

Gravidez na Adolescência: O Nascimento de uma Consulta e de um Programa de Intervenção

MARIA DE JESUS CORREIA (*)
MARIA JOSÉ ALVES (**)

1. INTRODUÇÃO

A adolescência é um espaço de transição entre a infância e a idade adulta, que começa quando da entrada em função dos órgãos sexuais.

Na rapariga, o início é marcado pela primeira menstruação. Já o seu fim é bastante mais difícil de definir, dependendo da estrutura da personalidade e dos aspectos sócio-culturais em que a adolescente se insere.

Nas sociedades mais antigas, os ritos de iniciação no limiar da puberdade marcavam a passagem abrupta à idade adulta.

Hoje, nas sociedades industrializadas, associa-se o aparecimento mais precoce da menarca com uma maior dificuldade de obter autonomia social para aumentar os anos vividos na Adolescência.

Entre estes dois extremos existem cambiantes de comportamento e de papéis desempenhados pela adolescente, de acordo com os padrões pessoais familiares, sócio-económicos, educativos e culturais que absorveu.

(*) Psicóloga Clínica do Departamento de Psicologia Clínica da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

(**) Médica Especialista de Obstetricia/Ginecologia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA ADOLESCÊNCIA

A Adolescência é considerada, muitas vezes, como um período de crise — crise/mudança; situa-se entre dois pólos importantes: Dependência (protecção)/Independência (autonomia).

Neste período há uma flutuação entre a dependência e a independência e, só a maturidade adquirida ao longo do processo permitirá, mais tarde, o aceitar da independência, dentro do limite da necessária dependência.

O adolescente mover-se-á entre o impulso ao desprendimento e a defesa que impõe o temor ao desconhecimento.

A entrada no mundo dos adultos é desejada e temida.

É o período das contradições, das confusões, das ambivalências; período doloroso, caracterizado por fricções com os pais com função parental e de identificação e uma transformação destes em parceiros mais velhos.

Mas, não é só o adolescente que sofre neste processo; os pais também têm dificuldade em aceitar este crescimento do filho. Experimentam sentimentos de rejeição face ao desenvolvimento da genitalidade dos filhos e à conseqüente manifestação de personalidade. Por vezes, esta

incompreensão é mascarada pela concessão de excessiva liberdade que o adolescente pode viver como um abandono, que o é mesmo muitas vezes.

É uma fase em que mudam o objecto e os objectivos; há a abertura do caminho para a escolha do parceiro sexual como futuro objecto de sexualidade adulta.

É a fase em que o amor edipiano, sempre temido na expectativa da decepção e da culpa, dá lugar ao amor genital a um objecto solto e sem dono, de livre escolha, com poder criativo e amplificador (A. C. Matos).

Ao ir aceitando a sua genitalidade, o adolescente inicia a busca do parceiro dum modo tímido mas intenso; começam os contactos superficiais, os carinhos cada vez mais profundos e mais íntimos — vai-se enchendo a vida sexual do adolescente.

Para que este amor adulto seja viável, é necessária uma completa e resolvida separação das imagos parentais e, ainda, que tenha havido uma correcta consolidação da auto-imagem e da auto-estima.

O adolescente só se amará e se julgará amável, suficientemente, através de uma vivência infantil repleta de um amor ajustado por parte dos pais; com uma relação primária satisfatória, uma adequada triangulação, estão construídas as bases para um correcto e proveitoso atravessar da adolescência.

Porém, isto é cada vez mais difícil; vivemos num mundo em que os processos normativos habituais de identificação estão perturbados; as identificações primárias que dependem da mãe sofrem com a emancipação da mulher que cada vez se afasta mais da relação com o filho; as *necessidades básicas de contacto profundo mãe/filho* são muitas vezes ignoradas. O pai esse vê-se cada vez menos, ocupado que está com a sua realização profissional e económica. A comunicação familiar torna-se mais difícil e superficial.

Subitamente, o adolescente sente-se invadido por uma intensa necessidade de amar e ser amado; isto fá-lo voltar-se para o exterior à procura de quem corresponda a esse sentimento.

Há uma crença na onnipotência do seu amor; a vivência amorosa está, no entanto, mais ao nível da idealização, é inconstante por essência, não devendo pressionar-se a

estabilização, pois esta diz respeito ao amor propriamente dito, com matrizes adultas. Isto exige tempo, tempo de crescimento progressivo do desejo, acompanhado de crescimento físico e psicológico necessários à relação sexual adulta.

Um dado de realidade é que, nos últimos anos, tem havido um grande aumento de relações sexuais nos adolescentes. Há uma procura cada vez mais directa de excitação e prazer imediatos, e cada vez mais cedo. Vem havendo uma confusão entre ternura e carinho com prazer instintivo imediato.

Sabemos que a carga excessiva de conflitos, que surgem e são reactivados nesta fase, podem levar a um precoce jogo sexual. Isto reveste-se de particular relevo no caso da adolescente porque sobre ela paira a possibilidade de engravidar, podendo, portanto, este jogo sexual prematuro tornar-se um caso sério.

A heterogeneidade do grupo acarreta um diferente impacto e aceitação da gravidez por parte da jovem.

Uma rapariga da comunidade cigana ou cabo-verdiana pode sentir-se gratificada com o aparecimento de uma gravidez que terá mesmo *desejado e que a valoriza aos olhos do companheiro e dos seus congéneres*. (No entanto, não devemos confundir gravidez com maternidade e uma aceitação da primeira quando esta traz privilégios de ocasião não é garantia de uma adequada preparação para o papel de mãe.)

A situação é totalmente diferente quando a gravidez surge de maneira imprevista numa adolescente estudante, em que toda a dinâmica familiar é subitamente perturbada pelo conhecimento da gestação. O sentimento de pecado e de culpa, o esforço que resulta do ajustamento à maternidade, a sensação de perda prematura da condição de adolescente e, por vezes, um matrimónio forçado com alta probabilidade de divórcio vai irremediavelmente afectar a vivência dessa gravidez, e terá custos emocionais, por vezes a longo prazo.

Surge então a questão: porque é que na época dos anticoncepcionais tantas adolescentes ficam grávidas?

Muitos teóricos acreditam que tal acontece para satisfação de necessidades psicológicas. A habilidade ou inabilidade para a adolescente usar os anticoncepcionais de um modo

adequado envolve, segundo estes teóricos, justificações psicológicas.

Hertz diz que as adolescentes procuram mais carinho e segurança nas relações sexuais do que sexo e que, além disto, procuram demonstrar independência e pertença ao mundo adulto. Por outro lado, temos que o sentimento de solidão, normal na adolescência, se pode agravar a um estado depressivo, a uma sensação de vazio. Este acréscimo pode ainda ter na sua base um meio familiar precário em ternura e compreensão. A adolescente pode tentar remediar isto indo directamente ao prazer, permitindo-se dar largas à sua sexualidade: confunde ternura e amor com o interesse sexual do homem, e engravidar pode parecer-lhe uma forma de atenuar as suas carências.

H. Deutsch chama a atenção para o facto de se nenhuma precaução foi tomada isto nada tem a ver com a falta de informação sexual; para esta autora, a educação sexual não é o único remédio, a pílula também não; a gravidez é, muitas vezes, compulsiva e os actos compulsivos resistem a qualquer intervenção deste tipo.

É ainda a mesma autora que afirma: «o desejo, consciente ou inconsciente de ter um bebé pode ser mais forte que os argumentos racionais ou sociais que se lhe opõem.»

Resumindo alguns aspectos que podem estar na base da gravidez na Adolescência temos:

- Actuação de fantasias edipianas (com substituição do pai pelo namorado);
- Desejo de igualizar a mãe rivalizando com ela (com o desejo fantasmático de ter um filho de seu pai);
- Identificações desfavoráveis (mãe, irmã, amiga);
- Necessidades de vingança na família, de desafios;
- Tendência à auto-punição;
- Mostrar aos pais a maturidade;
- Ver no bebé alguém que dê o amor incondicional de que sentem falta;
- Necessidade de carinho e ternura que criam aptência para gravidez — fantasiando que estar grávida proporciona a satisfação dessas necessidades.

Por vezes, combinam-se vários deles. E porque não pensar, também, na simples

curiosidade sexual como suficiente para pôr a adolescente perante a tarefa adulta da maternidade.

Seja como fôr, quando surge a gravidez vários problemas se podem desencadear. Osofsky esquematiza-os do seguinte modo:

1. Muitas vezes a adolescente é excluída directa ou indirectamente da escola.
2. Há um levantamento familiar com desapontamento, culpas, acusações, havendo necessidade de redefinição de papéis pais/filhos.
3. As relações com o pai do bebé podem mudar.
4. As relações com os pares sofrem alterações.

Com a continuação da gravidez outros problemas vão surgindo.

A opção que a adolescente tomar relativamente ao futuro com o bebé acarreta sempre algumas questões: se fica com o bebé há o lutar com todas as exigências que faz uma criança, sem esquecer que sendo adolescente continua com as necessidades relacionadas com a sua própria adolescência; se decide dar o bebé para adopção podem emergir outros conflitos relacionados com o dar o bebé: pressões familiares, culpa, vergonha; se decide pelo aborto e continuar o seu desenvolvimento como adolescente, os problemas subjacentes não desaparecem — culpa e tristeza persistem e as dificuldades psicológicas não resolvidas podem contribuir para engravidar de novo.

Independentemente do contexto sócio-cultural de que provém a jovem, e dos aspectos psicológicos implicados na situação, consideramos que se trata sempre de um grupo com risco pré-natal acrescido por:

- O número elevado de raparigas que recorre ao aborto clandestino;
- A quase totalidade das gravidezes serem não planeadas sem ter sido feita prevenção ou correcção de factores de risco para a mãe ou para o feto;
- A grande maioria das adolescentes iniciaram cuidados pré-natais tardios, impossibilitando a detecção e correcção precoce de estados patológicos e por vezes

impedindo a determinação precisa da idade gestacional;

- A existência de déficits nutricionais acentuados pelas maiores necessidades da Adolescência e maus hábitos alimentares;
- A frequência de doenças de transmissão sexual, sendo a adolescente renitente à efectivação do tratamento;
- Enfim, ao desconhecimento da jovem em relação às alterações da gravidez normal ou patológica, neste caso não procurando a tempo intervenção médica adequada.

Em relação ao risco obstétrico há que esperar um aumento da incidência de parto pré-termo, hipertensão gestacional e RN de baixo peso, detectando e corrigindo as causas passíveis de prevenção ou correcção e/ou iniciando tratamento precoce.

Uma nota mais negra, e um alerta para nós, deve constituir o Relatório do Fundo das Nações Unidas para a população, relativamente à situação da população em 1989, no que respeita à gravidez na Adolescência.

3. CONSULTA DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS

1. *A Consulta Obstétrica*

Para nós técnicos falar de Adolescência, lidar com adolescentes numa atitude de cuidados de saúde e/ou investigação não é tarefa fácil. No entanto, cientes dessa dificuldade partimos para a organização da consulta(1).

Sabemos, à partida, que de um modo geral a adolescente grávida tem necessidades especiais, nomeadamente ao nível da necessidade de comunicar as suas ansiedades, de poder expor os seus problemas ao sentir-se especialmente vulnerável por compreender que, muitas vezes, emocional e intelectualmente está longe de ter a maturidade que julgava possuir.

Gostaríamos que a adolescente sentisse o enquadramento de atendimento que lhe merecesse confiança, onde recebesse o apoio emocional que necessita, através de uma relação com importância também formativa e securizante.

(1) A proposta da criação da Consulta partiu do Dr. Dória Nobrega, a quem aqui prestamos os nossos agradecimentos.

Também o pai do bebé e a família necessitam de ajuda na elaboração dos problemas; precisam de falar com alguém que os auxilie no esclarecimento e compreensão dos sentimentos, para mais facilmente poderem posicionar-se na nova situação com que se deparam.

Este aspecto, se bem que merecedor da nossa atenção, não pode ser o alvo principal da nossa intervenção. Isto por duas razões: se, por um lado, não temos técnicos disponíveis para o desenvolver, por outro, tal procedimento está um pouco fora do âmbito de uma instituição com estas características.

Até este momento(2), a Consulta de Adolescentes tem consistido em:

1. Rastreio feito pelos técnicos de enfermagem, com encaminhamento para as segundas e quintas-feiras;
2. Primeira Consulta Médica;
3. Primeira Consulta Psicológica;
4. Encaminhamento para o Serviço Social;
5. Seguimento.

Tomando como objectivos da Consulta:

- A adesão da rapariga a um programa de cuidados pré-natais adequados;
- Tornar a gravidez uma experiência estimulante para o crescimento de cada adolescente e para a sua integração na vida dos adultos;

Encontrámos como obstáculos ao trabalho:

- A natural desconfiança da jovem frente aos mais velhos e às suas instituições;
- A dificuldade da grávida adolescente assumir a sua responsabilidade no bem-estar fetal ou tão somente aceitar os incómodos inerentes ao seu estado, mesmo quando o considera interessante;
- A organização institucional com circuitos às vezes complicados, mas sempre impessoalizados;
- O paternalismo com que somos tentados a tratar a adolescente.

Para ultrapassarmos estas dificuldades delineámos alguns pontos de actuação.

(2) Este momento reporta-se ao mês de Novembro de 1989.

Na primeira consulta, e durante a anamnese, faz-se a abordagem dos aspectos sócio-culturais que caracterizam a adolescente:

- Conhecimento e utilização de anti-concepcionais, antes da gravidez;
- Ambiente familiar de origem e a sua reacção à gravidez;
- Relacionamento com o pai da criança;
- Interrupção dos estudos da adolescente.

Esta abordagem é feita de maneira perfeitamente informal, sem carácter exaustivo, sem registo de dados frente à rapariga e sempre controlando o que possa ser curiosidade.

Pretendemos avaliar a aceitação da gravidez por parte da rapariga, o apoio que tem, quer no plano emocional quer no plano prático e, ainda, a sua maturidade.

À medida que apreendemos a sua realidade, vamos pessoalizando a forma de a atender e a forma de lhe dispensar os cuidados pré-natais.

Durante o exame objectivo, pomos um cuidado especial na execução do exame pélvico. Este exame é, para muitas raparigas, a primeira observação ginecológica, encarada com maior ou menor apreensão. Para tal é necessário um ambiente calmo, pelo que muitas vezes adiamos esse exame para um dia em que a Consulta esteja menos agitada, e ele possa ser feito com mais recato.

Antes da rapariga assumir a posição ginecológica, explicamos-lhe porque e como é feito o exame pélvico, e o incómodo que ele pode causar, assegurando-lhe, entretanto, ser perfeitamente indolor quando executado com boa técnica e com a colaboração da mulher (ensinamos-lhe a maneira de descontrair os músculos do períneo).

O exame não é executado nesse dia se não tivermos a anuência da adolescente. Pretendemos, assim, evitar situações de stress frente ao espéculo. A observação ginecológica da adolescente nem sempre é um sucesso.

No fim da primeira consulta registamos, no livro verde da Grávida Adolescente, o nosso nome, o número de telefone da Maternidade e o Serviço onde nos pode encontrar. A jovem sabe que pode telefonar sempre que lhe surja um problema físico, ou se tem dificuldade na realização de um exame pedido; se recorre ao Serviço de Urgência, cuja utilização tentamos

ensinar-lhe ao longo da gravidez, deve dizer também pertencer à Consulta de Adolescentes da Instituição.

Pensamos que este procedimento lhes aumenta, inquestionavelmente, a sensação de segurança e a confiança na estrutura Hospitalar, a qual se vai tornando familiar pouco-a-pouco.

Neste momento, todas as adolescentes são encaminhadas ao Departamento de Psicologia e ao Serviço Social para um rastreio de situações que necessitem de apoio.

2. Relação com os pais

Sempre que a jovem o deseja informamos os familiares sobre a gravidez, ou aconselhamos sobre este ou aquele procedimento. Também, por vezes, a adolescente mostra vontade que a mãe assista à Consulta, por não se sentir bem ou porque há algum problema de gravidez para o qual ela deseja apoio.

No entanto, por norma, procuramos que a rapariga se responsabilize pelos cuidados pré-natais, não delegando nos familiares a vigilância da gestação.

Se a família nos procura, sem o conhecimento da grávida, informamo-la do ocorrido e do motivo da conversa.

A adolescente tem, como é natural, uma grande ansiedade face ao parto.

Ao medo do desconhecido, juntam-se as experiências dolorosas transmitidas pelas mulheres da família e a falta de conhecimentos do processo da gravidez e do parto.

Embora se privilegie a entrada espontânea em trabalho de parto, temos recorrido, em casos de índice de Bishop favoráveis, à indução do trabalho no nosso dia de Banco, facto acordado com a adolescente.

O clima emocional do parto é influenciado positivamente pela presença de alguém familiar junto à rapariga. Sempre que assim procedemos, a grávida faz um trabalho de parto rápido terminando em parto vaginal. Defendemos a aplicação da analgesia epidural para o trabalho de parto deste tipo de grávida. Isto não significa o seu uso indiscriminado. Pensamos, pela curta experiência que fomos adquirindo, que é bem aceite pela rapariga na altura do parto, mesmo se estava renitente antes. Possibilita-lhe uma maior colaboração e dá-lhe possibilidade de

recordar o parto como uma experiência gratificante.

No puerpério, asseguramo-nos que a adolescente sai com medidas de contracepção tomadas e devidamente ligada à Consulta de Planeamento Familiar.

3. A consulta Psicológica

Do ponto de vista da Consulta de Psicologia, o processo é o seguinte: após a primeira Consulta Médica, a adolescente é acompanhada por uma empregada até ao Departamento de Psicologia Clínica onde, em gabinete, se procede a uma entrevista psicológica individual. Pretende-se avaliar o equilíbrio psicológico actual da adolescente grávida.

Sem dúvida que grande parte destas adolescentes passam por uma reacção emocional de sofrimento que acarreta ajustamentos psicológicos individuais e familiares difíceis de serem vividos e aceites. É a isto que temos que estar atentos. Outras, pelas mais variadas razões, conseguem organizar-se internamente de um modo satisfatório.

Estes são os parâmetros básicos que levam a que, com umas adolescentes, se inicie um processo de acompanhamento psicológico e, com outras, apenas um control da evolução da situação.

Temos, portanto, que o programa de acompanhamento psicológico varia consoante as características de cada uma das situações. Pode ir desde sessões semanais de cerca de 50 minutos até sessões mensais quando queremos observar a evolução do caso.

O termo de acompanhamento psicológico é também ele variável. Em alguns casos termina 1 a 2 semanas após o nascimento do bebé, isto se se observa uma adequada adaptação à maternidade bem como a existência de suporte familiar e afectivo.

Quando a adolescente não possui recursos internos de personalidade que lhe permitam, sózinha, uma vivência adequada da nova situação com que se deparam — a maternidade

—, prolonga-se o apoio psicológico durante o tempo necessário mantendo assim o suporte egóico que vem tendo.

BIBLIOGRAFIA

- Matos, A.C. (1980). A Fantasia na Adolescência. *O Médico*, 95(1503): 712-720.
- Matos, A.C. (1982). O adolescente: príncipe Édipo e rei narciso. *O Médico*, 108(1973): 696-703.
- Dentsch, H. (1949). *De la Psychologie des Femmes (2. Maternité)*. Paris: PUF.
- Dias, C.A. & Vicente, T.N. (1984). *A Depressão no Adolescente*. Porto: Ed. Afrontamento.
- Enderle, C. (1988). *Psicologia da Adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Silva, M.O. (1983). Mães adolescentes: o seu desejo, as suas razões. *O Médico*.
- Osofsky, J.D. & Osofsky, H.J. (1978). Teenage pregnancy: psychosocial considerations. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 21(4): 1161-1173.

RESUMO

As autoras fazem a apresentação da Consulta de Adolescentes grávidas da Maternidade Dr. Alfredo da Costa justificando a necessidade desta pela sua característica de gravidez de alto risco físico e psicológico.

As autoras abordam, ainda, o funcionamento e objectivos da Consulta após referências teóricas à vivência psicológica e física duma gravidez neste período da vida, dando ênfase aos aspectos de risco que a fazem ser alvo de uma atenção particular.

ABSTRACT

The authors present the consultation of pregnant adolescents at Maternidade Dr. Alfredo da Costa, justifying its existence with the great physical and psychological risk of these pregnancies.

Furthermore, the authors refer the objectives and functioning of this consultation, following theoretical references relating to the psychological and physical manner in which the adolescent lives through her pregnancy, emphasising those aspects which make her a target for particular attention.