

Maria Alice Andrade de Azevedo Pieve

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UM PROBLEMA SÓCIO-CULTURAL

CAMPOS GERAIS-MG
2009

Maria Alice Andrade de Azevedo Pieve

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UM PROBLEMA SÓCIO-CULTURAL

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Daisy Maria Xavier de Abreu

CAMPOS GERAIS-MG

2009

Maria Alice Andrade de Azevedo Pieve

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UM PROBLEMA SÓCIO-CULTURAL

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Daisy Maria Xavier de Abreu

Banca Examinadora

Prof.

Prof.

Prof.

Aprovada em Belo Horizonte _____ / _____ / _____

RESUMO

A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública tanto no Brasil como em muitos outros países do mundo. Um desafio colocado para o enfrentamento do problema diz respeito à implantação de ações preventivas de caráter contínuo e sistemático. Nesse aspecto, ressalta-se a importância da atuação da equipe da Saúde da Família que deve buscar identificar os fatores que interferem na utilização de métodos contraceptivos e que repercutem sobre a incidência de gravidez na adolescência. O presente estudo tem como objetivo central identificar, a partir da bibliografia existente sobre o tema, fatores associados ao uso de métodos contraceptivos e gravidez na adolescência e caracterizar como esse fenômeno tem ocorrido no município de Campos Gerais, MG. A revisão da bibliografia ofereceu elementos que poderão subsidiar a definição de ações de educação e prevenção no âmbito do PSF no município de Campos Gerais no estado de Minas Gerais.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência, métodos contraceptivos, Atenção básica em saúde, Saúde da Família

ABSTRACT

The teenage pregnancy is a public health problem in Brazil and other countries in the world. A challenge for dealing with this involves an introduction of preventive actions, continuous and systematically. So, there is emphasized the importance of Health Family Program - PSF that must search to identify the factors that take place with the use of contraceptive methods and the incidence of teenage pregnancy. The main aim of the study is identify, from the bibliography, associated factors to the use of contraceptive methods and teenage pregnancy and describe this phenomenon in Campos Gerais, MG. The bibliography revision offered elements that would be useful for defining education strategies to prevent the adolescence pregnancy prevention in the context of the PSF in Campos Gerais.

Keywords: Teenage pregnancy, contraceptive methods, Primary Health, Family Health Program

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 JUSTIFICATIVA	8
3 OBJETIVOS	9
3.1 Objetivo geral.....	9
3.2 Objetivos específicos.....	9
4. METODOLOGIA	10
4.1. Material e método.....	10
5 REVISÃO DA LITERATURA	11
5.1 Adolescência.....	11
5.2 Sexualidade.....	15
5.3 Gravidez na adolescência.....	19
5.4 Contracepção na adolescência.....	23
5.5 Riscos de uma gravidez precoce.....	28
5.6 Prejuízos sociais para adolescentes.....	33
6 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO MUNICÍPIO DE CAMPOS GERAIS	35
7 DISCUSSÃO	39
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS	44

1 INTRODUÇÃO

A palavra adolescência vem do latim “adolescere que significa” fazer-se “homem/mulher” ou “crescer na maturidade sendo que somente a partir do final do século XIX foi vista como uma etapa distinta do desenvolvimento” (BUENO, 2006, p. 1).

A adolescência se caracteriza como uma fase que ocorre entre a infância e a idade adulta, na qual há muitas transformações tanto físicas como psicológicas, possibilitando o surgimento de comportamentos irreverentes e desafiantes com os outros, o questionamento dos modelos e padrões infantis que são necessários ao próprio crescimento. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, corresponde a um período de 10 a 19 anos de idade, desencadeado por mudanças corporais e fisiológicas advindas da maturação fisiológica (LIRA & DIMENSTEIN, 2004).

A idade média em que os adolescentes vêm entrando no processo de puberdade tem diminuído consideravelmente, atingindo seu limite inferior. O entrar na puberdade, mais cedo, geralmente acarreta um amadurecimento biológico que não necessariamente coincide com o amadurecimento cognitivo e emocional, o que se constitui, portanto, fator de risco para uma iniciação sexual prematura e suas negativas conseqüências (BORUCHOVICH, 2004).

A tendência de queda da idade média da menarca e da iniciação sexual aparece associada à gravidez na adolescência, assim como a falta de informação sobre métodos contraceptivos e a dificuldade de acesso a estes. Igualmente corrente é a assertiva de que a gravidez em mulheres menores de 20 anos tem incidência maior nas classes mais economicamente desfavorecidas (GOMES, ET AL, 2002).

Os números que envolvem a gravidez precoce são alarmantes no Brasil, entre 28 e 30% dos recém-nascidos são filhos de mães com idade inferior a 19 anos. Segundo a pesquisa divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número de adolescentes com idades de 10 a 14 anos que esperavam um filho ou estavam pós-parto quase dobrou, entre 2000 e 2002 (SANTOS 2006).

A crescente tendência da liberação do comportamento social, especificamente, o sexual, contribui para o aumento da gravidez na adolescência, devido à falta de conhecimento do próprio corpo enquanto função reprodutora, vinda da falta de uma educação esclarecedora tanto no âmbito familiar como no escolar e

social. (BUENO, 2006). Do ponto de vista sociocultural, esses fatores podem ser associados às transformações dos costumes sexuais e à maciça liberação de mensagens sexuais no meio de comunicação. Apesar da liberação dos costumes, nem sempre os adolescentes têm a necessária informação sobre as possíveis conseqüências da atividade sexual (SANTOS, 2006).

A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública tanto no Brasil como em muitos outros países do mundo. Sua importância transcendeu a prática assistencial, dado seu aumento no final do século passado. Para entender os possíveis fatores etiológicos ligados ao incremento das gestações nessa faixa etária, é preciso perceber a complexidade e a multicasualidade desses fatores, que tornam os adolescentes especialmente vulneráveis a essa situação (LIRA & DIMENSTEIN, 2004).

Os qualificativos “precoces” e indesejados” sempre acompanham a caracterização do fenômeno que representa, segundo concepções, um desvio ou transtorno para a vida da adolescente. São ressaltados "riscos biopsicossociais" tanto para a mãe quanto para a sua prole, estando os esforços das políticas públicas voltados para o "prevenir" ou "coibir" a gravidez "precoce" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

As relações sexuais são mais imprevisíveis entre os jovens concluindo-se a que as chances de uso de algum método contraceptivo seriam, portanto, mais baixas entre os adolescentes de um modo geral (HALBE, 2000). Compreender os fatores associados a não-utilização de anticoncepcionais na adolescência é essencial, dada a importância que o uso de anticoncepcionais tem para a prevenção dos sérios problemas que afetam a vida sexual do adolescente.

Um desafio colocado, para que seja adotado um comportamento seguro em relação ao uso de métodos contraceptivos, refere-se à implantação de ações educativas e preventivas de caráter contínuo e sistemático. (Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento da Universidade de Brasília, DATA.)

Nesse aspecto, ressalta-se a importância da atuação da equipe da Saúde da Família que deve buscar identificar os fatores que interferem na utilização de métodos contraceptivos e que repercutem sobre a incidência de gravidez na adolescência. Assim, é possível subsidiar o planejamento de ações de prevenção necessárias para redução de comportamentos de risco e da gravidez precoce, bem

como monitorar as adolescentes grávidas no atendimento adequado de pré-natal e pós-parto, de modo garantir a saúde da jovem e do recém-nascido.

O presente estudo tem como objetivo central identificar, a partir da bibliografia existente sobre o tema, fatores associados ao uso de métodos contraceptivos e gravidez na adolescência. A revisão da bibliografia poderá subsidiar a definição de ações de educação e prevenção no âmbito do PSF no município de Campos Gerais no estado de Minas Gerais.

2 JUSTIFICATIVA

A população do município de Campos Gerais, MG, em 2009, era de 27.963 habitantes (IBGE, 2009).

O município possui 01 hospital, 01 Pronto Atendimento, 06 PSFs e uma Policlínica, todos sendo como principal fonte o Sistema Único de Saúde (SUS). A cobertura do PSF atingia em 2007 aproximadamente 60% da população do município. (DAB, SAS, MS, 2009).

Através do levantamento de dados realizado no SIS-Pré-natal do município de Campos Gerais, observa-se que, no ano de 2009, foram atendidas 411 gestantes, sendo que 39 eram adolescentes. O número de jovens grávidas no município pode ser maior, pois muitas adolescentes não realizam o pré-natal como recomendado. Tal incidência pode estar relacionada à ausência e precariedade de programas educativos para esta faixa etária, visando o esclarecimento e consequentemente a redução do percentual de adolescentes grávidas no município de Campos Gerais. Na área de abrangência do PSF Vila Nova, no segundo semestre de 2009, foram atendidas cerca de cinco adolescentes grávidas por dia, sendo que 50% das mesmas não sabem como utilizar meios contraceptivos de forma correta e apresentam instabilidades no relacionamento.

Desse modo, a busca pela identificação das principais características da vida das adolescentes, com relação à menarca, a coitara, a influência da mídia no comportamento e o conhecimento sobre os métodos contraceptivos, servirá de base para o desenvolvimento de um trabalho de educação sexual com enfoque na prevenção da gravidez precoce, particularmente no âmbito do PSF Vila Nova. A definição de atividades relacionadas ao assunto em pauta contribuirá para a atuação da equipe, visando à diminuição do percentual de adolescentes grávidas no PSF Vila Nova.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar, através da análise de estudos selecionados, os principais fatores associados ao uso de métodos contraceptivos e gravidez na adolescência, de modo a subsidiar a elaboração de um plano de ação para redução da incidência de adolescentes grávidas na área de abrangência do PSF Vila Nova, através de meios educacionais como palestras e oficinas junto á escolas públicas, com temas relacionados à adolescência, sexualidade, métodos contraceptivos e gravidez.

3.2 Objetivos Específicos

- Revisar estudos nacionais sobre uso de métodos contraceptivos e gravidez na adolescência.
- Caracterizar o perfil das adolescentes grávidas no município de Campos Gerais – MG.

4 METODOLOGIA

4.1 Material e Métodos

O presente estudo é composto de dois componentes. O primeiro deles refere-se a um levantamento de estudos sobre os temas: Adolescência, Relações sexuais, Métodos contraceptivos e Gravidez na adolescência. Tal levantamento não pretende esgotar o universo de estudos que enfocam a questão da gravidez na adolescência, mas sim explorar os principais aspectos relacionados ao fenômeno que possam oferecer elementos para subsidiar a formulação de ações de saúde no âmbito da atenção básica.

No segundo componente do estudo, procurou-se caracterizar o perfil da gravidez na adolescência no município de Campos Gerais. Para isso, foi realizado um levantamento de dados secundários nas bases de informação do Departamento de Informática do Ministério da Saúde – DATASUS, especialmente nos sistemas SINASC, SIS-Pré-natal, SIAB, destacando:

- População masculina e feminina segundo grupo etário no município de Campos Gerais, 2009;
- Total de adolescentes do sexo feminino existentes no município de Campos Gerais, 2009;
- Morbidade hospitalar por grupo de causas e faixa etária, 2007;
- Número absoluto e distribuição percentual de nascidos vivos segundo idade da mãe em Campos Gerais, 2000 – 2007;
- Distribuição percentual de nascidos vivos segundo idade da mãe e grau de escolaridade em Campos Gerais, 2000 – 2007.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1. Adolescência

A adolescência é uma fase de transição entre a infância e a idade adulta, fase que se inicia pela puberdade, ocasião em que as transformações fisiológicas e morfológicas começam a impor-se fortemente, afetando, sem dúvida alguma, o desenvolvimento da personalidade. É na fase da adolescência que o indivíduo procura a sua maturidade conquistando a sua própria e total autonomia. (FREITAS, 2003).

Segundo (POLIS, 2006), a adolescência como um período de vida humana com base no aparecimento inicial das características sexuais secundárias para a maturidade sexual, pelo desenvolvimento de processos psicológicos e padrões de identificação que envolve da fase infantil para adulta. A adolescência é a época da afirmação social da identidade e da consolidação da orientação sexual. (HALBE, 2003).

A adolescência é marcada pelas lutas do indivíduo consigo mesmo, pelas contradições de atitudes, porque o indivíduo se acha como que procurando uma diretriz, uma definição em face da vida que tem pela frente; numa palavra, o adolescente se procura a si mesmo (FREITAS, 2003).

A adolescência, por sua vez, é uma atitude cultural. Adolescência é uma atitude ou postura do ser humano durante uma fase de seu desenvolvimento, que deve refletir as expectativas da sociedade sobre as características deste grupo. A adolescência, portanto, é um papel social. E esse papel social de adolescente, parece sempre ter sido simultâneo à puberdade (BUENO, 2006).

A concepção vigente na psicologia sobre adolescência está fortemente ligada a estereótipos e estigmas, desde que foi identificada como uma etapa marcada por tormentos e conturbações vinculadas à emergência da sexualidade. Essa concepção foi reforçada por algumas abordagens psicanalistas que a caracterizaram como uma etapa de confusões, estresse e luto também causados pelos impulsos sexuais que emergem nessa fase do desenvolvimento (SANTOS, 2006).

A adolescência implica num período de mudanças físicas e emocionais considerado, um momento de conflitivo ou de crise. Não podemos descrever a adolescência como simples adaptação às transformações corporais, mas como um importante período no ciclo existencial da pessoa, uma tomada de posição social, familiar, sexual e entre o grupo (BUENO, 2006). No início da adolescência, a ambivalência do jovem deriva em parte da ambigüidade ligada a seu próprio corpo, como se ele não estivesse bem certo se deveria agir como criança ou como adulto. Por outro lado, esta dificuldade é reforçada pelos próprios pais, que também se mostram inseguros com relação à posição do adolescente dentro do próprio desenvolvimento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

A puberdade inaugura biologicamente a adolescência. O desenvolvimento dos caracteres sexuais primários e secundários e o notável crescimento somático pressagiam o destino do corpo infantil em sua inevitável mudança. As mudanças físicas ocorrem devido ao aumento da produção hormonal neste período. Essas alterações hormonais e as eventuais incapacidades ou relutâncias em adaptar-se às alterações físicas contribuem também para alguns estados de depressão, característicos dos adolescentes. Alternadamente, se observam períodos de intensa energia física, entusiasmo e inquietação sem limites (SANTOS, 2006).

Portanto, a puberdade é marcada por significativas mudanças biológicas e psicossociais. As mudanças biológicas, do ponto de vista cultural é a transformação do estado não reprodutivo ao reprodutivo (BUENO, 2006). Na mulher, observa-se alargamento dos quadris e maior deposição de gordura, aparecimento de pelos pubianos e axilares, desenvolvimento mamário, menarca e início dos ciclos ovulatórios, com conseqüente capacidade reprodutiva. Mas a puberdade, não proporciona apenas mudanças físicas, mas, sobretudo, psicológicas. As alterações hormonais despertam a sensibilidade sexual e, conseqüentemente, é neste período que muitos adolescentes começam esporadicamente a ter relações sexuais (BUENO, 2006).

Com o início das relações sexuais, momentos de incerteza, ansiedade, insegurança, isolamento, transtornos de vínculos afetivos, consolidação da auto-imagem e auto-estima, amadurecimento emocional e mental, questionamento sobre imposições, regras, valores, identidade, conflitos familiares, emocionais e sociais,

com preocupação quanto à formação de grupos de amigos (LIRA & DIMENSTEIN, 2004).

A imagem corporal que os adolescentes projetam em seus desenhos da figura humana revela suas dificuldades em aceitar suas transformações, em conviver com uma sexualidade que ameaça sua integridade pessoal, além de mostrar os sentimentos conscientes e inconscientes em relação ao próprio corpo (GOMES, 2002).

A idade média em que os adolescentes vêm entrando no processo de puberdade tem diminuído consideravelmente, atingindo seu limite inferior (BORUCHOVITCH, 2004). A puberdade feminina se inicia, em geral, entre 11 e 14 anos, variando esse período de pessoa para pessoa. Em geral, a puberdade tem início com a primeira menstruação (menarca), que coincide com o surgimento de uma série de transformações do corpo que já se vinham manifestando na fase conhecida como pré-puberal. Consensual que a idade em que uma mulher atinge a puberdade é bastante variável e influenciada por fatores pessoais e ambientais. Não é incomum a puberdade começar um pouco mais cedo ou um pouco mais tarde que a média e entre os muitos fatores de influência, se inclui a hereditariedade, o grupo étnico, o tipo do corpo, nutrição, estilo de vida, toxinas ambientais, etc. (BUENO, 2006).

O entrar na puberdade, mais cedo, geralmente acarreta um amadurecimento biológico que não necessariamente coincide com o amadurecimento cognitivo e emocional, o que se constitui, portanto, fator de risco para uma iniciação sexual prematura e suas negativas conseqüências. Adolescentes do sexo feminino, que entram na puberdade mais cedo do que a média, apresentam tendência maior a ter experiências sexuais precoces (FIGUEIREDO, 2002). Atualmente temos visto, cada vez mais precocemente, crianças que assumem o papel social de adolescentes e estes, por sua vez, cada vez mais precocemente, assumem o papel social de adultos. E dando asas à imaginação, parece, salvo melhor juízo, que essa adolescência precoce tem arrastado consigo a puberdade precoce, principalmente a feminina, com meninas de 9-10 anos menstruando e desenvolvendo seios (HALBE, 2000).

Os adolescentes que atingem a puberdade precocemente são mais vulneráveis ao engajamento prematuro, em atividades sexuais. A iniciação sexual–precoce é geralmente associada a vários agravos a saúde da adolescente. (BORUCHOVITCH, 2004).

As modificações biológicas são importantes, mas o desenvolvimento psicológico dos adolescentes é mais determinado pelo ambiente sócio-cultural em que vivem. No Brasil, a adolescência possui diferentes configurações, pois depende da classe social em que está inserida, sendo que aproximadamente 70 milhões de adolescentes com menos de 18 anos pertencem as classes de renda mais baixa, e, portanto, enfrentam maiores dificuldades psicossociais nessa fase da vida (BUENO, 2006).

O final da puberdade determina a prontidão para a capacidade reprodutiva, com o aparecimento da menarca, que marca o estágio do amadurecido uterino, mas não significa que a adolescente tenha atingido o grau máximo de função reprodutiva (FREITAS, 2003). Uma gravidez na adolescência provocaria mudanças maiores ainda na transformação que já vinha ocorrendo de forma natural. Neste caso, muitas vezes a adolescente precisaria de um importante apoio do mundo adulto para saber lidar com esta nova situação (HALBE, 2000).

A vida sexual de todas as pessoas é constituída de etapas, marcadas por acontecimentos que indicam o início e o término de mudanças significativas. Para a mulher, essas etapas são especialmente assinaladas por transformações orgânicas. A menarca (primeira menstruação), a primeira relação sexual, a primeira gravidez e a última menstruação (pubarca) evidenciam mudanças significativas que podem ser fontes de conflitos, ansiedades e inseguranças (GOMES, 2002).

Assim sendo, já não podemos explicar a adolescência apenas como sendo fruto da interferência do biológico humano (puberdade) no papel social da pessoa mas, muito pelo contrário, vamos acabar tendo que explicar a puberdade precoce de nossas crianças como sendo a interferência do panorama social no biológico humano. (SANTOS, 2006).

Os adolescentes em geral enfocam o presente e não se preocupam em planejar seus atos, nem com as repercussões destes. Existe o pensamento mágico onde eles não se acham em risco para nada, se vêem invulneráveis para os perigos

potenciais da atividade sexual, como a gravidez precoce e as doenças sexualmente transmissíveis (HALBE, 2000).

5.2. Sexualidade

A sexualidade está presente na vida de todas as pessoas desde a fase intra-uterina e não termina senão com a morte. As manifestações da sexualidade, porém, vão-se modificando ao longo da vida do indivíduo, acompanhando as etapas de seu desenvolvimento. Antes dos estudos realizados por Freud, pensava-se que a sexualidade só se manifestava na puberdade. Freud demonstrou que a criança é um ser sexuado, embora as manifestações da sexualidade infantil sejam diferentes das do adulto. Quando toca seus genitais, a criança não tem o mesmo tipo de sensação que o adulto, nem atribui a esse toque o mesmo significado. Ela se manipula para conhecer o corpo e pelo prazer que esse tocar lhe proporciona. Na adolescência e na idade adulta, a sexualidade genitaliza-se. É o apelo da natureza à função reprodutiva, forma de conservação da espécie. Na velhice, quando o indivíduo já foi liberado da atividade procriativa, a sexualidade volta a ser menos genitalizada, mais difusa, privilegiando a sexualidade e carícia (FREITAS, 2003). Na adolescência, com a maturação do sistema reprodutor, as manifestações da sexualidade ganham caráter genitalizado e os jovens começam a experimentar as respostas sexuais do indivíduo adulto. Do ponto de vista psíquico, os adolescentes revivem todos os conflitos porque passaram desde a primeira infância e têm oportunidade de reelaborar as identificações feitas nas fases anteriores (BUENO, 2006)

O comportamento sexual do adolescente é um produto de fatores culturais presentes no ambiente que cada vez mais erotiza as relações sociais. Assim pode-se entender melhor o comportamento sexual do adolescente que muitas das vezes comporta-se por imitação e não pela modelação, o que resulta em conseqüências reforçadoras como a gravidez na adolescência (LIRA & DIMENSTEIN, 2004).

Os papéis sexuais estão mais na dependência de padrões culturais e são os conjuntos de comportamento e condutas esperadas do indivíduo, conforme seu gênero. Esses papéis modificam de acordo com a época, local, e grupo (HALBE, 2000).

Assim, o comportamento sexual do adolescente pode ser visto como sendo mais um produto de contingências ambientais do que meramente um efeito derivado de mudanças hormonais, pois é no ambiente que se podem encontrar as condições que favoreçam a sua manifestação (BUENO, 2006).

O comportamento sexual do adolescente é classificado de acordo com o grau de seriedade. Vai desde o "ficar" até o namorar. "Ficar" é um tipo de relacionamento íntimo sem compromisso de fidelidade entre os parceiros. Num ambiente social (festa, barzinho, boate) dois jovens sentem-se atraídos, dançam conversam e resolvem ficar juntos aquela noite. Nessa relação podem acontecer beijos, abraços, colar de corpos e até uma relação sexual completa, desde que ambos queiram. (BUENO, 2006).

O adolescente, impulsionado pela força de seus instintos, juntamente com a necessidade de provar a si mesmo sua virilidade e sua independente determinação em conquistar outra pessoa do sexo oposto, contraria com facilidade as normas tradicionais da sociedade e os aconselhamentos familiares e começa, avidamente, o exercício de sua sexualidade (SANTOS, 2006).

Apesar de todo desenvolvimento sociocultural e tecnológico ocorrido no século XX, informações relacionadas aos aspectos de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial e sexual, tão necessárias à construção da identidade psicossocial, não têm alcançado de forma ampla e adequada a maior parte dos adolescentes, ocasionando entre estes altos índices de desinformação sobre diferentes aspectos (FIGUEIREDO, 2002).

A crescente tendência da liberação do comportamento social, especificamente o sexual, contribui pra o aumento da gravidez na adolescência, devido á falta de conhecimento do próprio corpo enquanto função reprodutora. (BUENO, 2006). Nas últimas décadas, muitos países presenciaram uma mudança nas atitudes com relação à sexualidade na adolescência. A atividade sexual está sendo iniciada em idades mais jovens, mostrou que a comunicação efetiva entre pais e filhos sobre questões sexuais pode deter a gravidez na adolescência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). De acordo com BUENO (2006), as adolescentes cujas mães conversam sobre sexo possuem menor probabilidade de iniciar a atividade sexual precoce e engravidar.

A comunicação entre mãe e filha pode ser um forte fator contribuinte para que a primeira relação sexual aconteça mais tarde. Outras investigações ainda indicam que pais que têm um maior conhecimento sobre questões sexuais tendem a discutir mais esses assuntos com seus filhos quando comparados a pais que não possuem esse conhecimento (BORUCHOVITCH, 2004)

As atitudes individuais são condicionadas tanto pela família quanto pela sociedade. A sociedade tem passado por profundas mudanças em sua estrutura, inclusive aceitando melhor a sexualidade na adolescência, sexo antes do casamento e também a gravidez na adolescência. Portanto tabus, inibições e estigmas estão diminuindo e a atividade sexual e gravidez aumentando (SANTOS, 2006).

A educação sexual deve começar no lar, antes mesmo que a criança ingresse na escola. Deve ser continuada durante o seu desenvolvimento, paralelamente aos ensinamentos quanto aos demais aspectos da vida. No decorrer da adolescência, essa formação deve ser aprimorada, devido às transformações físicas, determinadas pelo comando hormonal e pelos fatores psicossociais, e quando o interesse sexual passa a dominar o pensamento e as ações dos adolescentes. (LIRA & DIMENSTEIN, 2004). Na realidade, a maioria das famílias preocupa-se com a sexualidade dos filhos, quando esses atingem a puberdade. Nessa hora, muito tempo já foi perdido e com certeza o rumo da sexualidade do indivíduo já está determinado. Por isso, a educação sexual deve ser conscientizada muito antes dos filhos chegarem à adolescência. Até porque é mais importante acompanhar a evolução da sexualidade desde a mais tenra idade, procurando compreender as diferentes fases e principalmente não interferir com atitudes inapropriadas, do que responder com segurança a todas as perguntas que a criança faz (HALBE, 2000).

Como em todos os aspectos de sua vida, a criança aprende mais observando e copiando as atitudes dos pais, do que pelas informações tiradas de manuais ilustrados ou através de frases preparadas. A adequada educação sexual dos filhos depende fundamentalmente do grau de superação, por parte dos pais, dos tabus que cercam o comportamento sexual humano e dos desconhecimentos e dificuldades que a maioria dos adultos tem de sua sexualidade (GOMES, 2002).

Portanto, é fundamental que tanto a família quanto a escola assumam a responsabilidade de formar e informar às jovens para que consolidem uma visão positiva da própria sexualidade e tornem-se capazes para tomadas de decisões

maduras e responsáveis (BUENO, 2006). Como cada vez mais os pais entregam a responsabilidade da educação dos filhos à escola, esta se viu na obrigação de satisfazer, na área da sexualidade, pelo menos as necessidades de conhecimento da biologia da reprodução. Poucas são, entretanto, as escolas que têm condições de esclarecer as peculiaridades do comportamento sexual humano no que diz respeito à moral e aos costumes vigentes (FREITAS, 2003).

De maneira geral, o adolescente não recebe na família informações que envolvam a saúde e, quando tem acesso, essas informações são muitas vezes limitadas e inadequadas, provenientes de amigos, de pessoas pouco preparadas para essa função. A maior parte das informações disseminadas diz respeito ao uso de preservativos para prevenção de DST/AIDS; entretanto, o mecanismo de funcionamento do corpo relacionado à puberdade, maturação sexual, vivências e conflitos decorrentes do crescimento e da sexualidade, com efeito, pouco são abordados (GOMES, 2002).

No que diz respeito ao papel da escola na formação e informação de crianças, adolescentes e jovens, esta tem sido reconhecida como importante pólo integrador e organizador da comunidade, responsável pela socialização de crianças e adolescentes, sendo apontada como o local mais adequado de preparação dos jovens para a vida em sociedade. Adolescentes, quando questionados quanto ao local apropriado para discutir sobre sexualidade, apontam a escola como local ideal para discussões e troca de experiências (BUENO, 2006). A institucionalização, nas escolas, de um espaço para discussão com adolescentes sobre aspectos relacionados ao seu desenvolvimento, vivências e responsabilidades, além de contribuir para a execução de práticas de educação em saúde, através de informações adequadas sobre os cuidados com a saúde, também pode possibilitar o questionamento, a discussão, a reflexão e o estabelecimento de juízo de valores necessários ao pleno desenvolvimento psicossocial (SANTOS, 2006).

Como cada vez mais os pais entregam a responsabilidade da educação dos filhos à escola, esta se viu na obrigação de satisfazer, na área da sexualidade, pelo menos as necessidades de conhecimento da biologia da reprodução. Poucas são, entretanto, as escolas que têm condições de esclarecer as peculiaridades do comportamento sexual humano no que diz respeito à moral e aos costumes vigentes (BORUCHOVICH, 2004). Nesse sentido, pode-se dizer que a escola possui uma grande importância na questão da gravidez durante a adolescência, seja a respeito

do desempenho da jovem nas atividades acadêmicas ou quanto às informações que recebem para se evitar uma gravidez (LIRA & DIMENSTEIN, 2004).

A sociedade desenvolve um papel ambíguo, pois de um lado, promove o sexo e a sexualidade como objeto sem significados subjetivos ou afetos correspondentes, e de outro, espanta-se com a vida sexual ativa cada vez mais precoce. Os adolescentes podem simplesmente copiar comportamentos de “liberdade, amor e comunicação aberta, compromissos em curto prazo, temas promovidos pelos meios de comunicação (SANTOS, 2006).

Em relação ao comportamento sexual do adolescente, considerando essa análise, pode-se dizer que filmes, músicas ou novelas atuam como estímulo discriminativo modelador para que o adolescente inicie precocemente sua vida sexual, obtendo como reforço imediato o prazer de experimentar tal situação, resultando em um comportamento modelado pelas contingências (BUENO,2006).

A modelação é definida por POLIS, 2001, como a aprendizagem vicária de comportamentos, ou seja, através da observação de modelos, pode-se adquirir padrões de respostas autonômicas, motoras e/ou cognitivas, sendo que esses modelos podem ser reais ou simbólicos, tais como personagens de filmes e livros. Assim, pode-se entender melhor o que acontece no comportamento sexual do adolescente, parece que algumas vezes comporta-se por imitação e não pela modelação, pois muitos comportamentos que emitem, resultam em conseqüências mais punitivas que reforçadoras, a exemplo a própria gravidez na adolescência (FREITAS, 2003).

5.3. Gravidez na adolescência

A gravidez é uma fase da vida que não depende da idade da mulher, pode ocorrer a qualquer momento desde que haja as condições fisiológicas apropriadas para propiciá-la. É um período no qual ocorrem profundas transformações, endócrinas, somáticas e fisiológicas (BUENO, 2006).

A gravidez representa para as mulheres uma experiência orgânica e psicossocial intensa, que determina mudanças na imagem corporal, no sistema hormonal, na identidade, no tipo de vínculo com o parceiro, no papel social e nas responsabilidades sócio-econômicas. A gravidez pode levar a mulher a identificar-se

com a criança e reviver o estado de dependência ou, ao contrário, levá-la a identificar-se com a figura materna (GOMES, 2002)

Os riscos que acompanham a gestação são ainda grande preocupação no Brasil e sua prevenção iniciam-se muito antes da gravidez. Um dos riscos que permeiam a gravidez é a gestação na adolescência, que coloca a adolescente vulnerável às patologias antes, durante e após o parto, incidindo não só na adolescente, como também no seu filho (BUENO, 2006).

A adolescência, por si só, é um período de mudanças e incertezas, pois a adolescente tem um corpo em transformação, em desenvolvimento, com características sexuais adultas e ao mesmo tempo precisa adequar seu comportamento às novas exigências sociais e culturais que tal fase impõe. Assim, engravidar, nesta fase gera complicações, tanto no que diz respeito ao fator social como no fator biológico e delicado na vida de uma mulher: a adolescência e a gravidez (LIRA & DIMENSTEIN, 2004).

A adolescente poderá apresentar problemas de crescimento e desenvolvimento emocionais e comportamentais, educacionais e de aprendizado, além de complicações da gravidez e problemas de parto. É por isso que alguns autores considerem a gravidez na adolescência como sendo uma das complicações da atividade sexual (BUENO, 2006).

A gravidez na adolescência não é um episódio, é parte do processo de busca de identidade, procura na qual a adolescente pode ter dificuldades em relação ao espaço e ao tempo, e que a faz assumir atitudes de rebeldia, buscar grupos menores ou até marginalizados que a compreendam, tentar soluções mágicas para seus problemas, criar juízos de valor e desprezar o que os adultos lhe impuseram e por isto desenvolver atitudes agressivas com aqueles à sua volta (HALBE, 2000).

A concepção da gravidez na adolescência como desvantagem ou problema social é devedor da construção da adolescência enquanto uma etapa de preparação para a vida adulta, ou seja, período destinado à escolarização do jovem. Além disso, deve ser ressaltado o caráter heterogêneo e diversificado da juventude, pois são as pertencas de classe e os atributos sociais que modelam e distinguem os jovens uns dos outros. Neste sentido, uma gravidez na adolescência pode não se configurar necessariamente como um transtorno ou uma perturbação na trajetória juvenil, pois a juventude guarda suas especificidades em termos de classe, gênero e etnia,

perspectiva esta que se alinha à noção de construção social das idades (FREITAS, 2003).

As inquietações em torno do fenômeno da gravidez na adolescência na sociedade brasileira podem ser remetidas, entre outros fatores, à transição demográfica. Esta dinâmica responde por importantes alterações no crescimento populacional do país: nas últimas décadas, a população tem passado por rápidas transformações em termos de sua estrutura etária a partir da queda da fecundidade e do aumento da esperança de vida ao nascer (GOMES, 2002).

A maternidade no início da vida reprodutiva antecipa a maturidade biológica, e precipita momentos socialmente institucionalizados para a reprodução, com claras implicações para a constituição de família e a organização social dominante. As expectativas sociais diante da idade para o início da reprodução, no entanto, alteram-se cultural e historicamente, e a gravidez, no período modernamente chamado de adolescência, é abordada de modo diferente de décadas passadas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Tem-se observado em todo o mundo o aumento da incidência de gestações entre os jovens, fato que se relacionam os fatores de ordem psicossocial e cultural.

Do ponto de vista psicológico, as características gerais da adolescência (a curiosidade, o desejo de experimentação, o pensamento mágico, a tendência a transgredir as normas em busca de auto-afirmação, a grande intensidade emocional das paixões) contribuem por si mesmas, para se tornara a adolescente mais vulnerável à gravidez não-planejada. A esses fatores gerais somam-se outros, de caráter circunstancial e pessoal, alguns de raízes emocionais inconsciente. Muitas adolescentes engravidam para preencher vazios emocionais decorrentes da desestruturação familiar, da dificuldade de diálogo com os pais. Outras engravidam na tentativa de prender o parceiro ou de firmar a própria identidade. As adolescentes que iniciam a vida sexual precocemente ou engravidam nesse período, geralmente vêm de famílias cujas mães se assemelharam a essa biografia, ou seja, também iniciaram vida sexual precoce ou engravidaram durante a adolescência (BUENO, 2006). As características mostram que um número crescente de adolescentes tem decidido manter relações sexuais e que a idade média de início dessas relações tem se antecipado. (GOMES, 2002).

Na atualidade, o que chama a atenção e preocupa com relação à gravidez na adolescente é a sua freqüência: é bastante elevado e continua crescendo,

transformando-se num problema médico e social preocupante. Os números de adolescentes que engravidam aumentaram progressivamente e em idades cada vez mais precoces, pois a idade da menarca tem se adiantado por volta de 04 meses por década do século XX, sendo que a idade média para que ocorra é de 12,5 a 13,5 anos, expondo a adolescente a engravidar cada vez mais cedo. (FIGUEIREDO, 2002). Dados mais recentes apontam para esse processo de rejuvenecimento do processo reprodutivo no Brasil. Mulheres mais jovens (15 a 19 anos) representam 23% da taxa total de fecundidade, em 2006, em contraste com 17% em 1996. Já as mulheres com mais de 35 anos que respondiam por 13% em 1996, contribuem em 2006 com 11% da taxa total de fecundidade (PNDS, 2006).

O desconhecimento do funcionamento do próprio corpo, a falta de suporte afetivo dentro das famílias, a busca de reconhecimento e aprovação constantes por parte dos grupos de companheiros e a deficiência de programas adequados, têm sido em grande parte, os responsáveis pelas estatísticas alarmantes de gravidez na adolescência (FREITAS, 2003).

Em 2000, segundo SANTOS (2006), foram realizados 689 mil partos de adolescentes no Brasil, o equivalente a 30% do total dos partos do país. Nos últimos anos, são mais de 700 mil partos de adolescentes por ano, segundo Raquel Foresti (2009). O número é um desafio face às várias iniciativas voltadas para a prevenção da gravidez na adolescência. A gravidez na adolescência não é um fato novo: ela sempre existiu. Apenas, num passado já distante, sua frequência era muito baixa e suas repercussões mínimas; não se constituía em problema médico ou social, interessava apenas às famílias envolvidas no caso (MELO, 1996; BUENO, 2006).

Portanto, à medida que os tabus, inibições, tradições e comportamentos conservadores estão diminuindo, a atividade sexual e a gravidez na infância e juventude vai aumentando (BUENO, 2006). A gravidez na adolescência pode ser considerada uma consequência da emissão de um comportamento de risco da adolescente, como manter relações sexuais sem medidas contraceptivas, utilizá-las inadequadamente ou iniciar precocemente a atividade sexual. (BUENO, 2006).

A gravidez na adolescência, na maioria das vezes, não é planejada; surge em decorrência de uma atividade sexual não planejada e não protegida. O aborto como uma solução imediata pode causar, no futuro, sentimentos de culpa e dificuldades em novas relações (HALBE, 2000).

O que faz indesejável a gravidez na adolescência não são basicamente causas biológicas, mas, sobretudo as contingências psicossociais, culturais e econômicas. Atualmente, a adolescência passou a ser considerada período para a atividade escolar e para preparação profissional no contexto de dependência familiar, tanto econômica quanto emocional. Quando ocorre a gravidez o jovem e a jovem têm de realizar, de uma só vez, tanto os ajustes exigidos por esse novo estado quanto os exigidos pela adolescência. E, naturalmente, quanto mais precoce a gravidez, maior a sobrecarga de conflitos a serem elaborados (POLIS, 2001).

Favorecem a gravidez na adolescência são: o fato de a jovem confiar na própria sorte, ou seja, é muito comum desenvolver o pensamento mágico de que a gravidez não acontecerá com ela, esquivando-se de tal possibilidade; a utilização incorreta de anticoncepcionais; o uso de álcool ou drogas; o desejo de agredir a família, estar perdidamente apaixonada pelo rapaz; não pensar no risco de engravidar; usar um método contraceptivo de baixa eficiência; desejo de antecipar o casamento e não possuir vida sexual ativa que justifique o uso continuado do contraceptivo (BUENO, 2006).

Segundo MINISTÉRIO DA SAÚDE, (2000), os fatores podem favorecer a ocorrência de uma gravidez indesejada, como: ausência de educação sexual nas escolas e de programas de planejamento familiar nos serviços públicos de saúde. As adolescentes grávidas estão inseridas num contexto de conflitos: criança ou mulher, filha ou mãe, não sabendo se comportar diante da gravidez e sem saber que atitude adotar diante da sociedade e consigo mesma.

O nível econômico parece ser um fator quase determinante para a ocorrência da gravidez: nas classes econômicas menos favorecidas, há uma maior incidência de adolescentes grávidas devido ao abandono e promiscuidade dessa população, maior desinformação e menor acesso aos métodos anticoncepcionais (BUENO, 2006).

5.4. Contracepção na adolescência

A atividade sexual da adolescente é, geralmente, eventual, justificando para muitas a falta de uso rotineiro de anticoncepcionais. (BORUCHOVITCH (2004)

A grande maioria delas também não assume diante da família a sua sexualidade, nem a posse do anticoncepcional, que denuncia uma vida sexual ativa. Assim sendo, além da falta ou má utilização de meios anticoncepcionais, a gravidez

e o risco de engravidar na adolescente podem estar associados a uma menor auto-estima, à um funcionamento familiar inadequado, à grande permissividade falsamente apregoada como desejável à uma família moderna ou à baixa qualidade de seu tempo livre (BUENO, 2006).

A concepção de que a gravidez na adolescência é resultante da falta de informação sobre métodos contraceptivos ainda é bastante corrente, tanto na literatura quanto no senso comum. É também freqüente a temática sobre contracepção aparecer relacionada à da iniciação sexual. Argumenta-se que, quanto mais precoce a iniciação sexual, menores são as chances de uso de métodos contraceptivos e, conseqüentemente, maiores são as possibilidades de gravidez. De mesma forma, é estabelecida uma correlação entre escolaridade e contracepção: quanto maior o grau de escolaridade do jovem, maiores são as chances de utilização de algum método tanto na primeira relação sexual quanto nas subseqüentes (SANTOS, 2006).

Quando um jovem chega a pensar na anticoncepção, é porque já assumiu internamente que as atividades sexuais fazem parte de sua vida. É comum, no início da vida sexual, a dificuldade de assumir as atividades como naturais e até planejadas. Quando as relações ocorrem de forma inesperada, porque “foi coisa de momento”, parecem menos carregadas de culpa (FREITAS, 2003).

Em nosso país, pressões sociais e legais dificultam o aconselhamento dos jovens sobre contracepção. Adolescentes que iniciam a vida sexual precoce e insatisfatória, muitas das vezes provêm de famílias fragmentadas, que não lhes proporcionaram amparo e podem mesmo ser vítimas de abuso sexual. Por vezes, elas precisam ter relações sexuais para afirmar sua feminilidade, e por trás disso, geralmente existe um substrato de problemas sociais ou econômicos. Precisamos lhe oferecer ajuda, e não simplesmente proporcionar contracepção (GOMES, 2002).

A utilização de métodos contraceptivos não ocorre de modo eficaz na adolescência, e isso está vinculado inclusive aos fatores psicológicos inerentes ao período pois a adolescente nega a possibilidade de engravidar e essa negação é tanto maior quanto menor a faixa etária; o encontro sexual é mantido de forma eventual, não justificando, conforme acreditam, o uso rotineiro da contracepção; não assumem perante a família a sua sexualidade e a posse do contraceptivo seria a prova formal de vida sexual ativa (BUENO, 2006).

A preocupação com a contracepção e a responsabilidade tem reiteradamente caído sobre as mulheres. Os obstáculos existentes para o uso consistente dos métodos contraceptivos, especialmente para as adolescentes mais jovens, estão relacionados às pressões sociais e aos papéis de gênero (LIRA & DIMENSTEIN, 2004).

Embora a expectativa de proteção esteja associada à mulher, esta deve parecer estar "despreparada" tanto ao iniciar sua vida sexual quanto a cada novo relacionamento. Estar usando algum método poderia significar o planejamento de um intercurso sexual, o que não corresponde ao imaginário da mulher ingênua e inexperiente. Paradoxalmente, espera-se que a adolescente tenha relações sexuais pré-maritais. Ressalta-se um argumento consensual entre os autores: as relações sexuais são mais imprevisíveis entre os jovens (POLIS, 2001).

O desconhecimento dos métodos contraceptivos tem sido uma das principais causas da gravidez, principalmente na população mais carente, na qual há rapazes e moças completamente desinformados em relação ao funcionamento do corpo humano e aos meios contraceptivos (BUENO, 2006). Em alguns casos, quando a adolescente conhece as maneiras de evitar uma gravidez, muitas vezes, recusa-se a usá-las, pois isto implica em assumir sua vida sexual diante da família e da própria sociedade, algo extremamente aversivo para a maioria das adolescentes (SANTOS, 2006). Nesses casos são comuns os pensamentos "mágicos" com relação à contracepção: "tomar anticoncepcional me transforma; se me transforma, denuncia minha vida sexual; como isto não pode acontecer, então não devo tomar anticoncepcional". (HALBE, 2000).

No nível do consciente, a adolescente pode citar até as vantagens e desvantagens de cada método, mas por falta de maturidade emocional, pelo sentimento de culpa em relação a sua sexualidade ativa e por uma série de coisas que produz medo nas adolescentes (faz mal a saúde, engorda, produz câncer; deixa estéril), a utilização de métodos contraceptivos se torna complicada ameaçando a disposição para assumir qualquer um que seja (HALBE, 2000).

De acordo com BORUCHOVITCH, 2004, um dos fatores associados ao não-uso de anticoncepcionais na adolescência, é a falta de conhecimento do adolescente acerca de questões sexuais. Estudos mais recentes indicam que este grupo continua mal informado, apresentando falta de compreensão de assuntos como o ciclo menstrual, o tempo de fertilidade e o processo de concepção. Os

adolescentes possuem crenças errôneas de que a fertilidade não começa com a primeira menstruação, o que acarreta incapacidade de perceber que o risco de gravidez existe desde a primeira relação sexual e tendem a achar que é necessário que eles sejam mais velhos para que a gravidez ocorra.

Quanto ao uso de anticoncepcionais, estudos apontam que adolescentes são mal informados sobre os métodos anticoncepcionais existentes, porém, a maioria é capaz de identificar pelo menos um desses métodos. Adolescentes do sexo feminino, geralmente sabem mais sobre anticoncepcionais do que os do sexo masculino. Os adolescentes tendem, também, a apresentar atitudes negativas sobre o uso de anticoncepcionais que é visto como um fator de interferência no prazer sexual, transformando o ato sexual em algo não natural e pré-planejado. Possuem, ainda, crenças errôneas de que a maioria dos métodos anticoncepcionais é incompatível com a baixa freqüência e naturalidade de suas relações sexuais, bem como idéias de que o uso de anticoncepcionais é de responsabilidade de seu parceiro (BORUCHOVITCH, 2004).

HALBE (2000), diz que determinadas características de personalidade contribuem para o uso ou não de anticoncepcionais, na adolescência. Os adolescentes que optam por medidas anticoncepcionais, geralmente apresentam nível maior de maturidade de ego. Os que possuem comportamento sexual mais desprotegido possuem dificuldades em desenvolver relações íntimas com adultos e colegas, inabilidade de planejar o futuro, maior impulsividade e baixo nível de tolerância à frustração

Do ponto de vista médico, a anticoncepção na adolescência não apresenta grandes desafios. Nesse grupo, como em qualquer faixa etária, a escolha do método anticoncepcional deve ser livre e informada, respeitando os critérios de elegibilidade médica. Os adolescentes, homens e mulheres, quando iniciam a vida sexual, em geral estão em boas condições de saúde, sendo excepcional ter de lidar com situações em que os critérios de elegibilidade médica limitem ou dificultem a escolha do método anticoncepcional. É importante salientar que, contrariando preconceitos fortemente enraizados na cultura médica, mas sem fundamento científico, não há nenhum método anticoncepcional que não possa ser utilizado na adolescência depois da menarca. Os critérios de elegibilidade médica da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicados em 1996, baseados numa ampla revisão da literatura,

estabeleceram que a idade não deve constituir restrição ao uso de qualquer método (GOMES, 2002).

Todos os métodos reversíveis (comportamentais, de barreira, hormonais ou intra-uterinos) podem, com maior ou menor restrição, ser usados na adolescência. Entretanto, apenas os preservativos masculinos ou femininos protegem também das DST. Em geral, os jovens não têm uma vida sexual regular, o preservativo, além da dupla proteção, contraceptiva e contra as DST, tem vantagem de ser usado apenas no momento do ato sexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Os métodos comportamental-tabelinha, muco cervical e de temperatura - exigem abstinência sexual no período fértil. Esses métodos são pouco eficazes para a grande maioria dos adolescentes por causa da dificuldade em seguir suas regras. Muitas vezes, as relações sexuais ocorrem sem planejamento prévio, podendo coincidir com o período que deveria ser abstinência implicando a quebra do uso do método. Embora a tabela seja ainda seja o método mais citado pelos adolescentes, os métodos de barreira devem ser estimulados (CONTINI&BARROS, 2002).

Os métodos hormonais ou intra-uterinos exigem prescrição e acompanhamento médico. Recentemente, a anticoncepção de emergência foi incorporada à lista de anticoncepcionais distribuídos pelo Ministério da Saúde ou serviços de planejamento familiar. Mas só deve ser usada em casos excepcionais. Se uma jovem necessitou usar anticoncepção de emergência, é um bom indício de que precisa ser reorientada para sentir-se segura no uso de meios de prevenção e proteção da sua saúde sexual e reprodutiva. Os métodos com contra-indicação absoluta na adolescência são irreversíveis. Dificilmente o jovem tem maturidade para decidir de forma definitiva o futuro de sua vida reprodutiva. Portanto, a laqueadura e a vasectomia não devem fazer parte do rol de opções para o adolescente (BORUCHOVITCH, 2004).

Um estudo coordenado pelo Programa de Saúde do Adolescente, mostrou que em 200 adolescentes com atividade sexual, 23% não conheciam nenhum método contraceptivo, 52% tinham ouvido falar da pílula, 12% de lavagens, 15% de coito interrompido, 9% em curativos, 5% em DIU, 3% no método do ritmo e 6% em ligadura, sendo que do total das duzentas adolescentes, apenas 5% utilizaram algum deles (LIRA & DIMENSTEIN, 2004). O preservativo masculino, que pode ser obtido nas unidades públicas de saúde, apresenta ainda alguns problemas em relação ao seu uso. Entretanto, estudos têm indicado que o uso do preservativo é

maior entre as mulheres, mais jovens, de maior escolaridade e que não se encontram em união estável. Os resultados apontam também para o “elevado uso do preservativo entre a população jovem (15-24 anos) na primeira relação sexual e o uso inconsistente em uniões estáveis”. (PNDS, 2006, p. 158).

De acordo com HALBE (2000), o uso de anticoncepcionais na adolescência envolve cinco etapas: primeiramente o adolescente precisa ter a informação científica a respeito de anticoncepcionais, em seguida, os adolescentes precisam reconhecer a probabilidade de seu engajamento em alguma relação sexual. Essa etapa é árdua, pois eles tendem a ter dificuldades de planejar atividades sexuais com antecedência, bem como também a exibirem atitudes negativas sobre relações sexuais programadas. Como terceiro passo, FREITAS (2003) menciona que os adolescentes precisam selecionar, obter e saber usar corretamente o método escolhido. A quarta fase implica que o adolescente comunique a sua decisão e escolha ao seu parceiro. A quinta e última etapa implica o uso efetivo e competente do anticoncepcional. FREITAS (2003) salienta que as barreiras contra o uso de anticoncepcional podem ocorrer em qualquer um desses momentos.

5.5. Riscos de uma gravidez precoce

Segundo SANTOS (2006), é na faixa etária de 10 a 14 anos que são maiores os riscos de uma gravidez, tanto para a mãe, quanto para o bebê. Como o sistema reprodutor da adolescente não está totalmente amadurecido pode ocorrer maior incidência de doenças hipertensivas, partos prematuros, e ruptura antecipada da bolsa e desnutrição da mãe e filho entre outros agravantes. A inundação hormonal da gestação promoverá soldadura precoce das epífises naquelas adolescentes que engravidaram antes de ter completado seu crescimento biológico, podendo ter portanto, prejuízo na estatura final. Lembramos ainda que na adolescência há necessidades maiores de calorias, vitaminas e minerais e estas necessidades somam-se àquelas exigidas para o crescimento do feto e para a lactação (GOMES, 2002).

A transformação de uma criança sexualmente imatura num adulto capaz de se reproduzir, exige mudanças complexas e marcantes, não apenas sob o ponto de vista físico, como também fisiológico e psíquico (BORUCHOVITCH, 2004).

Abordando o problema da gravidez na adolescência sob o ponto de vista médico, e mais especificamente obstétrico, temos de admitir, tratar-se de gestação de maior risco.

As repercussões nutricionais serão tanto maiores quanto mais próxima da menarca acontecer a gestação, já que nesse período o processo de crescimento ainda está ocorrendo. O crescimento materno pode sofrer interferências por que há uma demanda extra requisitada para o crescimento fetal (FREITAS, 2003).

A gravidez na adolescência representa um risco de morte materna 60% mais alto do que o observado nas parturientes adultas. Cerca de 6% dos filhos de adolescentes morrem no primeiro ano de vida, índice este vinte e quatro vezes mais alto do que os registrados na população em geral (BUENO, 2006).

Dada sua imaturidade e labilidade emocional podem ocorrer importantes alterações psicológicas, gerando extrema dificuldade em adaptar-se à sua nova condição, exarcebando sentimentos que já estavam presentes antes da gravidez, como ansiedade, depressão e hostilidade. As taxas de suicídio nas adolescentes grávidas são mais elevadas em relação às não grávidas (POLIS, 2001).

Existem riscos, tanto físicos, imediatos, quanto psicossociais, que se manifestam a longo prazo, nos filhos de adolescentes. Devido a dificuldade em adaptar-se à sua nova condição a mãe adolescente pode vir a abandonar o filho, dando-o à adoção, e quando o recém-nascido não é abandonado, está mais sujeito, em relação à população geral, a maus tratos (SANTOS, 2006).

A literatura mostra que há maior freqüência de prematuridade, de baixo peso ao nascer, Apgar mais baixo, doenças respiratórias, trauma obstétrico, além de maior freqüência de doenças perinatais e mortalidade infantil. Deve-se considerar que estes riscos se associam não só a idade materna, mas principalmente a outros fatores, como a baixa escolaridade, pré-natal inadequado ou não realizado, baixa condição socioeconômica, intervalos interpartais curtos (< de 2 anos) e estado nutricional materno comprometido. Estas complicações biológicas tendem a ser tanto mais freqüentes quanto mais jovem a mãe (≤ 15 anos) ou quando a idade ginecológica for menor de 2 anos (HALBE, 2000).

As complicações mais graves do parto tendem a acometer meninas com menos de 15 anos e serão ainda em menores de 13 anos. A mãe adolescente tem maior morbidade e mortalidade por complicações da gravidez, do parto e do puerpério. A taxa de mortalidade é 2 vezes maior que entre gestantes adultas.

A incidência de recém nascidos de mães adolescentes com baixo peso é duas vezes maior que em recém nascidos de mães adultas, e a taxa de morte neonatal é 3 vezes maior. Entre adolescentes com 17 anos ou menos, 14% dos nascidos são prematuros, enquanto entre as mulheres de 25 a 29 anos é de 6%.A mãe adolescente também apresenta com maior freqüência sintomas depressivos no pós-parto (BUENO, 2006).

Algumas complicações que podem surgir no decurso da gravidez ou do parto ocorrem com maior freqüência na gestação da adolescente. É o que acontece com a doença hipertensiva específica da gravidez (pré eclampsia e eclâmpsia), com a anemia com a desproporção feto-pélvica conseqüente à imaturidade pélvica da gestante, com o parto prolongado, com as lacerações do canal do parto. Observa-se ainda uma maior incidência de partos operatórios. Em razão da maior incidência desses problemas são mais elevados as taxas de morbimortalidade materna, principalmente nas gestantes mais jovens. Essas complicações maternas, por sua vez repercutem sobre os conceptos, elevando os índices de prematuridade, de fetos de baixo peso e de mortalidade perinatal. Analisamos os problemas obstétricos citados e quais suas repercussões sobre a gestante adolescente e seu filho (BUENO, 2006).

A gravidez precoce se constitui num problema não só obstétrico e pediátrico. É uma freqüente causa de prática de abortos, restrições profissionais, problemas psicológicos, que se refere a aceitação social e familiar. O número crescente de adolescentes que passam pelo SUS para corrigir abortos malfeitos aumentou de 19 para 32% do total de procedimentos. O número aumenta na mesma proporção que aumentam os casos de gravidez na adolescência. (HALBE, 2000). Os riscos obstétricos se manifestam, essencialmente nas gestantes muito jovens: com menos de dezesseis anos. Nestas, na maioria das vezes, superpõem-se outros fatores que perturbam a evolução da gravidez (BORUCHOVITCH, 2004)

A prematuridade e o baixo peso ao nascer são dois problemas importantes sob os pontos de vista médico, humano e social. Responsabilizam-se por taxas elevadas de morbimortalidade perinatal (SANTOS, 2006).

Feto prematuro é aquele que nasce antes de completar 37 semanas de vida intra-uterina e, o de baixo peso é o cronologicamente a termo, porém com o peso inferior a 2.500 gramas no momento do nascimento. A etiologia da prematuridade ainda permanece desconhecida. Reconhece-se, no entanto, a existência de alguns

fatores predisponentes ou coadjuvantes para essa complicação. Dentre eles, citam-se: baixo nível sócio-econômico, trabalho excessivo, cuidados higiênicos precários; hábitos nutricionais inadequados e a idade da gestantes: quanto mais jovens, maiores os riscos. Todos estes fatores são freqüentes na gravidez da adolescente.

Com relação à idade cronológica considera-se dois sub grupos: o primeiro dos pacientes entre 10 e 16 anos, o segundo entre 17 e 19 anos. No primeiro é que se manifestava mais nitidamente, com maior freqüência as complicações da gravidez. No que se refere à idade cronológico-tempo decorrido entre a menarca e a gravidez-o risco é maior quando esse espaço for menor de quatro anos. Nestas circunstâncias, o desenvolvimento somático da adolescente ainda não se completou. Durante a gravidez há uma competição entre a grávida e o concepto pelos nutrientes necessários ao desenvolvimento de ambos (BUENO, 2006).

Salienta a importância do estado nutricional da paciente antes da concepção e durante a gravidez com relação ao desenvolvimento intra-uterino do concepto e o seu peso ao nascer. Ele está intimamente relacionado ao ganho ponderal materno no decurso da gestação. Sabe-se que a adolescente geralmente é mal nutrida. Quando engravida, há se ajustar suas necessidades calóricas à sua idade e a própria gestação (HALBE, 2000).

A anemia na gestante adolescente é um acontecimento freqüente. Questiona-se, no entanto, se trata de um problema peculiar desse grupo, ou se decorre de outros fatores a ele associados: desconhecimento da importância de nutrição adequada ao estado gestatório, hábitos alimentares incorretos, ausência de suplementação dietética, principalmente de proteínas, ou deficiência alimentar conseqüente às baixas condições sócio-econômicas da gestante. Há de se salientar ainda, uma possível competição por nutrientes entre a mãe, ainda em fase de desenvolvimento, com suas necessidades próprias, e seu filho, também os exigindo para crescer e desenvolver-se. A anemia manifesta-se mais nitidamente nas adolescentes que se engravidam logo após a menarca. A incidência de anemia na adolescente se relaciona com o tipo de assistência do pré-natal. Assim, naquelas com o pré-natal inadequado, 20% apresentam níveis de hemoglobina abaixo de 10 gramas/100 ml, enquanto, nas com assistência adequada, a incidência caiu para 10,6% (BUENO, 2006).

O desenvolvimento da pelve não se completa até alguns anos depois da menarca. A baixa idade materna, a menarca precoce e a baixa idade ginecológica

são fatores de risco importantes para o resultado final da gestação nas primigestas adolescentes.

Segundo HALBE (2000) a bacia óssea, comparada com a estatura, cresce mais lentamente e, de maneira contínua, até as fases mais tardias da adolescência. Da mesma forma, o desenvolvimento do trajeto do parto é menor nos três anos que se seguem a menarca, em relação ao observado aos 18 anos de idade. A idade limite para se relacionar imaturidade pélvica e problemas no parto de adolescentes até 14 ou 15 anos. Além desse limite, os riscos são semelhantes aos registradores na mulher adulta.

Inexistem razões obstétricas para que o parto seja mais prolongado na adolescente. As contrações uterinas e a dilatação do canal cervical, dois fatores importantes na duração do trabalho de parto, não são afetadas anatomicamente e fisiologicamente pela idade da parturiente.

O outro motivo para se prolongar a duração do parto, a imaturidade pélvica determinando desproporção feto-pélvico, pode e deve ser diagnosticada no início do trabalho de parto e resolvida, imediatamente, pela única solução possível, o parto abdominal. A menor capacidade de distensão dos órgãos genitais, ainda imaturos na adolescência é superada pela prática da episiotomia, ampliando a região e pelo emprego de fórceps, facilitando a saída do concepto (BUENO, 2006).

As lacerações do canal de parto se relacionam à própria elasticidade dos tecidos que o compõe e ao tipo de parto. Nas primíparas muito jovens, com desenvolvimento somático ainda incompleto, os riscos de lacerações no canal de parto são maiores. Consegue-se minimizá-los, ampliando cirurgicamente a região, no momento do parto. Em alguns dos trabalhos pesquisados, encontram-se algumas citações de incidência aumentada de lacerações do canal do parto de primíparas adolescentes. Não existem razões obstétricas para que a mortalidade materna na adolescente, relacionada à gravidez e ao parto, seja mais elevada do que nos outros grupos etários. Somente a assistência incorreta ou sua ausência total podem ser responsabilizadas pela morte materna decorrente exclusivamente de complicações obstétricas (GOMES, 2002).

As outras complicações, que podem acontecer, não são exclusivas desse grupo etário. Estão mais relacionados aos hábitos de vida e às condições sócio-econômico. É o caso das infecções genitais e urinárias. O tabagismo, o alcoolismo, o uso de drogas e os hábitos alimentares incorretos, mais comuns nessa faixa etária

trarão repercussões sobre a saúde materna, influenciando negativamente sobre o desenvolvimento de seu filho (BUENO, 2006).

5.6. Prejuízos sociais para a adolescente

A gravidez na adolescência tem sérias implicações biológicas, familiares, emocionais e econômicas, além das jurídico-sociais, que atingem o indivíduo isoladamente e a sociedade como um todo, limitando ou mesmo adiando as possibilidades de desenvolvimento e engajamento dessas jovens na sociedade. Devido às repercussões sobre a mãe e sobre o conceito é considerada gestação de alto risco pela Organização Mundial da Saúde (OMS 1977, 1978), porém, atualmente postula-se que o risco seja mais social do que biológico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

As condições econômicas, sociais, culturais e assistenciais deficientes por si só, em qualquer gestação, são fatores de risco na adolescente, suas conseqüências são mais freqüentes e marcantes (FREITAS, 2003).

As conseqüências psicossociais, culturais e econômicas são maiores que as biológicas ao se considerar uma gravidez na adolescência. A atitude da sociedade frente à gravidez, os valores e recursos internos (HALBE, 2000).

A gravidez prematura causa uma série de transtornos sociais e econômicos nos núcleos familiares onde ocorrem. É da maternidade não planejada de meninas tão jovens que vem o abandono da escola, o empobrecimento da família e a exclusão dos adolescentes, inclusive no mercado de trabalho (SANTOS, 2006).

A gravidez traz vários efeitos sociais negativos, como: perda das oportunidades educacionais, de trabalho e redução das chances de um casamento feliz, com limitações de oportunidade. Ocorrem também efeitos psicológicos associados ao conflito emocional e educacional frente a situação da maternidade (GOMES, 2002).

Percebe-se, também, a falta de apoio, despreparo ou abandono por parte do parceiro, causando a interrupção do processo normal do desenvolvimento psico-afetivo-social: na maioria dos casos a gestante não tem nem vínculo com o parceiro, nem o apoio da família. Ao contrário, freqüentemente sofrem críticas de familiares, seja pelas pressões sociais envolvidas, seja por problemas financeiros. Ademais,

muitas vezes, não podem contar com o apoio de amigos ou vizinhos, sentem-se envergonhadas, culpadas e têm dúvidas quanto ao seu futuro e ao de seu filho (LIRA & DIMENSTEIN, 2004).

As dificuldades encontradas pelas adolescentes são diferentes, dependendo de sua classe social. Entre as de baixa renda, há famílias que acolhem melhor, com apoio essencial, podendo as adolescentes continuar os estudos e/ou trabalhar. Por outro lado, os pais podem rejeitá-las e/ou abandoná-las, restando a elas, muitas vezes, a prostituição. Já em classes sociais de renda mais alta a adolescente tem, geralmente, como alternativas o casamento ou o aborto. Independentemente da classe, porém, o sentimento de culpa da gestante acarreta conflitos inconscientes, gerados pela desobediência das leis sociais, com reflexo na aceitação do filho. Após o parto, a adolescente questiona o significado da criança em sua vida e defronta-se com a falta de condições econômicas para criá-la (SANTOS, 2006).

No tocante à educação, a interrupção, temporária ou definitiva, no processo de educação formal, acarretará prejuízo na qualidade de vida e nas oportunidades futuras. E não raro com a conivência do grupamento familiar e social a adolescente se afasta da escola, frente a gravidez indesejada, quer por vergonha, quer por medo da reação de seus pares (FREITAS, 2003).

Sabemos que a gravidez na adolescência além de impedir a continuidade dos estudos, vai privá-la de todo um preparo para a vida da mesma forma não terá como educar uma criança e que nem sempre terá a participação do pai. Teremos então prejudicados não só a adolescente, como também seu filho e a sua família. Sabe-se que há um abandono do estudo em larga escala quando acontece uma gestação, interrompendo o processo educativo pelo qual passa esta jovem. A família não se encontra preparada para amparar esta adolescente e ocorre uma drástica mudança na vida familiar (HALBE, 2000).

6. Caracterização do perfil das adolescentes grávidas no município de Campos Gerais

A população de Campos Gerais, em 2009, era de aproximadamente 28 mil habitantes. As mulheres representavam cerca de 48% da população, sendo que as jovens entre 10 e 19 anos, no total de 2350, correspondiam à 17,5% do contingente feminino do município (Tabela 1 e Figura 1).

Tabela 1

População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2009			
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	238	226	464
1 a 4	1.000	915	1.915
5 a 9	1.343	1.141	2.484
10 a 14	1.294	1.153	2.447
15 a 19	1.278	1.197	2.475
20 a 29	2.595	2.295	4.890
30 a 39	2.216	2.099	4.315
40 a 49	1.848	1.716	3.564
50 a 59	1.339	1.216	2.555
60 a 69	795	770	1.565
70 a 79	420	452	872
80 e +	190	227	417
Ignorada	-	-	-
Total	14.556	13.407	27.963

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

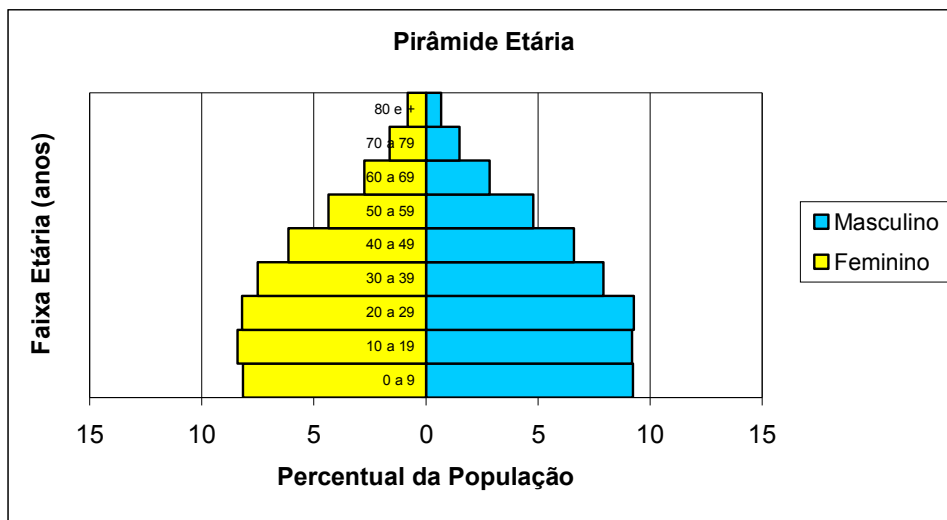


Figura 1

Os dados relativos à distribuição relativa das internações segundo grupos de causas e faixa etária no município de Campos Gerais indicam uma importante participação do grupo de Gravidez, parto e puerpério para a população entre 10 e 14 anos (3º grupo de causas de internação), sendo o principal motivo de internação para a população entre 15 e 19 anos: 69,4 das internações para o ano de 2007 (Tabela 2).

Tabela 2

Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária - CID10 (por local de residência)										
Capítulo CID	2007									
	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	17,5	15,9	5,6	-	1,8	5,2	10,6	12,7	13,5	8,0
II. Neoplasias (tumores)	-	1,9	1,9	3,8	0,9	6,2	13,5	4,7	6,4	5,9
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1,3	-	1,9	-	-	0,4	0,4	2,1	1,6	0,7
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3,8	1,9	1,9	-	-	2,2	4,1	5,1	4,2	2,7
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	-	2,7	0,4	-	-	1,4
VI. Doenças do sistema nervoso	2,5	-	-	3,8	0,9	1,2	1,2	0,4	0,6	1,1
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-	-	0,9	0,2	-	-	-	0,2
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	1,9	-	-	-	-	-	-	0,1
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	0,9	1,9	-	-	9,8	21,6	32,2	31,4	12,6
X. Doenças do aparelho respiratório	55,0	53,3	29,6	11,5	0,9	5,3	12,7	18,6	16,7	14,2
XI. Doenças do aparelho digestivo	5,0	14,0	18,5	23,1	6,3	13,2	18,0	13,1	12,8	13,4
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1,3	-	-	11,5	0,9	1,0	0,4	0,4	0,6	0,9
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	0,9	3,7	-	4,5	3,4	3,3	3,0	3,2	3,0
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	-	4,7	5,6	7,7	8,9	8,6	7,3	4,2	4,5	7,1
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	15,4	63,4	32,7	-	-	-	20,5
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	8,8	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	5,0	1,9	1,9	-	2,7	-	-	-	-	0,6
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	-	1,9	3,7	-	3,6	2,3	1,2	0,8	1,0	1,9
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	-	2,8	22,2	23,1	1,8	5,0	5,3	2,5	3,5	4,9
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	-	-	-	2,7	0,7	-	-	-	0,5
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIHSUS

Em relação à distribuição de nascidos vivos em Campos Gerais, pela Figura 2 é possível perceber que, no período de 2000 a 2007, o percentual de nascidos vivos cuja mãe tinha idade entre 10 e 14 anos e entre 15 e 19 anos praticamente se manteve constante. Essa participação variou de 22,3% em 2000 para 21,4% em 2007. Cabe salientar que o número de nascidos vivos de mães entre 10 e 14 anos é muito inferior do que o de jovens entre 15 e 19 anos (Tabela 3). Em termos absolutos, o número de nascidos vivos de mães nessa faixa etária tem se reduzido, seguindo a tendência de queda do número de nascidos vivos em praticamente todos os grupos de idade de mulheres em idade reprodutiva.

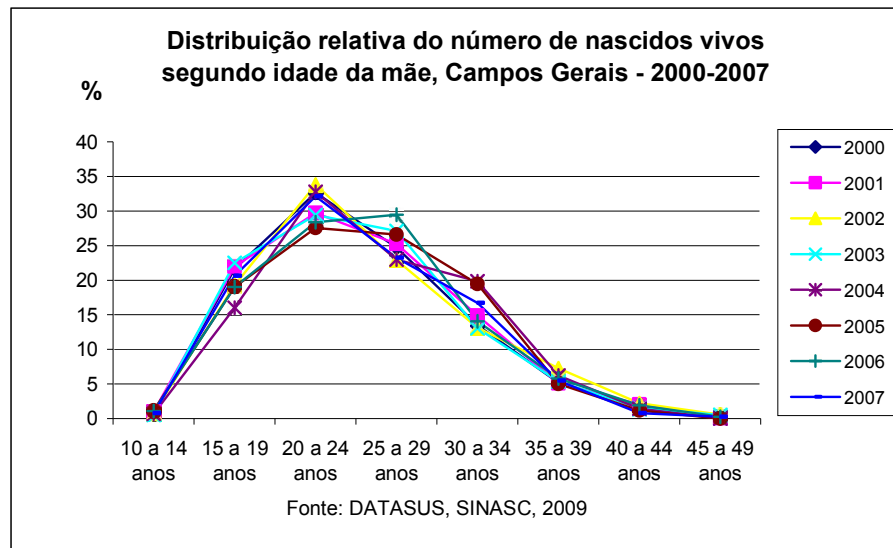


Figura 2

Tabela 3

Número absoluto de nascidos vivos segundo idade da mãe, Campos Gerais, 2000-2007

Idade da mãe	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
10 a 14 anos	3	5	3	2	3	5	4	3
15 a 19 anos	104	108	69	88	67	80	69	79
20 a 24 anos	157	146	121	115	137	116	103	123
25 a 29 anos	119	124	82	106	96	112	107	89
30 a 34 anos	65	73	47	51	83	82	51	64
35 a 39 anos	25	25	26	21	26	21	21	21
40 a 44 anos	8	10	8	6	6	5	7	3
45 a 49 anos	0	0	2	2	0	0	1	1
Total	481	491	358	391	418	421	363	383

Fonte: DATASUS, SINASC, 2009

Quanto à escolaridade das mães adolescentes no mesmo período, observa-se uma tendência de aumento da participação de jovens mães com maior nível de instrução: em 2000, as jovens com 8 a 11 anos de estudo representavam 37,4% das adolescentes mães, em 2007, o percentual passou para 67,1% (Figura 3).

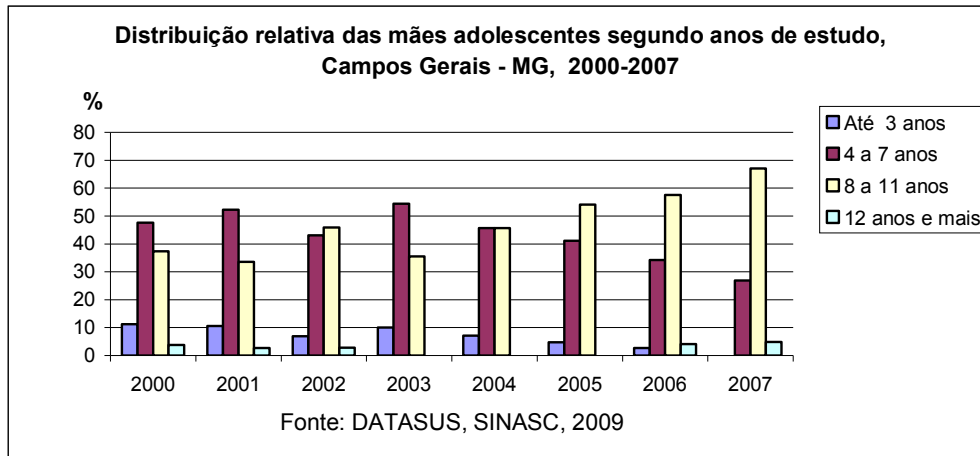


Figura 3

7. DISCUSSÃO

De acordo com BORUCHOVITCH (2004) um dos fatores associados ao não-uso de anticoncepcionais na adolescência, é a falta de conhecimento do adolescente acerca de questões sexuais. A idade média em que os adolescentes vêm entrando no processo de puberdade tem diminuído consideravelmente, atingindo seu limite inferior. A puberdade mais precoce acarreta um amadurecimento biológico que não necessariamente coincide com o amadurecimento cognitivo e emocional, o que se constitui, portanto, fator de risco para uma iniciação sexual prematura e suas negativas conseqüências. Adolescentes do sexo feminino que entram na puberdade mais cedo do que a média, apresentam tendência maior a ter experiências sexuais precoces (FIGUEIREDO, 2002).

No que se refere a aumentar o nível de informação científica do adolescente sobre questões sexuais, as evidências sugerem que os cursos de educação sexual não têm se mostrado eficazes em ajudar adolescentes a transformarem a informação científica em comportamentos saudáveis. Isto se deve ao fato da educação sexual ter se concentrado maciçamente na transmissão de informação científica, o que de uma maneira geral é possível para o adolescente adquiri-la por intermédio de outras fontes. De fato a relação entre aquisição de conhecimento e adoção de medidas anticoncepcionais, na adolescência é bem pequena. Isto não equivale a dizer que a informação científica não é importante, porém, ela sozinha não é capaz de alcançar o senso de autoconsciência, nem tampouco levar o adolescente a uma compreensão emocional de sua própria sexualidade (BORUCHOVITCH, 2004)

Sabe-se que as adolescentes engravidam mais e mais a cada dia em idades cada vez mais precoces. Observa-se que a idade em que ocorre a menarca tem se adiantado em torno de quatro meses por década no nosso século. De modo geral se admite que a idade de ocorrência da menarca tenha uma distribuição gaussiana e o desvio-padrão é aproximadamente 1 ano na maioria das populações, conseqüentemente, 95% da sua ocorrência se encontra nos limites de 11,0 a 15,0 anos de idade (HALBE, 2000).

Em relação ao comportamento sexual do adolescente, considerando essa análise, pode-se dizer que filmes, músicas ou novelas atuam como estímulo

discriminativo modelador para que o adolescente inicie precocemente sua vida sexual, obtendo como reforço imediato o prazer de experimentar tal situação, resultando em um comportamento modelado pelas contingências. (BUENO, 2006)

Estes filmes podem ser vistos como incentivadores ao adolescente para que inicie sua vida sexual sem medidas contraceptivas, favorecendo em consequência disto, a gravidez na adolescência quando os processos de modelação são considerados na instalação de novos comportamentos no repertório do indivíduo, pois o adolescente sem discriminar as contingências implicadas, preocupa-se apenas com a obtenção do reforço imediato - o prazer das relações sexuais - sem pensar nas consequências aversivas que podem ocorrer em virtude do seu comportamento. (BUENO, 2006)

Segundo Abramovay e colaboradores (2004), a comunicação efetiva entre pais e filhos sobre questões sexuais pode deter a gravidez na adolescência. De acordo com o estudo, as adolescentes cujas mães conversam sobre sexo possuem menor probabilidade para engravidar.

BUENO (2006) argumenta que filhas de pais separados ou solteiros possuem maior probabilidade para engravidarem durante a adolescência, atribuindo tal fato à ausência do pai na família, embora o mesmo não ocorra quanto ao intercuro sexual dos garotos.

A instituição social que pode exercer certo controle nas adolescentes é a escola. A escola possui importância fundamental na educação de um indivíduo, normalmente, serve como uma continuação ou complementação da educação recebida no âmbito familiar, possibilitando conhecimentos não só acadêmicos como também orientações quanto ao próprio desenvolvimento do jovem (FREITAS,(2003).

Os resultados apresentados nesse trabalho sobre o perfil da gravidez na adolescência no município de Campos Gerais podem servir como uma primeira aproximação com base em informação quantitativa da realidade a ser enfrentada e que permite pontuar alguns aspectos que deverão ser tratados em uma perspectiva mais qualitativa do fenômeno da gravidez na adolescência no município. O fato de estar aumentando a participação das mães adolescentes com maior nível de escolaridade pode ser um indicativo de que as ações educativas relativas a questões de comportamento sexual ainda não foram suficientemente eficazes para atingir a população jovem.

Portanto, é de extrema importância a participação e cooperação da Equipe de Saúde da Família no processo educativo das adolescentes, proporcionando informações sobre os métodos contraceptivos, o não uso de drogas e bebidas alcólicas quando estiverem em uso de anticoncepcionais e orientá-las que uma gravidez precoce tem conseqüências para a sua vida familiar e inserção na sociedade, seja na escola ou na vida profissional, repercutindo sobre os projetos pessoais que possam ter.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou a informação e o conhecimento inadequado das adolescentes em estudo, em relação às questões de sexualidade e prevenção da gravidez precoce. Observa-se a necessidade de uma educação sexual mais ampla com espaços de diálogos e discussões de dúvidas das adolescentes, tanto na escola, como no âmbito familiar.

Observa-se de acordo com este estudo, a puberdade precoce, que pode ser explicada não só como interferência do biológico, mas como a interferência de fatores sociais, como o aumento da liberdade, a quebra de tabus, e estímulo da mídia no comportamento do adolescente.

Constatou-se que juntamente com a menarca antecipada têm se o início da atividade sexual, que expõe a adolescente a um tempo mais longo de atividade sexual ativa, aumentando as chances de uma gravidez indesejada.

Nota-se que a maturidade psicológica não acompanha a maturidade biológica, as adolescentes não estão preparadas para a manutenção de uma vida sexual ativa. Ressalta-se a banalização dos meios contraceptivos, devido a informações incorretas, e atividades negativas quanto ao seu uso, pois é visto como fator de interferência no prazer sexual.

Uma gravidez na adolescência sem dúvida desencadeia fatores que representam um comprometimento individual com questões de diferentes ordens. Medo, insegurança, desespero, desorientação, solidão são reações muito comuns, principalmente no momento da descoberta da gravidez. No entanto, não se pode ter uma falsa idéia de que toda gravidez na adolescência seja inconsequente e desastrosa.

A caracterização geral da gravidez na adolescência em Campos Gerais aponta para questões que devem ser abordadas em uma proposta de atuação junto a essa população e seus familiares. Na perspectiva do trabalho da equipe de saúde com as famílias, o tema deve ser cuidadosamente trabalhado para que a população e os profissionais de saúde passem a reconhecer e a tratar essa questão como um problema de saúde pública.

Torna-se evidente a necessidade de um programa de prevenção da gravidez na adolescência no âmbito da atenção básica. Uma das propostas mais imediatas

que se apresenta para o PSF Vila Nova do município de Campos Gerais refere-se à realização de atividades de educação (sexual), através de palestras, orientações individuais por toda equipe do PSF, discussões em grupo, procurando incorporar a experiência de outras adolescentes que engravidaram para auxiliar no esclarecimento e sanar dúvidas do público alvo sobre a gravidez precoce.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABRAMOVAY, M., CASTRO, M.G., SILVA, L.B. Juventude e sexualidade. Brasília: UNESCO Brasil, 2004.
2. BORUCHOVITCH, Evely. Fatores associados a não utilização de anticoncepcionais na adolescência. Revista Saúde Pública; São Paulo, v.26, n. 6. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.php?script=sci_arttext&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 de maio de 2009.
3. BUENO, Gláucia da Motta. Variáveis de risco para a gravidez na adolescência. Disponível em: <<http://www.virtualpsy.org/infantil/gravidez.html>>. Acesso em: 12/11/2009.
4. FIGUEIREDO, Ana Cláudia. Condições de vida e saúde reprodutiva de adolescentes na comunidade de Roda de fogo. Revista Brasileira Materno Infantil, Recife, v.2, n.3, p.291-302, set./dez. 2002. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292002000300010&lng=pt&nrm=isso. Acesso em: 20/11/2009.
5. FORESTI, R. Gravidez na Adolescência– 2 - Adolescência e o Parto. <http://gballone.sites.uol.com.br/infantil/adolesc3b.html>. Acesso em 10/02/2010.
6. FREITAS, Fernando et al. Rotinas de ginecologia. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
7. GOMES, Romeu; FONSECA, Eliane M.G.O; VEIGA, Álvaro J.M.O.. A visão da pediatria acerca da gravidez. Revista Latino Americana de enfermagem. Riberão Preto, v. 10, n. 3, p. 408- 414, maio.jun.2002. Disponível em: <[scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104_11692002000300015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104_11692002000300015)> Acesso em: 02/11/2009.
8. GRAVIDEZ na adolescência. Instituto Polis Dicas Idéias para a ação Municipal, [S.], n.191, 2001. Disponível em: http://www.polis.org.br/download/arquivo_boletim_26.pdf. Acesso em: 02/11/2009.
9. HALBE, Aparecida Francisca Pedace. Contracepção e sexualidade da mulher. In: HALBE, Hans Wolfgang. Tratado de ginecologia. 3.ed. São Paulo: Roca, 2000.
10. IBGE, CIDADES. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acesso em: 28/10/2009.
11. LIRA, J. B., DIMENSTEIN, M. Adolescentes avaliando um projeto social em uma unidade básica de saúde. Psicologia em Estudo, Maringá, v.9, n.1, p.37-45, jan/abr.2004. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=

[sci_arttest&pid=S1413-73722004000100006&lng=pt&nrm=isso](http://www.sciencedirect.com/sci_arttest&pid=S1413-73722004000100006&lng=pt&nrm=isso). Acesso em: 11/11/2009.

12. MELO, A.V. "Gravidez na Adolescência: uma Nova Tendência na Transição da Fecundidade no Brasil." In: X Encontro Nacional de Estudos Populacionais, p.1439-54. Anais... ABEP, 1996.
13. MINISTÁRIO DA SAÚDE. Gravidez na adolescência: desejo ou subversão. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Prevenir é sempre melhor. Brasília: Ministério da saúde, 2000.
14. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde. PNDS, 2006. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/fecundidade.php>. Acesso em 13/01/2010.
15. SANTOS, M,M,J. F. Gravidez Precoce: matéria da capa. Estado de Minas, Belo Horizonte, p.4-5, 14 de maio, 2006.