



GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	3
1- EDUCAÇÃO SEXUAL	4
2- MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NA ADOLESCÊNCIA	10
3- AÇÕES DE PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA	25
4- ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA SAÚDE DO ADOLESCENTE	29
5- PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	39
REFERÊNCIAS	

INTRODUÇÃO

Prezado (a) aluno (a),

O curso apresenta material básico e introdutório relacionados a gravidez na adolescência.

A **gravidez na adolescência** é considerada a que ocorre entre os 10 e 20 anos, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Apontada como uma gestação de alto risco decorrente das preocupações que traz à mãe e ao recém nascido, a gravidez nesta faixa etária pode acarretar problemas sociais e biológicos.

O Brasil apresenta elevados índices de adolescentes grávidas. Porém, o Ministério da Saúde indica que houve uma redução de 17% no número de mães entre 10 e 19 anos, no período de 2004 a 2015.

1- EDUCAÇÃO SEXUAL

Educação sexual é o ensino sobre a anatomia, a psicologia e aspectos comportamentais relacionados à reprodução humana. Costuma ter, como principal público alvo, os adolescentes, visando à construção de uma vida sexual saudável e a prevenir problemas como a gravidez indesejada, as doenças sexualmente transmissíveis, abuso sexual. "A discussão acerca da sexualidade no contexto da educação envolve a prática de projetos abrangentes que visam oferecer espaços para reflexões emancipatórias relacionadas aos fenômenos afetivos e sexuais. Do caráter informativo até a problematização da sexualidade e do gênero, a educação sexual é disciplina em evidência na contemporaneidade por sua necessidade histórica, política, social e humana".

Histórico

As discussões sobre a inclusão de temáticas relativas à sexualidade humana no currículo das escolas de ensino fundamental e médio vem se intensificando desde a década de 1970. Acredita-se que isso se deu provavelmente em função das mudanças comportamentais dos jovens dos anos 1960, mas principalmente pelas cobranças por parte dos movimentos feministas e de grupos que pregavam o controle da natalidade. Com diferentes enfoques, há registros de discussões e de trabalhos em escolas desde a década de 1920.

Especificamente no caso do Brasil, a retomada contemporânea dessa questão deu-se juntamente com os movimentos sociais que propunham, com a abertura política (1974-1988), repensar, de forma crítica, o papel da escola e dos conteúdos por ela trabalhados. Mesmo assim, as ações práticas, tanto na rede pública como na rede privada de ensino, não foram muitas.

A partir de meados dos anos 1980, a demanda por trabalhos na área da sexualidade nas escolas aumentou em virtude da preocupação dos educadores e de toda a população com o grande crescimento da incidência de gravidez indesejada entre as adolescentes e principalmente com o risco crescente da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana entre os jovens.

Abordagem Pedagógica

Possui as seguintes características:

Volta-se mais diretamente para o processo "ensino aprendiz" de sexualidade;

Valoriza o aspecto informativo desse processo, podendo também dar ênfase ao aspecto formativo, onde se propicie a discussão de valores, atitudes e preconceitos; pode, ainda, considerar a importância da discussão de dúvidas, sentimentos e emoções;

Direciona mais acentuadamente a reformulação de valores, atitudes e preconceitos, bem como todo o "processo de libertação", para o nível individual.

Abordagem Religiosa Tradicional

Possui as seguintes características:

Liga a vivência da sexualidade ao amor de Deus e à submissão às normas religiosas oficiais;

Tem, como metas básicas, a preservação dos valores morais cristãos e o desenvolvimento da vida espiritual;

Vincula o sexo ao amor pelo parceiro, ao casamento e à procriação;

Encara o casamento e a virgindade/castidade como os dois únicos modos de viver a aliança com Deus;

Valoriza a informação de conteúdos específicos da sexualidade (encarando-a, porém, como uma meta secundária);

Pode estar comprometido com uma educação para o pudor.

A preocupação da abordagem religiosa é a formação cristã dos indivíduos, sendo que os católicos seguem as orientações oficiais da Igreja Católica e os protestantes, cada denominação a seu modo, a interpretação literal da Bíblia.

Abordagem Religiosa Liberadora

Apresenta as seguintes características:

Liga a vivência da sexualidade ao amor a Deus e ao próximo;

Tem, como metas básicas, a conservação dos princípios cristãos fundamentais, o desenvolvimento da vida espiritual e a consciencialização do cristão para a participação na transformação social;

Valoriza a informação de conteúdos, num contexto de debate, para, através da discussão da sexualidade, levar à tomada de consciência da cidadania;

Vê, de maneira crítica, as normas oficiais da Igreja sobre a sexualidade e procura levar o cristão a ser sujeito de sua sexualidade, com liberdade, consciência e responsabilidade;

vê a educação sexual como um ato político, ou seja, como uma atitude de engajamento com a transformação social [...]

Abordagem Política

Possui as seguintes características:

Orienta para o resgate do género, do erótico e do prazer na vida das pessoas;

Ajuda a compreender (ou alerta para a importância de se compreender) como as normas sexuais foram construídas socialmente;

Considera importante o fornecimento de informações e a autorrepressão;

Propicia questionamentos filosóficos e ideológicos (ou mostra a importância desses questionamentos);

Encara a questão sexual com uma questão ligada diretamente ao contexto social, influenciando e sendo influenciada por este;

Dá ênfase à participação em lutas coletivas para transformações sociais;

Considera importantes as mudanças de valores, atitudes e preconceitos sexuais do indivíduo para o alcance de sua libertação e realização sexual. Porém, isto é encarado como um meio para se chegar a novos valores sexuais, que possibilitem a

vivência de uma sexualidade com liberdade e responsabilidade, em nível não apenas do indivíduo, mas da sociedade como um todo.

A questão do gênero é abordada buscando dialogar sobre as lutas das mulheres e sua história.

A adolescência é a fase de transição entre a infância e a idade adulta, marcada por transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais. É nesse período que ocorre o encontro de um núcleo de permanência e de estabilidade em si mesmo, denominado identidade, e sua busca por parte dos jovens pode produzir uma série de manifestações inquietantes, entre elas aquelas relacionadas ao exercício da sexualidade (PINTO, 1997).

Hercowitz (2002) considera importante o desenvolvimento da sexualidade para o crescimento do indivíduo em direção a sua identidade adulta, inserção na estrutura social e determinação de sua auto-estima e relações afetivas. Contudo, as mudanças no comportamento dos adolescentes em relação à sexualidade exigem atenção cuidadosa por parte dos pais e profissionais, devido às repercussões que incluem as vulnerabilidades relacionadas à saúde reprodutiva.

Nos dias de hoje, pode-se observar que os jovens iniciam cada vez mais cedo a atividade sexual, adotando práticas e comportamentos que os deixam sob maior risco de infecção pelo vírus da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) - o HIV - e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST). Daí a importância de se abordarem questões sobre sexualidade antes mesmo de iniciar uma discussão sobre a temática dessas doenças propriamente ditas (BRASIL, 1997a).

O crescente aumento dos casos de infecção pelo HIV entre os adolescentes, a ineficiência dos registros de casos de DST, o pouco conhecimento dos jovens em assuntos relacionados à sexualidade e os programas educacionais inadequados são questões preocupantes e que devem ser levadas em consideração em relação à prevenção das DST e Aids (BRASIL, 1997b). Diante disso, Galvão, Ferreira e Alencar (2003) trazem que as ações em saúde relacionadas à prevenção das DSTs, implementadas de forma coerente e adaptadas para cada comunidade, têm sido

uma das medidas de que se pode lançar mão para conter a propagação dessas doenças.

Ainda em relação à educação sexual, o Ministério da Educação, por meio dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) inclui a orientação sexual entre os temas transversais nas diversas áreas do conhecimento, com finalidade de impregnar toda a prática educativa com as questões da orientação sexual (BRASIL, 1997c).

Embora haja um consenso entre os estudiosos sobre a necessidade de se promover a discussão de questões referentes à sexualidade, na prática, educadores e pais ainda parecem apresentar dificuldades em abordar o tema com os jovens. Além disso, nota-se que nas escolas os chamados temas transversais, entre eles a educação sexual, não são tratados de forma a integrar os diferentes saberes, ou seja: a interdisciplinaridade não é contemplada. Isso pode ser constatado pelo fato de se acreditar que, dentro da instituição escolar, o professor de biologia é aquele que mais reúne condições para atender a demanda dos jovens com os questionamentos sobre sexualidade. Entretanto, Sayão (1997) argumenta que se o professor tem a disponibilidade pessoal para se responsabilizar pelo trabalho, sua área de conhecimento não é o ponto mais importante.

O fundamental para a abordagem educacional é que esta seja trabalhada e discutida sob o enfoque da integralidade que, de acordo com Machado et al. (2007), trata-se de abordar os indivíduos, grupos e coletividade tendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere. Os autores acrescentam, ainda, que a educação em saúde como processo político-pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras, enquanto sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e da coletividade.

Outra questão sobre a educação sexual que merece destaque é a hostilidade com que a escola trata as manifestações da individualidade e da sexualidade dos jovens, adotando procedimentos despersonalizadores, como o cumprimento de horários impessoais para a realização de todas as atividades, e não considerando seu papel

de construir individualidades, ou identidades e que esta é uma maneira indireta de contribuição ao amadurecimento da sexualidade juvenil (PINTO, 1997).

Em relação à questão, Bueno (2001) afirma que desde a década de 1980 a educação nacional vem passando por reflexões políticas e filosóficas acerca da realidade. Com isso, educadores têm buscado maneiras alternativas para a melhoria do ensino. No entanto, alguns professores ainda se mantêm estagnados no tempo, devido aos valores arcaicos e às condutas rígidas que assumem no seu cotidiano profissional.

De acordo com Pinto (1997), para ensinar adolescentes é necessário que haja a "subjetivação do conhecimento", ou seja, a transformação do conhecimento em caso pessoal, a vinculação entre o conteúdo proposto e a vida cotidiana do jovem. Desse modo, as intervenções realizadas por parte dos profissionais, tanto da área da educação como da saúde, devem levar em consideração os contextos familiar e social nos quais o jovem está inserido, a fim de compreender crenças e valores que permeiam sua vivência.

Sexualidade, família e escola (ou qualquer instituição que se dedique à educação), devem ser pensadas a partir do princípio da "não-exclusão", ou seja, sistemas que devem interagir entre si por meio de vinculação, união e respeito pelas diferenças (MEIRELLES, 1997).

Partindo das considerações apresentadas, a pedido do Serviço Social responsável pelo Programa SOS Bombeiro - Resgate da Cidadania, aceitou-se o desafio de desenvolver um programa educativo em sexualidade e DST/Aids junto aos adolescentes da comunidade assistidos pela instituição. O objetivo geral do presente estudo foi descrever a experiência de aplicação de uma proposta pedagógica no campo da educação sexual, visando atender adolescentes de uma comunidade carente do interior paulista, com foco em questões sobre sexualidade e DST/Aids. Especificamente, buscou-se levantar as dúvidas dos adolescentes sobre os temas, construir um plano de ação para o desenvolvimento dos conteúdos de seu interesse, envolvendo-os no desenvolvimento dos conteúdos de forma participativa e dialógica.

2- MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NA ADOLESCÊNCIA

O Sistema Único de Saúde (SUS) distribui a Pílula Combinada, a Anticoncepção de Emergência, a mini-pílula, a anticoncepcional injetável mensal e trimestral, e o diafragma, assim como preservativo feminino e masculino para a prevenção da gravidez, incluindo a proteção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Os métodos contraceptivos oferecidos pelo SUS podem ser disponibilizados para adolescentes conforme as especificidades de suas condições individuais. Os serviços de saúde devem se organizar para assegurar o acesso dessa população a esses métodos.

Porém, vale ressaltar que alguns métodos são mais adequados que outros, nessa fase da vida, o que não impede os adolescentes de serem atendidos e informados mesmo que desacompanhados dos pais ou responsáveis.

Quando usar camisinha

A camisinha masculina ou feminina deve ser usada em todas as relações sexuais, independentemente do uso de outro método anticoncepcional, pois a camisinha é o único método que oferece dupla proteção, ou seja, protege ao mesmo tempo das ISTs, AIDS e da gravidez não desejada. Também é ofertado o DIU de Cobre em todas as maternidades brasileiras, o que inclui as adolescentes dentro desse público a ser beneficiado. O DIU é um método de longa duração (por volta de 10 anos), seguro e que para as adolescentes pode ser uma opção mais eficaz na prevenção e postergação da segunda gravidez.

Não são indicados para os adolescentes

- A ligadura das trompas e a vasectomia.
- Os métodos da tabela, do muco cervical e da temperatura basal são pouco recomendados, porque exigem do adolescente disciplina e planejamento e as relações sexuais nessa fase, em geral, não são planejadas.
- A minipílula e a injeção trimestral não devem ser usadas antes dos 16 anos.

Adolescente, fique sabendo

O SUS oferta ao adolescente o teste rápido e aconselhamento sobre sífilis e HIV/aids, como oportunidades de reforçar os cuidados com sua saúde e facilitar o atendimento preventivo. Na faixa etária entre 12 a 18 anos de idade será realizada uma avaliação pela equipe de saúde das suas condições de discernimento e de autonomia. Da mesma forma, o teste de rápido de gravidez é ofertado para todas as usuárias do SUS, incluindo as adolescentes.

Atualmente o sexo está tao explicitado, tao divulgado através da mídia, que parece que nada mais resta a dizer, que todo mundo sabe tudo sobre o assunto. Pode ser na aparência, na superfície das relações humanas. As pessoas fingem que sabem de tudo, mas os adolescentes estão cada vez mais confusos e sem saber como se proteger de uma gravidez indesejada. A sexualidade continua um mistério, especialmente para os adolescentes, que começam a decifrar um mundo absolutamente novo e consumista, onde ter mais substitui o ser mais. E na adolescência existe a busca de si mesmo, através das descobertas que incluem as novas sensações sexuais. É a procura da identidade sexual e a expressão diária de seu papel sexual.

A adolescência é marcada essencialmente pelas transformações sexuais que asseguram a possibilidade de reprodução e preservação da espécie. Mas as mudanças corporais e de comportamento dizem também respeito às novas descobertas emocionais e sociais. Mesmo havendo grande quantidade de informações, elas são insuficientes diante das fantasias e dos desejos sexuais. Saber é muito importante, mas viver e transar sem engravidar ou transmitir doença sexualmente transmissível é o desafio desta geração de adolescentes brasileiros. Obter informações consistentes e seguras sobre sexualidade e contracepção é um novo caminho a ser percorrido, onde existem riscos e encruzilhadas decisivas, e onde o profissional de saúde que lida com os adolescentes pode exercer o papel de bússola, permitindo uma melhor orientação para a prevenção da gravidez.

As adolescentes geralmente têm mais chances de engravidar nos primeiros seis meses de relacionamento do que as mulheres adultas, devido à falta de informações e de acesso aos contraceptivos, e também devido à falta de planejamento de sua vida sexual, que ocorre a intervalos irregulares. Geralmente os amigos ou a família

são os que indicam os métodos contraceptivos usados no início, até a busca efetiva de aconselhamento médico, exame ginecológico e orientação contraceptiva.

Como conseguir que as adolescentes façam uso de algum método contraceptivo? Qual o melhor método contraceptivo para ser indicado? Qual é o mais eficaz e com menores efeitos colaterais? Como evitar uma gravidez não-planejada e diminuir a frequência de gestações na adolescência do Brasil?

Para impedir que haja gravidez é necessário interromper ou evitar o processo de ovulação, ou a fecundação, ou, ainda, a implantação do ovo no endométrio. As diversas técnicas anticoncepcionais vão atuar numa dessas fases, tendo, portanto, características específicas, algumas das quais desaconselhadas ou mesmo vetadas para adolescentes.

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

O método contraceptivo ideal deveria ser de fácil aplicação, possuir 100% de eficácia, risco zero e ausência total de efeitos colaterais. Infelizmente um método que reúna todas essas qualidades não existe.

Na adolescência está indicada a associação de métodos na tentativa de se aumentar a prevenção da gestação não-planejada e reduzir os efeitos colaterais. A associação mais comumente utilizada é o condômio e o anticoncepcional hormonal combinado oral (ACO).

Os profissionais de saúde que trabalham com adolescentes devem possuir conhecimentos sobre os diversos métodos disponíveis e saber quais os mais utilizados nessa faixa etária. Esses métodos podem ser divididos em comportamentais, de barreira, hormonais, dispositivos intra-uterinos e cirúrgicos.

ESCOLHA DO MÉTODO

Na decisão sobre o método contraceptivo a ser usado devem ser levados em consideração os seguintes aspectos:

1. conhecimento das características específicas da adolescência, do contexto social e familiar da adolescente;
2. adequadas orientação e transmissão das informações sobre o método, para perfeita compreensão pela adolescente;
3. acompanhamento e assistência médica e ginecológica contínua durante o uso do método contraceptivo.

MÉTODOS COMPORTAMENTAIS

Os métodos comportamentais, como coito interrompido e tabela, são muito utilizados entre os adolescentes, mas de forma incorreta. Nenhum deles está indicado para esta faixa etária, pois o índice de falha é alto. Necessitam de autocontrole e conhecimento do próprio corpo. Devem ser desestimulados, mas é essencial que seja ensinada a forma correta de utilizá-los. A tabela deve ser ensinada para que, pelo menos, os adolescentes evitem ter relações sexuais no período de maior fertilidade. Na prática, o que se observa é que a maioria das relações não-protetidas ocorre nesse período, quando a libido é maior. O mesmo ocorre com o coito interrompido: ao serem desestimulados passam a não fazer uso de nenhum tipo de proteção. O método de Billings, baseado nas alterações do muco cervical no período fértil, e o método sintotérmico, que exige medições diárias da temperatura corporal basal, que sofre oscilações na época da ovulação, estão contra-indicados para os adolescentes pelo grau de dificuldade.

TABELA OU MÉTODO DE OGINO-KNAUS

Conhecida como método da tabelinha, tem por base o cálculo dos dias férteis, durante o período de ovulação, que ocorrem no meio do ciclo menstrual, geralmente a partir do 12º ou 14º dia do ciclo. Em geral, o período fértil é em torno do 14º dia em mulheres que menstruam a cada 28 dias. Infelizmente a ovulação não é precisa e sofre influência de vários fatores emocionais e nutricionais. Portanto, é difícil prever a época certa da ovulação. O tempo de vida

médio do óvulo é de 24 horas e o do espermatozóide, em torno de 48 horas.

Na adolescência esse método não funciona, pois em geral a adolescente não se lembra do dia em que menstruou ou não conta corretamente os dias após a menstruação, havendo dificuldade de calcular com exatidão o período fértil. Além disso, os encontros amorosos são esporádicos e muitas vezes inesperados. Só uma adolescente muito motivada, organizada e consciente de seus hábitos corporais e que anote em sua agenda os dias do ciclo menstrual terá chance de obter sucesso com a tabelinha. É necessário também um parceiro que respeite sua decisão, e não a obrigue a ter relações durante o período fértil. A tabela pode ser usada associada à camisinha, e, apesar de ainda existirem os riscos de falha, estes são menores.

COITO INTERROMPIDO

Não é propriamente um método de contracepção, mas um comportamento sexual comum entre adolescentes que estão iniciando sua vida sexual. Consiste na retirada do pênis de dentro da vagina antes do início da ejaculação. É de pouca eficácia e de grande risco! É preciso muito autocontrole e disciplina por parte do homem e, além disso, a secreção que antecede a ejaculação já pode conter espermatozoides, daí a possibilidade de gravidez. O coito interrompido é um fator predisponente da ejaculação precoce e da impotência no homem. Na mulher, prejudica ou impede o orgasmo. É importante lembrar que mesmo não havendo penetração completa, a gravidez pode ocorrer, principalmente se a adolescente estiver no período fértil. Por essas razões esse método não é confiável na prática e deve ser sempre contra-indicado na adolescência.

MÉTODOS DE BARREIRA

São métodos que evitam a gravidez colocando obstáculos mecânicos e/ou químicos que impedem o acesso dos espermatozoides ao canal cervical. Foram as primeiras formas de contracepção utilizadas, e com o surgimento da AIDS passaram a ser novamente valorizados.

PRESERVATIVO MASCULINO OU CONDOM

O preservativo masculino, também chamado de camisinha, consiste em um envoltório de látex que recobre o pênis durante o ato sexual e retém o espermatozoides por ocasião da ejaculação, impedindo sua penetração no canal cervical. Como impede o contato com a vagina, também reduz o risco de transmissão do HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis.

O método é considerado de baixo custo, sem efeitos colaterais e não necessita de controle médico. É de fácil acesso, podendo ser adquirido em farmácias, supermercados ou outros estabelecimentos comerciais, estando também disponível em algumas unidades de saúde. No aconselhamento do seu uso é fundamental ensinar como colocá-lo e retirá-lo. O condom deve ser colocado antes da penetração, com o pênis ereto. O receptáculo existente na extremidade do preservativo deve ser apertado durante a colocação, com o objetivo de retirar o ar do seu interior e para auxiliar a desenrolá-lo até a base do pênis. A retirada do preservativo deve ocorrer após a ejaculação, com o pênis ainda ereto, fixando-o pela base para que não haja vazamento. O preservativo não pode ser reutilizado.

Apesar da grande divulgação do método entre os adolescentes, o que ocorre na prática é o uso incorreto, principalmente nas idades mais precoces. Os fatores que contribuem para esse fato estão relacionados com as desvantagens do método, como a necessidade de manipulação durante o ato sexual, de alto grau de motivação, de conhecimento e habilidade no uso, de autoconfiança e de interação entre o casal.

O condom é um dos únicos métodos capazes de prevenir as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e a AIDS, portanto todos os adolescentes, com ou sem atividade sexual, devem ser orientados a seu respeito, pois para se conseguir seu uso constante é necessária a atuação precoce no comportamento sexual desses jovens, o que significa um trabalho árduo e de longo prazo.

PRESERVATIVO FEMININO OU CONDOM FEMININO

O preservativo feminino tem o mesmo objetivo que o masculino: formar uma barreira física entre o pênis e a vagina. É feito de poliuretano, mais resistente que o látex, portanto pode ser usado com vários lubrificantes. Sua colocação é mais complexa que a do condom, necessitando de um treinamento prévio. Consiste em um tubo fino e transparente com um anel em cada extremidade, um aberto e outro fechado. O anel fechado deve ser inserido dentro da vagina e o aberto permanece do lado de fora após a inserção, protegendo os lábios da vagina e a base do pênis durante o ato sexual. Também confere proteção contra DST e AIDS.

Além de ter um custo superior ao do condom masculino, necessita de mais motivação e orientação, pois envolve questões relacionadas a estética e maior manipulação.

DIAFRAGMA

Deve ser usado por mulheres com mais responsabilidade, geralmente ao final da adolescência. Trata-se de um dispositivo de látex que é introduzido na vagina antes do ato sexual, com geléia espermicida, e que funciona como uma tampa do canal cervical, impedindo a entrada de espermatozoides no útero. É um método que não tem efeitos colaterais nem interferência no ciclo menstrual. Para aumentar sua eficácia deve ser associado à tabela, além de só ser retirado oito a dez horas após o ato sexual. Necessita de exame ginecológico para determinar o tamanho adequado e se ensinar o modo de colocação. Após gestação, aborto ou aumento de peso é necessária outra avaliação.

MÉTODOS HORMONAIS

Os métodos hormonais estão disponíveis sob diversas formas de apresentação, combinações e esquemas terapêuticos. São considerados os mais eficazes entre os métodos contraceptivos.

ANTICONCEPCIONAL HORMONAL ORAL COMBINADO (ACO - PILULA)

A pílula anticoncepcional, um dos medicamentos mais estudados na terapêutica médica, quando corretamente utilizada é um método reversível, eficaz e seguro, sendo a forma mais popular de anticoncepção conhecida mundialmente, inclusive por adolescentes. Entretanto é nessa faixa etária que ocorre a maior incidência de uso incorreto e abandono.

Os ACO contêm estrogênio e progesterona. O estrogênio mais utilizado é o etinilestradiol. As chamadas pílulas de baixa dosagem contêm quantidades inferiores a 50µg (as mais usadas têm 30 a 35µg). Atualmente existem as chamadas ultralight, com dosagens de 15 a 20µg.

Os progestágenos são necessários para dar maior consistência ao poder anticoncepcional do estrogênio e melhorar o controle do ciclo menstrual.

O mecanismo de ação consiste em: inibição do pico de hormônio luteinizante (LH) no meio do ciclo, impedindo a ovulação; espessamento do muco do colo uterino, dificultando a espermomigração; redução da produção glandular de glicogênio no endométrio, dificultando a nidadao; modificação na contratilidade das trompas.

Os efeitos colaterais nos órgãos e no metabolismo estão relacionados a dosagem hormonal, tempo de uso e fatores predisponentes individuais. O conhecimento desses efeitos é de fundamental importância, pois eles constituem um dos principais fatores de limitação e adaptação ao método.

Sintomas mais comuns: estrogênio - cefaléia, náuseas, vômitos, tonteadas, irritabilidade e mastalgia; progesterona - aumento do apetite, hemorragia intermediária, queda de cabelo, alterações da libido.

Nas adolescentes, o ganho ponderal e as hemorragias intermediárias são fatores que contribuem para o uso irregular ou o abandono do método, sendo importante a orientação de que esses sintomas são passageiros e tendem a diminuir com o uso regular.

Como forma de evitar esses sintomas deve-se optar por pílulas de menor dosagem e com progestágenos de menores efeitos androgênicos, mineralocorticóides e anabolizantes.

Existem diversas situações clínicas que contra- indicam o uso dos ACO: doenças hepáticas, metabólicas, neurológicas, tromboembólicas, cardiovasculares, neoplásicas e outras que devem ser do conhecimento de todos os médicos que prescrevem ACO.

As principais vantagens no uso do anticoncepcional hormonal oral são: alta eficácia quando utilizado corretamente; falha de 0,1 a 3 por 100 mulheres/ano; reversibilidade, com volta da fertilidade em não mais que um ano após a suspensão; não-relação com o ato sexual; redução do fluxo e das cólicas menstruais, dos sintomas pré-menstruais, da incidência de doença inflamatória pélvica (DIP) e gravidez ectópica, das doenças benignas da mama, da incidência de câncer de ovário e endométrio e do ciclo menstrual.

A pílula ideal para a adolescente é aquela que contém as menores doses de estrogênio e progesterona, mantendo as seguintes características: 1) é eficaz na contracepção; 2) permite um controle eficaz do ciclo; 3) causa menores efeitos colaterais; 4) causa menores alterações nos carboidratos, lípidos, e no sistema de hemostasia.

A adaptação das adolescentes ao método ocorre de forma individual, sendo comuns, após a primeira dosagem, os relatos de sintomas não diretamente relacionados ao método, demonstrando a importância do esclarecimento e da relação médico/paciente.

Como se usa a pílula é motivo de dúvida entre as adolescentes. A primeira cartela pode ser iniciada no primeiro ou no segundo dia do ciclo (o primeiro dia do ciclo é considerado o primeiro dia de sangramento). As próximas cartelas dependerão do tipo de ACO. Sendo o esquecimento um problema comum, o horário para ingestão do ACO deve ser relacionado a uma atividade de rotina como escovar os dentes. Intervalos de esquecimento de até 12 horas não trazem nenhuma consequência; intervalos maiores (um a dois dias) podem acarretar

perdas sangüíneas e ovulação, principalmente se ocorrerem nas sete primeiras doses, necessitando ser usado o preservativo como método de segurança.

O ACO não interfere no amadurecimento do eixo hipófise-ovariano, nem na soldadura das epífises ósseas (só observado em dosagens hormonais dez vezes superiores às utilizadas). Não existe referência a óbito atribuível à pílula em usuárias com menos de 18 anos. O risco de neoplasias em adolescentes devido ao uso de ACO é praticamente nulo.

Na adolescência, a gestação não-planejada apresenta normalmente uma morbidade maior do que o uso controlado dos ACO.

ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA OU PILULA POS-COITO

A anticoncepção de emergência (EC) refere-se a um método que pode ser usado após a relação sexual sem proteção, com o objetivo de prevenir a gestação. Seu mecanismo de ação interfere em uma ou mais fases do processo reprodutivo, dependendo da fase do ciclo menstrual em que é utilizado, podendo atuar na ovulação, na espermomigração, no transporte e na nutrição do ovo, na fertilização, na função lútea e na implantação. Não surte efeito quando o ovo já está nidado, portanto não interrompe uma gestação em evolução. Os métodos mais usados são o Yuzpe e os com progestágenos.

O método Yuzpe é usado desde 1970 e consiste em 100mcg de etinilestradiol e 500mcg de levonorgestrel em duas doses administradas com intervalos de 12 até 72 horas pós-coito. Quanto mais precoce a administração, maior a eficácia, a qual encontra-se entre 75% e 85% de prevenção da gestação quando usado corretamente. Os principais efeitos colaterais são: náuseas, vômitos e alterações do fluxo menstrual.

Os progestágenos contêm 0,75mg de levonorgestrel. Devem ser administradas duas doses com 12 horas de intervalo até 72 horas após o coito. Esse método tem apresentado taxa de falha de 1,1% e está associado a menor incidência de efeitos colaterais.

As indicações são: relação sexual sem proteção, falha do condom, abuso sexual, atraso menstrual quando em uso de anticoncepcional hormonal injetável, esquecimento de mais de três pílulas e expulsão do dispositivo intra-uterino (DIU).

A anticoncepção de emergência é utilizada durante um período muito curto, portanto não apresenta os efeitos colaterais dos outros anticoncepcionais hormonais.

A grande contra-indicação está na gestação, apesar de não haver nenhuma comprovação de efeito teratogênico, e em pacientes com história de doenças tromboembólicas. Teoricamente a contracepção de emergência tornou-se mais um instrumento na prevenção da gestação não-planejada na adolescência. O comportamento sexual dos adolescentes, principalmente os de idade mais precoce, demonstra o uso irregular, incorreto ou a ausência de uso de qualquer método, principalmente no início da vida sexual. Teoricamente a associação da contracepção de emergência com os métodos usados seria uma excelente ajuda, mas temos que nos questionar se a divulgação da EC não poderá trazer como consequência o aumento do descaso pelo uso de outros métodos. A EC deve ser orientada, facilitada e divulgada entre os adolescentes, embora sempre enfatizando-se o caráter de urgência, uma vez que ela não tem a mesma eficácia dos métodos utilizados de forma rotineira e não serve para substituí-los.

INJETAVEL MENSAL

São anticoncepcionais que contêm estrogênio natural (estradiol), progestágeno sintético com doses de longa duração para uso intramuscular, inibindo assim a ovulação através da ação sobre o pico de LH. Altera o muco cervical, o endométrio e a peristalse tubária.

A primeira injeção deve ser feita entre o primeiro e o quinto dia do ciclo menstrual, seguida de aplicações a cada 30 dias independentemente da menstruação. Sua vantagem em relação aos anticoncepcionais é que emprega estrogênios naturais, evitando a inativação hepática, além de ser de fácil

aplicação. Para as adolescentes as principais desvantagens são as alterações menstruais observadas em uma parcela das usuárias, que podem acabar levando à descontinuação do método. A menstruação para a adolescente tem um grande significado: é a certeza de não estar grávida.

Nas formulações mais recentes com acetato de medroxiprogesterona e cipionato de estradiol ou enantato de noretisterona, estes efeitos são menores, ocorrendo apenas nos primeiros meses de uso. Através de um acompanhamento mensal neste período, conseguimos transmitir segurança para a adolescente, obtendo-se uma boa adaptação ao método.

A forma de aplicação única tem boa aceitabilidade entre as adolescentes e permite controle pelos familiares e pela equipe de saúde. Na teoria, seria a forma de aplicação ideal para as adolescentes. Tem sido muito indicado nesta faixa etária para pacientes imaturas, com história de abortamento de repetição, para aquelas que não se adaptam aos anticoncepcionais orais e para pacientes com problemas mentais.

INJETAVEL TRIMESTRAL

Os anticoncepcionais trimestrais contêm apenas o componente progestágeno, o acetato de medroxiprogesterona de depósito, não apresentando as contra-indicações atribuídas aos estrogênios sintéticos. Sua aplicação é intramuscular na dose de 150mg a cada 90 dias e normalmente leva a amenorréia.

Existem estudos que demonstram redução da densidade óssea em adolescentes usuárias de acetato de medroxiprogesterona. Não é um anticoncepcional de primeira escolha para esta faixa etária, sendo contra-indicado abaixo dos 16 anos, visto que não traz grandes benefícios em relação às outras opções. Em casos específicos, como no tratamento de dismenorréias ou endometrioses, podemos analisar seu uso.

DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)

Só deve ser usado em adolescentes que já tiveram filhos ou, em alguns casos, que não podem usar o contraceptivo oral por problemas médicos ou distúrbios mentais, por exemplo.

Os efeitos colaterais do DIU incluem distúrbios no fluxo menstrual, com hemorragias e cólicas intensas, além do risco maior para doenças infecciosas e sexualmente transmissíveis, além de cervicites.

Se ocorrer a gravidez mesmo com o DIU inserido no útero, este deve ser removido imediatamente devido ao risco de abortamento com complicações.

MÉTODOS CIRURGICOS

A laqueadura tubária e a vasectomia estão contra-indicadas, pois são métodos irreversíveis. Só devem ser indicados em condições muito especiais de razão médica e com o devido suporte legal.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A assistência aos adolescentes em relação à saúde reprodutiva, e principalmente em relação à prescrição de contraceptivos, tem sido motivo de vários questionamentos em relação aos aspectos éticos e legais. Os artigos 224 e 225 do Código Penal Brasileiro definem que a relação sexual em menores de 14 anos, para ser considerada violência presumida, depende da queixa, permanecendo o direito a orientação, privacidade e prescrição de contraceptivos. A Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente garantem o planejamento familiar a todo cidadão para uma paternidade responsável, e é dever da família e do Estado assegurar à criança e aos adolescentes o direito à vida e à saúde. Assegura também atendimento médico à criança e ao adolescente por meio do Sistema Único de Saúde, garantindo acesso universal e igualitário a todas as ações de saúde. O sigilo médico em relação às consultas dos adolescentes e a privacidade, que são essenciais na abordagem referente à

sexualidade, são garantidos pelo código de ética médica. Os familiares só serão informados do conteúdo das consultas se os adolescentes consentirem e nos casos em que os profissionais concluírem que a participação da família é fundamental para a saúde do adolescente, e, mesmo nestes casos, este será informado.

O comportamento sexual dos adolescentes pode colocá-los em situações de risco, como gestações indesejadas, DST e AIDS, comprometendo sua saúde. Fica claro o papel dos profissionais de saúde diante das ações de prevenção, orientação e assistência à contracepção.

CONCLUSÕES

A contracepção na adolescência é um trabalho complexo que exige abordagem conjunta: 1) orientação e assistência; 2) interligação dos setores da sociedade (educação, saúde, família). A orientação deve-se iniciar em idades cada vez mais precoces, tendo como objetivo atuar no comportamento sexual dos adolescentes.

Todos os médicos que lidam com adolescentes devem ser conscientizados de que sua participação é essencial para um eficaz trabalho de prevenção da gravidez na adolescência.

Diante deste quadro os profissionais da área ligados aos adolescentes devem estar capacitados a orientá-los em relação a temas relacionados com sexualidade e aos métodos contraceptivos, assim como prescrever esses métodos.

Ainda é importante conversar, perguntar, compreender a própria sexualidade e a do parceiro sexual; investir em comunicar corretamente e educar para o desenvolvimento de responsabilidade e respeito entre os parceiros e entre os adolescentes e os profissionais do sistema de saúde. Construir uma relação saudável que envolva amor, afeto, teso ou sexo é também tomar decisões conjuntas e dividir responsabilidades, escolhendo o método contraceptivo mais

adequado para a proteção de si mesmo e do parceiro, e assim poder expressar com tranquilidade novas emoções e sensações, mas, além de tudo, preservar a vida e evitar uma gravidez não-planejada.

3- AÇÕES DE PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA

No Brasil, cerca de 930 adolescentes e jovens dão à luz todos os dias, totalizando mais de 434,5 mil mães adolescentes por ano. Este número já foi maior e agora está em queda. Ainda assim, o Brasil registra uma das maiores taxas se comparado aos países da América Latina e Caribe, chegando a 68,4 nascidos vivos para cada mil adolescentes e jovens. Para reduzir ainda mais estes casos, o Ministério da Saúde e o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos lançam, nesta segunda-feira (03/02), uma campanha para prevenir a gravidez precoce: “Tudo tem seu tempo: Adolescência primeiro, gravidez depois”. Afinal, a gravidez não intencional nesta fase pode trazer consequências para toda a vida.

“Não há nenhuma política que seja única. E essa comportamental é muito importante e nunca foi feita. Estamos com o olhar para os números e suas consequências”, destacou o Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta. Entre 2000 e 2018, caiu em 40% o número de bebês de mães adolescentes (15-19 anos). Entre adolescentes menores de 15 anos a queda é de apenas 27%. “Este é um contingente de adolescentes que ninguém quis abordar”, enfatizou apontando que já houve avanço, mas ainda há um caminho grande a percorrer.

A ministra da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, Damares Alves, reforçou a importância do esforço conjunto para mudar os números de gravidez na adolescência. “A nossa motivação são as crianças e a vida delas, por isso, queremos conversar, refletir e chamar todo mundo para essa conversa”, frisou.

Com base em informações de saúde e comportamentais, a proposta é despertar a reflexão e promover o diálogo entre os jovens e as suas famílias em relação ao desenvolvimento afetivo, autonomia e responsabilidade. E, ainda, incentivá-los a buscar orientações nas unidades de saúde sobre as formas de se prevenir. Assim, os adolescentes poderão tomar decisões, de forma mais consciente, sobre a vivência da sua sexualidade, de forma segura, responsável e com conhecimento

sobre seu corpo. A ideia é disseminar informações sobre medidas preventivas e educativas que contribuam para a redução da gravidez na adolescência.

A ação faz parte da Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, instituída pelo Governo do Brasil, no ano passado, por meio da [lei nº 13.798](#). A campanha é voltada para adolescentes, jovens, pais ou responsáveis. Será veiculada durante todo o mês de fevereiro na Internet, incluindo redes sociais, mobile e aplicativos, além de *minidoor social* e ações de *merchandising* na TV aberta.

O Ministério da Saúde também estuda formas para ouvir e envolver os adolescentes e jovens cada vez mais na formulação de ações de cuidado em saúde direcionadas a eles.

ASSISTÊNCIA COM AUTONOMIA E PROTAGONISMO

O Governo do Brasil investe permanentemente em políticas de educação em saúde e em ações para o planejamento reprodutivo, principalmente para reduzir os casos de gravidez não intencional. São nos serviços de saúde da Atenção Primária, àqueles que ficam próximos as casas dos adolescentes e jovens, que eles recebem o acompanhamento em todas as fases da vida. Entre os cuidados ofertados estão a assistência à saúde sexual, à saúde reprodutiva, ao planejamento familiar, ao pré-natal, ao pós-parto, à saúde da criança e à saúde da mulher e do homem.

Mesmo sem a presença dos pais ou responsáveis, os adolescentes a partir de 15 anos podem procurar a unidade de saúde mais próxima para se informar sobre os cuidados em saúde, e em conversa com os profissionais de saúde, podem diminuir dúvidas e ansiedade, tornando-se mais seguros e confiantes sobre seu desenvolvimento afetivo e direitos sexuais. Os profissionais ainda poderão orientar sobre as intervenções adequadas dentro do plano de vida individualizado de cada adolescente. Em caso de início da vida sexual, a orientação pode incluir o uso de métodos naturais e de anticoncepção, como os de barreira (camisinha), hormonais e de longa duração.

Atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferta de maneira gratuita nove métodos contraceptivos que ajudam no planejamento familiar. São eles: anticoncepcional injetável mensal; anticoncepcional injetável trimestral; minipílula; pílula combinada; diafragma; pílula anticoncepcional de emergência (ou pílula do dia seguinte); Dispositivo Intrauterino (DIU); preservativo feminino e preservativo masculino.

Estes métodos contraceptivos estão acessíveis aos adolescentes nas unidades de Atenção Primária, incluindo testes rápidos para infecções, mesmo que estejam desacompanhados. No caso de alterações, os pais ou responsáveis são acionados.

Outra iniciativa do Ministério da Saúde, em parceria com os estados e municípios, é o Programa Saúde na Escola. Trata-se de uma estratégia que aborda, inclusive, a prevenção da gravidez na adolescência dentro da linha de ação sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos e Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis e HIV/Aids. No ano passado, foram realizadas mais de 26,8 mil ações em Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e Prevenção das IST/AIDS em mais de 10 mil escolas pactuadas em três mil municípios, chegando a 1,5 milhão de estudantes.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Em 2018, cerca de 15% do total de nascidos vivos foram de mães com idade até 19 anos, segundo dados preliminares do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Embora o número de gestações na adolescência venha caindo no país – passando de 721.564, em 2000, para 434.573, em 2018 –, o Brasil ainda possui taxa de 68,4 nascimentos para cada mil adolescentes e jovens mulheres entre 15 e 19 anos. O índice é elevado na comparação com a taxa mundial, de 46 nascimentos, e fica acima da média latino-americana (65,5 nascimentos).

Estudo da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), publicado em 2018, aponta que a gravidez na adolescência ocorre com maior frequência entre as meninas com menor escolaridade e menor renda, menor acesso a serviços públicos, e em situação de maior vulnerabilidade social.

De acordo com a pesquisa Nascido Brasil 2016, do Ministério da Saúde, 66% das gestações em adolescentes não são planejadas. Ainda, cerca de 75% das mães adolescentes estavam fora da escola, segundo a PNAD 2013, o que pode sugerir consequências sociais e econômicas, além de emocionais, para as mães adolescentes.

Há ainda riscos para o recém-nascido. Estudo do Ministério da Saúde, chamado Saúde Brasil, indica uma das maiores taxas de mortalidade infantil entre mães mais jovens (até 19 anos), com 15,3 óbitos para cada mil nascidos vivos (acima da taxa nacional, de 13,4 óbitos). Isso porque além da imaturidade biológica, condições socioeconômicas desfavoráveis influenciam nos resultados obstétricos.

“O abandono da escola aumenta a mortalidade infantil, gera pobreza. É um ciclo vicioso e que precisa, de alguma maneira, ser abordado”, enfatizou o ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta.

Por isso, a necessidade de diversificar a abordagem sobre prevenção da gravidez na adolescência, incluindo, também, componentes comportamentais, de autonomia e de responsabilização para reduzir os casos de gravidez não intencional na adolescência.

4- ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA SAÚDE DO ADOLESCENTE

A adolescência é uma fase de transição natural da infância para a vida adulta, sendo reconhecida como um processo da vida humana que envolve um conjunto de alterações biológicas do crescimento e desenvolvimento, compreendidas como fisiológicas.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência constitui um processo fundamentalmente biológico de vivências orgânicas, no qual se aceleram o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade. Abrange a pré-adolescência (faixa etária de 10 a 14 anos) e a adolescência propriamente dita (dos 15 aos 19 anos).

Mudanças fisiológicas (aumento das mamas, aparecimento de pêlos axilares e pubianos, aumento da estatura, mudança na voz, primeira menstruação) da adolescência eclodem de maneira espontânea, e o adolescente alterna comportamentos entre o ser criança e o ser adulto, vivenciando momentos de dúvidas, ansiedade e descobertas.

É nesse momento que se encontra aflorada a sexualidade humana, em que se faz presente a descoberta do outro, com suas diferenças, que desperta curiosidades, emoções e busca pelo prazer.

A gravidez é uma fase da vida que não depende da idade da mulher, pode ocorrer a qualquer momento, desde que haja condições fisiológicas e ambientais apropriadas. É nessa fase que ocorrem profundas transformações endócrina, somática e psicológica, que repercutem na vida da mulher(1).

Essas mudanças acontecem da mesma maneira durante a adolescência, o que, de acordo com alguns autores, favorece o agravamento da crise comum a ambas as

fases do desenvolvimento, pois alegam que gravidez e adolescência são períodos críticos de vida(7).

Durante a nossa trajetória acadêmica, na disciplina de "Saúde da Mulher" do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO), tendo como propósito prestar assistência à mulher no período gravídico-puerperal, desenvolvemos atividades práticas em um hospital público de emergência do estado do Rio de Janeiro, referência em atendimento à gestante de alto risco, onde nos chamou atenção a demanda no atendimento a adolescentes grávidas que eram admitidas em trabalho de parto.

Prestando atendimento a essa clientela, no setor de admissão, identificávamos que a procura pelo serviço dava-se pelos riscos associados à idade materna. Logo, em muitos casos, eram referenciados pelo serviço de pré-natal; em outros, os dados levantados apontavam para iniciação tardia ao pré-natal ou à inexistência do exame.

Contudo, observávamos que o atendimento prestado a jovem pelos profissionais de saúde de modo geral, com foco nesse estudo para equipe de enfermagem, durante o parto e o puerpério era generalista, seguindo uma rotina institucional, sem considerar seu histórico, suas fragilidades e necessidades, bem como as peculiaridades da adolescência.

Embora a consolidação do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), no Brasil, tenha ocorrido desde 1989, como estratégia para melhora e aprimoramento do atendimento a esse grupo em específico, a partir da formação de recursos humanos para esse fim, identificamos que, no estado do Rio de Janeiro, no que se refere à assistência hospitalar, são poucas as Unidades de Saúde que dispõem de atendimento específico à adolescência, com destaque neste estudo para a assistência à adolescência no período gravídico-puerperal(3).

Correlacionando as transformações vivenciadas na adolescência e ainda as mudanças impostas pela gestação, a gravidez na adolescência estabelece as suas especificidades, que precisam ser reconhecidas pela equipe de enfermagem e

abordadas durante o período de internação, com o propósito de contribuir com a saúde materna e do recém-nascido (RN).

Desse modo, surgiu o interesse de investigar a percepção dos profissionais de enfermagem do centro obstétrico e alojamento conjunto de um hospital público do estado do Rio de Janeiro, quanto à especificidade do cuidado à adolescente no ciclo gravídico-puerperal.

Foram traçados os seguintes objetivos:

- identificar a percepção do profissional de enfermagem acerca do cuidado prestado à adolescente no ciclo gravídico-puerperal;
- apresentar reflexões sobre as especificidades do atendimento a adolescentes gestantes.

MÉTODO

Trata-se de um estudo baseado em uma abordagem qualitativa descritiva. Os métodos qualitativos concentram-se no todo da experiência humana e nos sentidos atribuídos pelos indivíduos que vivem a experiência. Esses métodos permitem uma compreensão mais ampla e um insight mais profundo a respeito dos comportamentos humanos complexos do que os talvez obtidos em exames ou outras medidas lineares de percepções(10).

O cenário de estudo foi um hospital público emergencial de grande porte, localizado no município de Duque de Caxias, mantido sob a administração da Secretaria Estadual de Saúde (SES) do Rio de Janeiro, referência para o atendimento às vítimas de trauma e a mulheres gestantes de alto risco.

A escolha pelo cenário deu-se pela proximidade das pesquisadoras com a realidade do local, pois serviu de campo prático para a disciplina "Saúde da Mulher".

Os sujeitos de estudo foram os profissionais que compoem a equipe de enfermagem (auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros), lotada no setor do centro obstétrico e alojamento conjunto, onde determinamos, como critério de inclusao, os que atuam em regime de plantao, prestando assistência direta às mulheres em trabalho de parto e puerpério, e que estao lotados no setor com experiência mínima de um ano.

Considerando que esse estudo descreve uma realidade vivida por seres humanos, foi necessário o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, destacando a garantia do anonimato, indo ao encontro do que determina a Resolução no 196/96(2).

A coleta de dados foi realizada em agosto e setembro de 2008, após o consentimento da referida instituição. Como instrumento de coleta de dados, foi utilizada uma entrevista semiestruturada. Segundo Triviños, "nesta modalidade, o investigador está presente, e o informante tem todas as perspectivas possíveis de responder a questionamentos básicos com liberdade e espontaneidade, o que, obviamente, enriquece a investigação"(9).

As entrevistas foram gravadas com auxílio de dispositivo eletrônico (MP3) e, posteriormente, armazenadas em CD-ROM, com a autorização dos depoentes. Para garantir o anonimato dos sujeitos, os mesmos foram denominados por nome de flores, escolhidos de forma aleatória. Os dados foram coletados até que se fosse atingido um ponto de saturação das falas. Esse ponto foi alcançado ao serem realizadas 10 entrevistas.

Após a coleta de dados, as entrevistas foram transcritas literalmente pelas autoras, e, a partir de leituras extensivas e intensivas, buscamos uma impregnação dos conteúdos, na tentativa de abstrair as mensagens importantes que se apresentavam implícitas(6).

Após a leitura dos depoimentos, elegemos as categorias temáticas, com base no método de análise de conteúdo, mediante as leituras dos depoimentos, associando

aos objetivos preestabelecidos, buscando fundamentação na base teórica adotada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

PRIMEIRA CATEGORIA : RECONHECENDO AS DIFERENÇAS NA ASSISTENCIA

Foram unânimes as respostas dos entrevistados com relação à abordagem diferenciada à gestante adolescente. Todos entendem a necessidade do atendimento diferenciado, tendo em vista sua imaturidade física e psíquica. Segundo eles, a adolescente requer do profissional de saúde muita atenção, carinho e orientação, uma vez que não possui maturidade e experiência suficientes para enfrentar esse processo de transformação.

"Diferencio o atendimento à adolescente, porque ela é uma pessoa especial, tem que se ter um outro tipo de orientação. É preciso orientar durante todo o ciclo gravídico-puerperal, ao contrário de uma mulher adulta que já tem experiência com a gestação." (Flor do Campo)

"Eu tenho que tratar à adolescente de uma forma especial, porém conscientizando-a de que agora é mãe, apesar de ser adolescente. É preciso despertar responsabilidade para cuidar do bebê, orientando-a de forma séria, sem mimos e papricos exagerados, pois agora ela é mãe e precisa perceber que alguém muito especial depende dela." (Lírio)

"Eu diferencio, porque a adolescente é uma paciente especial pela própria imaturidade. Ela não tem preparo e experiência de vida. As vezes, chega para o atendimento até sem orientação familiar. Demonstra medo, sem saber o que vai acontecer com ela (...)" (Rosa Branca)

Trabalhar com adolescente exige capacitação profissional, pois falta de informação, medo de assumir a vida sexual e falta de espaço para discussão de valores no seio de suas famílias requerem dos profissionais orientação adequada, muito presente em seus discursos, para que a adolescente desenvolva maturidade, favorecendo o processo de conceber, gerar e maternar.

Durante a assistência da adolescente no ciclo gravídico-puerperal, há necessidade de atenção, orientação, proteção e apoio à adolescente, não só por parte da equipe de saúde, mas também da família e da sociedade. O Ministério da Saúde (MS), com vistas à melhoria e humanização dessa assistência, preconiza como condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério a responsabilidade dos serviços de saúde em receber com dignidade a mulher e o RN. A adoção de práticas humanizadas e seguras implica a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e nãointervencionistas.

SEGUNDA CATEGORIA : A ENFASE CONCEDIDA PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CUIDADO

Durante o cuidado prestado às adolescentes, os entrevistados reconhecem a necessidade de dar ênfase às orientações que favoreçam o cuidado ao RN e ao processo de maternagem; ressaltam, ainda, a importância do planejamento familiar. Para os profissionais, essa orientação apresenta diferenças, tendo em vista que, para a compreensão, exige adequação da linguagem e considerações à subjetividade dessas adolescentes.

"Aconselho e oriento para que se evite a próxima gestação, informo quanto aos métodos contraceptivos, escolha de um parceiro fixo (...)" (Copo-de-leite)

"Oriento sobre o aleitamento materno, falo da importância, do valor nutritivo e econômico. Falo sobre os métodos contraceptivos, escolha do parceiro, evitando a promiscuidade. Oriento também quanto ao planejamento familiar, como o uso de preservativo para evitar doenças e uma próxima gravidez." (Orquídea)

"Priorizo ensinar a cuidar do bebê, ensino a dar banho, cuidados com o períneo, no caso do parto normal (...) Procuo usar uma linguagem simples para que ela possa entender direitinho." (Flor do Campo)

Cabe ao profissional de saúde participar desse cuidado, incentivando o diálogo, auxiliando no resgate da autoestima, oferecendo apoio, compreensão, sinceridade,

conforto e orientação destituída do julgamento de valor, para que a adolescente não se sinta culpada e única responsável pela gravidez. É preciso despertar nessa adolescente a necessidade em se preparar para a próxima gravidez, ressaltando a importância de suas escolhas, com o objetivo de fornecer alternativas de caminhos a serem trilhados e que revertam em melhoria na qualidade de vida das adolescentes.

Embora os depoentes reconheçam as diferenças existentes no cuidado com a adolescente, de modo geral, está presente em seus discursos uma assistência voltada à mulher, vivenciando a maternidade independentemente de sua idade cronológica, tendo em vista que é dada ênfase ao aleitamento materno, aos cuidados com o RN, ao planejamento familiar, com orientações para método contraceptivo. Desse modo, identificamos que as orientações prestadas se voltam a um cuidado generalista, sem atendimento às especificidades da adolescente.

A gravidez na adolescência ocorre, frequentemente, de modo inesperado, podendo estar relacionada à desinformação sobre o uso dos métodos anticoncepcionais. O conhecimento sobre os métodos contraceptivos e os riscos advindos de relações sexuais desprotegidas é fundamental para que os adolescentes possam vivenciar o sexo de maneira adequada e saudável, assegurando a prevenção da gravidez indesejada e das doenças sexualmente transmissíveis/síndrome da imunodeficiência adquirida (DST/AIDS)(4).

O planejamento familiar é uma importante atividade de saúde, que tem como objetivo proporcionar aos adolescentes informações e meios necessários para que possam decidir de forma livre e consciente o melhor método para prevenir a gravidez indesejada, bem como DST e AIDS. Acreditamos, ainda, que o aleitamento materno é a forma de contato íntimo e proteção mais antiga entre a mãe e o RN, com inúmeras vantagens para ambos(8).

Desse modo, enfatizamos a importância da abordagem de tais temáticas no atendimento à adolescente-mãe.

TERCEIRA CATEGORIA : A PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM QUANTO A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Evidenciamos claramente, na fala do profissional de enfermagem, a sua percepção acerca do prejuízo de vida que a gravidez incide sobre a adolescente. Os depoentes associam à gravidez prematura as mudanças de papéis que as adolescentes terão de assumir. De modo geral, reportam-se à adolescente/ mãe considerando suas crenças e seus valores.

Identificamos, nos discursos, que a gravidez na adolescência burla a ordem cronológica dos acontecimentos da vida humana, antecedendo a reprodução, a maturidade física e psíquica, podendo acarretar transtornos futuros.

Os sujeitos atribuem, ainda, alguns fatores como predisponentes e/ou facilitadores para o despertar da iniciação sexual precoce, refletindo assim no aumento do número de adolescentes gestantes em virtude do despreparo e da falta de orientação.

"Acho uma injustiça. Ela perde a oportunidade de viver a fase bonita que é a adolescência (...)" (Cravo)

"Um equívoco, acho que não deveria acontecer, mas já que aconteceu, a gente tem que cuidar." (Rosa Branca)

"Acho uma precipitação, porque a menina pula etapas da vida (...) isso é colocar o carro na frente dos bois, sendo que na minha prática profissional eu tento me vigiar, tendo cuidado de não deixar interferir e diferenciar no tratamento dessa adolescente (...)" (Margarida)

"A gravidez, por vezes, acontece pela falta de educação na família, não existe mais diálogo com família reunida. Podemos considerar também a influência da mídia (...)" (Orquídea)

Vários fatores contribuem para a gravidez precoce, dentre eles os fatores hormonais, a explosão de sentimentos e emoções, o aflorar da sexualidade humana, a falta de diálogo na família e a mídia. Ter filhos na adolescência não é fácil, o

processo de aceitação do corpo, a mudança do papel de filha para mãe, as recriminações da sociedade, as responsabilidades aumentam e os conflitos internos também.

A descoberta da sexualidade associada ao momento histórico, em que influências relacionadas ao convívio social, aos valores presentes, à mídia, dentre outros, tem como resposta uma iniciação sexual cada vez mais precoce, e, como consequência dramática, o aumento do número de adolescentes grávidas(4).

CONCLUSÃO

O resultado deste estudo nos proporcionou levantar a percepção do profissional de enfermagem acerca da gravidez na adolescente, e ainda nos foi possível identificar as lacunas existentes nos cuidados dispensados a essa mulher durante a gestação, o parto e o puerpério.

Norteados pelo pensamento crítico, foi possível refletir e lançar um foco atento sobre a cotidianidade da prática de enfermagem. Isso resultou em questionamentos sobre o distanciamento da sistematização da assistência na abordagem a adolescentes no ciclo gravídico-puerperal, que para nós deve ser implementada em busca de uma melhor qualidade de vida para o binômio mãe-filho.

Este estudo traz subsídios para repensar a assistência a partir da forma com que essas pacientes têm sido abordadas pelos profissionais, que, apesar da unanimidade das respostas em reconhecerem as diferenças existentes no cuidado prestado a adolescente, falta-lhes ainda algo para que isso aconteça de maneira simples. Ao executar o trabalho, a maioria presta uma assistência sem distinção entre adolescentes e mulheres adultas.

Desse modo, acreditamos que para nortear o cuidado à essa adolescente grávida faz-se necessário conhecer o contexto vivido por ela, sua história social, familiar, seu conhecimento prévio sobre a maternidade e suas pretensões futuras, dados que servirão como base para uma assistência mais humana e individualizada. Para o

alcance dessa proposta, sugerimos a implantação de um roteiro de anamnese, em que poderao ser levantadas as suas fragilidades, servindo como guia de orientação dos profissionais para essa clientela.

Concordamos com Januário, para que se utilize uma metodologia adequada para o atendimento específico da problemática da assistência maternoinfantil, incluindo o trabalho individualizado com a adolescente gestante, a orientação de grupos de adolescentes gestantes e a interação com seus familiares(5).

5- PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

OBJETIVO

Disseminar informações, reunidas, discutidas e validadas sob a forma deste Documento Científico em janeiro de 2019, sobre medidas preventivas e educativas que contribuam para a redução da incidência da gravidez na adolescência e incentivar a discussão sobre o novo artigo do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA):

"Art. 8º-A. Fica instituída a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, a ser realizada anualmente na semana que incluir o dia 1º de fevereiro, com o objetivo de disseminar informações sobre medidas preventivas e educativas que contribuam para a redução da incidência da gravidez na adolescência.

*Parágrafo único. As ações destinadas a efetivar o disposto no **caput** deste artigo ficarão a cargo do poder público, em conjunto com organizações da sociedade civil, e serão dirigidas prioritariamente ao público adolescente...."*

Janeiro de 2019

INTRODUÇÃO

Os adolescentes - indivíduos entre 10 e 20 anos incompletos (critério da OMS) - representam entre 20% e 30% da população mundial, estimando-se que no Brasil essa proporção alcance 23%. Dentre os problemas de saúde nessa faixa etária, a gravidez sobressai em quase todos os países e em especial, nos países em desenvolvimento.¹

Ficar grávida é o desejo de muitas mulheres, inclusive adolescentes. No entanto, a gravidez na adolescência pode transformar esse momento vital em muitas crises e riscos para a adolescente, para o recém-nato (RN), para a família e para a sociedade, aumentando os custos associados ao evento para o sistema de saúde e, elevando as taxas de mortalidade, além de impactar no futuro de várias gerações.²

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a gestação nesta faixa etária é uma condição que eleva a prevalência de complicações maternas, fetais e neonatais, além de agravar problemas socioeconômicos existentes. Como em outras condições de saúde, o prognóstico da gravidez na adolescência depende da interação de fatores biológicos, sociais, psicológicos, culturais e econômicos.¹

DADOS NACIONAIS

A taxa de gestação na adolescência no Brasil é alta para a América Latina, com 400 mil casos/ano.¹ Quanto à faixa etária, dados do Ministério da Saúde revelam que em 2014 nasceram 28.244 filhos de meninas entre 10 e 14 anos e 534.364 crianças de mães com idades entre 15 e 19 anos. Esses dados são significativos e requerem medidas urgentes de planejamento e ações.³

Em 2015, 18% dos brasileiros nascidos vivos eram filhos de mães adolescentes. Quanto à distribuição demográfica, a região com maior número de mães adolescentes é a região Nordeste, concentrando 180 mil nascidos ou 32% do total. Segue-se a região Sudeste, com 179,2 mil (32%), a região Norte com 81,4 mil (14%), a região Sul (62.475 - 11%) e a Centro Oeste (43.342 - 8%).^{4,5}

PRINCIPAIS FATORES

Diversos fatores concorrem para a gestação na adolescência. No entanto, a desinformação sobre sexualidade, sobre direitos sexuais e reprodutivos é o principal motivo. Questões emocionais, psicossociais e contextuais também contribuem,

inclusive para a falta de acesso à proteção social e ao sistema de saúde, incluindo o uso inadequado de contraceptivos, como métodos de barreira e preservativos.⁶

Existem outras causas inerentes ao desenvolvimento psíquico ou fatores culturais, tais como pensamentos mágicos e inconscientes de ser amado/a ou de ser conquistado/a como reflexo dos papéis estereotipados e veiculados pelas mídias e sociedade em geral, muitas vezes envolvendo romance e violência.⁶

A falta de um projeto de vida e expectativas de futuro, educação, pobreza, famílias disfuncionais e vulneráveis, abuso de álcool e outras drogas, além de situações de abandono, abuso/violência e a falta de proteção efetiva às crianças e aos adolescentes, também fazem parte desse quadro. Ocorre também a adoção do RN pelos avós ou familiares, como substitutos da maternagem do RN e retirando esse direito dessas adolescentes. Ou ainda o RN é deixado em abrigo para adoção.² Muitas vezes, a gravidez é desejada pela jovem, inclusive como uma resposta ao meio que a circunda ou como forma de exercer a sexualidade, de ser incluída e aceita socialmente. Ou ainda por gerar benefícios financeiros futuros para a família. Todos esses fatores também contribuem para a reincidência da gravidez ainda na adolescência.

Maternidade e paternidade são momentos do ciclo de vida familiar que exigem responsabilidades legais e socioeconômicas perante o filho gerado, além da obrigação de responder pela ação própria.⁸ Muitas vezes, isso não acontece ou é dificultado na adolescência, seja por sua imaturidade ou pela falta de independência, causando mais riscos que resultam no abandono do RN não desejado e não programado ou pelo número elevado de abortamentos realizados e assim pela perpetuação da exclusão social.⁹

As complicações e gravidade da gestação correlacionam-se à idade da adolescente (maiores riscos para meninas com menos de 16 anos, especialmente menores de 14 anos, ou com menos de dois anos da menarca/primeira menstruação), paridade, início e aderência ao pré-natal, ganho de peso e aspectos nutricionais.^{1,6}

Não se pode esquecer a influência de fatores psicossociais como a presença ou ausência do apoio familiar, apoio ou não de companheiro/pai do RN, e fatores ambientais como acesso aos cuidados básicos em saúde, forças que exercem variações nos resultados da gestação, como no peso, na prematuridade e outros achados neonatais, além das complicações maternas obstétricas do parto e pós-parto.¹¹

As situações de mais riscos que estão associadas e que ocorrem na gestação de adolescentes estão descritas, de forma resumida, nos Quadros 1 a 3.^{1,6}

Quadro 1. Fatores que aumentam os riscos da gestação na adolescência.

1. Idade menor que 16 anos ou ocorrência da primeira menstruação há menos de 2 anos (fenômeno do duplo anabolismo: competição biológica entre mãe e feto pelos mesmos nutrientes, estando a adolescente ainda em fase de crescimento e maturação puberal final)
2. Altura da adolescente é inferior a 150 cm ou peso menor que 45kg
3. Adolescente é usuária de álcool ou outras drogas lícitas ou ilícitas/cocaína/crack/medicamentos sem prescrição médica
4. A gestação é decorrente de abuso/estupro ou outro ato violento/ameaça de violência sexual
5. Existência de atitudes negativas quanto à gestação ou rejeição ao feto
6. Tentativa de interromper a gestação por quaisquer meios ou medicamentos
7. Existência de dificuldades de acesso e acompanhamento aos serviços de pré-natal
8. Não realização do pré-natal ou menos do que seis visitas de rotina
9. Presença de doenças crônicas: diabetes, doenças cardíacas ou renais; IST: Sífilis, HIV, hepatite B ou hepatite C; hipertensão arterial
10. Presença de doenças agudas e emergentes: dengue, zika, toxoplasmose, outras doenças virais
11. Ocorrência de pré-eclâmpsia ou desproporção pélvica-fetal, gravidez gemelar, complicações obstétricas durante o parto, inclusive cirurgia cesariana de urgência
12. Falta de conexão ou apoio familiar à adolescente, principalmente de sua própria mãe ou do parceiro

Fonte revisada e atualizada⁶

Quadro 2. Fatores que aumentam os riscos do recém-nato ou do lactente até o primeiro ano de vida, quando nascido de mãe adolescente.

1. Nasce prematuro, pequenos para idade gestacional (PIG) ou com baixo peso (retardo intrauterino)
2. Mede menos do que 48 cm ou pesa menos do que 2.500g
3. Obtém nota inferior a 5 na Classificação do Apgar, na sala de parto ou se o parto ocorreu em situações desfavoráveis
4. Apresenta anomalias, dismorfias ou síndromes congênitas (Síndrome de Down, defeitos do tubo neural ou outras)
5. Se há circunferências craniana, torácica ou abdominal incompatíveis
6. Tem infecções de transmissão vertical ou placentária: sífilis, herpes, toxoplasmose, hepatites B ou C, Zika, HIV/AIDS e outras
7. Necessita de cuidados intensivos nas unidades neonatais
8. Apresenta dificuldades na sucção e amamentação
9. Há problemas de higiene e cuidados no domicílio ou contexto familiar como negligência ou abandono, presença de animais ao redor
10. Falta de acompanhamento médico pediátrico em visitas regulares e falhas no esquema de vacinação

Fonte revisada e atualizada^f

Quadro 3. Aumento dos riscos para o binômio mãe adolescente - filho recém-nascido (RN)

1. RN apresenta anomalias graves, problemas congênitos ou traumatismos durante o parto (asfixia, paralisia cerebral, outros)
2. Se o RN é abandonado em instituições ou abrigos
3. Quando não acontece a amamentação por quaisquer motivos
4. Se a mãe adolescente sofre de transtornos mentais ou psiquiátricos antes, durante ou após a gestação e parto
5. O pai biológico ou parceiro abandona, se omite ou recusa a responsabilidade da paternidade
6. Quando o RN é resultado de abuso sexual incestuoso ou por desconhecido; ou relacionamento extraconjugal
7. Se a família da adolescente rejeita ou expulsa a adolescente e o RN do convívio familiar
8. Quando a família apresenta doenças psiquiátricas, uso de drogas, álcool ou existem episódios de violência intrafamiliar
9. Falta de suporte familiar, pobreza ou situações contextuais de risco (migração, situação de rua, refugiado)
10. Quando a mãe adolescente abandonou ou foi excluída da escola, interrompendo a sua educação e a não inserção no mercado de trabalho

Outras condições de grande força no destino do binômio mãe adolescente-filho dizem respeito ao pai biológico e à escolaridade da mãe, abordados em seguida.

Reação do parceiro frente à gravidez

A paternidade gera um período de transformações, uma vez que o pai assume papel significativo advindo de mudanças e readaptações para estabelecer novos papéis de

responsabilidade. Implica não apenas a questão de transformações, mas também uma questão social, que deve ser analisada e compreendida, pois determina novos projetos no cotidiano de vida.

Estudos apontam que a paternidade nem sempre é uma função identificada, pois culturalmente focaliza-se quase sempre o papel da mãe. Quando citado, o papel do pai se reporta, na maioria das vezes, aos que já moram com os filhos, deixando vago o campo de pesquisas e conhecimentos sobre pais mais jovens e pais adolescentes.¹

Quanto à reação sobre o momento da descoberta da gravidez, estudo revelou que a maioria dos parceiros adolescentes/jovens tem boa aceitação, porém dizem enfrentar certa dificuldade no começo, por se tratar de um fato que levou a várias mudanças na sua vida.

Convém estimular o pai adolescente a comparecer aos serviços de saúde, tanto no pré-natal como no planejamento familiar, de modo a melhorar a atenção à saúde reprodutiva e à paternidade responsável, pois com certeza reduzirá a reincidência da gestação nesta faixa etária.

Interrupção da vida escolar

Pesquisas sobre mudanças na vida social revelam que as gestantes adolescentes indicam a interrupção dos estudos como a mais frequente e preocupante. O abandono escolar compromete não apenas a continuidade da educação formal, como resulta em menor qualificação e obstáculo nos seus projetos de vida.⁷ A porcentagem de adolescentes que não frequenta mais a escola após ter engravidado é de 68,3%, elevando-se para 85,7% no terceiro trimestre de gravidez.⁷

No entanto, a gravidez na adolescência não é um fenômeno homogêneo e depende do contexto social no qual a garota está inserida. Nas camadas sociais média e alta, a ocorrência de gestação na jovem tende a não prejudicar tanto o percurso de escolarização e profissionalização. Por outro lado, em classe social baixa, a

adolescente tem maior dificuldade em continuar e finalizar os estudos, encontrando mais obstáculos na sua profissionalização, até porque, na maioria das vezes, não pode contar com o apoio familiar e social.

Adolescente grávida

Os desafios múltiplos enfrentados pelas mães adolescentes, suas famílias e companheiros justificam maior compreensão do acolhimento, de acompanhamento do pré-natal e das medidas de promoção e prevenção de saúde destas mães. Mudanças na política de atenção à saúde, para favorecer o apoio a elas e abordar as causas da gravidez na adolescência, das desvantagens sociais, risco à saúde das adolescentes e aos bebês podem ajudar a melhorar a vida dessas meninas e familiares.¹²

A gravidez na adolescência é considerada problema de saúde pública que deve ser abordado de maneira abrangente. O diagnóstico, o manejo clínico precoce desta gravidez, a condução da gestação, o acompanhamento no puerpério e o estímulo à amamentação, além do controle nutricional devem ser realizados por equipe multidisciplinar e são relevantes com a finalidade de garantir o bem físico, psicológico e social dessas mães adolescentes, dos parceiros, filhos e familiares.^{12,13,14}

FATORES DE PREVENÇÃO

Um dos mais importantes fatores de prevenção é a educação, fato indubitável para a saúde plena, tanto individual quanto coletiva. Nesse sentido, é importante considerar a educação abordando sexualidade e saúde reprodutiva, tanto no meio familiar quanto na escola, com abordagem científica, e nos programas de promoção à saúde. Não apenas quanto aos eventos biológicos, mas em relação ao convívio de respeito entre meninos e meninas, atividades sexuais com responsabilidade e proteção - métodos contraceptivos - principalmente durante a adolescência.¹⁵

A educação sexual integrada e compreensiva faz parte da promoção do bem-estar dos adolescentes e jovens, realçando o comportamento sexual responsável, o respeito pelo/a outro/a, a igualdade e equidade de gênero, assim como a proteção da gravidez inoportuna, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis/HIV, defesa contra violência sexual incestuosa e outras violências e abusos.¹⁵

Organizações internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) especificam guias metodológicos e operacionais cujas características estão abaixo elencadas, de forma resumida.¹⁵

- Fundamentação nos princípios e valores dos direitos humanos e sexuais, sem distinção étnica e de gênero, nem religiosa, econômica ou social, em mensagens de comunicação;
- Informações exatas e cuidadosas cientificamente comprovadas sobre saúde sexual e infecções que podem ser sexualmente transmitidas, contracepção, questões de gênero e enfrentamento da violência;
- Ambiente de aprendizagem seguro e saudável nas escolas;
- Metodologias participativas com ênfase na comunicação e desenvolvimento do pensamento crítico, construtivo e saudável nas tomadas de decisão, inclusive sobre comportamentos e sexualidade;
- Promoção da educação sexual como parte dos programas sobre direitos à saúde e a proteção social às crianças e adolescentes/jovens, inclusive na questão da gravidez precoce.

Importante alertar que, ao se comunicar com adolescentes, não se deve utilizar somente a perspectiva de problemas ou consequências negativas da sexualidade, no sentido de doenças, infecções ou gravidez inesperada, muitas vezes envolvendo estereótipos das mídias, inclusive das redes sociais e digitais.

É de suma relevância oferecer oportunidades para o protagonismo juvenil por meio de encontros, grupos focais, participação em atividades culturais ou artísticas, técnicas de aprendizagem em grupo, psicodrama ou teatro simulando situações e

debates, onde os adolescentes podem verbalizar suas dúvidas e percepções. Recomenda-se inclusive abordar os relacionamentos familiares, de amigos e reflexões sobre a própria sexualidade. O aprendizado em ambiente facilitador nas escolas em palestras ou atividades com trocas educativas, participativas e reflexivas é o que mais alcança a prevenção de problemas futuros, inclusive da gestação.¹⁶ Importante ressaltar ainda os eixos de treinamento profissional para os agentes comunitários de saúde e outros profissionais das redes, parcerias com escolas e prefeituras, para a realização de capacitação nos eixos de ensino, pesquisa, planejamento, execução de cursos e oficinas de habilitação para os profissionais de saúde, educação, famílias e os próprios adolescentes, escolares ou universitários.¹⁷

O texto sobre métodos contraceptivos na adolescência para a prevenção da gravidez, realizado pela SBP, está disponível no documento anteriormente mencionado.⁴

Para orientar as discussões em grupos de adolescentes e direcionadas a campanhas educativas e preventivas sobre gravidez na adolescência, existe inúmeros materiais acessíveis - vídeos educativos e metodologias participativas e já publicadas online.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A Lei 7398/2019, que acrescenta o artigo 8ºA ao ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), para instituir a Semana de Prevenção de Gravidez na Adolescência é mais uma das ações preventivas de gravidez inesperada, visando a proteção da vida da jovem adolescente. Essas iniciativas ocorrerão nos primeiros dias de fevereiro e serão de responsabilidade do poder público em conjunto com a sociedade civil.²⁰
- Garantir o desenvolvimento integral na adolescência e juventude é uma responsabilidade coletiva, que precisa articular família, escola e sociedade, e articulando com políticas públicas de atenção integral à saúde em todos os níveis de

complexidade.

- Trabalhar pela saúde de adolescentes exige empatia e visão holística do ser humano, no seu ciclo de vida, com abordagem sistêmica de suas necessidades, não se restringindo à prevenção de doenças e agravos ou ao atendimento clínico, mas incluindo também a prevenção da gravidez.
- Cabe principalmente ao pediatra, como profissional de saúde comprometido e especializado no crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes, o papel de prevenção, atendimento, acompanhamento e assistência da gravidez que ocorre durante a adolescência, desde antes dessa gestação, como durante os períodos de pré-natal, parto e neonatal, assim como o acompanhamento dessa mãe adolescente e de seu filho, no sistema de saúde, a seguir.
- A saúde de adolescentes está diretamente relacionada à promoção do protagonismo juvenil e do exercício da cidadania, ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, à educação em saúde e prevenção de agravos; está ainda correlacionada aos projetos de vida e espiritualidade, no seu mais amplo sentido.
- Implica também a articulação entre órgãos e instituições, públicas e privadas, embasando-se em situações epidemiológicas, indicadores e demandas sociais, respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde, SUS.
- Investir nos adolescentes/jovens exige recursos que influenciem tanto no presente quanto no futuro, uma vez que os comportamentos nessa idade serão cruciais para toda a vida. Afinal, cuidar de adolescentes e jovens é investir no futuro com mais saúde, produtividade, felicidade e qualidade de vida das gerações.

Para facilitar a assimilação, segue o mapa conceitual com os itens abordados neste texto (Fig. 1).

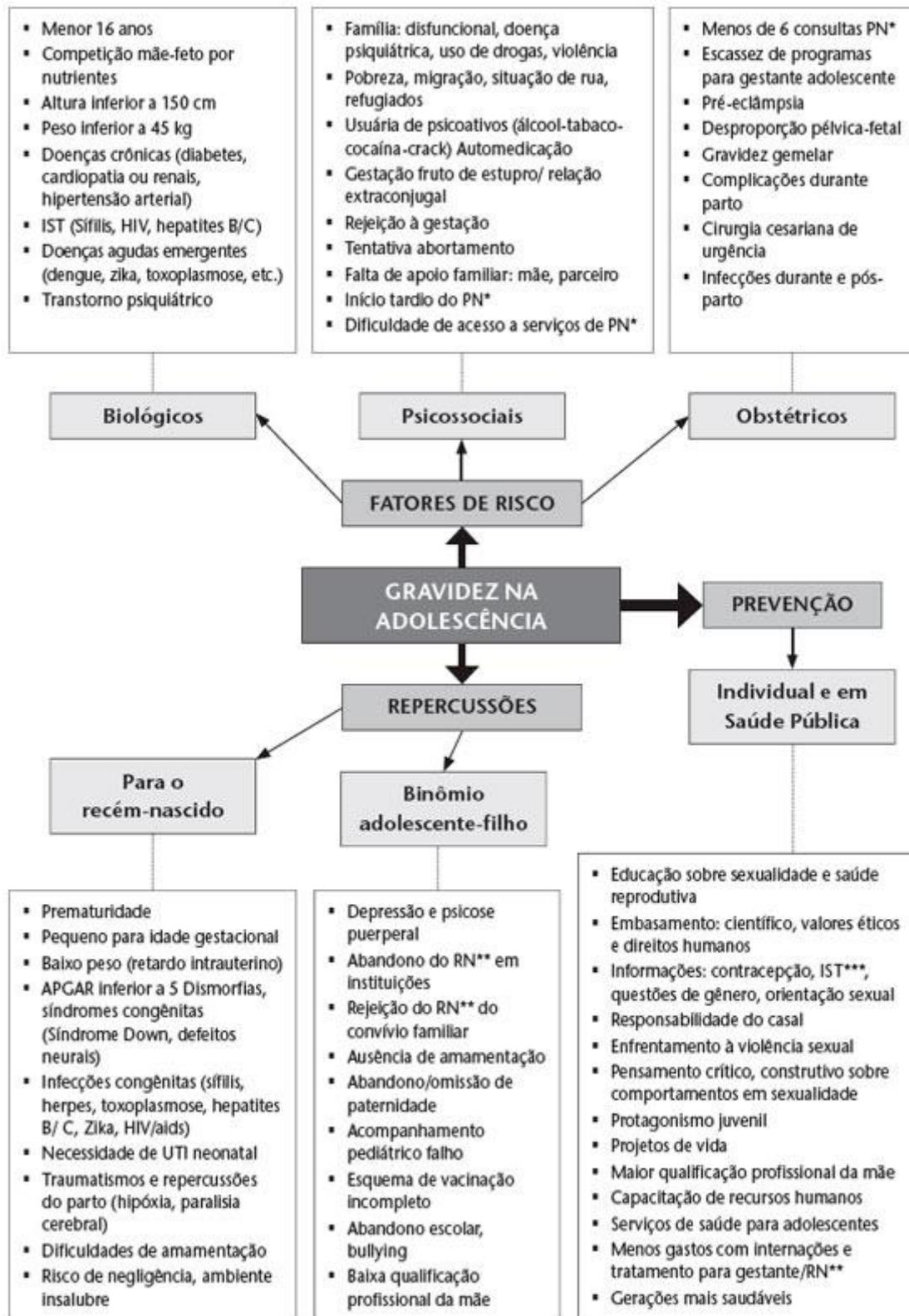


Figura 1. Mapa conceitual da gravidez na adolescência.

REFERÊNCIAS

<https://www.todamateria.com.br/gravidez-na-adolescencia/> acesso em 14/04/2020

https://pt.wikipedia.org/wiki/Educa%C3%A7%C3%A3o_sexual>acesso em 14/04/2020

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-73132008000100011>acesso em 14/04/2020

<https://www.saude.gov.br/artigos/826-adolescentes-e-jovens/40806-orientacoes-sobre-os-metodos-contraceptivos>>acesso em 14/04/2020

Bouzas I, Pacheco A, Eisenstein E. Orientação dos principais contraceptivos durante a adolescência . Adolesc Saude. 2004;1(2):27-33

http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=218.>acesso em 14/04/2020

<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46276-prevencao-de-gravidez-na-adolescencia-e-tema-de-campanha-nacional>>acesso em 14/04/2020

http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=25>acesso em 14/04/2020

http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=763>acesso em 14/04/2020