

**FACULDADE DE PATOS DE MINAS
CURSO DE ENFERMAGEM**

DALICE SOARES SANTANA

**A IMPORTÂNCIA DA ORIENTAÇÃO AS
ADOLESCENTES NA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ
PRECOCE**

**PATOS DE MINAS
2009**

DALICE SOARES SANTANA

**A IMPORTÂNCIA DA ORIENTAÇÃO AS
ADOLESCENTES NA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ
PRECOCE**

Monografia apresentada à Faculdade de Patos de Minas como requisito parcial para conclusão do Curso de Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. José Henrique Nunes Borges

**PATOS DE MINAS
2009**

SANTANA, Dalice Soares.

A importância da orientação as adolescentes da gravidez precoce / Dalice Soares Santana. Patos de Minas/MG, 2009, p. 48.

Monografia – Faculdade Patos de Minas – FPM

Orientador: Prof. Esp. José Henrique Nunes Borges

1 Prevenção 2 Enfermagem 3 adolescente

DALICE SOARES SANTANA

A IMPORTÂNCIA DA ORIENTAÇÃO AS ADOLESCENTES NA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ PRECOCE

Monografia aprovada em _____ de _____ de _____ pela comissão examinadora
constituída pelos professores:

Orientador:

Prof. Esp. José Henrique Nunes Borges de Andrade
Faculdade Cidade Patos de Minas

Examinador:

Prof. Ms. Miguel Sordi Bortolini
Faculdade Cidade Patos de Minas

Examinador:

Prof. Esp. Gilmar Antoniasi Júnior
Faculdade Cidade Patos de Minas

Dedico esse estudo aos colegas, meus pais e aos professores por mais uma vitória conquistada.

Agradeço aos meus colegas por mais uma vitória conquistada.

Aos meus familiares, pelo apoio de compreensão em minhas faltas.

Ao meu orientador Prof. Esp. José Henrique Nunes Borges e a Prof.^a Luciana de Araújo Mendes pelas orientações e apoio nessa jornada.

Aos colegas pela convivência, amizade e companheirismo durante todo o curso, e em especial a Dalva, Talita, Simônica, Marcela e Maria Olívia.

A todos que me ajudaram de alguma forma o meu muito obrigado.

A educação é aquilo que permanece depois que tudo o que aprendemos foi esquecido.

Burrhus Frederic Skinner

RESUMO

Este trabalho consiste em uma revisão bibliográfica a respeito do tema proposto e demonstrou de forma objetiva o papel o enfermeiro como agente de informação no trabalho de prevenção a gravidez precoce em toda comunidade. Portanto os benefícios trazidos com um trabalho de prevenção a gravidez precoce são visíveis, gratificantes e possíveis de se realizar, conscientizando os adolescentes de que a prevenção é o melhor caminho no combate a gravidez precoce através de palestras, conversas, seminários e métodos simples que atinjam o público alvo. Com essa atitude estará se criando um ambiente de integração entre os adolescentes, a família, a comunidade e o setor de saúde, pois adolescente informado é um adolescente capaz de discerni o certo do errado, sendo capaz assim de se cuidar e se prevenir de uma gravidez precoce. O objetivo principal é demonstrar de forma clara a necessidade e importância da orientação as adolescentes na prevenção da gravidez precoce. Demonstrar também de forma sucinta e clara a o que vem a ser adolescência, a puberdade e suas possíveis anomalias. Também foi tratado no decorrer no trabalho o desenvolvimento da adolescência o seu lado positivo, assim como o tema gravidez precoce e suas possíveis causas. E por fim o trabalho tratou de argumentar sobre adolescência e informação demonstrando métodos anticoncepcionais existentes no mercado, e também dissertando sobre o que vem a ser a enfermagem, seu trabalho.

Palavras-chave: Gravidez precoce. Enfermagem. Informação.

ABSTRACT

This paper presents a literature review on the subject proposed whose main objective is to demonstrate clearly the need and importance of guidance in the prevention of teenage pregnancy. Show also provides a succinct and clear when coming to adolescence, puberty and its abnormalities. It will also be addressed during the development work in adolescence its positive side as well as the theme early pregnancy and its possible causes. Finally the work treated to argue about adolescence and information demonstrating contraceptive methods on the market, as well as expounding on what becomes of nursing work and its possible specialties. The work will demonstrate objectively the role of the nurse as information agent for the work of teen pregnancy prevention in every community. So the benefits of working with a teen pregnancy prevention are visible, rewarding and likely to take place, educating young people that prevention is the best way to combat teenage pregnancy through lectures, talks, seminars and simple methods that achieve the target audience. With this attitude will be creating an environment of integration between the adolescent, family, community and health sector, as a teenager told a teenager is able to discern right from wrong, so being able to care for and prevent a pregnancy early.

Keywords: Teen Pregnancy. Nursing. Information.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1	ADOLESCÊNCIA E PUBERDADE
2	ADOLESCÊNCIA, GRAVIDEZ E INFORMAÇÃO
2.1	O lado bom da adolescência..... 20
2.1.1	A construção da identidade.....21
2.2	Possíveis causas da gravidez na adolescência..... 24
2.3	Métodos anticoncepcionais..... 27
2.3.1	Coito interrompido.....27
2.3.2	Injeção de anticoncepcional.....27
2.3.3	DIU – Dispositivo intra-uterino.....28
2.3.4	Vasectomia.....29
2.3.5	Não fazer sexo.....30
2.3.6	Ligadura de trompas.....31
2.3.7	Espermaticidas.....32
2.3.8	Método de muco.....32
2.3.9	Tabelinha.....33
2.3.10	Pílula e amamentação.....34
2.3.11	Pílula anticoncepcional.....34
2.3.12	Pílula do dia seguinte.....35
2.3.13	Pílula anticoncepcional sem estrogênio.....36
2.3.14	Endoceptivo.....36
2.3.15	Implante anticoncepcional37
2.3.16	Anel vaginal.....37
2.3.17	Adesivo anticoncepcional.....38
2.3.18	Camisinha masculina.....38

2.3.19	Camisinha feminina.....	39
2.3.20	Diafragma.....	39
3	O PAPEL DA ENFERMAGEM	
3.2	O trabalho da enfermagem.....	42
3.2	O enfermeiro como agente de informação no trabalho de prevenção da gravidez precoce.....	44
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
	REFERÊNCIAS.....	49

INTRODUÇÃO

A juventude é compreendida como processo de transição da infância à vida adulta, com progressiva emancipação da família de origem e da escola. Segundo Beretta (1995) a aquisição de autonomia material e residencial ocorre de maneira mais tardia, atualmente, por meio da obtenção de um emprego e da constituição de uma unidade conjugal e/ou própria.

A experiência de uma gravidez inscreve-se em uma etapa de aprendizado da sexualidade, que assume contornos singulares no contexto da cultura sexual brasileira, envolvendo complexas interações entre homens e mulheres, o que torna necessário situá-la no quadro das relações e papéis de gênero. Para Bernardi (1985) tem-se como pressuposto que a gravidez na adolescência é vivida de múltiplas formas e que contextos sociais e a orientação correta definem universos de possibilidades e de significações diferentes entre os jovens de distintas classes sociais.

Quando a atividade sexual tem como resultante a gravidez, gera conseqüências tardias e em longo prazo, tanto para a adolescente quanto para o recém-nascido. “A atividade sexual na adolescência vem se iniciando cada vez mais precocemente, com conseqüências indesejáveis imediatas como a gravidez, muitas vezes também indesejável e que por isso, pode terminar em aborto.” (DESSER, 1993, p. 122).

De acordo com Coates (2001) 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. Há inclusive quem considere a gravidez na adolescência como complicação da atividade sexual.

A adolescência implica num período de mudanças físicas e emocionais considerado por alguns, um momento de conflito 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. “A palavra adolescência vem do latim “adolescere” que significa “fazer-se homem/mulher” ou “crescer na maturidade”, sendo que somente a partir do sinal do século XIX foi vista como uma etapa distinta do desenvolvimento.” (ALMEIDA, 1997, p. 56). A gravidez na adolescência e principalmente a orientação que é dada a essas jovens é, portanto, um problema que deve ser levado muito a sério e não deve ser subestimado, ou deixado de lado.

Goldenberg (1984) a cada ano o número de adolescente que engravida tem aumentado; esta é uma característica de vários países, e aí se inclui o Brasil. As causas são o início cada vez mais precoce da atividade sexual e a menarca, que também tem ocorrido mais cedo na vida dos jovens. A falta de informação, o medo de assumir a vida sexual e a falta de espaço para discussão de valores no seio de suas famílias leva adolescente a se engravidar.

Para Silva (1987) a onipotência do “comigo não acontece”, a impetuosidade do “se der errado, depois agente vê”, a busca de identidade no “se eles acham que isso é certo, eu faço ao contrário”, a energia de “vamos ver o sol nascer depois agente vai direto para aula”... Junte a estas atitudes o pouco ou nenhum diálogo com a família, além da angústia do conflito entre o desejo e as conseqüências, para que a gravidez aconteça. Depois o argumento mais ouvido é: “não pensei que fosse engravidar”.

As principais causas da gravidez na adolescência são: o desconhecimento de métodos anticoncepcionais, a educação dada a adolescentes faz com que ela não queira assumir que tem uma vida sexual ativa e por isso não usa métodos ou usa outros de baixa eficiência (coito interrompido, tabelinha) porque esses não deixam “rastros”. O uso de drogas e bebidas alcoólicas comprometem a contracepção,, além das que engravidam para casar-se.

Nunca foram tão divulgados os meios para evitar a gravidez como nos dias atuais, e mesmo assim, o número de adolescentes grávidas é cada vez maior. Porém, são muitos os motivos que tornam uma adolescente mais vulnerável a uma gravidez, mas o principal deles é a falta de um projeto de vida, a falta de perspectiva futura. “Não podemos dizer que toda gravidez na adolescência é indesejada, indesejadas são as gravidezes que acontecem por abuso sexual ou por falha de métodos anticoncepcionais.” (BERETTA, 1995, p. 189).

A maioria das gravidezes na adolescência não é planejada, isto é, acontecem sem intenção, causadas por diferentes fatores individuais ou sociais. Porém, não é

por isso que a gravidez não vai ser bem vinda. Existem vários fatores que contribuem com esse quadro. A falta de um projeto de orientação sexual nas escolas, família, comunidade de bairro, igrejas. A mídia é outro vilão nessa questão, exagerando na erotização do corpo. Algumas pessoas que são vistas na passarela, revista, cinema e televisão são para os adolescentes verdadeiros ídolos, ídolos esses que passam uma imagem de liberação sexual, e a tendência de um fã é sempre copiar o que seu ídolo faz.

Considerando a temática surgem algumas questões que merecem reflexões: um grande problema que faz com que o número de grávidas adolescentes a cada dia aumente estaria ligada a falta de um projeto de orientação sexual nas escolas, famílias e comunidade? As adolescentes estão sendo orientadas corretamente em relação a gravidez precoce? Estão sendo utilizadas todas as atribuições que o profissional de enfermagem possui para que as adolescentes sejam bem orientadas?

A falta de informação dos pais de adolescentes é um fator fundamental. Não havendo em casa alguém que possa informá-los, que sirva de modelo, que tire suas dúvidas e angústias, como esperar dos adolescentes comportamentos mais adequados. Como querer que eles aguardem o tempo mais adequado para aproveitar a sexualidade como algo bom, saudável e necessário para o ser humano.

O presente trabalho justifica-se pela necessidade de se informar, orientar os adolescentes com relação à prevenção da gravidez precoce. Também pelo fato de estar cada vez mais acontecendo de adolescentes engravidarem em sua primeira relação sexual pela falta de preservativos no ato sexual. A falta de informação e o fato de muitos pais não terem um diálogo aberto com os filhos sobre sexualidade faz com que muitos adolescentes se tornem pais sem terem nenhum preparo, tais motivos levaram a pesquisadora a escolher o tema.

O trabalho aqui exposto tem como objetivos demonstrar a importância da orientação realizada por profissionais da área de enfermagem na prevenção da gravidez precoce, entender a gravidez/maternidade enquanto fenômeno socialmente constituído, conceituar gravidez precoce, descrever o que leva uma adolescente a engravidar, verificar se existe uma falta de profissionais qualificados para orientar as adolescentes e por fim discutir sobre as causas da vulnerabilidade relacionada a gravidez na adolescência.

O presente estudo foi realizado de forma descritiva e qualitativa sendo que o mesmo constitui-se de duas etapas complementares. A primeira etapa aconteceu com a revisão bibliográfica da leitura de artigos, teses, livros e sites para fundamentação teórica a respeito do assunto.

A segunda etapa foi realizada logo após a leitura dos materiais encontrados, onde foi realizada uma análise de toda a pesquisa sendo discutido o posicionamento dos autores em relação ao tema proposto, para que conseqüentemente fossem elaborados os três capítulos e as considerações finais do trabalho.

Neste sentido, o trabalho está dividido em três capítulos sendo todos resultado de uma revisão bibliográfica minuciosa a respeito do tema proposto, o primeiro capítulo descreve sobre a adolescência e a gravidez precoce sendo ressaltado dentro deste tema adolescência, puberdade e possíveis anomalias.

O segundo capítulo do trabalho argumenta o desenvolvimento da adolescência onde será tratado o lado bom da adolescência como também a gravidez e suas possíveis causas.

O terceiro e último capítulo descreve sobre a adolescência e informação sendo abordado dentro do mesmo os vários métodos anticoncepcionais existentes como também a enfermagem, seu trabalho e possíveis especialidades. E por fim tratará de argumentar sobre tema do enfermeiro como agente de informação no trabalho de prevenção da gravidez precoce.

Muitos são os fatores que levam ou podem levar aos riscos causais da gravidez na adolescência. Estes fatores necessitam, portanto, da aquisição de estilos de vida saudáveis, além de políticas públicas efetivas e eficazes direcionadas a este público, principalmente no que cerne ao setor saúde, com profissionais e serviços de qualidade e preparados para acolher esta clientela. Nesse sentido, a gestante adolescente merece toda atenção dos profissionais da saúde com o intuito de amenizar as dificuldades deste período, como na utilização do enfermeiro como agente de informação do trabalho de prevenção à gravidez precoce.

Enfim, este estudo permitiu concluir que há muito a ser feito para os adolescentes no que se diz respeito ao suporte familiar, educacional, cultural e comportamental, remetendo-se à necessidade de pesquisas nacionais acerca da gravidez durante a adolescência, fato que deveria mobilizar toda sociedade.

1 ADOLESCÊNCIA E PUBERDADE

De todas as reflexões e estudos sobre infância e adolescência, se alguma coisa pode ser mais ou menos consensual é que, crescentemente, as crianças estão mais sozinhas ou mais na convivência com seus pares da rua do que no seio de suas famílias. O pai, a mãe, ou qualquer outra figura de ligação familiar está se tornando rarefeita. “Embora dentro de sua casa, mas distante do convívio doméstico e familiar, o adolescente ou a criança está solitariamente assistindo à TV, na internet ou está fora de casa, em bandos perambulando pelas ruas, nos shoppings, nos lugares de lazer.” (COATES, 2001, p. 36).

Segundo Heilbord (1998) parece razoável atenuar o peso atribuído à hegemonia da televisão, tendo em mente a redução das oportunidades de convivência e brincadeiras ao ar livre. Isso porque os espaços livres das ruas, antes utilizados pelas crianças e adolescentes para brincadeiras, já não estão mais disponíveis, estão intensamente habitados por carros, prédios, marginais, ladrões. A rua perdeu seu lugar de expressão coletiva. Há muitas tentativas de se definir adolescência. Cada cultura possui um conceito de adolescência, baseando-se sempre nas diferentes idades para definir este período.

Adolescência deriva do latim *adolescere*, que significa “crescer”. Adolescência é o período da vida humana entre a puberdade e virilidade; mocidade; juventude. A Organização Mundial da Saúde define adolescência como uma etapa que vai dos 10 aos 19 anos, e o Estatuto da Criança e Adolescência a conceitua como a faixa etária de 12 a 18 anos. É uma transição entre a fase de criança e a adulta, sendo um período de transformação profunda no corpo, na mente e na forma de relacionamento social do indivíduo.

A adolescência trata de uma etapa da vida em que ocorrem à maturação sexual, o acirramento dos conflitos familiares e a formação e cristalização de atitudes, valores e comportamentos que determinarão sua vida e na qual se inicia a cobrança de maiores responsabilidades e definição do campo profissional.

Lidar com essa situação particular exige das equipes de saúde uma abordagem integral dos problemas detectados, dentre eles a gravidez na adolescência. A puberdade tem um aspecto biológico e universal, caracterizada que é pelas modificações visíveis, como por exemplo, o crescimento de pêlos pubianos, auxiliares ou torácicos, o aumento da massa corporal, desenvolvimento das mamas, evolução do pênis, menstruação, etc.

Coates, (2001) estas mudanças físicas costumam caracterizar a puberdade, que neste caso seria um ato biológico ou da natureza. Crianças e adolescentes já não são mais os mesmos. Eles participam avidamente do mundo dos adultos e se transformam nos novos convidados da realidade orgástica do consumo e dos prazeres.

As crianças, tendo nascido no seio de uma família e considerados como “pertencendo” a esta família, encontram-se, paradoxalmente, cada vez mais solitários e à mercê de seus pares da rua, da escola e do apelo cultural para que se tornem, rapidamente, adultos esbeltos, ricos, formosos, na moda e plenamente sexualizados. Isso tudo acontece enquanto seus pais se ocupam diuturnamente com suas próprias vidas, se preocupam em ganhar dinheiro, em sobreviver, em não perder tempo.

A adolescência, por sua vez, é uma atitude cultural. A 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. (BRASIL, 1993, p. 256).

Assim sendo, Koller (2002) 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.

Segundo Pinto (2001) paradoxalmente, nenhuma família se sentiria à vontade se a filha de 16 anos assumisse responsabilidades matrimoniais, mas não obstante, se aceita que participe plenamente (ou quase) das liberdades sexuais no mundo moderno. Hoje a sociedade espera que a jovem de 16 anos estude, se forme e

encontre seu papel na sociedade. Entretanto, atualmente a média da menarca se situa em torno dos 12.8 anos.

A puberdade feminina se inicia, em geral, entre 11 e 14 anos, variando esse período de pessoa para pessoa. Em geral, Coates (2001) 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. Geralmente a partir dos dez anos a menina cresce vários centímetros em pouco tempo, sua cintura se afina, os quadris se alargam, os seios começam a avolumar-se e surge uma leve pilosidade no púbis e nas axilas.

Desser (1993) acrescenta que paralelamente, as glândulas sudoríparas se desenvolvem, tornando o odor do corpo mais intenso e provocando maior sudorese nas axilas. Essas mudanças causam certa sensação de insegurança e inquietação na menina, culminam com a primeira menstruação. Durante os dois anos seguintes à primeira menstruação os ciclos podem ser ainda irregulares, mais longos ou mais breves.

De acordo com Almeida (1997) as transformações que se verificam no período pré púbere são resultados da atividade dos ovários, sobre a qual atua a hipófise. Ao nascer, a menina tem no ovário entre duzentos mil e quatrocentos óvulos, dos quais apenas cerca de quatrocentos serão utilizados ao longo de todo período fértil.

Beretta (1995) argumenta que no menino, as transformações começam um pouco mais tarde, por volta de 13 anos e são muito mais demoradas que nas meninas. Os primeiros sinais dessa transformação são basicamente o aumento no tamanho dos órgãos genitais, o nascimento da barba e o aparecimento de pelos na região pubiana, nas pernas, nos braços e no peito.

Esse crescimento dos pêlos depende da genética e varia muito de pessoa para pessoa. Além disso, essas mudanças são acompanhadas de modificação da voz, a qual fica mais grave. O esqueleto se alonga, os músculos se enrijecem, o tronco e os ombros alargam e a pele se torna muito mais gordurosa, o que favorece o aparecimento da acne. É nessa época que os meninos já podem ter sua primeira ejaculação. “Mas a puberdade, tanto no menino quanto na menina, proporciona apenas mudanças físicas, mas, sobretudo, psicologicamente, é neste período que muitos adolescentes começam esporadicamente a ter relações sexuais.” (BRASIL, 1993, p. 63)

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. (COATES, 2001, p. 99).

Também pode se observar, em alguns casos, uma reação de rebeldia, de oposição e irritabilidade. Apesar da maioria dos adolescentes ser dependente economicamente dos pais, normalmente eles sentem grande desejo de exprimir a sua própria personalidade, formar o seu caráter definitivo. “Nessa fase os adolescentes costumam ansiar entusiasticamente por sensações novas, chegando a fumar, tomar bebidas alcoólicas ou usar drogas, tudo isso como forma de auto-afirmar certa independência.” (FOLHA DE SÃO PAULO, 1996, p. 108).

Silva (1987) diz que a puberdade é marcada por significativas mudanças biológicas e psicossociais. É neste momento que ocorre, simultaneamente, maior separação do filho em relação aos pais e maior busca de novos laços afetivos extral.

No período da adolescência puberdade, as pessoas enfrentam exigências sociais novas e, às vezes, drásticas. Fazer tudo que fazem os adultos não pode, nem pode fazer coisas de crianças, pois o adolescente não é um nem outro. Entre meninos e meninas da mesma idade surgem abismos intransponíveis, pois os ritmos de amadurecimento para os meninos e para as meninas são diferentes. Isso também pode gerar conseqüências psicossociais importantes. (UNICEF, 1996, p. 145).

Pinto (2001) acrescenta que a revolução bio-psíquica da adolescência pode proporcionar também, um prejuízo em relação ao desempenho escolar. Enquanto no início do ensino fundamental as notas estejam altamente relacionadas à inteligência, na sexta e na sétima séries, a motivação parece ser o fator mais importante. Na fase inicial da adolescência, o sujeito utiliza a lógica, o raciocínio e o pensamento abstrato, mas não de maneira tão intensa devido à carência de motivação.

Nas transformações do estado físico da criança para o adulto, se dá, inclusive, pelo surgimento dos caracteres sexuais de adulto. Coates (2001) enfatiza que algumas vezes essas alterações ocorrem muito cedo ou muito tarde. Quando essas alterações ocorrem cedo demais, chamamos puberdade precoce, ao contrário de puberdade atrasada, quando ocorrem tarde demais.

Silva (1987) destaca que quando as meninas com menos de oito anos de idade ou os meninos com menos de nove anos de idade começar a desenvolver sinais de puberdade, estaremos diante de uma condição que chamamos de puberdade precoce.

Essas crianças devem ser avaliadas e provavelmente cuidadas, porque o surto de crescimento na estatura que acompanha a puberdade ocorrerá também cedo demais e elas pararão de crescer mais cedo também. “Essas pacientes, muito provavelmente, não serão tão altas quanto poderiam se tivessem sua puberdade na época correta.” (BERNARDI, 1985, p. 45). Além disso, essas crianças podem sofrer embaraço com relação ao seu desenvolvimento precoce levando-as a dificuldades sociais.

2 ADOLESCÊNCIA, GRAVIDEZ E INFORMAÇÃO

De acordo com Koller (2002) a adolescência não é marcada apenas por dificuldades, crises, mal-estares, angústias. Ao se abandonar a atitude infantil e ingressar no mundo adulto, há uma série de acréscimos no rendimento psíquico. O intelecto, por exemplo, apresenta maior eficácia, rapidez e elaborações mais complexas, a atenção pode se apresentar com aumento da concentração e melhor seleção de informações, a memória adquire melhor capacidade de retenção e evocação, a linguagem torna-se mais completa e complexa com aumento do vocabulário e da expressão.

2.1 O lado bom da adolescência

Esses acréscimos no desempenho global do adolescente produzem uma típica inflação do ego. Com o ego engrandecido vemos sua altivez e independência da experiência e aconselhamento dos mais velhos. Achando que “podem tudo” Goldberg (1984) acredita que os adolescentes nessa fase se rebelam e elaboram um conjunto de valores inusitados e, quase propositadamente, contrário à valores até então tidos como corretos.

Quando o adolescente de ego agigantado se depara com forças contrárias, ocorrerá a inevitável disputa para ver que pode vencer. Isso é plenamente normal ocorrendo, inclusive, na natureza animal. Ocorrendo o confronto de maneira saudável, o adolescente internalizará o valor desta experiência de forma positiva, o qual passará a fazer parte de sua identidade. Caso o confronto migre para o trauma, perderá seu valor e o processo todo perde sua função, apenas dando lugar à mágoa e ressentimentos que normalmente se descarregam sob a forma de agressão, raiva, disputa, etc. (HENRIQUES, 1989, p. 57).

Pinto (2001) acrescenta que as figuras de autoridade serão os alvos preferidos da contestação do adolescente. Nessa fase se questiona o juiz, o padre, pastor, professor. Além disso, espera-se que os conflitos de valores e de poder possam se generalizar para uma questão ideológica. Esse questionamento por parte do jovem é saudável. Demonstra que seu psiquismo está se desenvolvendo.

Segundo Desser (1993) a noção de autoridade para o adolescente se atualiza continuamente, começando com a figura social do pai, do amigo, do professor, passando para o ídolo. Portanto, o adolescente não é então avesso a autoridade como se propaga. Via de regra ele a reconhece em seus ídolos, ou seja, pessoas de destaque nas áreas de seu interesse.

A maior dificuldade do adolescente, entretanto, está em aceitar uma autoridade imposta. “A autoridade pode adquirir um espaço importante no conjunto de valores do adolescente quando se constrói através da conquista e do respeito e não submetendo o jovem a pressões.” (BRASIL, 1996, p. 122).

As circunstâncias que envolvem conflitos, desentendimentos e brigas são absolutamente naturais nessa fase da vida e não há benefícios fugindo delas. Porém reações vivenciais não normais e exageradas (neuróticas) sempre acabam sendo prejudiciais. Por neuróticas, entendemos aquelas reações vivenciais que são desproporcionais aos fatos que as desencadearam. (BRASIL, 1993, p. 133).

Koller (2002) destaca que ao se pretender exercer autoridade sobre o adolescente deve-se, em primeiro lugar, munir-se da plena responsabilidade sobre sua aceitação ou não. A autoridade vai depender da maneira pela qual ela se fez sentir e compreender. Neste ponto é inevitável que a própria personalidade desta autoridade esteja madura e isenta de conflitos maiores.

2.1.1 A construção da identidade

Há um processo contínuo de desenvolvimento do aparelho psíquico entre as várias fases da vida da criança e do adolescente. “A adolescência vai se caracterizar pelo afastamento do seio familiar e conseqüente imersão no mundo adulto.”

(KOLLER, 2002, p. 68). Nessa fase, a pessoa se deixa influenciar pelo ambiente de maneira muito mais abrangente que antes, onde seu universo era a própria família.

Alguns conflitos importantes podem aparecer durante a construção da identidade do adolescente. o rumo que ele dá para a sua vida acaba tendo influências da sociedade, a qual cobra de cada pessoa um papel social, preferentemente definido e o mais definitivo possível. Numa fase onde a identidade do adolescente ainda não se completou fica difícil falar em papel social definitivo. (OMS, 1994, p. 78).

Silva (1987) entende que a medida que os vínculos sociais vão se estabelecendo, um conjunto de características vai sendo valorizado, desde características necessárias para ser aceito pelo grupo, até características necessárias para expressar um estilo que agrada a si próprias e ao outro. Este conjunto de características fundamentais para o desempenho dos papéis sociais é conhecido por *persona*, que significa máscara. Assim como a auto-estima representa aquilo que a pessoa é para si mesma, a *persona* representa aquilo que ela será para o outro.

A cada ano o número de adolescentes que engravidam tem aumentado; esta é uma característica de vários países, e aí se inclui o Brasil segundo Rocha (2005). As causas são o início cada vez mais precoce da atividade sexual e a menarca, que também tem ocorrido mais cedo na vida das jovens. A falta de informação, o medo de assumir a vida sexual e a falta de espaço para discussão de valores no seio de suas famílias leva as adolescentes a engravidar.

Perdas entre o “não pode” dos pais e o “faça” autoritário que impera na mídia, as adolescentes raramente conseguem alguém para ouvir seus conflitos e medos. De acordo com Brasil (1993) muitas adolescentes conhecem os métodos anticoncepcionais disponíveis, o estranho é que, assim como as desinformadas, elas engravidam quase que com a mesma facilidade.

É normal para o adolescente se comportar de maneira inconsciente e não previsível. Lutar contra seus impulsos e aceita-los, amar seus pais e adia-los, ter vergonha de reconhecê-los perante outros e querer conversar com eles. Identificar-se e imitar os outros enquanto procura identidade própria. “O adolescente é um idealista, artístico, generoso, pouco egoísta e também exatamente o oposto: egoísta, calculista e autoconcentrado.” (HENRIQUES, 1989, p. 49). A falta de informação e

várias características ligadas a essa fase da vida podem levar a gravidez na adolescência.

Adolescência implica num período de mudanças físicas e emocionais considerada por alguns como um momento de conflito 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. (OMS, 1994, p. 57).

Rocha (2005) acrescenta ainda que é a puberdade, que marca o início da vida reprodutiva da mulher, é caracterizada pelas mudanças fisiológicas corporais e psicológicas da adolescência. Uma gravidez na adolescência provocaria mudanças maiores ainda na transformação que já vinha ocorrendo de forma natural. Neste caso, muitas vezes a adolescente precisa de um importante apoio do mundo adulto para saber lidar com esta nova situação.

A atividade sexual da adolescente é, geralmente, eventual, justificando para muitas a falta de uso rotineiro de anticoncepcionais. A grande maioria delas também não assume diante da família a sua sexualidade, nem a posse de anticoncepcional, que denuncia uma vida sexual ativa. (BRASIL, 1996).

A Folha de São Paulo (1996) enfatiza que 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, a um funcionamento familiar inadequado, à grande permissividade falsamente apregoada como desejável à uma família moderna ou à baixa qualidade de seu tempo livre.

De qualquer forma, o que parece ser quase consensual entre os pesquisadores, é que as facilidades de acesso à informação sexual não tem garantido maior proteção contra doenças sexualmente transmissíveis e nem contra a gravidez nas adolescentes.

Uma vez constatada a gravidez, Desser (1993) destaca que se a família da adolescente for capaz de acolher o novo fato com harmonia, respeito e colaboração, esta gravidez tem maior probabilidade de ser levada a termo normalmente e sem grandes transtornos.

Porém, havendo rejeição, conflitos traumáticos de relacionamento, punições atroz e incompreensão, a adolescente poderá sentir-se profundamente só nesta

experiência difícil e desconhecida, poderá correr o risco de procurar abortar, sair de casa, submeter-se a toda sorte de atitudes que acredita, resolverão seu problema.

O bem estar afetivo da adolescente grávida é muito importante para si própria, para o desenvolvimento da gravidez e para a vida do bebê. Segundo Heilborn (1998) a adolescente grávida, principalmente a solteira e não planejada, precisa encarar sua gravidez a partir do valor da vida que nela habita, precisa sentir segurança e apoio necessários para seu conforto afetivo, precisa dispor bastante de um diálogo esclarecedor e, finalmente, da presença constante de amor e solidariedade que a ajude nos altos e baixos emocionais, comuns na gravidez, até o nascimento do bebê.

A UNICEF (1996) diz que mesmo diante de casamentos ocorridos na adolescência de forma planejada e com gravidez também planejada, por mais preparado que esteja o casal, a adolescente não deixará de enfrentar a somatória das mudanças físicas e psíquicas decorrentes da gravidez na adolescência.

A gravidez na adolescência é, portanto, um problema que deve ser levado muito a sério e não deve ser subestimado, assim como deve ser levado a sério a próprio processo do parto. Este pode ser dificultado por problemas anatômicos e comuns da adolescente, tais como: o tamanho e conformidade da pelve, a elasticidade dos músculos uterinos, os temores, desinformação e fantasias da mãe ex-criança, além dos importantíssimos elementos psicológicos e afetivos possivelmente presentes. (ROCHA, 2005, p. 75).

2.2 Possíveis causas da gravidez na adolescência

De acordo com Rocha (2005) as principais causas da gravidez são: o desconhecimento de métodos anticoncepcionais, a falta de informação correta, a educação dada a adolescente faz com que ela não queira assumir que tem uma vida sexual ativa e por isso não usa métodos ou usa outros de baixa eficiência (coito interrompido, tabelinha) porque esses não deixam “rastros”.

O uso de drogas e bebidas alcoólicas compromete a contracepção, ou seja influenciam no não funcionamento dos métodos anticoncepcionais, além das que engravidam para casar-se.

A gravidez na adolescência é multicausal. As adolescentes iniciam cada vez mais cedo à vida sexual. Esta precocidade decorre de algumas características comportamentais da própria adolescência como a confrontação com novas emoções e valores, a necessidade de afirmação pessoal e de aceitação pelos outros adolescentes. (BERETTA, 1995, p. 91).

Goldberg (1984) acrescenta que também houve a modificação de hábitos e costumes sociais, dentre eles a desvinculação da gravidez ao casamento. Há ainda condições que propiciam a gravidez precoce: pouca escolaridade, desenvolvimento puberal mais precoce, pobreza e difícil acesso aos serviços de saúde, ignorância e ineficiente utilização dos métodos contraceptivos, além da vulgarização de relacionamentos íntimos veiculados por toda mídia e, ocasionalmente, o abuso sexual.

Todos esses fatores têm contribuído para que a gravidez e os partos de adolescentes tivessem aumento nos últimos 20 anos. “A adolescente tem problemas emocionais devido à mudança rápida em seu corpo ou, como ela esconde a gravidez, o atendimento pré-natal não é adequado. Podem ocorrer problemas como aborto ou dificuldade na amamentação.” (ROCHA, 2005, p. 102).

Nunca foram tão divulgados os meios para evitar a gravidez como nos dias atuais, e mesmo assim, o número de adolescentes grávidas é cada vez maior, mas os principais deles são: a falta de informação correta, a falta de um projeto de vida e a falta de uma perspectiva futura.

Não podemos dizer que toda gravidez na adolescência é indesejada, indesejadas são as gravidezes que acontecem por abuso sexual ou por falha de métodos anticoncepcionais. A maioria das gravidezes na adolescência não é planejada, isto é, acontecem sem intenção causada por diferentes fatores individuais ou sociais. Porém, não é por isso que a gravidez não vai ser bem vinda. (OMS, 1994, p. 110).

Para Brasil (1993) os repetidos casos que aparecem nos consultórios de psicólogos e médicos, apontam que muitas dessas adolescentes possuem um desejo de ser mãe, da qual elas não têm consciência. “A falta de um projeto de orientação sexual nas escolas, família, comunidade de bairro, igrejas. A mídia é outro vilão nessa questão, exagerando na erotização do corpo.” (ALMEIDA, 1997, p. 129).

Pinto (2001) destaca que algumas pessoas que são vistas na passarela, revista, cinema e televisão são para os adolescentes verdadeiros ídolos, esses que

passam uma imagem de liberação sexual, e a tendência de uma fã é sempre copiar o que seu ídolo faz.

A falta de informação dos pais de adolescentes é um fator fundamental. Não havendo em casa alguém que possa informá-los, que sirva de modelo, que tire suas dúvidas e angustias como esperar dos adolescentes comportamentos mais adequados.

2.3 Métodos anticoncepcionais

A humanidade fez o uso da anticoncepção desde os tempos remotos. Entretanto, foi a partir de 1946 que os métodos anticoncepcionais espalham-se pelo mundo, principalmente nos países mais desenvolvidos na década de 60.

De acordo com Desser (1993) qualquer outra definição para explicar o que são métodos anticoncepcionais não abrangeria sua verdadeira utilidade: os métodos anticoncepcionais são métodos utilizados pra se evitar tanto uma gravidez quanto doenças sexualmente transmissíveis.

Não há como classificar o melhor método, pois o melhor é aquele que a mulher e seu parceiro e que também não exista contra indicações ao seu uso.

“Por isso é sempre bom saber quais são os métodos existentes e procurar se adequar a algum deles, sempre acompanhado de orientação médica.” (COATES, 2001, p. 96).

Segundo Almeida (1997) são maneiras, medicamentos, objetos e cirurgias usados pelas pessoas para evitar a gravidez.

Existem métodos femininos e masculinos. Existem métodos considerados reversíveis, que são aqueles em que a pessoa, após parar de usá-los, volta a ter a capacidade de engravidar.

De acordo com Henriques (1989) existem métodos considerados irreversíveis, como a ligadura de trompas uterinas e a vasectomia, porque, após utilizá-los, é muito difícil a pessoa recuperar a capacidade de engravidar.

Por isso, para optarem pela ligadura de trompas uterinas ou pela vasectomia como método anticoncepcional, as pessoas precisam estar seguras de que não querem mais ter filhos.

2.3.1 Coito interrompido

Segundo Almeida (1997) o coito interrompido, ou “tirar fora”, é quando o homem, segundos antes da ejaculação, retira o pênis e ejacula fora da vagina. Esse é um método muito pouco eficiente, pois as secreções do pênis na fase de excitação podem conter espermatozóides vivos. E também porque é muito difícil conter a ejaculação. Portanto este é um método pouco seguro.

De acordo com Goldberg (1984) como muitos outros métodos contraceptivos, a efetividade confiável é alcançada somente com o uso correto e consistente. As taxas de falha observadas de coito interrompido variam dependendo da população estudada. Segundo Henriques (1989) estudos mostraram taxas de falha de 15-28% por ano. Em comparação com a pílula anticoncepcional tem uma taxa de falha de 2-8%, enquanto o diafragma tem uma taxa real de falha de 10-39% e o preservativo (camisinha) tem uma taxa real de falha de 10-18%.

A principal causa da falha do método do coito interrompido é a falta do auto controle de quem utiliza. Isso pode resultar no depósito de sêmen na vulva, que pode facilmente migrar para o trato reprodutivo feminino. Alguns médicos vêem o coito interrompido como um método ineficiente para o controle da natalidade. (BERNARDI, 1985, p. 123).

Segundo Beretta (1995) o coito interrompido, apesar de ser muito usado, não deve ser estimulado como método anticoncepcional, porque é grande a possibilidade de falha, pois o líquido que sai pouco antes da ejaculação pode conter espermatozóides. Às vezes, o homem não consegue interromper a relação antes da ejaculação.

2.3.2 Injeção anticoncepcional

Segundo Rocha (2005) as injeções anticoncepcionais devem sempre ser injetadas na região glútea, ou nádegas. Deve ser usada uma agulha 30 x 8 e a injeção deve ser profunda. Não massagear o local da injeção.

De acordo com Silva (1987) as informações sobre a injeção anticoncepcional só podem ser fornecidas pelo seu médico pessoal de acordo com as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária no Brasil, ANVISA.

A mulher deve ter atenção para a data da injeção. Solicite ao seu médico pessoal informações sobre a data correta da aplicação da injeção. Injeções têm de ser aplicadas nas datas corretas sob pena de não funcionarem. Existe uma injeção anticoncepcional que pode ser aplicada a cada três meses.

Pinto (2001, p. 125) acrescenta que:

Para os anticoncepcionais mensais as vantagens e desvantagens são as mesmas da pílula anticoncepcional. Para a anticoncepcionais injetáveis trimestrais existe a vantagem de ser aplicada a cada 3 meses, mas a desvantagem de provocar ausência de menstruação e a fertilidade demorar um pouco para voltar.

De acordo com Desser (1993) as principais indicações das injeções são para as mulheres que esquecem a pílula, que não podem tomar a pílula via oral, e para as mulheres que tem de esconder o anticoncepcional.

Heilborn (1998, p. 155) enfatiza que:

Não se deve utilizar medicamento de maneira diferente da prevista na receita a não ser que tenha sido orientada pessoalmente pelo seu médico. Anticoncepcionais foram feitos para serem tomados da maneira prevista na receita e na bula, não devendo ser tomados de maneira diferente como, por exemplo, sem pausa, a não ser que tenha sido orientada pessoalmente pelo seu médico.

Para Coates (2001) somente o médico pode receitar injeções anticoncepcionais. A automedicação com hormônios é muito perigosa! Nunca, mas nunca mesmo, deve-se utilizar um anticoncepcional ou qualquer outro medicamento com tarja vermelha sem orientação médica pessoal.

2.3.3 DIU- Dispositivo intra uterino

O DIU ou Dispositivo Intra Uterino segundo Beretta (1995) é uma pequena peça de plástico recoberta com cobre que é colocado dentro do útero. O DIU é tão eficiente quanto à pílula e é uma boa escolha para aquelas mulheres que já tem

filhos e que desejam espaçar a próxima gravidez por mais de dois anos, ou para aquelas que têm dúvidas sobre uma solução definitiva.

Bernardi (1985) destaca que o DIU mais moderno dura de 5 a 10 anos no organismo da mulher. São colocados dentro do útero pelo médico e é necessário que a mulher faça controle periódico do DIU.

Brasil (1993, p. 156) argumenta da seguinte maneira:

Nem sempre mulheres que não tiveram filhos se adaptam bem ao Diu. O DIU é inserido no consultório médico com todas as técnicas de anti-sepsia num procedimento que leva em média 5 minutos e que causa certa dor ou desconforto tipo cólica. Os DIU's atualmente usados são à base de fios de cobre que destroem os espermatozoides dentro do útero não permitindo, portanto a fecundação.

De acordo com Bernardi (1985) a Dispositivo intra-uterino não provoca aborto, porque atua antes da fecundação. E a fertilidade da mulher, ou seja, a sua capacidade de engravidar, retorna logo após a retirada do dispositivo.

Segundo Coates (2001) a DIU não atrapalha a mulher e não machuca o pênis durante a relação sexual. A mulher que usa DIU pode apresentar aumento do sangramento menstrual e aumento na duração da menstruação ou apresentar cólicas. Tais efeitos não trazem problemas para a saúde, a menos que a mulher tenha anemia severa.

Desser (1993) alerta que o DIU não é indicado para mulheres que têm mais de um parceiro sexual ou cujos parceiros/parceiras e não usam camisinha em todas as relações sexuais, pois, nessas situações, existe risco maior de contrair doenças sexualmente transmissíveis.

2.3.4 Vasectomia

De acordo com Ministério da Saúde (1996) a vasectomia é a ligadura dos canais deferentes no homem. Ela corta apenas o canal que leva os espermatozoides do testículo até as outras glândulas que produzem o esperma masculino.

De acordo com Heilborn (1998) continua a haver ejaculação normal, porém, agora, sem espermatozoides. É uma pequena cirurgia feita com anestesia local em cima do escroto (saco). Não precisa de internação. É uma cirurgia de esterilização

voluntária definitiva e, por isto, o homem tem de ter certeza absoluta que nunca mais poderá ter filhos.

Segundo Henriques (1989) é uma cirurgia simples, segura e rápida, que se faz em homens que não desejam mais ter filhos. É um método anticoncepcional considerado permanente ou irreversível, porque, depois de feita a cirurgia, é muito difícil recuperar a capacidade de ter filhos.

O efeito da vasectomia não é imediato. Nas primeiras ejaculações depois da vasectomia, ainda existem espermatozoides no esperma ejaculado, ou seja, ainda existe o risco de o homem engravidar a mulher. A vasectomia só será considerada segura quando o exame realizado no esperma, o espermograma, mostrar que não existem mais espermatozoides no esperma ejaculado. (BRASIL, 1993, p. 245).

A vasectomia segundo Beretta (1995) não causa nenhum problema de saúde para o homem. O homem apenas não poderá mais engravidar uma mulher. Não é alterada a vida sexual do homem. A única diferença é que o esperma ejaculado não contém mais espermatozoides, mas não ocorrem alterações na quantidade e no aspecto do esperma.

2.3.5 Não fazer sexo

Desser (1993) destaca que no mundo todo cada vez mais pessoas resolvem obter prazer sexual sem penetração propriamente dita. Esta é uma maneira interessante que muitos casais usam para se conhecer melhor antes de resolverem dar um passo maior.

É interessante observar que também no mundo animal esta aproximação é obrigatória, trata-se da corte ou do ritual de acasalamento. Se a pessoa acredita que ainda não é hora de ter uma relação sexual com penetração diga isto claramente ao companheiro ou companheira.

Existem formas prazerosas de sexo sem penetração e é importante que elas aconteçam até para o desenvolvimento sexual do casal. Mas mesmo brincadeiras sexuais sem penetração podem engravidar. Por isso é de suma importância que o casal tenha consciência de cada ato que está tendo.

2.3.6 Ligadura de trompas

Segundo a Folha de São Paulo (1996) a ligadura de trompas é realizada nas mulheres que nunca mais querem gerar filhos. Pode ser feita de várias maneiras, mas sempre exige internação e anestesia geral ou regional. É uma cirurgia de esterilização voluntária definitiva e, por isto, a mulher tem de ter certeza absoluta que nunca mais poderá ter filhos.

De acordo com Goldberg (1984) é uma cirurgia simples realizada na mulher para evitar a gravidez. É um método anticoncepcional considerado permanente ou irreversível, porque, depois de feita a cirurgia, é muito difícil recuperar a capacidade de ter filhos.

Nessa cirurgia, segundo Coates (2001) as duas trompas podem ser cortadas e amarradas, cauterizadas, ou fechadas com grampos ou anéis. A ligadura de trompas age impedindo que os espermatozóides se encontrem com o ovulo. Pode ser realizada por diferentes técnicas cirúrgicas. É necessário usar anestesia, que pode ser geral ou local, e a mulher pode ficar internada, de algumas horas até um ou dois dias. “A ligadura das trompas, mesmo sendo uma operação simples, tem riscos e pode apresentar problemas como qualquer outra cirurgia.” (DESSER, 1993, p. 176).

Brasil (1993, p. 198) afirmar que a lei do Planejamento Familiar só permite realizar a ligadura das trompas e a vasectomia voluntária nas seguintes condições:

1. Em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade, ou pelo menos com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico.
2. Nos casos em que há risco de vida para a mulher ou riscos para a saúde da mulher ou do futuro bebê.

Segundo Heilborn (1998) a lei do Planejamento Familiar proíbe a realização da ligadura de trompas durante o período de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada a necessidade. Esses momentos não são os casos mais adequados para a realização dessa cirurgia.

Para escolher a ligadura das trompas como método anticoncepcional, de acordo com Henriques (1998) é preciso que a mulher esteja realmente segura de

que não deseja mais ter filhos. Mulheres muito jovens que realizam a ligadura de trompas têm mais chance de se arrepender.

2.3.7 Espermaticidas

Goldberg (1984) diz que espermaticidas são cremes, supositórios, spray, que colocados dentro da vagina antes da relação matam os espermatozoides. Não são muito divulgados no Brasil, são de difícil acesso, e são menos seguros que a camisinha.

Não se recomenda o uso do espermicida para mulheres que têm mais de um parceiro sexual ou cujos parceiros têm outros parceiros/parceiras e não usam camisinha em todas as relações sexuais, pois, nessas situações, existe risco maior de contrair doenças sexualmente transmissíveis. (PINTO, 2001, p. 175).

Segundo Rocha (2005) o espermicida é colocado com um aplicador, que deve ser introduzido na vagina o mais profundo possível. O aplicador deve ser lavado com água e sabão após cada uso.

2.3.8 Método do muco para evitar a gravidez

O método do muco cervical segundo Almeida (1997) consiste na mulher observar a saída de muco, como um catarro, de dentro da vagina. Logo após a menstruação a vagina fica bem seca. Durante o ciclo menstrual as glândulas do colo do útero começam a secretar o muco. A mulher pode observar este muco e verificar sua elasticidade. Após esta observação a regra é evitar as relações no período que existe este muco e três dias após ele sumir completamente.

Para Henriques (1989) por ser um método pouco eficiente ele não é recomendado para mulheres que não tem um parceiro fixo, ou para aquelas que não querem engravidar de maneira alguma.

De acordo com Rocha (2005) a eficácia do método do muco cervical depende de seu uso correto e da cooperação de ambos os parceiros. A eficácia será maior se

o casal não tiver relação sexual com penetração vaginal no período fértil. Este método requer disciplina, conhecimento do funcionamento do corpo e observação atenta.

O casal que não deseja engravidar deve evitar relações sexuais com penetração vaginal nos dias em que o muco cervical estiver parecido com a clara de ovo até o quarto dia após o muco haver desaparecido. “Este método não é indicado após o parto ou durante a amamentação, ou quando a mulher apresenta febre ou corrimento vaginal”. (KOLLER, 2002, p. 144).

2.3.9 Tabelinha

A Tabelinha segundo Coates (2001) é um método baseado em cálculos sobre a possibilidade de a mulher engravidar em épocas diferentes do Ciclo Menstrual. Teoricamente a mulher é fértil no meio do seu ciclo. Ou seja, nos ciclos mais comuns de 28 a 30 dias a fertilidade máxima seria entre o 12º 13º 14º e 15º dia, contando o primeiro dia da menstruação como dia 1º.

A OMS (1994, p. 191) explicita o método da tabelinha da seguinte maneira:

[...] mas isto é válido para quem quer engravidar e não para quem quer evitar. Uma regra fácil e uma tabelinha que tem chance de dar certo é a seguinte. Anota-se num calendário o primeiro dia da menstruação. Marcando em azul os dias em que se podem ter relações: entre o 1º dia e 9º dia da menstruação. Lembrando que se deve contar sempre a partir do 1º dia da menstruação. Marcando em vermelho os dias em que não pode ter relações: do 10º ao 19º. Nestes dias é preciso usar uma camisinha masculina ou feminina. Do 20º até a próxima menstruação, a mulher deve ficar des preocupada novamente, marque em azul.

Segundo Silva (1987) a mulher que quiser utilizar este método deve ser orientada a marcar em um calendário, durante pelo menos seis meses, o primeiro dia de cada menstruação, para verificar o número de dias que durou cada ciclo menstrual e, com esses dados, calcular o período fértil, com a ajuda de um profissional de saúde.

De acordo com Rocha (2005) a tabela não é indicada após o parto ou durante a amamentação, ou para adolescentes e mulheres pré menopausa que estejam apresentando ciclos menstruais irregulares. “No período fértil, o casal pode namorar,

trocar carícias, desde que tenha os cuidados necessários para que não haja contato do pênis com a vagina". (PINTO, 2001, p. 199).

2.3.10 Pílula e amamentação

De acordo com Beretta (1995) pílulas normais não podem ser utilizadas na amamentação. Na amamentação nunca deve ser utilizados medicamentos sem autorização do médico. Durante este período não adianta usar tabelinha nem o método do muco e o coito interrompido é inseguro.

Durante a amamentação segundo Silva (1987) é mais difícil engravidar, mas não totalmente impossível. Varia de mulher para mulher. É normal durante todo o período da amamentação que a menstruação não venha.

A pílula sem estrogênio, pode ser usada na amamentação com índice de falha igual ao das pílulas combinadas.

Segundo Almeida (1997, p. 199):

O médico ginecologista e o pediatra da criança podem recomendar este método caso a mulher não queira usar uma camisinha. A micro-pílula funciona através da ingestão diária de uma pequena quantidade dos hormônios que vão agir no colo do útero impedindo a passagem dos espermatozoides. Já a pílula sem estrogênio, além de agir no colo do útero, suspende a ovulação.

Segundo Pinto (2001) estas pílulas devem ser tomadas diariamente, sem período de descanso, sem parar, até o final da amamentação, ou até o nenê mamar muito pouco ou a mãe voltar a trabalhar. Neste caso é necessário uma alternativa mais segura.

2.3.11 Pílula Anticoncepcional

A pílula anticoncepcional é um dos melhores métodos para se evitar uma gravidez indesejada. Existem diversos tipos de pílula porque existem diversos tipos

de mulheres. Segundo UNICEF (1996) o médico é a melhor pessoa para decidir que tipo a mulher deve tomar.

De acordo com Almeida (1997) anticoncepcionais orais foram feitos para serem tomados da maneira prevista na receita e na bula, não devendo ser tomados de maneira diferente como, por exemplo, sem pausa, a não ser que tenha sido orientada pessoalmente pelo médico. “Anticoncepcionais orais tomados de maneira errada perdem sua eficácia ocasionando riscos de gravidez e de efeitos colaterais que podem ser graves.” (KOLLER, 2002, p. 178).

Segundo Pinto (2001) são feitas de hormônios parecidos com os hormônios pelos ovários da mulher, o estrogênio e a progesterona. São muito eficazes quando usadas corretamente. Agem impedindo a ovulação. Também atuam dificultando a passagem dos espermatozóides para o interior do útero.

Quando a mulher começa a usar a pílula, seu organismo precisa de um tempo para se adaptar. Por isso, a mulher não deve interromper o uso da pílula se ocorrerem sintomas como enjôos, vômitos, sangramento ou manchas de sangue entre as menstruações, falta de menstruação, aumento de peso, dor de cabeça leve, tonteira, dor na mamas, mudança de humor. Esses efeitos não são perigosos e, na maioria das vezes, desaparecem. Se eles continuarem por mais de três meses, a mulher deve procurar o serviço de saúde. (ALMEIDA, 1997, p. 176).

De acordo com Bernardi (1985) as pílulas podem ser usadas por mulheres de qualquer idade, a partir da primeira menstruação, desde que não apresentem nenhuma contra indicação para o seu uso.

2.3.12 Pílula do dia seguinte

Segundo Pinto (2001) anticoncepção de emergência é a administração de medicamentos até 72 horas após a relação desprotegida ou acidental visando evitar a gravidez. Também é chamada de pílula do dia seguinte.

Heilborn (1998) ressalta que, usada até 24 horas da relação tem um índice de falha de 5 %. Entre 25 e 48 horas o índice de falha aumenta para 15 % e entre 49 e 72 horas o índice chega a 42 % de falhas. Isto significa dizer que deve ser usada tão logo seja possível após a relação desprotegida.

A pílula do dia seguinte de acordo com Goldberg (1984, p. 109) pode ser usada nas seguintes situações:

1. Relação sexual sem uso de nenhum método anticoncepcional;
2. Rompimento da camisinha;
3. Em caso de deslocamento do diafragma, ou retirada antes de seis horas após a última relação sexual;
4. Em caso de o DIU sair do lugar ou se for expulso;
5. Falha no coito interrompido, com ejaculação na vagina ou na vulva;
6. Uso incorreto do método da tabela ou do muco cervical;
7. Esquecimento de tomar pílulas ou injetáveis;
8. Nos casos de estupro.

2.3.13 Pílula anticoncepcional sem estrogênio

De acordo com Goldberg (1984) a pílula sem estrogênio é um anticoncepcional somente a base de progesterona, uma nova revolução na anticoncepção hormonal. Não tem a maioria dos efeitos colaterais de outras pílulas e consegue ter a mesma função que os outros anticoncepcionais.

2.3.14 Endoceptivo Mirena®

Segundo Silva (1987) o endoceptivo é uma nova forma de anticoncepcional hormonal que é colocado dentro do útero, daí seu nome. Informações sobre o endoceptivo só podem ser fornecidas pelo médico de acordo com as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária no Brasil, ANVISA.

Almeida (1997) explica que se trata de uma forma de DIU em forma de T com um reservatório que contém 52 mg de um hormônio chamado levonogestrel. Como o DIU de cobre necessita ser colocado por um médico habilitado. A duração do endoceptivo é de aproximadamente cinco anos.

De acordo com Beretta (1995) ele tem as mesmas funções que os demais anticoncepcionais e com uma duração maior que a de alguns, é um método considerado novo, porém já tem sido utilizado por muitas mulheres que não se sentem a vontade em utilizar outros métodos diários de contracepção, esse método é tão eficaz como qualquer outro.

2.3.15 Implante anticoncepcional

Segundo Koller (2002) já existe no Brasil um implante anticoncepcional à base de hormônios. Não houve nenhuma gravidez registrada em estudos clínicos totalizando 70 mil ciclos, o que confere a este método uma segurança muito grande.

Implante é uma pequena cápsula contendo etonogestrel, um hormônio anticoncepcional, que é introduzida embaixo da pele através de um aplicador descartável. A duração do implante é de aproximadamente três anos funcionando como inibidor da ovulação. Uma vantagem do método é que muitas mulheres terão menstruações menores ou não terão menstruações durante seu uso. Em algumas poucas haverá sangramento em épocas fora do normal.

2.3.16 Anel vaginal

O anel vaginal contém Etonogestrel e Etinilestradiol, que são os mesmos hormônios da maioria das pílulas anticoncepcionais. É colocado na vagina no 5º dia da menstruação, permanecendo nesta posição durante três semanas.

Segundo Rocha (2005) a maior vantagem do anel vaginal é que a mulher não precisará tomar a pílula todo dia e nem esquecerá. Outra vantagem é que os hormônios serão absorvidos diretamente pela circulação evitando alguns efeitos colaterais da pílula oral. É um método conveniente, pois só precisa ser aplicado uma vez ao mês. A mulher coloca e retira o anel, conferindo controle sobre o método contraceptivo.

Bernardi (1985, p. 245) explica que:

Tão eficaz quanto às pílulas combinadas mais modernas e com doses mais baixas de hormônios. Não causa desconforto, pois é um pequeno anel flexível de superfície lisa, não porosa e não absorvente que é inserido na parte superior da vagina, uma região bastante elástica e não sensível ao toque. Não interfere na relação sexual, a maioria das usuárias e de seus parceiros não sente o anel durante a relação sexual.

De acordo com Henriques é um método da mulher moderna, pois é ela que controlará sua eficácia mensalmente.

2.3.17 Adesivo Anticoncepcional

O adesivo anticoncepcional contém os mesmos hormônios que a maioria das pílulas anticoncepcionais e deve ser colado na pele permanecendo nesta posição durante uma semana.

Para Almeida (1997) a maior vantagem é que a mulher não precisará tomar a pílula todo dia e nem esquecerá. Outra vantagem é que os hormônios serão absorvidos diretamente pela circulação evitando alguns efeitos colaterais desagradáveis da pílula oral. Para iniciar o tratamento o adesivo deve ser colocado no primeiro dia da menstruação. Este adesivo deve ser colado e permanecer na pele por uma semana. A cada três semanas deve-se fazer uma pausa de uma semana.

2.3.18 Camisinha masculina

Segundo Coates (2001) a camisinha é feita também de látex, material que tem certa elasticidade. Ela é colocada no pênis ereto do homem, com o objetivo de barrar os espermatozoides logo após a ejaculação. Na ponta, é muito importante deixar uma parte vazia sem ar, para que ali fique o esperma. Caso contrário, a camisinha pode estourar ou o esperma subir até a base do pênis, tendo contato com o corpo feminino.

Desser (1993, p. 1) tem a seguinte argumentação a respeito do assunto:

A camisinha, além de evitar a gravidez, também evita a aquisição de DSTs (doenças sexualmente transmissíveis), como sífilis, gonorréia, AIDS, etc. É um método barato e acessível a todas as camadas da sociedade, fazendo com que seja o método contraceptivo mais adotado no mundo. A sua eficácia fica em torno de 96%, se utilizada corretamente.

De acordo com Heilborn (1998) a camisinha masculina ou feminina são os únicos métodos que oferecem dupla proteção: protegem, ao mesmo tempo, de doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez. A camisinha é prática. É usada apenas na hora da relação sexual e não atrapalha o prazer sexual do casal, fazendo com ambos sintam prazer normalmente.

2.3.19 Camisinha feminina

Segundo Silva (1987) a camisinha feminina é um “saco” feito do mesmo material que a camisinha masculina, e possui dois anéis nas extremidades. Um serve para facilitar a introdução da camisinha na vagina, e o outro serve para segurar a camisinha na vulva, protegendo os pequenos e grandes lábios também. Evita a aquisição de DSTs e AIDS. A eficácia contra a gravidez é de aproximadamente 97%.

De acordo com Almeida (1997) a camisinha feminina é eficaz para proteger da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis, quando usada em todas as relações sexuais, antes de qualquer contato do pênis com a vagina.

A camisinha feminina segundo Henriques (1989) dá maior autonomia à mulher sobre seu corpo e sua vida sexual, quando as mulheres têm dificuldade de negociar o uso da camisinha masculina com o parceiro. A camisinha feminina deve ser usada em todas as relações sexuais, mesmo durante a menstruação, antes de qualquer contato da vagina com o pênis. (DESSER, 1993, p. 178).

Segundo a Folha de São Paulo (1996) a camisinha feminina, quando é bem colocada, não incomoda, nem diminui o prazer sexual do casal.

2.3.20 Diafragma

É uma pequena cúpula feita de látex ou silicone, que deve ser introduzido na vagina momentos antes da relação sexual. Ele se encaixará na entrada do útero, obstruindo-o. Essa obstrução evita que os espermatozóides encontrem o óvulo (ovócito secundário).

De acordo com Almeida (1997) é altamente recomendado que se utilize juntamente com uma pomada espermicida, para aumentar a eficácia. Deve ser removido somente seis horas após a ejaculação do homem, para garantir que todos os espermatozóides já tenham morrido. A eficácia desse método é de aproximadamente 80%.

3 O PAPEL DA ENFERMAGEM

Segundo Silva (1987) a enfermagem é uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipes. A enfermagem se responsabiliza, através do cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem estar dos pacientes, seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores para a prestação da assistência e promovendo a autonomia dos pacientes através da educação em saúde.

Pinto (2001, p. 89) argumenta da seguinte maneira sobre o tema:

Há cinquenta anos aproximadamente a enfermagem vem revisando seu conhecimento e prática, reconstruindo muitas teorias e modelos de intervenção. Em que pesem as diferenças decorrentes do contexto e clientela para os quais foram propostas, todas as modalidades de assistência referem-se ao ambiente e seu impacto no ser humano, ao receptor do cuidado, isto é, o indivíduo, os grupos, a família e à definição de saúde em que se pauta. A enfermagem é descrita como um processo que pode integrar a relação entre estes componentes.

Muito do conhecimento requerido pela enfermagem de acordo com OMS (1994) é adquirido na realidade empírica, assim, um caminho para construir uma teoria seria observar o que as enfermeiras fazem convidá-las a refletir sobre sua prática e então definir a natureza da enfermagem, partindo da base empírica de informações.

Rocha (2005) destaca que um documento da Organização Mundial de Saúde, que trabalhou com as descrições da enfermagem em todo o mundo, demonstra que a qualificação do pessoal de enfermagem e suas atividades (sua prática) diferem profundamente de um local para outro. Concluem que, em todo o mundo, a natureza e a prática da enfermagem são influenciadas pela realidade que compreende a política, a economia e a cultura e essa realidade difere de país para país, de região para região.

Goldberg (1984) acrescenta que em todo o mundo, entretanto, a enfermagem constitui o maior contingente da força de trabalho em cuidados à saúde. As enfermeiras provêm cuidados a indivíduos, famílias e comunidades que incluem promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamentos a pacientes crônicos, agudos, reabilitação e acompanhamento de doentes terminais.

Henriques (1989, p. 106) argumenta da seguinte maneira a constituição da enfermagem:

É uma profissão constituída, predominantemente, por mulheres e estas são encontradas em maior número trabalhando em hospitais, freqüentemente em unidades de emergência e de terapia intensiva, em áreas de grandes concentrações urbanas. Nas últimas duas décadas, de 80 e 90, observa-se uma mobilização da enfermagem na reorganização do setor saúde em várias regiões do mundo, dando suporte à área de atenção primária.

Segundo Beretta (1995) nas últimas décadas têm ocorrido profundas mudanças no perfil epidemiológico do processo saúde-doença, como a transição demográfica e epidemiológica com o aumento de doenças crônico-degenerativas, o reaparecimento de endemias já extintas, o envelhecimento da população, a mortalidade alta em faixas etárias jovens, devido à violência, homicídios, acidentes de trânsito e o surgimento de doenças sexualmente transmissíveis como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

Para Coates (2001) a reestruturação do setor saúde em todo o mundo, o decréscimo relativo de leitos hospitalares, a ênfase em atenção primária e a desospitalização, bem como, a preocupação com o barateamento dos custos da atenção à saúde vêm promovendo mudanças e estão trazendo a enfermeira para o cuidado domiciliar, ambulatorial e novo espaço na comunidade, mas também sua presença se faz nos hospitais altamente especializados.

Cuidar significa assistir o ser humano em suas necessidades básicas e este é o caráter universal do cuidado. “Na prática, o cuidado se apresenta de forma contextual, portanto, é variável e depende de relações que se estabelecem no processo de assistência, tornando-se uma atividade bastante complexa.” (SILVA, 1987, p. 106).

Pinto (2001, p. 110) destaca o enfermeiro brasileiro da seguinte maneira:

No Brasil, o enfermeiro é um profissional de nível superior da área da saúde, responsável inicialmente pela promoção, prevenção e na

recuperação da saúde dos indivíduos, dentro de sua comunidade. O enfermeiro é um profissional preparado para atuar em todas as áreas da saúde: assistencial, administrativa e gerencial. Dentro da enfermagem, encontramos o auxiliar de enfermagem (nível fundamental) e o técnico de enfermagem, (nível médio) ambos confundidos com o enfermeiro, entretanto com funções distintas, possuindo qualificações específicas.

3.1 O trabalho da enfermagem

Segundo Desser (1993) em seus primórdios tinha estreita relação com a maternidade, e era exclusivamente feita por mulheres. Desta "seleção exclusivamente para mulheres", a enfermagem prosseguiu, de novo pelas mulheres que exerciam a profissão mais antiga do mundo, prostituição, alargando a prestação de cuidados ao sexo masculino, dos moribundos da guerra. "Eram escolhidas as prostitutas por estas conhecerem melhor que as outras mulheres o corpo dos homens, em todas as suas vertentes, íntima também e como forma de reintegração destas à sociedade." (SILVA, 1987, p. 115).

Koller (2002, p. 116) define a enfermagem moderna da seguinte maneira:

A enfermagem moderna, com a suas bases de rigor técnico e científico, começou a se desenvolver no século XIX, através de Florence Nightingale, que estruturou seu modelo de assistência depois de ter trabalhado no cuidado de soldados durante a guerra da Criméia. A sua assistência baseada em fatos observáveis prestou valiosa contribuição na recuperação dos moribundos, e iniciou uma nova vaga do conhecimento em enfermagem, através do caráter científico que lhe impunha.

De acordo com Brasil (1993) a enfermagem tem atualmente uma linguagem própria, constantemente atualizada e editada pelo Conselho Internacional de Enfermeiras (ICN), designada por Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Esta classificação guia os enfermeiros na formulação de diagnósticos de enfermagem, planejamento das intervenções e avaliação dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. "A North American Nursing Association - NANDA define enfermagem como o diagnóstico e tratamento de respostas humanas a problemas reais e ou potenciais de saúde. (NANDA)" (FOLHA DE SÃO PAULO, 1996, 118).

Heilborn (1998) argumenta que a enfermagem institucionalizada sai do âmbito familiar, privado, doméstico e insere-se na esfera pública, no século XIX, com a organização do setor saúde e das práticas médicas. Fundamenta-se, a partir daí, no conhecimento científico e adquire o mesmo caráter de racionalidade e tecnologia que domina toda a esfera produtiva da sociedade.

Entretanto, segundo Silva (1987, p. 122) pelo fato de sua essência ser o cuidado, não pode prescindir de seus aspectos afetivos, da sensibilidade e da intersubjetividade que se realiza na prática cotidiana. Varia também de acordo com a cultura, incorporando, junto com a racionalidade científica, as questões étnicas, de gênero, religiosas e éticas, entre outras.

Almeida (1997) argumenta que a enfermagem é a arte de cuidar e também uma ciência cuja essência e especificidade são o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade de modo integral e holístico, desenvolvendo de forma autônoma ou em equipe atividades de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde.

Segundo Pinto (2001) o enfermeiro de cuidados gerais exerce todas as funções inerentes ao seu cargo, previsto na carreira de enfermagem, não existindo desta forma dúvidas quanto à função de cada elemento da equipe multidisciplinar. Todos os enfermeiros possuem, pelo menos, uma licenciatura em ciências de enfermagem.

De acordo com Koller (2002) os enfermeiros prestam assistência ao paciente ou cliente em clínicas, hospitais, ambulatórios, empresas de grande porte, transportes aéreos, navios, postos de saúde e em domicílio, realizando atendimento de enfermagem; coordenam e auditam serviços de enfermagem, programam ações para a promoção da saúde junto à comunidade.

3.2 O enfermeiro como agente de informação no trabalho de prevenção da gravidez precoce

Como já foi explicitada anteriormente a gravidez na adolescência é multicausal. E são justamente nestas multi causas que o enfermeiro trabalha como agente de informação no trabalho de prevenção a gravidez precoce.

Segundo Pinto (2001) a atuação do enfermeiro tem suas ações centradas na tríade promoção, prevenção e assistência, sendo as duas primeiras de maior relevância no processo de trabalho que vai ao encontro dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

As ações de promoção da saúde são consideradas de grande relevância, para co-responsabilidade e fortalecimento do vínculo na relação enfermeiro adolescente. “O enfermeiro trabalhará com a promoção da saúde onde permeia transversalmente todas as políticas, programas e ações da saúde, com o desafio de constituir a integridade e equidade das adolescentes.” (BERETTA, 1995, p. 100).

Segundo Henriques (1989) o profissional da área de enfermagem deve sempre buscar a reorientação dos serviços de saúde, onde os mesmos estejam voltados para ações inter setoriais, parcerias e redes de apoio, com tal atitude pode-se proporcionar a adolescente um atendimento com profissionais capacitados e diferenciados, dispondo de uma agenda mais flexível, com tempo para esclarecimento e solução de dúvidas, contribuindo assim para apaziguar os medos e anseios, comuns nessa fase.

Bernardi (1985) sugere que o enfermeiro deve realizar a consulta de enfermagem, pelo menos vez ao ano, observando: higiene, alimentação, orientação anticonceptiva, orientação para o exercício da sexualidade com segurança, vacinas, encaminhamento para outras secretarias, vinculação escolar, risco de violência sexual, drogas, evasão escolar, fuga de casa; retornos agendados de acordo com o caso, priorizando as situações de risco e notificações de violência contra a criança e o adolescente em sua vivencia tanto na comunidade como na família.

O enfermeiro deve evitar assumir a posição de pais dos adolescentes. Deve tentar mostrar ao adolescente suas habilidades e suas características positivas. “Deve ter em mente que ajudar o adolescente em momentos difíceis, não significa dar suporte ou acobertar comportamentos impróprios. Deve buscar desenvolver a responsabilidade no jovem.” (DESSER, 1993, p. 99).

Para a OMS (1994) o profissional da área de enfermagem deve demonstrar que a sexualidade não é sinônimo de sexo ou atividade sexual. Deve ajudar o adolescente a tomar decisões a partir de reflexões sobre “porque sim” e o “porque não”, com base no respeito a si mesmo e ao outro. Deve oferecer informações claras e verdadeiras ajudando a superar os tabus e os preconceitos, facilitando assim os canais de comunicação entre pais e filhos.

O enfermeiro deve lembrar que é importante não priorizar os aspectos negativos da sexualidade e sim enriquecer os currículos com orientações verdadeiras, sem idéias tendenciosas ou preconceituosas, desmistificando tabus, com adequação de recursos humanos suficientemente sensíveis para discutir, além dos problemas que possam ser gerados pelo exercício da sexualidade, o amor, a intimidade e a responsabilidade interpessoal. (KOLLER, 2002, p. 156).

Segundo Rocha (2005) o enfermeiro deve trabalhar o exercício da sexualidade, deixando claro que ele se faz por opção, com maturidade, com responsabilidade, com conhecimento do próprio corpo e o do parceiro, com informações sobre seu funcionamento, com o conhecimento de métodos anticonceptivos, com o respeito ao próximo e com afetividade.

De acordo com Bernardi (1985) a enfermagem é um trabalho de perfeita ordem com responsáveis a serviço da saúde, implementando, desenvolvendo, coordenando serviços, havendo até certas e determinadas classes profissionais que lhe atribui, com desdém, a manipulação dos serviços de saúde dado o elevado número de profissionais que se verificam, e pelo brilhantismo superior com que projetam novas configurações de políticas de saúde, com principal ênfase nas políticas de promoção da saúde.

Os enfermeiros estão na zona rural de países pouco desenvolvidos muitas vezes sendo os únicos trabalhadores em saúde disponíveis coordenando vários programas de controle de malária, tuberculose, hanseníase, diarreia, entre outros. “Em muitos países encontram-se, ainda, como uma forte tradição, obstetrias/enfermeiras obstetras trabalhando na assistência ao parto, nos cuidados preventivos e na educação em saúde.” (BRASIL, 1993, p. 96).

Desser (1993) destaca que nas escolas, as enfermeiras estão atuando não somente na atenção primária, mas também intervindo em problemas como gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, nutrição, higiene, trabalho e violência infantil, drogas, alcoolismo e suicídio.

O Ministério da Saúde (1996) acrescenta que na assistência domiciliar, seu trabalho direciona-se para a atenção materno-infantil, gravidez de risco, prematuridade, doenças crônicas e pacientes terminais. Em alguns países, a enfermeira atua nas indústrias, empresas e na prevenção de acidentes de forma muito significativa.

A OMS (1994) alerta que a gravidez na adolescência decorre, principalmente, da não utilização de método contraceptivo e, em menor porcentagem, da utilização inadequada desses métodos. Nessas circunstâncias, as ações de prevenção assumem um papel de preservativo feminino e masculino e os demais métodos anticoncepcionais, mas também a garantia de espaço para que o adolescente possa falar de si próprio, e receber informações que favoreçam a adoção de hábitos saudáveis de vida.

Goldberg (1984) destaca que o enfermeiro deve desenvolver ações de prevenção a gravidez na adolescência, levando em consideração a perspectiva de gênero, a inter setorialidade, a rede sócio familiar, a abordagem de educação sexual transpondo o campo biomédico, considerando as subjetividades como valores, crenças, atitudes e desejos.

Segundo Koller (2002) o profissional deve buscar sempre valorizar e demonstrar a necessidade e a importância do diálogo dos componentes familiares, profissionais da área da saúde e professores na busca de cada vez mais conscientizar e informar os adolescentes quanto ao risco de uma gravidez precoce. O enfermeiro como agente de informação da gravidez precoce deve sempre buscar o diálogo com os familiares das adolescentes, demonstrando a importância de se falar de educação sexual dentro de casa, no seio das famílias.

Rocha (2005) destaca a importância de se articular às reflexões e ações de prevenção da gravidez na adolescência com as concepções do sujeito proativo, reflexivo, com os aspectos de vulnerabilidades, considerando-se as três dimensões: a individual, a social e programática e as relações de gênero.

Coates (2001) demonstra a importância de salutar a ideia de que a produção científica de enfermagem com a temática seja crescente e estudada sob diversas perspectivas para compreender que muitos problemas relacionados à gravidez na adolescência estão vinculados à percepção e atribuição de valores à sexualidade e a uma visão negativa ou repressora, que cria maior obstáculo para o acesso à informação, à educação e à preparação para o exercício da sexualidade de forma responsável e prazerosa. “Parte da questão reside em como a família, a escola, as instituições religiosas e o setor de saúde interpretam e intervêm nessa temática.” (BERETTA, 1995, p. 45).

Segundo Almeida (1997) a prevenção da gravidez na adolescência é uma corresponsabilidade de cada componente da equipe de saúde e vai além de aprimorar

a escuta, fortalecer os vínculos, garantir o acesso às informações e aos métodos anticoncepcionais. São de indescartável relevância a inter setorialidade e as ações coletivas para a promoção e desenvolvimento de atitudes e habilidades nos adolescentes para lidar com a sexualidade, aumentando o seu poder de decisão para não ceder às pressões, ampliar a força de negociação, desenvolver o auto cuidado, ampliar o acesso a atividades educativas e recreativas e estimular o protagonismo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez na adolescência constitui um desafio para as políticas públicas no contexto da promoção da saúde e traz à tona questões relevantes sobre esse problema, no momento em que há o desafio de fornecer aos adolescentes subsídios para viver sua sexualidade de forma plena e com planejamento de anticoncepção ou concepção, no âmbito da promoção da saúde.

Adolescentes grávidas é um problema de saúde pública de ordem crescente no mundo. Quanto mais precoce ocorrer à gravidez, mais prejuízos ela trará para a adolescente e para o bebê, diminuindo as perspectivas de futuro de ambos.

O número de grávidas adolescentes tem aumentado a incidência de complicações (riscos), elevando os índices de óbito nesta faixa etária, vale ressaltar que este aumento também é produzido pela tentativa ou realização de aborto clandestino. A mãe adolescente solteira tem ainda mais dificuldade, pois além de viver a adolescência, tem ainda que desenvolver o papel de pai e mãe, para tentar diminuir a ausência do pai no desenvolvimento da criança.

Muitos são os fatores que levam ou podem levar aos riscos causais da gravidez na adolescência. Estes fatores necessitam, portanto, da aquisição de estilos de vida saudáveis, além de políticas públicas efetivas e eficazes direcionadas a este público, principalmente no que concerne ao setor saúde, com profissionais e serviços de qualidade e preparados para acolher esta clientela. Nesse sentido, a gestante adolescente merece toda atenção dos profissionais da saúde com o intuito de amenizar as dificuldades deste período, como na utilização do enfermeiro como agente de informação do trabalho de prevenção à gravidez precoce.

Enfim, este estudo permitiu concluir que há muito a ser feito para os adolescentes no que se diz respeito ao suporte familiar, educacional, cultural e comportamental, remetendo-se à necessidade de pesquisas nacionais acerca da gravidez durante a adolescência, fato que deveria mobilizar toda sociedade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C.P. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

BERETTA, M. I. R., "**Contribuição ao estudo da gravidez na adolescência, na cidade de São Carlos**". Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Educação Especial) - Universidade Federal de São Carlos, 1995.

BERNARDI, M. **A deseducação sexual**. [Tradução de Antonio Negrini]. São Paulo: Summus, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde-SAS. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde-Daps. Coordenação Materno-Infantil-COMIN. Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente-Sasad. **Normas de atenção à saúde integral de adolescente**. Vol. III - Assistência ao Pré-Natal, ao Parto e ao Puerpério - Planejamento Familiar - Doenças Sexualmente Transmissíveis - Problemas Ginecológicos. Brasília, DF, 1993.

COATES, V. **Gravidez na adolescência. Sexualidade e saúde reprodutiva na adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2001.

DESSER, N.A. **Adolescência, sexualidade e culpa**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; Brasília, DF: Fundação Universidade de Brasília, 1993.

FOLHA DE S. PAULO, "**Jovens temem 1ª transa, rejeitam aborto, mas não evitam gravidez**." Seção "Folha Teen", 1º de abril de 1996a. (1996a).

_____. "**Gravidez precoce esteriliza jovem**." Seção "Cotidiano", 28 de dezembro de 1996. (1996b).

GOLDBERG, M. Amélia. **Educação sexual: Uma proposta, um desafio**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1984.

HENRIQUES, M. H.; SILVA, N.; SINGH, S.; WULF, D. **Adolescentes de hoje, pais do amanhã**: Brasil. Nova York: 1989. Alan Gutmacher Institute.

HEILBORN, M.L. **Gravidez na adolescência**: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social. Seminário gravidez na adolescência, saúde do adolescente – Ministério da Saúde Projeto de Estudos da Mulher. Associação Saúde da Família. Rio de Janeiro, 1998.

_____. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa Saúde do Adolescente**. Bases programáticas. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

KOLLER, S. L. **Adolescência e psicologia**: concepções, práticas e reflexões críticas. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia, 2002.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Saúde reprodutiva de adolescentes**: Uma estratégia para ação. Uma declaração conjunta OMS/FNUAP/UNICEF. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 1994.

PINTO, S. L. I. **A gravidez na adolescência**: uma visão multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2001.

ROCHA, D. C. S. **Cuidados com bebês**: o conhecimento das primíparas adolescentes. Esc Anna Nery Ver Enferm, 2005.

SILVA, G.B. **Enfermagem profissional**: análise crítica. São Paulo: Cortez, 1987.

UNICEF. **Perfiles en Desarrollo: De niñas y mujeres en América Latina y el Caribe**. Oficina Regional de Unicef para América Latina y el Caribe, Bogotá, 1996.