. . Gravidez na Adolescência. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 30-36, abr./jun. 1987.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M.; **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. São Paulo: Roca, 2002.

XIMENES NETO, F. R. G., et al. Gravidez na Adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, mai./jun. 2007.

XIMENES NETO, F. R. G.; MARQUES, M. S.; ROCHA, J. Problemas vivenciados pelas adolescentes durante a gestação. **Revista Eletrônica Cuatrimestral de Enfermeria**, Asunción, n. 12, p. 1-11, fev. 2008.

YAMAGUCHI, E. T. et al.. Drogas de abuso e gravidez. **Revista Psiquiatria Clínica**, 35: 44-47, 2008.

YAZILE, M. E. Gravidez na Adolescência. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 443-444, ago. 2006.

YAZILE, M. E.; FRANCO, R. C.; MICHELAZZO, D. Gravidez na adolescência: uma proposta para prevenção. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. 477-479, 2009.

ZAVASCHI, M. L., et al. Abuso sexual em crianças: uma revisão. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 67, p. 130-136, 1991.

APÊNDICE

GLOSSÁRIO

Ácido fólico - Substância importante na construção do organismo do embrião/feto; vitamina utilizada antes e durante a gravidez, com o objetivo de prevenir o aparecimento de defeitos do tubo neural, na coluna vertebral (meningo-mielocelo, encefalocelo e anencefalia) e no combate a um tipo de anemia específica, durante a gravidez ou fora dela.

Alfa-feto-proteína – substância proteica produzida somente pelo feto, níveis elevados no sangue materno ou no líquido amniótico são encontrados em alguns defeitos de nascença: anencefalia, meningo-mielocelo etc.

Amenorreia – ausência ou suspensão das regras numa mulher em idade de menstruar.

Amnenorreica – mulher que não menstrua.

Anamnese – Técnica rotineira usada em medicina, através da qual o (a) paciente ou o seu responsável presta informações sobre os problemas de saúde do cliente.

Anamnísticos – Referente à anamnese (veja acima).

Anemia – Diminuição no sangue do número de glóbulos vermelhos (sinonímia: eritrócitos ou hemácias) e/ou de hemoglobina, substância captadora de oxigênio dos pulmões, que se encontra no seu interior. Alguns tipos de anemia são causados pela presença de hemoglobina anormal.

Anemia ferropriva – causada pela diminuição de ferro no organismo, matéria prima indispensável à fabricação dos glóbulos vermelhos na medula óssea.

Anemia hipocrômica – tipo de anemia causada por um teor menor de hemoglobina.

Anencefalia – ausência de cérebro. Bebê anencéfalo é aquele que nascendo sem cérebro (ou, em realidade, sem a maior parte dele) não apresenta, após o nascimento, qualquer chance de sobrevivência.

Anomalias congênitas – Defeitos de nascença (expressão popular), também denominados de defeitos congênitos ou malformações congênitas. Podem atingir qualquer órgão ou tecido, exibido pela criança, ao nascer, ou mesmo descoberto meses ou anos depois (alguns defeitos cardíacos podem ser evidenciados muito tempo após).

Anoxia ou anóxia (sinônimos, quando utilizados em medicina) – ausência de oxigênio nos tecidos, determinada por várias causas.

Antecedentes morbidos pessoais – doenças e situações de risco ocorrentes, pesquisadas pelo médico em qualquer paciente. No caso da gestante, problemas anteriores à gravidez, durante a sua vida pessoal pregressa.

Ante-natal – antes do nascimento (do parto). Sinônimo: pré-natal.

Apneia – parada, interrupção respiratória súbita, causa de redução abrupta de oxigênio sanguíneo e tissular; no período neonatal é muito comum em recém-nascidos prematuros, de menor idade gestacional: a denominada apneia recorrente, causa de mortes e de sequelas cerebrais graves, de diversos tipos.

Apresentação córmica – tipo anormal de apresentação; neste caso é o corpo do feto que se posiciona anteriormente, geralmente impossibilitando o nascimento por via vaginal; indicação para realização de parto cesariano.

Apresentação de face – tipo anormal de parto, o segmento que se apresenta é o rosto do feto, que cria dificuldades para nascer; em geral a face da criança ao nascer se apresenta inchada e repleta de hemorragias na pele; muitas vezes, dependendo da situação, a cesárea é indicada.

Apresentação de frente – semelhante à anterior, a diferença é que o segmento corporal que se apresenta (que aparece primeiro), na hora do parto, é a testa (frente) da criança; dependendo do caso, nascerá o bebê por via vaginal ou por via cirúrgica (parto cesariano).

Apresentação pélvica – a parte do feto que se apresenta na hora do parto é a região glútea; há três tipos de apresentação de nádegas.

Asfixia – literalmente significa falta de pulso; no entanto, em medicina significa redução de oxigênio nos tecidos, sendo, pois, sinônimo de anoxia, descrita acima.

Ataxia – patologia que cursa com perda do equilíbrio corporal. Geralmente causada por privação de oxigênio, que atingiu o feto ou recém-nascido. Trata-se de uma seqüela neurológica grave.

Atelectasia – pulmão incapaz de expandir-se, obstruído parcialmente, causa dificuldade respiratória.

Atraso mental – retardo, de nível variado, do desenvolvimento cognitivo, da inteligência humana.

Atetose – incoordenação do tônus muscular (ausência de coordenação muscular). Geralmente causada por privação de oxigênio, que atingiu o feto ou recém-nascido. Trata-se de uma seqüela neurológica grave.

Axiológico – relativo à Axiologia, ciência que estuda os valores; no caso, os valores morais.

AZT – um dos medicamentos utilizados no tratamento da AIDS; usado, inclusive, durante a gravidez; o nascituro (embrião e feto) tolera bem seu uso em gestantes aidséticas; atualmente, é uma forma eficaz de proteção do nascituro e, posteriormente, do recém-nascido.

Bacteriúria – Presença anormal de bactérias na urina do paciente.

Blastocisto – Embrião de 6 (seis) ou 7(sete) dias de vida.

Blastômero – Nome dado às células resultantes da multiplicação do ovo, do zigoto.

Cabeça derradeira – Melhor denominar: encravamento de cabeça derradeira. Ocorre no parto pélvico (de nádegas). O corpo do feto se exterioriza, mas a criança não consegue nascer, porque a cabeça fica encravada na pelve materna. É uma situação emergencial das mais graves. É mais comum em bebês prematuros, porque neles há uma maior desproporção entre o tamanho da cabeça e o do resto do corpo.

Caput – Cabeça ou parte superior de um artigo de lei; expressão usada no meio jurídico.

Carboidratos – Sinonímia: açúcares mais simples (ex. glicose, frutose, sacarose), ou açúcares mais complexos (Ex. amido). São fontes orgânicas indispensáveis de fornecimento de calorías.

Cardiopatia – doença no coração. Se a criança já nasce doente, trata-se de uma cardiopatia congênita; se aparece após o nascimento, em qualquer momento da vida do ser humano, recebe a denominação de cardiopatia adquirida. Há vários tipos de cardiopatias congênitas e adquiridas, geradas por inúmeras causas, em todas as fases da vida humana.

Cervicite – infecção do colo do útero.

Ciclo Gravídico Puerperal – Período que inclui: gestação, parto e puerpério.

Circular (es) de cordão – Esta expressão, usada na prática obstétrica, exprime o enlaçamento do cordão umbilical do feto (constituído por duas artérias e uma veia) sobre segmentos do seu corpo, dificultando seu nascimento ou causando compressão dos aludidos vasos umbilicais, também denominados de funiculares (funículo=cordão umbilical) e impedindo a livre troca de oxigênio, gás carbônico e de nutrientes entre os organismos da gestante e do nascituro.

CIUR – Sigla: Crescimento Intra-Uterino Restrito. Refere-se aos fetos que, por múltiplas causas ocorrentes durante a gravidez, nascem magros, desnutridos, pequenos.

Coma – estado profundo de inconsciência causado por diversas causas. No recém-nascido, resultado habitual de graves infecções, traumatismos de parto ou hemorragias cerebrais, mais frequente em bebês prematuros e de baixo peso ao nascer.

Congestão – Acumulação (concentração) excessiva de sangue ou de líquido orgânico nos vasos sanguíneos de um órgão ou de um tecido do corpo humano..

Congestão mamária – Acumulação (concentração) excessiva de sangue nos vasos sanguíneos das mamas, geralmente acompanhada de desconforto e/ou dor local.

Coombs direto – Trata-se de um tipo de exame de sangue realizado no recém-nascido, em casos de incompatibilidade sanguínea entre o sangue materno e o da criança, relacionado ao fator Rh.

Coombs indireto – exame de sangue realizado na gestante ou na parturiente, em casos de incompatibilidade sanguínea entre o sangue materno e o da criança pelo fator Rh: mãe Rh negativo e feto/recém-nascido Rh positivo, igual ao tipo de sangue do pai

Copiosas – volumosas, abundantes. Exemplo: hemorragias copiosas.

Corio-amnionite – é qualquer infecção localizada nas membranas que revestem a “bolsa de água”, estrutura que protege o feto de impactos mecânicos externos e de infecções por contaminação vaginal, durante a gravidez. São constituídas do cório e do âmnio, coladas uma a outra. Daí o nome corio-amnionite. Geralmente “ite” significa inflamação ou infecção.

Cuidador (a) – pessoa que presta assistência a outrem. No caso, que cuida de recém-nascidos.

Curador – Juridicamente, é a pessoa que, legalmente, com autorização da justiça, tem o encargo de vigiar (cuidar, tratar, administrar, zelar) os interesses de outra pessoa; no caso do concepto (embrião e feto) recebe a denominação de curador ao nascituro. Para sua nomeação, entretanto, o juiz exige a prova da existência de uma gestação em curso.

Deiscência – segmento do corpo que se mantém aberto, mesmo após sutura cirúrgica. Diz-se: o ponto não funcionou, “não pegou”. Carências nutricionais e infecções locais são suas principais causas.

Delivramento – saída, retirada da placenta, que, normalmente, só é eliminada depois do nascimento do bebê, após cumprir sua nobre missão de fornecer, no útero, ao feto oxigênio, nutrientes etc.

Descolamento prematuro de placenta (DPP) – situação clínica, na qual a placenta, que normalmente só se descola após o nascimento do feto (após cumprir seu papel biológico), por várias causas se desgarra do útero, com a criança ainda no ventre materno, gerando hemorragias que colocam em risco a vida da gestante (ou parturiente – se a mulher já estiver em trabalho de parto) e da criança. Uma das causas determinantes do DPP é a hipertensão arterial materna.

Desproporção céfalo-pélvica – crânio volumoso se comparado à pelve materna; esta diferença de volumes causa dificuldade ou mesmo impedimento ao parto vaginal; é causa de complicações que atingem, particularmente, o bebê, porquanto o seu nascimento pode se prolongar.

Diplegia – Paralisia bi-lateral.

DNA – Ácido Desoxirribonucléico, substância formadora dos genes. Veja GENOMA, abaixo.

Doença hemolítica perinatal – Veja Incompatibilidade sanguínea feto-materna.

DST – Sigla da expressão: Doenças Sexualmente Transmissíveis, na qual se inclui a AIDs.

Doenças hematológicas – as que se situam no nosso sangue: anemias, leucemias etc.

Doenças renais – doenças dos rins, infecciosas ou não.

Eclâmpsia (ou eclampsia) – patologia incidente na gravidez, grave, que cursa com hipertensão arterial, inchaço do corpo e redução de produção de urina.

Edema generalizado – Inchaço do corpo inteiro; o nome científico é anasarca.

Encéfalo – Cérebro.

Endometrite – Processo inflamatório do endométrio, estrutura que reveste interiormente o útero. Causado também por infecções.

Enfalocele – defeito congênito que atinge o crânio, caracterizado por uma abertura na mesma, que permite a exteriorização de segmentos cerebrais, inclusive as meninges, suas membranas protetoras. Mais comumente localizada na região occipital; mais raramente na região frontal.

Enfisema – pulmões acentuadamente distendidos, doentes, comprometidos. O enfisema pode ser congênito (o bebê já nasce doente) ou surgir depois do parto ou em qualquer momento de vida do ser humano. Causa falta de ar.

Estagira – Cidade onde nasceu Aristóteles, na Trácia, Macedônia.

Estimulação Precoce – Veja, abaixo, Intervenção Precoce.

Eutrofia – Normal crescimento e desenvolvimento físico. Criança eutrófica, a que cresce e se desenvolve fisicamente dentro dos limites de normalidade cientificamente estabelecidos.

Failure to thrive syndrome (de *causa* não orgânica) – Síndrome da falência (déficit) de desenvolvimento de causa não orgânica. Atinge bebês (sobretudo os prematuros) que permaneceram, desde o momento do nascimento, afastados de seus pais.

Fármacos – sinonímia: remédios, medicamentos, produtos terapêuticos.

Fecundação – expressão que traduz o momento em que o espermatozoide penetra no óvulo, gerando o ovo, dando início a uma nova vida. É o fenômeno da fecundação.

Fumantes ativas – pessoas que fumam.

Fumantes passivas – pessoas que não fumam, mas que convivendo com fumantes, em qualquer lugar, inalam sua fumaça e, conseqüentemente, seus tóxicos. Estes costumam passar para o nascituro, durante a gravidez, causando-lhe diversos problemas.

Funicular – Relativo ao funículo, sinônimo médico de cordão umbilical.

Genoma – É a constituição dos genes de um ser vivo. No ser humano há, aproximadamente, 26.000 genes (unidades genéticas), formadas essencialmente por ácido desoxirribonucleico, o DNA.

GIG – Grande para a Idade Gestacional – criança que nasce com desenvolvimento superior ao considerado normal, geralmente em peso e tamanho avantajados; denominados de bebês gigantes. Nascem com sinais de obesidade.

Glóbulos vermelhos (sinônimos: eritrócitos ou hemácias) – São células fabricadas pela medula óssea e que têm como função: captar o oxigênio nos pulmões e distribuí-lo por todo o corpo. No seu interior há uma substância, denominada de hemoglobina, responsável por esta atividade. Depois que fornece O₂ a todas as células do organismo, retorna com CO₂ (gás carbônico), que é eliminados pelos pulmões. Possui, pois, a hemoglobina dupla tarefa.

Gravidez de Risco – qualquer gestação que curse com problemas: doenças maternas, fetais ou situações perigosas que possam atingir o binômio mãe-filho, gestante/parturiente-nascituro/recém-nascido. Idem, problemas nutricionais e psicológicos que comprometam a gestante, com repercussões sobre o concepto. Igualmente, em casos de mães com psicopatias. No caso de gestantes adolescentes precoces, é comum a Gravidez de Risco biopsicossocial.

Gravidez ectópica – a que ocorre fora do seu local normal: o útero. Geralmente, de dois tipos: a tubária (no interior da trompa de Falópio) e a abdominal (peritonial); ambos colocam em risco a vida do binômio gestante/nascituro. Habitualmente, acompanhada de defeitos congênitos.

Gravidez múltipla – Sinônimo: gravidez gemelar. Mais de um nascituro. Presença de gêmeos: 2, 3, 4, 5 ou até mais. Sempre a gravidez múltipla é acompanhada de vários riscos, tanto para a gestante quanto para o concepto.

Gravidez serotina – gestação que passou, em linguagem popular, “do tempo de nascer”. A prenhez normal, teoricamente, vai até 41 semanas e seis dias.

Habitat – habitação, morada, casa, lugar onde mora alguém, residência.

Hebiatra – Médico que cuida de adolescentes; tarefa anteriormente exercida por pediatras.

Hebiatria – Especialidade médica responsável pelo atendimento dos e das adolescentes.

Hematoma sub-dural – Tipo de coleção sanguinolenta localizada no interior do crânio.

Hemoglobina – substância contida no interior dos glóbulos vermelhos, responsável pela captação do oxigênio inspirado nos pulmões e pela distribuição deste gás vital por todo o organismo. Para maiores detalhes, veja, acima: Glóbulos vermelhos.

Hemiplegia – Lesão neurológica que atinge o membro superior e o inferior, no mesmo lado.

Hidrânio – Sinônimo: polidrânio. Diz-se que uma mulher grávida é portadora de hidrânio quando o volume de líquido amniótico contido na bolsa amniótica é superior aos valores considerados normais em cada idade gestacional. No término da gravidez, considera-se hidrânio quando a quantidade de líquido amniótico é superior a 1.000 mililitros. A ultrassonografia é o grande recurso técnico que define a presença ou não de polidramnia ou hidramnia (sinônimos); em tabela própria, o ultrassom fornece todas as informações atinentes.

Hiperatividade – refere-se a pessoas hiperativas, inquietas; bebês prematuros, vítimas muitas vezes de falta de oxigenação, costumam exibir este problema durante a infância.

Hiperbilirrubinemia – aumento dos níveis da substância bilirrubina, capaz de lesar o cérebro de crianças, geralmente depois que nascem, porque durante a gravidez, o organismo materno se encarrega de eliminar o excesso bilirrubínico; portanto, no útero, o nascituro se encontra protegido.

Hipertireoidismo – estado em que se encontra a glândula tireóide, no caso, funcionando mais do que devia; hiper sempre revela um exagerado funcionamento de um órgão, produzindo mais hormônios do que o necessário.

Hiperviscosidade sanguínea – Sangue espesso, habitualmente, com excesso de glóbulos vermelhos em relação ao volume do plasma. O sangue, em tal situação, circula com dificuldade, podendo causar trombose (obstrução): venosa (se ocorre nas veias) ou arterial (se nas artérias). No recém-nascido de baixo peso costuma determinar icterícia.

Hipocalcemia – redução no sangue dos níveis de o íon cálcio, responsável por diversas consequências orgânicas: no coração, nos músculos de maneira geral e em outros órgãos.

Hipoglicemia – diminuição no sangue do açúcar glicose, indispensável à vida humana, causa de sequelas neurológicas.

Hipomagnesemia – redução no sangue do íon magnésio, causa de diversos problemas orgânicos.

Hipóxia ou hipoxia (Na prática, sinônimo de Anoxia ou anóxia) – redução dos níveis de oxigênio nos tecidos, determinada por várias causas; prematuros e recém-nascidos de baixo peso ao nascer estão entre as maiores vítimas da privação do gás vital.

Icterícia – A icterícia é determinada por diversas causas, podendo atingir o ser humano desde o período do recém-nascido até a terceira idade. Caracteriza-se pela cor da pele e das mucosas que ficam amareladas, decorrência do excesso do pigmento bilirrubina produzido pelo nosso organismo denominado de bilirrubina.

Imunoglobulina – tipo de um anticorpo produzido pelo ser humano, usado pelo nosso organismo para nos defender de infecções e de outras situações internas de risco. Há vários tipos de imunoglobulinas; as mais importantes são: imunoglobulinas G, A, M e E.

Imunoglobulina anti-Rh – um tipo de vacina, aplicada por via intramuscular na gestante e na mulher (parturiente) após o parto: até 72 horas após, com o objetivo de evitar sua sensibilização pelo fator Rh do bebê; lembrar que a mãe, nesta situação possui um sangue Rh negativo e o pai da criança é Rh positivo. O objetivo é proteger os futuros filhos de tipo Rh positivo. Há no comércio diversos produtos de imunoglobulina anti-Rh: Rhogan. Rhesonativ.

Incompatibilidade sanguínea feto-materna – é quando o tipo de sangue da mãe é diferente do tipo de sangue do nascituro, que possui o mesmo tipo do pai. É gerado por diversas causas, prejudicando a criança dentro e fora do útero, após o nascimento. Causa de anemias e icterícias graves, que atingem o feto e o recém-nascido.

Incompatibilidade sanguínea ABO – Diferença entre o tipo de sangue do bebê (quando igual ao do pai) e o da mãe. Pode causar icterícia. Geralmente acontece quando o tipo de sangue da mãe é O e o bebê A ou B.

Incompatibilidade sanguínea Rh – Diferença entre o tipo de sangue do bebê (quando igual ao do pai) e o da mãe. Pode causar icterícia. Acontece quando o tipo de sangue da mãe é Rh negativo e o bebê é Rh positivo.

Infecções – Doenças causadas por micro-organismos: bactérias, vírus etc.

Infecções urogenitais – Processo infeccioso localizado nas vias urinárias e no aparelho genital, masculino ou feminino.

Inspeção física – parte do exame físico realizado pelo profissional de saúde em seu cliente; consta de uma observação visual geral do mesmo. No meio médico é a inspeção denominada também de ectoscopia [visualização externa e global do(a) paciente].

Insuficiência istmo-cervical – Ineficiência de musculatura do colo do útero, causa de abortamentos e partos prematuros habituais.

Intervenção Precoce (Sinônimo: estimulação precoce) – Conjunto de procedimentos técnicos fisioterapêuticos e outros utilizados, com finalidade preventiva, em crianças de risco, idealmente iniciada no período do recém-nascido ou, pelo menos, nos três primeiros meses de vida extrauterina, com o objetivo de impedir o surgimento de sequelas, sobretudo neurológicas.

Kernicterus – quadro clínico grave neurológico, decorrência de uma icterícia: aumento acentuado de bilirrubinas indiretas na circulação sanguínea de recém-nascidos e, conseqüentemente, no cérebro de recém-nascidos; doença neonatal determinada por diversas causas; quando incidente no prematuro assume gravidade maior, determinando danos encefálicos definitivos (sequelas neurológicas).

Lábio leporino – Sinônimos: lábio de lebre (expressão popular absorvida pela medicina) e queilosquise (abertura labial de nascença). Pode estar acompanhada de goela de lobo (expressão popular também incorporada ao vocabulário médico). Queilognatopalatosquise significa lábio de lebre e goela de lobo no mesmo paciente; é a palavra científica correspondente, raramente utilizada e pouco conhecida pela classe médica, por ser inusual.

Lactência – Fase de vida do ser humano, que se inicia após o período do recém-nascido e termina quando o bebê completa um ano de idade. Há quem considere o limite de dois anos. Recebe este nome porque, neste período de vida, o alimento básico da criança é o leite (de “lactus” = leite).

Laqueadura – ligadura; laqueadura tubária é um exemplo: ligadura de trompa (s), técnica utilizada para esterilizar mulheres. Há também a laqueadura do canal deferente, usada para esterilizar homens (Vasectomia).

Lordose – encurvamento da coluna vertebral: concavidade para fora.

Macrossomia – corpo grande, volumoso. Refere-se a recém-nascidos “gigantes”. Veja, para maiores esclarecimentos, neste glossário: GIG (acima)

Malformações fetais – Veja anomalias congênitas.

Membranas âmnicas ou amnióticas – são duas: o cório e o âmnio, que formam a bolsa amniótica, conhecida popularmente como bolsa d'água (líquido amniótico), que cumpre importantes funções biológicas: proteger o feto da comunicação com a vagina, que é contaminada, dos impactos (funciona como um amortecedor) e permitir que o nascituro treine a sucção e a deglutição, durante a gravidez, para que, ao nascer, já esteja bem capacitado a sugar e deglutir o leite materno, indispensável a sua sobrevivência fora do útero.

Meningite – infecção das meninges, membranas que revestem os tecidos nervosos, geralmente também atingindo o encéfalo (cérebro). Daí ser também chamada de meningite. Geralmente determinada por bactérias e vírus.

Meningo-mielocele – defeito congênito que atinge a coluna vertebral, caracterizado por uma abertura na mesma, que permite a exteriorização de segmentos da medula espinhal, inclusive as meninges, suas membranas protetoras. Mais comumente localizada entre as vértebras lombares.

Microflora vaginal – bactérias que existem na vagina. São floras constituídas por diferentes microorganismos, durante a gravidez e fora dela.

Microsomia – pequeno; refere-se a recém-nascido mal desenvolvido fisicamente, de reduzido porte e baixo peso.

Misantropo(a) – Aquele indivíduo que evita a convivência, que prefere a solidão, que é solitário.

Modus faciendi – Expressão latina; significa maneira ou modo de fazer.

Modus operandi – Expressão latina; significa: maneira ou modo de operar.

Mola hidatiforme – Tecnicamente, é uma espécie de câncer, denominada de NTG – Neoplasia trofoblástica gestacional. Trata-se de uma gravidez que não cumpre seu papel biológico, transformando-se numa neoplasia. Há quatro tipos: mola hidatiforme (completa ou parcial), mola invasora (corioadenoma destruens), coriocarcinoma e tumor trofoblástico do sítio placentário. É um tumor funcionante, produtor de gonadotrofina humana (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008)

Monilíase – infecção causada por um fungo denominado de *Cândida Albicans*, também conhecida como monília, daí a denominação. Costuma também ser denominada de candidíase. Habitualmente, durante a gravidez, é encontrada na vagina, podendo causar problemas em bebês prematuros, sobretudo durante o trabalho de parto, infectando-os.

Monoplegia – Lesão neurológica (paralisia) que atinge um único membro: superior ou inferior

Morfogênese – Sinônimo: embriogênese, organogênese. É o período inicial da gravidez, momento em que o embrião está se formando, quando “forma” seus órgãos e tecidos: fígado e todos os demais..

Morte súbita no berço – traduz a morte repentina de um bebê, geralmente no primeiro ano de vida. Ele adormece bem e morre silenciosamente, surpreendendo os pais; há algumas causas já reconhecidas, como no caso de mães fumantes ou de crianças portadoras de defeitos cardíacos, nasais ou cerebrais.

Múltipara – mulher que já pariu algumas vezes, três vezes ou mais.

Nascituro – O termo tem na palavra latina “nascituru”, aquele que já foi concebido (embrião e feto).

Nascituros gigantes – fetos grandes, com peso acima dos considerados normais, relacionado sempre à idade gestacional dos mesmos. Veja, acima, GIG e Macrossomia.

Nativo – O bebê que nasce vivo.

Natimorto – O bebê que nasce morto. Morte intra-uterina.

Náuseas – vontade de vomitar, concretizada ou não.

NCC – Sigla do Novo Código Civil promulgado em 2002; substituiu o anterior, de 1916.

Neonatal – referente ao neonato (o recém-nascido).

Neonato – sinônimo de recém-nascido.

Nidação – É a implantação (fixação) do blastócito (do ovo em desenvolvimento, em fase de multiplicação celular) no útero materno, após transitar no interior da trompa uterina.

Nosologia – Estudo das moléstias, das doenças.

Nutrientes – alimentos.

Oligoidrânnio – menor quantidade de líquido amniótico na bolsa d'água. Há tabelas que apontam, para cada idade da gravidez, os volumes considerados normais. A ultra-sonografia é, atualmente, o grande recurso para detecção da oligoidramnia (sinônimo).

Oligúria – diminuição da diurese, ou seja, menor volume produzido de urina. Qualquer palavra terminada em úria, em Medicina, se refere à eliminação urinária. Ex. Proteinúria (menor concentração de proteína na urina).

Ominosas – prejudiciais, nocivas, que causam danos.

Ovo. Sinônimos: zigoto ou óvulo fecundado. Vejam, abaixo, considerações sobre o ovócito.

Ovócito – é a célula Ovo = ovo+cito (célula). O ovo é a célula que se forma após a penetração do espermatozóide (gameta masculino) no óvulo (gameta feminino). O ser humano, por exemplo, começa a existir biologicamente a partir da aludida junção.

Óvulo – célula reprodutiva feminina produzida nos ovários.

Paralisia cerebral (PC) – lesão cerebral, geralmente determinada por inúmeras causas ocorrentes durante a gravidez e/ou o momento do parto, que determinam na criança vitimada deficiências motoras várias e, também (não em todos os casos) retardo mental, sem caráter progressivo. Altos índices de PC revelam má assistência obstétrica e/ou pediátrica neonatal.

Parto cesariano – realizado por via abdominal, também denominado de parto cirúrgico ou simplesmente de cesárea. Também denominado de tocurgia.

Perinatologia – é a ciência que estuda o bebê, enquanto feto no final da gravidez, no momento do parto, e o recém-nascido, nos primeiros 28 dias após o nascimento. Em realidade, perinatologia engloba a participação do obstetra e do pediatra, principalmente, não prescindindo do concurso de outros profissionais. É um esforço somatório em benefício da vida, da segurança e do bem-estar do perinato [feto+neonato (recém-nascido)].

Período de morfogênese. Sinônimos: período de embriogênese ou de organogênese. Para maiores detalhes, favor ler, neste glossário, morfogênese. Vai, esta fase, do momento da formação do ovo até o segundo mês completo de gravidez.

Período fetal – Após o período de embriogênese, de morfogênese, surge o feto, a partir do início do terceiro mês de gestação até o seu término.

Período pré-concepcional – é o momento anterior à gravidez. Teoricamente, qualquer fase antes da gestação, no histórico de vida da mulher; entretanto, a expressão aludida é utilizada em medicina obstétrica para definir o momento imediatamente anterior à prenhez.

Peritonite – Infecção localizada no peritônio, membrana que reveste as vísceras abdominais. Trata-se de um processo inflamatório grave.

PIG – Pequeno para a Idade Gestacional – criança que nasce com desenvolvimento inferior ao considerado normal. Geralmente, nasce com sinais de emagrecimento e é de menor tamanho.

Placenta – Órgão anexo do embrião formado por tecido materno e tecido fetal, com várias funções, dentre as quais, a de alimentar o nascituro (embrião/feto) a partir das substâncias nutritivas contidas no sangue materno. A placenta é eliminada após o parto.

Placenta prévia normalmente inserida – é quando a placenta descola (se solta do útero), antes da criança nascer, mesmo estando localizada em sua posição normal, próxima ao fundo do útero. Trata-se de uma situação médica de extrema gravidade, tanto para a gestante quanto para o feto.

Pneumomediastino – penetração de ar, com elevada pressão, no interior do mediastino, espaço torácico situado em torno do coração, causado por diversas situações clínicas, em todas as fases da vida humana; quando acontece no período neonatal pode comprometer a função cardíaca; existente também em neonatos prematuros e de baixo peso ao nascer.

Pneumonia ou pneumonite – Inflamação dos pulmões, geralmente causada por bactérias ou vírus.

Pneumotórax – penetração de ar dos pulmões no interior da pleura, membrana que reveste os reveste, determinada por várias causas, causa de colapso pulmonar e de sérias complicações orgânicas relacionadas à súbita privação de oxigênio; presente em qualquer idade, mas assumindo maior gravidade no período neonatal, principalmente em neonatos prematuros e de baixo peso ao nascer.

Polaciúria ou polaquiúria – emissão (eliminação) frequente de pequenas quantidades de urina.

Polidrâmnio – Veja no tópico hidrâmnio esclarecimentos a respeito.

Posmaturo (ou posmaduro) – Recém-nascido de gravidez com mais de 42 semanas.

Pré-eclâmsia – Veja, acima, eclâmsia ou eclampsia. É a fase inicial da doença.

Prematuro – (Pré-termo ou pretermo, conforme a nova ortografia da língua portuguesa); é a criança nascida antes do tempo.

Prenatalista – Médico que faz pré-natal, geralmente o obstetra. Em locais com menores recursos, podem ser profissionais não especializados em Obstetrícia: médicos generalistas, ou enfermeiros (as), somente no atendimento de gestantes de baixo risco.

Prenhez – Sinonímia: gestação, gravidez.

Primípara – mulher que só pariu uma vez.

Procidência de cordão umbilical – Sinônimos: apresentação do cordão. Descida anormal do cordão umbilical, se antecipando à saída do feto. Associa-se a prematuridade, anencefalia, polidrâmnio, cordões longos, presença de gêmeos etc.

Puérpera – denominação dada à mulher após o parto.

Puerpério – Período que se segue ao parto.

Recém-nato – Expressão sinônima de recém-nascido e neonato.

Retardo mental – ou atraso mental, significa dizer: desenvolvimento da inteligência abaixo dos níveis considerados normais; QI. Há casos de maior ou menor retardo mental.

Retinopatia da prematuridade – doença que atinge a retina, estrutura intra-ocular, causa de cegueira, incidente em prematuros de muito baixo peso, decorrência de o uso de oxigênio prolongado no período neonatal.

Ruptura ou rotura prematura de membranas amnióticas – Veja, acima, membranas amnióticas.

Secundigesta – mulher que engravidou duas vezes.

Sépsis – infecção generalizada, decorrência da multiplicação acelerada de micro-organismos (bactérias, principalmente) e agressão a todo o organismo; muito comum em bebês prematuros.

Septicemias – Veja acima sépsis.

Síndrome de abstinência – os recém-nascidos de mães viciadas que usam drogas lícitas (álcool) e ilícitas (maconha, cocaína, morfina etc.) apresentam nas primeiras horas e dias de vidas sinais clínicos de dependência física, exteriorizada através de vários sinais clínicos: irritabilidade (choro continuado), nervosismo, sudorese, palidez, aumento de frequência cardíaca, vômitos, diarreia, febre, convulsões, falta de ar, que exigem tratamento imediato.

Síndrome de Angústia Respiratória (SAR) – Patologia que atinge recém-nascidos, particularmente os prematuros menores, causada pela ausência de uma substância localizada no interior dos pulmões, que permite que os seus alvéolos não colabem, não colem, mantendo-os em funcionamento. A SARI é responsável por muitas mortes no período neonatal.

Síndrome hipóxico-isquêmica – Quadro clínico de elevada gravidade, decorrência de situações incidentes durante a gravidez e/ou parto, resultantes de reduzido fornecimento de oxigênio ao feto. Esta síndrome costuma cursar com intensa falta de ar, convulsões e outros sintomas neurológicos.

Síndrome de Mendelson – quadro clínico gravíssimo que acomete a parturiente, determinado por vômitos (o suco gástrico é rico em ácido clorídrico e pepsina, substâncias extremamente irritativas) aspirados no curso após uma cirurgia e procedimentos anestesiológicos. O material vomitado é aspirado, no caso, pela mulher submetida a um parto cirúrgico cesariano, gerando quadro clínico gravíssimo de pneumonia química e suas imediatas consequências: falta de ar intenso e todas as complicações decorrentes disso.

Sistema nervoso central – o encéfalo, com suas estruturas intracranianas e medulares.

Sistema nervoso periférico - é constituído por todas as demais estruturas nervosas: nervos.

Sistema ósteo-articular – Expressão usada em medicina para se referir ao conjunto de ossos e de suas respectivas articulações.

Sofrimento fetal agudo – situação clínica grave de falta de fornecimento de oxigênio para o bebê na hora do parto, causada por diversos motivos (parto demorado ou muito rápido etc.), determinante de lesões em todos os órgãos da criança, principalmente atingindo cérebro, geradora de inúmeras sequelas: paralisia cerebral, retardo mental etc.

Sofrimento fetal crônico – situação clínica grave de falta de fornecimento de oxigênio para o bebê durante a gravidez, causada por diversos motivos (hipertensão arterial, mães fumantes etc.), determinante de lesões em todos os órgãos da criança, principalmente atingindo cérebro, geradora de inúmeras sequelas: paralisia cerebral, retardo mental etc. Pode sofrer agravamento durante o trabalho de parto; nesta situação, o nascituro foi vítima duplamente : sofrimento fetal crônico + sofrimento fetal agudo, acima explicado. Muito maior risco de sequelas.

Sonar Doppler – pequeno aparelho de ultrassom, muito utilizado pelos obstetras, para ouvir os batimentos cardíacos do feto.

Teratologia – É a ciência que estuda as anomalias congênicas que ocorrem durante a gravidez, nos períodos embrionários e fetais, determinados por diferentes causas.

Teratológica – Relativa à teratologia, às anomalias congênicas.

Tetraplegia – Lesão neurológica que atinge os quatro membros: superiores e inferiores.

UTIN – Sigla da expressão: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, local de atendimento especializado multi-interdisciplinar a recém-nascidos de risco. Sinônimo: UCIN – Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal.

Tocologia – sinônimo de Obstetrícia.

Tocológico – Referente à tocolgia. (veja, acima)

Toxemia gravídica – Veja pré-eclâmpsia e eclâmpsia.

Vírus – partícula de vida, que somente sobrevive no interior de uma célula. É causa de muitos males infecciosos. Exemplos: rubéola, herpes, citomegalia, sarampo, gripe, entre outras.

Vulnerable persons - pessoas vulneráveis, frágeis, incluindo embriões e fetos (na convicção deste mestrando)

ANEXOS – LISTA DE TABELAS & FIGURAS

Resultados

Tabelas formuladas segundo a categorização das áreas do conhecimento pelo CNPq.

Tabela 1 - Temática Família na literatura sobre gravidez na adolescência

Área do conhecimento	Frequência	%
Ciências da Saúde	91	78,0
Ciências Humanas	25	22,0
Total	116	100,0

Fonte: Pesquisa bibliográfica, 2010.

Figura 1 - Temática Família na literatura sobre gravidez na adolescência

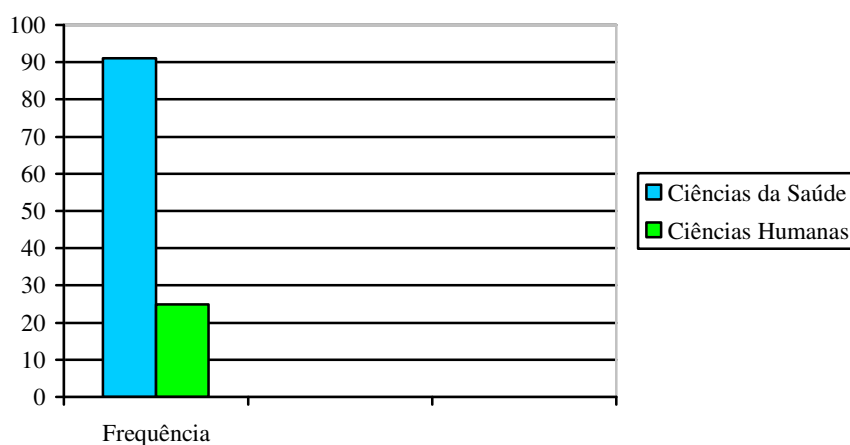
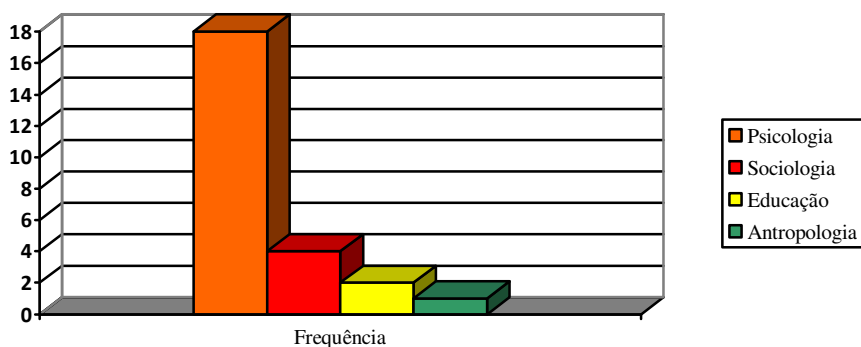


Tabela 2 - Temática Família em estudos de Ciências Humanas sobre gravidez na adolescência.

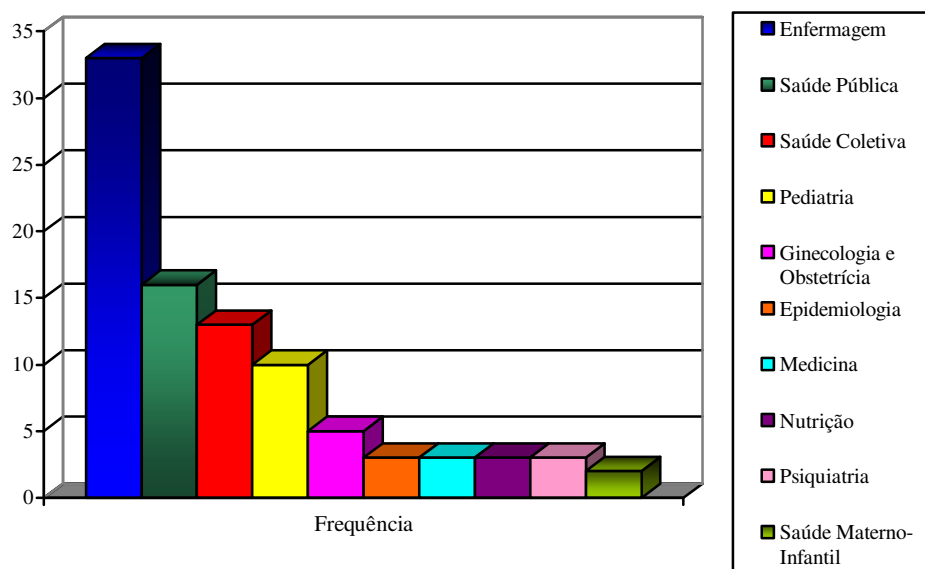
Ciências Humanas	Frequência	%
Psicologia	18	72,0
Sociologia	04	16,0
Educação	02	8,0
Antropologia	01	4,0
Total	25	100,0

Fonte: Pesquisa bibliográfica, 2010

Figura 2 - Temática Família em estudos de Ciências Humanas sobre gravidez na adolescência**Tabela 3** - Temática Família em estudos de Ciências da Saúde sobre gravidez na adolescência.

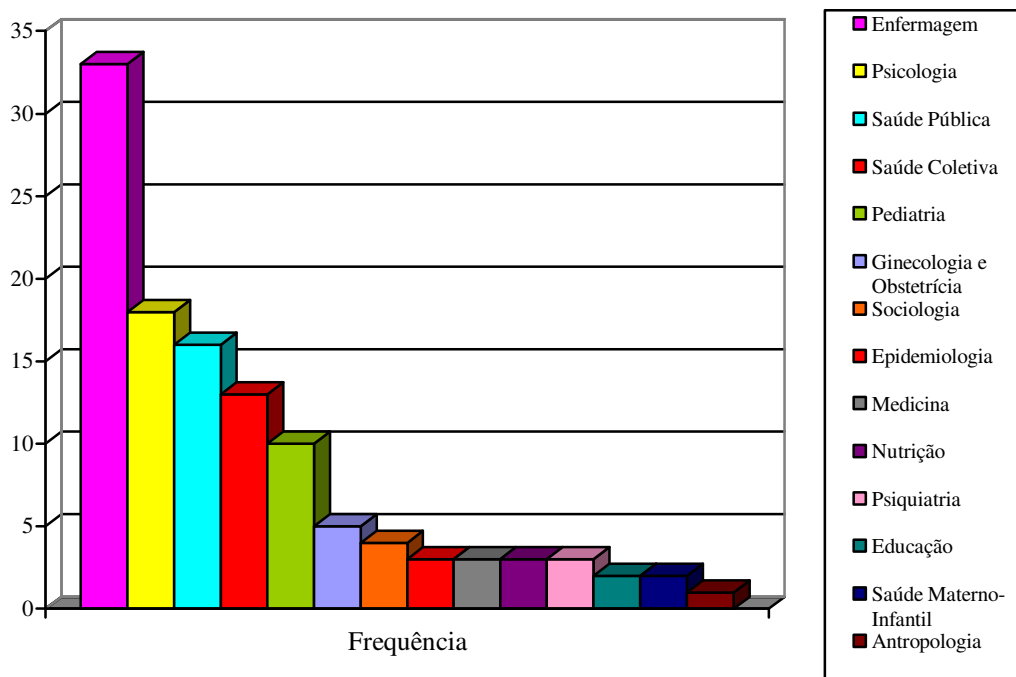
Ciências da Saúde	Frequência	%
Enfermagem	33	37,0
Saúde Pública	16	18,0
Saúde Coletiva	13	14,0
Pediatria	10	11,0
Ginecologia e Obstetrícia	05	6,0
Epidemiologia	03	3,0
Medicina	03	3,0
Nutrição	03	3,0
Psiquiatria	03	3,0
Saúde Materno-Infantil	02	2,0
Total	91	100,0

Fonte: Pesquisa bibliográfica, 2010

Figura 3 - Temática Família em estudos de Ciências da Saúde sobre gravidez na adolescência**Tabela 4** – Distribuição da temática Família por disciplina.

Especialidades	Frequência	%
Enfermagem	33	28,4
Psicologia	18	15,5
Saúde Pública	16	13,8
Saúde Coletiva	13	11,2
Pediatria	10	8,6
Ginecologia e Obstetrícia	05	4,3
Sociologia	04	3,5
Epidemiologia	03	2,6
Medicina	03	2,6
Nutrição	03	2,6
Psiquiatria	03	2,6
Educação	02	1,7
Saúde Materno-Infantil	02	1,7
Antropologia	01	0,9
Total	116	100,0

Fonte: Pesquisa bibliográfica, 2010.

Figura 4 – Distribuição da temática Família por disciplina**Tabela 5** - Relação das 10(dez) disciplinas da área das Ciências da Saúde e das 4 (quatro), da área das Ciências Humanas.

- Enfermagem – 33 vezes*,
- Psicologia – 18 vezes**,
- Saúde Pública* – 16 vezes,
- Saúde Coletiva* – 13 vezes,
- Pediatria – 10 vezes*,
- Ginecologia e Obstetrícia* – 05 vezes
- Sociologia – ** 04 vezes,
- Epidemiologia* – 03 vezes,
- Nutrição* – 03 vezes,
- Medicina Geral* – 03 vezes,
- Psiquiatria* – 03 vezes,
- Educação** – 02 vezes,
- Saúde Materno-Infantil* – 02 vezes,
- Antropologia – 01 vez.**

* Ciências da Saúde- ** Ciências Humanas