



Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"

TATIANE GONÇALVES RIZZONI

ÍNDICE DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS NO MUNICÍPIO DE PALMITAL
(2005/2010)

ASSIS/SP

2010

TATIANE GONÇALVES RIZZONI

ÍNDICE DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS NO MUNICÍPIO DE PALMITAL
(2005/2010)

Monografia apresentada no Curso de Enfermagem
como parte dos requisitos para obtenção do título
de Bacharel em Enfermagem

Orientador: _____

Área de Concentração: _____

ASSIS/SP

2010

FICHA CATALOGRÁFICA

RIZZONI, Tatiane Gonçalves

Índice de adolescentes grávidas no município de Palmital (2005/2010) / Tatiane Gonçalves Rizzoni. Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA – Assis, 2010.

54p.

Orientadora: Daniela Aparecida de Oliveira Coco.

Trabalho de Conclusão de Curso – Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA.

1. Adolescente. 2. Gravidez. 3. Contraceptivos.

CDD: 610
Biblioteca da FEMA

ÍNDICE DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS NO MUNICÍPIO DE PALMITAL
(2005/2010)

TATIANE GONÇALVES RIZZONI

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis como requisito do curso de graduação analisado pela seguinte comissão examinadora.

Orientadora: _____

Analisadora: _____

ASSIS/SP

2010

À minha mãe Ana Célia, ofereço este trabalho, por me dar a oportunidade de crescer em busca de um ideal, mostrando-me sempre o melhor caminho para que eu pudesse buscar vida nova a cada dia. Obrigada, por saber a hora de dizer sim e a hora de dizer não. Foi dessa maneira que cheguei até aqui; de cabeça erguida.

Agradeço também pela vida e demonstrações de amor, carinho e conforto, em momentos que precisei, amo muito você.

AGRADECIMENTOS

À Deus por estar sempre ao meu lado, guiando meus passos, iluminando cada decisão a ser tomada, pelas oportunidades que me proporcionaram sempre a busca do melhor caminho.

Aos meus pais por serem exemplo pleno de respeito e dedicação, por me confortarem em todos os momentos em que precisei; e por me fazerem entender que nem tudo era como eu pensava. E pelo amor incondicional.

Ao meu lindo e querido filho Marco Aurélio, por estar sempre presente em minha vida, sendo a razão da minha luta, que Deus ilumine sua vida para que continue sendo esse exemplo de pessoa, te amo muito.

Ao meu namorado Rodrigo por toda compreensão e amor durante esta fase, por estar sempre ao meu lado guiando meus passos e me ajudando em tudo que precisava, obrigada pela constante ajuda e compreensão, amo você.

À professora, amiga e minha orientadora Daniela Aparecida de Oliveira Coco por aceitar dividir seus conhecimentos comigo, enriquecendo com suas contribuições este trabalho, muito sucesso em sua carreira, você é muito especial para mim.

A todos que de alguma forma fizeram parte da minha formação, professores e funcionários em geral da Fema.

A todos meus amigos da faculdade em especial o GE (meu grupo de estágio), pessoas com quem dividi o maior tempo da minha vida, sentirei saudades, valeu por nossas trocas de aprendizado. Amo vocês.

“É absolutamente normal e inevitável que a criança faça dos pais o objeto da primeira escolha amorosa. Porém, a libido não permanece fixa nesse primeiro objeto: posteriormente o tomará apenas como modelo, passando dele para pessoas estranhas, na ocasião da escolha definitiva. Desprender dos pais a criança torna-se portanto uma obrigação inelutável, sob pena de graves ameaças para a função social do jovem.”

Sigmund Freud

RIZZONI, Tatiane Gonçalves – monografia – **Índice de adolescentes grávidas no município de Palmital (2005 /2010)**. Fundação Educacional do Município de Assis: São Paulo.

Resumo

São várias as mudanças que ocorrem na vida das adolescentes que encontram-se grávidas.

O fato de se tornarem mães, muitas vezes, ocasiona situações que podem ser irreversíveis como, por exemplo, muitas pararem de estudar, não retornam mais à escola, devido a necessidade do cuidar de seu filho e também, muitas vezes, até mesmo devem trabalhar para ajudar no sustento familiar. Sabe-se que existem muitas formas de prevenção, porém as mais citadas são: as pílulas e a camisinha. Contudo, apesar do conhecimento, o não uso da camisinha e o descuido ao tomar a pílula são evidentes entre os jovens.

Com os resultados obtidos foi observado que ainda é necessário a comunicação e conscientização da parte da saúde, sociedade e, principalmente, dos adolescentes quanto a importância do uso de contraceptivos para prevenção da gravidez e DSTs e para que não tenham que enfrentar dificuldades desnecessárias e aproveitar uma gravidez no futuro, em que estejam mais maduras tanto fisicamente quanto psicologicamente.

Palavra chave: Adolescente; gravidez; contraceptivos.

ABSTRACT

Several changes happen during teenagers' lives while they are pregnant.

The fact of becoming mothers, many times, triggers situations that can be irreversible such as, for instance, many of them stop studying, never come back to school, due to the necessity of taking care of their children and also, so many times, they even have to work to help supporting their families. It's known that there are many ways of preventing it, however, the most mentioned are: the pill and the condom. Nevertheless, despite the knowledge of it, not using condom and the carelessness of taking the pill are evident among teenagers.

With the results obtained, it was observed that it is still needed the communication and awareness of health, society and mainly teenagers about the importance of using contraceptives to avoid pregnancy, STDs (sexual transmitted diseases) and not facing unnecessary difficulties and enjoy a future pregnancy, while they are more mature not only physically but also mentally.

Keywords: Teenager; pregnancy; contraceptive.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Alterações Durante o Ciclo Menstrual	27
Figura 2: Índice de adolescentes grávidas em 2005.....	47
Figura 3: Índice de adolescentes grávidas em 2006.....	48
Figura 4: Índice de adolescentes grávidas em 2007.....	48
Figura 5: Índice de adolescentes grávidas em 2008.....	49
Figura 6: Índice de adolescentes grávidas em 2009.....	50
Figura 7: Índice de adolescentes grávidas em 2010.....	51
Figura 8: Gráfico comparativo de adolescentes grávidas nos 5 anos.....	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

MAC : Método anticoncepcional

FSH: Hormônio Folículo Estimulante

LH: Hormônio Luteinizante

Gn-RH: Hormônio liberador de gonatropina

DSTS: Doenças sexualmente transmissíveis

AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

HIV: Vírus imunodeficiência humana

ONU: Organização das Nações Unidas

SUS: Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 OBJETIVOS.....	15
1.2 JUSTIFICATIVA.....	16
1.3 MOTIVAÇÕES.....	16
2 REVISÃO LITERÁRIA	17
2.1 SISTEMA REPRODUTOR FEMININO	17
2.1.1 Estruturas externas	17
2.1.1.1 Monte de Vênus	17
2.1.1.2 Grandes Lábios	18
2.1.1.3 Pequenos Lábios	18
2.1.1.4 Clitóris	18
2.1.1.5 Glândulas Vestibulares, vestibulo vaginal e abertura uretral	19
2.1.2 Estrutura Internas	19
2.1.2.1 Vagina	19
2.1.2.2 Útero	20
2.1.2.3 Trompas Uterinas	21
2.1.2.4 Ovários	21
2.1.2.5 Mamas.....	22
2.2 MENARCA E PUBERDADE	22

2.2.1 Mudanças ocorridas no organismo no período da menarca e puberdade.....	23
2.3 CICLO MENSTRUAL	24
2.3.1 Ciclo endometrial ou Ciclo Uterino	25
2.3.2 Ciclo Hipotalâmico-hipofisário	26
2.3.3 Ciclo Ovariano	26
2.4 CONTRACEPTIVOS	28
2.4.1 Fatores associados a não utilização de contraceptivos	30
2.4.2 Tipos de métodos contraceptivos	31
2.4.2.1 Métodos hormonais – Orais	31
2.4.2.2 Métodos de barreira	32
2.4.2.3 Métodos implantados.....	34
2.4.2.4 Métodos de emergência.....	35
2.5 ADOLESCÊNCIA	36
2.6 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	39
2.6.1 Mudanças que ocorrem na vida de adolescentes que se tornam mães	42
3 MATERIAL E MÉTODOS	46
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS	56

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é um período desestabilizador, que exige definições familiares, profissionais e sexuais; podendo expor o adolescente a sofrimentos psíquicos e a quadros psicopatológicos. Geralmente, adolescentes de péssimas condições socioeconômicas podem comprometer o processo de interação social e o preparo para à vida adulta.

Alguns fatores atuam na formação de um adolescente, para que o mesmo, seja, um adulto que viva emocionalmente e socialmente sem crises transgressoras (NETO, p. 2007).

De acordo com Cano (2000), a iniciação sexual entre adolescentes vem sendo uma preocupação cada vez maior entre os profissionais de saúde, pais e professores em decorrência da falta de conhecimento sobre concepção e uso de preservativo em contrapartida, Schor (2000) advertiu que há um nível de conhecimento de Métodos anticoncepcional entre a população de adolescentes, embora não tenha sido avaliada a qualidade do conhecimento. A falta de planejamento e a esporadicidade com que ocorrem as relações sexuais são aspectos que influenciam o não uso de Método Anticoncepcional.

Quanto mais cedo o início da vida sexual, menores são as chances de uso de métodos contraceptivos, e quanto maior o grau de escolaridade do jovem, maiores são as chances de utilização de alguns métodos, tanto na primeira relação sexual, quanto nas subseqüentes (CABRAL,p. 2003).

A contracepção é a prevenção voluntária da gestação, tendo implicações tanto individuais, quanto sociais, atualmente os casais que escolhem a contracepção devem

ser informados quanto a prevenção da gestação indesejada, assim como a proteção contra doenças sexualmente transmissíveis (DSTS) (LOWDERMILK,p. 2002).

A gravidez na adolescência leva, quase sempre, à destruição de planos e o adiamento de sonhos, introduzindo a mulher adolescente numa situação de desajustamento social, familiar e escolar, podendo levá-la a um momento de crises, que dependendo do grau de ajuste da personalidade, a mesma pode sair da crise fortalecida ou caminhar para depressão, tentativa de aborto ou suicídio (NETO, p. 2007).

É interessante a informação acerca das razões aqui expostas na não utilização de contraceptivos na iniciação sexual: dentre as mulheres prevalecem a justificativa do “não esperava ter relação naquele momento”, ao passo que, dentre os homens, a alegação principal é a do “não conhecia nenhum método”, seguida da “não se preocupou com isso” pois a responsabilidade da contracepção é da parceira. (CABRAL, p. 2003).

São muitos os fatores que contribuem para tal situação, entre os quais podemos citar o despertar precoce para o sexo, a deficiente educação sexual dos jovens na família e nas escolas e a quase total ausência de serviços especializados em orientação contraceptiva de adolescentes (NOGUEIRA, p. 2004).

1.1 OBJETIVOS

Diante desses fatos a presente pesquisa tem como objetivo identificar o índice de adolescentes que engravidaram nos últimos 5 anos no município de Palmital, e através deste buscar medidas educativas e preventivas na qual as adolescentes aprenderão como fazer o uso de métodos preventivos não apenas contra gravidez, mas também como doenças sexualmente transmissíveis.

1.2 JUSTIFICATIVA

Tendo em vista que a pesquisa justifica-se por ter uma grande importância do uso de contraceptivos para a prevenção e redução dos problemas sérios que afeta a vida sexual das adolescentes. E que a gravidez na adolescência se associa a um risco suicida e paralelamente ao risco de uma percepção negativa em relação à vida social devido às mudanças ocorridas.

1.3 MOTIVAÇÕES

A pesquisa nos motiva a buscar a melhoria na qualidade de vida das adolescentes, incentivando-as quanto ao uso dos métodos contraceptivos e orientado sobre as mudanças que a gravidez pode causar em sua vida social.

2 REVISÃO LITERÁRIA

2.1 SISTEMA REPRODUTOR FEMININO

O sistema reprodutor feminino consiste em estruturas externas visíveis da púbis ao períneo e de estrutura internas localizadas na cavidade pélvica. As estruturas reprodutivas femininas externas e internas desenvolvem-se e amadurecem em respostas ao estrogênio e à progesterona; iniciado na fase fetal e continuando pela puberdade e pelo período reprodutivo.

As estruturas reprodutivas atrofiam-se com a idade ou com a diminuição da produção de hormônios ovarianos. Um complexo suprimento nervoso e sanguíneo sustenta as funções dessas estruturas. A aparência da genitália externa varia muito entre as mulheres, “A hereditariedade, a idade, a raça e o número de filhos determinam o tamanho, a forma e a cor dos seus órgãos externos” (LOWDERMILK , 2002)

2.1.1 Estruturas externas

Os órgãos externos, ou vulva, incluem todas as estruturas visíveis externamente do púbis ao períneo: o monte de Vênus, os grandes lábios, os pequenos lábios, o clitóris, as glândulas vestibulares e o vestíbulo vaginal e a abertura uretral (LOWDERMILK , 2002).

2.1.1.1 Monte de Vênus ou Púbico

O monte de Vênus é um panículo adiposo sobre a superfície anterior da sínfise pubiana. Na mulher pós-puberal, o monte é coberto de pelos crespos e ásperos (LOWDERMILK , 2002).

2.1..1.2 Grandes Lábios

São duas dobras de tecido adiposo cobertas com pele, que se estendem para baixo e para trás a partir do monte de Vênus. São estruturas altamente vascularizadas que apresentam pelos na superfície externa após a puberdade. Protegem as estrutura internas da vulva (LOWDERMILK,p. 2002).

2.1..1.3 Pequenos Lábios

São duas dobras chatas de tecido avermelhado, visíveis quando os grandes lábios estão separados. Não existem folículos pilosos nos pequenos lábios, mas estão presentes muitos folículos sebáceos e algumas glândulas sudoríparas. O interior dos pequenos lábios é composto de tecido conjuntivo e de musculatura lisa, supridos por terminais nervosos extremamente sensíveis (LOWDERMILK,p. 2002).

2.1.1.4 Clitóris

O Clitóris está localizado abaixo do prepúcio. É uma pequena estrutura composta de tecido erétil com inúmeros terminais nervosos sensoriais. Durante a excitação sexual o clitóris aumenta de tamanho (LOWDERMILK,p. 2002).

O clitóris situa-se no ponto onde se reúnem os lábios menores, anteriormente. É um pequeno órgão erétil, homólogo e semelhante ao pênis masculino. É constituído por dois corpos cavernosos, os ramos do clitóris, que se fixam no ramo do osso púbis. Os ramos se unem na linha mediana e formam o corpo do clitóris, que termina na glânde (SOUZA,p. 2001).

2.1.1.5 Glândulas vestibulares, vestíbulo vaginal e abertura uretral

O vestíbulo vaginal é uma área de formato amendoado, limitada pelos pequenos lábios que contém aberturas para uretra, para as glândulas de Skene, para vagina e para as glândulas de Bartholin. A uretra não é um órgão reprodutivo, mas é considerado aqui devido a localização. Encontra-se geralmente a 2.5cm abaixo do clitóris. As glândulas de Skene estão localizadas em cada lado da uretra e produzem muco o que ajuda a lubrificar a vagina. O orifício vaginal está na porção inferior do vestíbulo e varia de formato e de tamanho. O hímen, membrana de tecido conjuntivo, circunda o orifício vaginal, pode ser perfurado durante exercícios extenuantes, inserção de tampões, masturbações e relações sexuais vaginais. As glândulas de Bartholin repousam sobre os músculos constritores da vagina e localizam-se posteriormente nos lados do orifício vaginal embora as aberturas dos ductos não sejam geralmente visíveis. Durante a excitação sexual, as glândulas secretam um muco claro para lubrificar o intróito vaginal. A área entre a forquilha e o ânus é o períneo, uma área muscular revestida de pele que cobre as estruturas pélvicas, o períneo forma a base do corpo perineal, uma massa em forma de cunha que serve como âncora para os músculos, para a fáscia e para os ligamentos da pelve. Os órgãos pélvicos são sustentados por músculos e por ligamentos que formam uma alça. (LOWDERMILK, p. 2002).

2.1.2 Estruturas Internas

2.1.2.1 Vagina

É uma estrutura tubular, fibromuscular que se estende da vulva até o útero e localiza-se entre a bexiga e o reto. Durante os anos reprodutivos o revestimento mucoso é organizado em dobras transversas chamadas rugas. Essas rugas permitem que a vagina expanda-se durante o parto, durante a lactação e na menopausa provoca o ressecamento e o afinamento das paredes vaginais e alisa as rugas. A vagina principalmente o segmento inferior tem poucos terminais nervosos sensoriais. As

secreções vaginais são ligeiramente ácidas (ph 4 a 5) de modo que a suscetibilidade da vagina as infecções é reduzida (LOWDERMILK,p. 2002).

A vagina está altamente dilatada, especialmente na parte acima do diafragma pelvino. Quando a cavidade está vazia ela apresenta uma forma de H em sua secção transversa na maior parte da sua extensão. Suas paredes anterior e posterior encontram-se em contato abaixo da cérvix. A parede anterior, que está perfurada pela cérvix, apresenta cerca de 7.5 cm de comprimento, a parede posterior 9cm . Estas paredes são especialmente distensíveis. As paredes laterais estão presas acima ao ligamento cervical lateral e abaixo ao diafragma pelvino. Elas são por esta razão mais rígidas. Na grande maioria das virgens, a abertura da vagina no vestíbulo é parcialmente obstruída por uma prega denominada hímen. Esta prega tem tamanho e forma variáveis, porém é amiúde, anular e crescente. Ela freqüentemente apresenta uma abertura porém pode ser cribriforme. Quando falta uma abertura, a prega é denominada um hímen imperfurado. Após ter sido o hímen seccionado ou rompido, pequenos fragmentos arredondados permanecem no local de sua borda inserida. Estes são denominados carúnculos himenais (GARDNER, p. 1988)

2.1.2.2 Útero

É um órgão muscular em formato de pêra, tem cerca de 7.5 cm de comprimento por 5cm de largura em sua parte superior, suas paredes possuem cerca de 1.25cm de espessura. O tamanho do útero varia, dependendo do número de gestação e das anormalidades uterinas (p. ex.: fibróides, que são um tipo de tumores que pode distorcer o útero) (SMELTZER,p. 2002).

Sua função é de recepção para a implantação, para a retenção e para a nutrição do ovário fertilizado, mais tarde para a nutrição do feto durante a gestação e para expulsão durante o parto. Também é responsável pela menstruação cíclica (LOWDERMILK,p. 2002).

2.1.2.3 Trompas Uterinas

Estão fixadas ao fundo uterino. Elas são sustentadas pelos ligamentos largos e seu comprimento varia de 8 a 14 cm. As trompas são divididas em quatro seções: a porção intersticial é a mais próxima do útero; o istmo e a ampola são a porção média; e o infundíbulo é a porção mais próxima do ovário. As trompas uterinas proporcionam a passagem para o óvulo entre os ovários e o útero. O infundíbulo possui terminais em fímbrias, que puxam o óvulo para o interior da trompa. O óvulo é empurrado, ao longo das trompas, até o útero por contrações rítmicas da sua musculatura e pela corrente produzida pelo movimento dos cílios que as revestem. O óvulo é geralmente fertilizado pelo espermatozóide na porção da ampola de uma das trompas (LOWDERMILK,p. 2002).

Quando um óvulo é liberado do ovário, ele é captado pela fímbria e passa através do óstio abdominal da tuba. Os espermatozoides alcançam o infundíbulo dentro de horas após entrarem na cérvix e a fertilização ocorre aí. Seja ou não fertilizado o óvulo, seu movimento através da tuba para o útero requer três a quatro dias, sendo provavelmente influenciado tanto para uma ação ciliar das células epiteliais como por uma ação peristáltica da túnica muscular. Um óvulo fertilizado ocasionalmente pode fixar-se na tuba (usualmente a ampola). A tuba uterina é o local mais comum de gravidez ectópica (GARDNER, p. 1988).

2.1.2.4 Ovários

São órgãos em forma de amêndoas, localizados em cada lado do útero, acima e atrás das trompas uterinas. Durante os anos reprodutivos, eles tem aproximadamente 3cm de comprimento, 2cm de largura e 1cm de espessura; diminuindo de tamanho após a menopausa. Antes da menarca, o ovário tem superfície lisa; após a menarca ela se torna nodular devido as repetidas rupturas de folículos durante a ovulação. As duas funções dos ovários são: a ovulação e a produção de hormônios. A ovulação é a

liberação de um óvulo maduro do ovário em intervalos geralmente mensais. O estrogênio, a progesterona e o androgênio são os hormônios produzidos pelos ovários (LOWDERMILK,p.2002).

O estrogênio, ou hormônio folicular e é secretado pelo folículo ovárico. É ele que controla o desenvolvimento das características sexuais secundárias, tais como o aumento dos seios, o depósito de gordura sobre as coxas e nádegas e o crescimento de pelos púbicos e auxiliares. Também inicia o crescimento do revestimento do útero durante o ciclo menstrual. Outra secreção endócrina é denominado de progesterona, ou hormônio do corpo lúteo, sendo secretada pelo corpo lúteo. É indispensável pra a implantação do óvulo fertilizado e pelo desenvolvimento inicial do embrião. A secreção de ambos os hormônios ováricos é controlada pelo hormônio gonadotrófico da parte distal da hipófise. Os ovários são homólogos aos testículos do homem. Um terceiro hormônio, ou substância semelhante a hormônio, denominada relaxina, é secretada pelo ovário durante a gravidez, em alguns mamíferos, seja responsável pelo relaxamento da articulação sacroílica e da sínfise da púbis (GARDNER, p. 1988).

2.1.2.5 Mamas

As mamas são consideradas órgãos reprodutores acessórios. São constituídas por glândulas exócrinas altamente modificadas no sexo feminino a partir da puberdade. Durante a gestação, as mamas apresentam alterações estruturais que as preparam para a lactação. (GARDNER, p. 1988) .

2.2 MENARCA E PUBERDADE

Embora as meninas secretam quantidade pequena, bastante constante de estrogênio, um aumento notável ocorre entre os 8 e os 11 anos. O termo menarca significa a primeira menstruação. A puberdade é um termo mais amplo que engloba todo o estágio

transicional entre a infância e maturidade sexual. Quantidades crescente e variações na secreção de gonadotrofina e estrogênio transforma-se em um padrão cíclico no mínimo um ano antes da menarca (LOWDERMILK,p. 2002).

O início da puberdade não tem data fixa para acontecer, apresentando variações de um indivíduo para o outro. No sexo feminino surge em media dois anos antes que no masculino para as meninas, o fenômeno pubertários pode ter início já aos 8 anos ou mais tardiamente aos 16 anos, com media entre 11 e 14 anos (ALVES, p. 2004).

2.2.1 Mudanças ocorridas no organismo no período da menarca e da puberdade

Alguns marcos da influência neuroendócrina no púbere merecem destaque especial. Adenarca: ocorre muitos anos antes da puberdade. Observa-se aumento da secreção dos andrógenos supra-renais (androstenedional, desidorepiandrosterona [DHEA] e sulfato de desidoepiandrosterona [SDHEA], que atingem concentrações máximas no final da puberdade. O hormônio do crescimento é produzido na maior quantidade e a secreção é máxima nas fases média e final da puberdade. O canal de crescimento do adolescente geralmente segue o observado para ele em fase anterior da vida. Nas meninas, o estirão pubertário tem início entre os 9 e os 14 anos, a velocidade máxima ocorrendo entre os 11 e 12 anos, podendo atingir 8 a 9cm por ano. Após este período tem o início da desaceleração do ganho estatural e a parada do crescimento entre os 15 e 16 anos para as meninas.

Maturação sexual é tipificada pelo aparecimento dos caracteres sexuais secundários. A avaliação da maturação sexual é realizada por meio do exame clínico, investigando-se e observando-se os seguintes itens:

Telarca – desenvolvimento anatômico das mamas é o primeiro sinal clínico da puberdade nas meninas, a mama cresce em resposta aos estrogênios. Pubarca –

Aparecimento de pelos na região dos grandes lábios, ocorre por ação dos estrogênios ovarianos e andrógenos da supra-renal.

Axilarca – aparecimento de pelos nas axilas surgem geralmente 1 a 2 anos após a pubarca.

Menarca – primeira menstruação atestada da maturação sexual para as meninas. Ocorre em média, aos 12 anos com extremos entre os 9 e 16 anos. Os ciclos que sucedem a menarca são, em geral, irregulares e anovulatórios.

Fases do crescimento puberal:

Puberdade Inicial – entre 8 e 14 anos ocorre o aumento dos ovários e do útero, pelos nos grande lábios , alteração na gordura corporal, pregueamento dos grandes lábios, botão mamário.

Média Puberdade – entre 10 e 15 anos continuam aumentando os ovários, útero e tubas estão mais baixos na pélvis, aumentam os pequenos lábios, desenvolvem-se ductos mamários, espessa-se a mucosa vaginal e intensificam-se as secreções, ativam-se as glândulas de Bartholin, a vagina cresce, o pH vaginal torna-se ácido, o corpo uterino torna-se maior que o colo e surge a menarca, aparecendo a acne, a atividade apócrina na axila e na vulva, os pelos axilares, pico do crescimento linear.

Final da Puberdade - entre os 11 e 15 anos continuam aumentando as mamas e os ovários, pequenos lábios e a vagina alongam-se, pêlos grossos e abundantes (ALVES,p. 2004).

2.3 CICLO MESNTRUAL

A menstruação é o sangramento uterino periódico que inicia aproximadamente 14 dias após a ovulação, é encontrada por um sistema de retroalimentação de três ciclos: endometrial, hipotalâmico-hipofisário e ovariano. Um ciclo menstrual dura, em média 28 dias mas as variações são normais. O primeiro dia do sangramento é designado o

primeiro do ciclo menstrual. O fluxo menstrual dura em média cinco dias (variando de três a seis dias), e a perda média de sangue fica em torno de 50ml (variando de 20 a 80ml), mas ambas variam amplamente. Para aproximadamente 50% das mulheres, o sangue menstrual não parece coagular. O sangue menstrual coagula no útero mas o coágulo geralmente se liquefaz antes de se eliminado. A descarga uterina inclui muco e células epiteliais, além do sangue. O ciclo menstrual é um conjunto complexo de eventos que ocorrem simultaneamente no endométrio, no hipotálamo, na hipófise e nos ovários. O ciclo menstrual prepara o útero para a gestação. Quando a gestação não ocorre, surge a menstruação. A sua regularidade é influenciada pela idade, pelo estado físico e emocional e pelo ambiente (LOWDERMILK,p. 2002).

2.3.1 Ciclo Endometrial ou Ciclo Uterino

Igualmente importante para a ovulação resultando em gestação é garantir que no ponto apropriado de cada ciclo, todas as partes do trato reprodutivo estejam em ótima condição, para realizar seu papel no processo reprodutivo. O revestimento uterino ou endométrio Sofrem alterações cíclicas mensalmente em resposta aos níveis variáveis de hormônios ovarianos no sangue. Há três fases no ciclo Uterino: fase menstrual, fase proliferativa e fase secretora (DAVIS,p. 2002).

A fase menstrual é o sangramento menstrual que ocorre no final de um ciclo ovariano, quando a fertilização e implantação não ocorre. A menstruação é a descamação do revestimento endometrial (DAVIS,p. 2002).

Na fase proliferativa no início do ciclo (exatamente depois da menstruação), o débito de FSH aumenta estimulando a secreção de estrogênio. Isso faz com que o endométrio se espesse e se torne mais vascularizado. Na fase secretora, próxima a porção média do ciclo (14º dia de um ciclo de 28 dias) o débito de LH aumenta, estimulando a ovulação, sob o estímulo combinado de estrogênio e progesterona, o endométrio atinge o máximo de seu espessamento e vascularização (SMELTZER,p.2002).

2.3.2 Ciclo Hipotalâmico-hipofisário

Por volta do final do ciclo menstrual normal, caem os níveis sanguíneos de estrogênio e progesterona. Os baixos níveis sanguíneos desses hormônios ovarianos estimulam o hipotálamo a secretar o hormônio liberador de gonatropina (Gn- RH). O Gn-RH, por sua vez estimula a secreção do FSH pela hipófise anterior. O FSH estimula o desenvolvimento dos folículos ovarianos de Graaf e sua produção de estrogênio. Os níveis deste último começam a cair, e o Gn-RH hipotalâmico desencadeia a liberação do LH pela hipófise anterior. Um notável surgimento de LH e um pico menor de estrogênio precedem a expulsão do óvulo do folículo de Graaf em aproximadamente 24 a 36 horas. O pico de LH situa-se em torno do 13º e 14º de um ciclo de 28 dias. Se a fertilização e a implantação do óvulo não ocorrerem até este ponto, segue-se a regressão do corpo lúteo. Os níveis de progesterona e estrogênio declinam, ocorre a menstruação e o hipotálamo é mais uma vez estimulado a secretar Gn-RH (LOWDERMILK,p. 2002).

2.3.3 Ciclo Ovariano

Cada mês ocorre uma série de eventos associados a maturação de um óvulo. Na mulher adulta este ciclo ovariano tem uma duração média de 28 dias, embora exista uma variação individual significativa de 21 a 33 dias. Fisiologicamente, o ciclo pode ser dividido em três fases: Fase folicular – Durante a qual ocorre o crescimento do folículo, é contada do início do fluxo de sangue menstrual, que significa o fim do ciclo prévio; esta fase tem duração variável de 9 a 23 dias, embora tenda a ser razoavelmente constante para cada mulher. Fase ovulatória – dura um a três dias e termina com a ovulação. Fase lútea – quando o corpo lúteo está ativo, tem duração mais consistente, sendo em média de 14 dias e terminando com o sangramento menstrual (DAVIS,p. 2002).

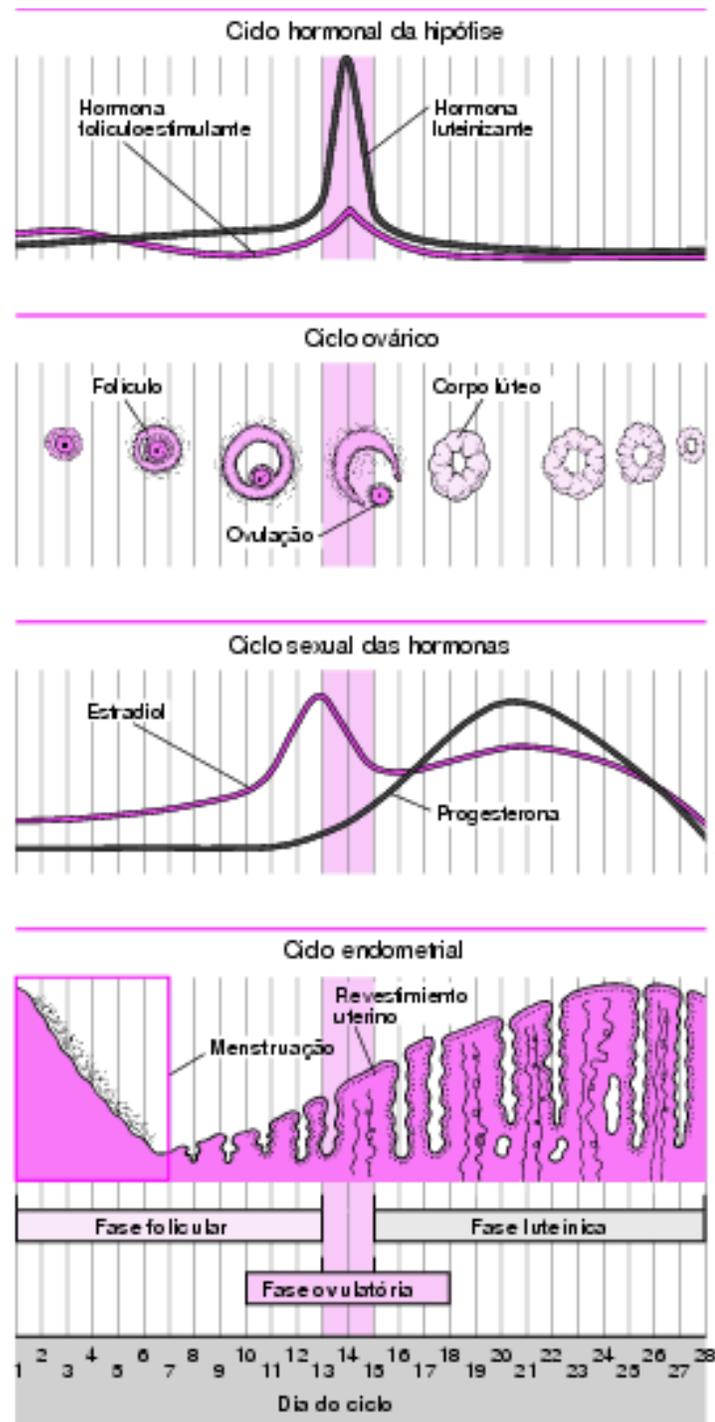


Figura 1: Alterações Durante o Ciclo Menstrual

Fonte: Manual Merck, 2006

2.4 CONTRACEPTIVOS

A realidade da anticoncepção para a mulher brasileira tem suscitado discussões diversas nos últimos anos, as quais envolvem desde aspectos sociais – pois as mulheres estão inseridas em um quadro de desigualdades de direitos, de oportunidades e de recursos financeiros – até aspectos políticos, uma vez que os programas de atenção a sua saúde não estão efetivamente implementados. O resultado é o agravamento do quadro de saúde no Brasil quanto à realidade das práticas contraceptivas. Nesse sentido, as mulheres que dependem do sistema público de saúde dispõem de poucos recursos para regular sua fecundidade e, apesar da disponibilidade de vários métodos contraceptivos, ficam restritas ao uso da pílula e à esterilização feminina, como apontam vários estudos, muito embora a esterilização não deva ser considerada método anticoncepcional, por ser praticamente irreversível, portanto a falta de comprometimento das políticas de saúde com as necessidades da população geram o agravamento do quadro de saúde no país quanto à realidade das práticas contraceptivas (SCHOR,p. 2000).

A concepção de que a gravidez na adolescência é resultado da falta de informação sobre métodos contraceptivos ainda é bastante corrente, tanto na literatura quanto no senso comum. Nesta perspectiva, para solucionar tal problema bastaria haver uma boa difusão de informações sobre o uso correto de contraceptivos bem como a garantia de acesso aos mesmos. É também freqüente a temática sobre contracepção aparecer relacionada a da iniciação sexual. Argumenta-se, quanto mais precoce a iniciação sexual, menores são as chances de uso de métodos contraceptivos e, conseqüentemente, maiores são as possibilidades de gravidez. Da mesma forma, é estabelecida ao jovem, maiores são as chances de utilização de algum método tanto na primeira relação sexual, quanto nas subseqüentes (CABRAL, p. 2003)

A contracepção é a prevenção voluntária da gestação, tendo implicações tanto individuais, quanto sociais, atualmente os casais que escolhem a contracepção devem

ser informados quanto a prevenção da gestação indesejada, assim como a proteção contra doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) (LOWDERMILK, p.2002).

As adolescentes correm riscos desproporcionais com as conseqüências adversas da atividade sexual desprotegida, DSTs e gravidez indesejada. Elas devem ser incentivadas a adiar a atividade sexual, entretanto, aconselhamento e orientação contraceptiva devem ser oferecidos as adolescentes sexualmente ativas (BEBRMAN, p.2005).

Diversos autores apontam para o fato de que o início da atividade sexual tem ocorrido na adolescência. Em estudo concernente à anticoncepção e adolescência observou-se que quanto menor a idade da adolescente ao iniciar a vida sexual, menor a chance de ela estar usando algum método anticoncepcional (MAC) e, conseqüentemente, maior a probabilidade de ficar grávida logo nas primeiras relações (SCHOR, p.2000).

Muitas mulheres que são sexualmente ativas ou que estão considerando o fato de se tornarem sexualmente ativas podem beneficiar-se do aprendizado sobre a contracepção. O menor número de gestação indesejada pode diminuir o número de abortos, de crianças vítimas de abuso, de unidades familiares estressadas e das conseqüências da morbidade e mortalidade infantil. (SMELTZER, p. 2002).

Comentando a situação da mulher brasileira em relação à contracepção, à primeira vista, poderíamos dizer que a mulher brasileira este bem servida quanto à oportunidade da contracepção, mas uma observação mais cuidadosa dos dados mostra-nos que a situação não é tão favorável assim, pois elas se concentram em dois métodos : a pílula e a esterilização. O peso desses dois métodos nas alternativas contraceptivas denota a precariedade de opção para a mulher brasileira. Os programas de atenção à saúde não estão cumprindo a assistência que as mulheres necessitam, principalmente a orientação e o acompanhamento das questões relacionadas às práticas contraceptivas e à escolha do método a ser utilizado. Além disso não incentivam a participação masculina no processo de regulação da fecundidade (SCHOR, p. 2000).

2.4.1 Fatores associados à não utilização de contraceptivos

É interessante a informação acerca das razões em jogo na não utilização de contraceptivos na iniciação sexual: dentre as mulheres prevalecem a justificativa do “não esperava ter relação naquele momento”, ao passo que dentre os homens, a alegação principal é a do “não conhecia nenhum método”, seguida da “não se preocupou com isso” pois a responsabilidade da contracepção é da parceira (CABRAL, 2003).

São muitos os fatores que contribuem para tal situação, entre os quais podemos citar o despertar precoce para o sexo, a deficiente educação sexual dos jovens na família e nas escolas e a quase total ausência de serviços especializados em orientação contraceptiva de adolescentes (NOGUEIRA, p.2004).

Os resultados obtidos na pesquisa dos autores Belo e Silva (2004) revelam que as adolescentes grávidas têm conhecimento elevado em relação à existência de métodos anticoncepcionais, embora uma prática inadequada para sua utilização. Mais de 60% das jovens conheciam pelo menos seis tipos diferentes de contraceptivos. Quando indagadas em que época será o período fértil entre o início da menstruação e o início da próxima menstruação, apenas 11,5% conseguiram identificá-lo corretamente. Apesar do conhecimento ser um elemento necessário para o uso, a literatura mostra que não existe associação entre os níveis de conhecimento e taxas de utilização.

São salientados na literatura os obstáculos existentes para o uso consistente dos métodos contraceptivos, especialmente para os adolescentes mais jovens, no que tange as pressões sociais e aos papéis de gênero. 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 são mais imprevisíveis entre os jovens. Deriva deste a proposição de que

as chances de uso de algum método contraceptivo seriam, portanto mais baixas entre os adolescentes de um modo geral. Não se pode ignorar que o comportamento contraceptivo adotado está vinculado ao contexto da relação e ao tipo de parceria, inserindo-se no âmago das negociações do relacionamento, com maior ou menor clareza, reflexividade, problematização ou consciência (CABRAL, 2003).

2.4.2 Tipos de Métodos Contraceptivos

2.4.2.1 Métodos Hormonais - Orais

No Brasil, assim como nos países do terceiro mundo, a divulgação dos métodos contraceptivos modernos, entre estes os das pílulas anticoncepcionais, fez parte de políticas internacionais voltadas para a redução da população. Isto foi muito diferente do que ocorreu com mulheres de países europeus, cujas políticas natalistas tinham muita força após as guerras mundiais. Assim enquanto em lugares como na França a pílula somente foi liberada para consumo em 1967, no Brasil a pílula anticoncepcional e o DIU foram comercializados sem entraves desde o início da década de 60 (PEDRO,p.2003).

As preparação de contraceptivos orais de estrogênio e progesterona sintéticos bloqueiam as estimulações ovarianas por impedirem a liberação do hormônio folículo estimulante (FSH) pela hipófise anterior, na ausência do FSH, um folículo não amadurece, não ocorrendo a ovulação. Este é o mecanismo de ação dos contraceptivos orais. As progestinas (forma sintéticas de progesterona) suprimem a elevação do hormônio luteinizante, impedem a ovulação e também tornam o muco cervical impenetrável ao esperma. Os estrogênios e a progestina sintéticos encontrados em muitas variações disponíveis de contraceptivos orais, diferem na atividade androgênica (SMELTZER, p.2002).

O uso dos anticoncepcionais hormonais orais e iniciado, geralmente, em um dos primeiros sete dias do ciclo menstrual (O primeiro do ciclo é o primeiro dia da menstruação). As mulheres podem iniciar o uso após o parto ou aborto. Com as

embalagem com início no domingos, as pacientes começa a tomar a pílula no primeiro domingo após período menstrual. Se os contraceptivos forem iniciado em qualquer outra ocasião, ou nas três semana após o parto ou aborto, outro método anticoncepcional deve ser usado durante a primeira semana para evitar o risco de gestação. A pílula combinada de estrogênio o progesterona, tomada diariamente durante três semanas em cada quatro, é a forma reversivo mais eficaz de contracepção disponível. Quase todas as falhas são causadas pela omissão de uma ou de mais pílula durante o regime. O índice de falha típico devido a omissão é de 5% (LOWDERMILK,2002).

2.4.2.2 Métodos de Barreira

O preservativo masculino (camisinha) é um revestimento de borracha, justo e impermeável, aplicado ao pênis ereto antes de este penetrar no canal vaginal. A extremidade do preservativo é segura, enquanto ele é aplicado para deixa um espaço para ejacular. Quando não há espaço, a ejaculação pode provocar uma laceração ou orifício no preservativo, reduzindo sua eficácia. O pênis, com preservativo, mantido em posição, é retirado da vagina enquanto ainda ereto para evitar que o líquido ejaculado extravase. O preservativo é um método efetivo quando usado com espuma contraceptiva (SMELTZER, 2002).

Este método também conhecido como Condons, impede que os espermatozóides sejam depositados na vagina. Não há efeitos colaterais importantes associados ao uso do condom. O medo da AIDS parece ter aumentado a taxa de uso de camisinha entre os adolescentes. As principais vantagens da camisinha são: o baixo preço, a disponibilidade sem receita, não necessitar de planejamento antecipado e, mais importante nesse grupo etário, sua eficácia na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, inclusive a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). A camisinha deve ser usada juntamente com os métodos anticoncepcionais não-de-barreira para adolescentes. Atualmente existe a camisinha feminina vendida sem

receita, em unidades descartáveis de tamanho único. Ela deve ser de segunda escolha em relação ao condom em função da complexidade do uso adequado, sua reduzida eficácia típica, e a falta de evidencia de sua eficácia contra DSTs. A maioria das adolescentes necessitariam de educação intensiva e treinamento prático para usá-la efetivamente (BEBRMAN, 2005).

Segundo HALBE,2000, tabelinha é muito utilizada ainda nos dias atuais, porém nem sempre eficaz. Consiste no cálculo da ovulação devendo haver abstinência sexual ou utilizando de outro método contraceptivo por sete dias, ou seja, durante p período fértil. Deve ser usado por mulheres que tenham os ciclos menstruais regulares. Soma-se 14 dias da data provável da ultima menstruação. O resultado é o dia provável da ovulação. Depois basta contar três dias antes e três dias depois. Neste período é preciso utilizar outros métodos contraceptivos.

A temperatura basal é o método pelo qual se previne a gravidez por meio do controle da temperatura corporal. Faz-se a medida da temperatura corporal, em estado de repouso absoluto. Esse método busca detectar o provável período da ovulação, em virtude da variação da temperatura do organismo. Durante no mínimo quatro ciclos, a mulher deverá realizar a medição diária da temperatura, para buscar um padrão. Este pode variar de mulher para mulher. A medição pode ser feita nas regiões: axilar, bucal ou retal. Vale salientar que se a mulher estiver doente haverá uma variação e esta deve ser considerada (HALBE 2000).

De acordo com Lomba (2006), as temperaturas variam entre:

- Normal: 36,7° C
- Subfebril; 36,8°.C até 37,8°.C
- Febre acima de 37,9.C

Muco cervical, Bilings, é o método onde há análise do muco para prever a data do período fértil. Após a menstruação, durante um período a vagina permanecerá muito ressecada, e aos poucos o muco vai aumentando e se tornando elástico e escorregadio. Ao manusear o muco, a mulher consegue fazer um fio, abrindo os dedos.

“A abstinência sexual deve ocorrer entre o período que existe pouco muco, até três dias depois da data de maior elasticidade” (HALBE 2000).

Diafragma, é um pequeno anel de metal recoberto por uma película de borracha ou silicone, que recobre o colo uterino. A primeira colocação deve ser realizada pelo médico. Este deverá aferir o tamanho do colo uterino, antes do primeiro uso. Junto ao diafragma deverá ser colocado um creme espermicida.

“O diafragma deverá ser retirado 8 horas após a relação sexual, se bem conservado, poderá durar até 3 anos”. (HALBE 2000).

Os espermicidas estão nacionalmente disponíveis como espumas, gel, aplicadores e nos preservativos. Os espermicidas são contraceptivos químicos eficazes, relativamente baratos, quando usados com preservativos. Quando utilizados isoladamente o espermicida é melhor que nenhuma contracepção, pode ser usado sem a cooperação do parceiro e pode proporcionar proteção contra a gonorréia e a clamídia. Queimação, rash ou irritação podem desenvolver-se em ambos os parceiros e, em geral, são temporários a mudança para outra marca costuma aliviar o problema (SMELTZER, 2002).

2.4.2.3 Métodos implantados

Depo-Provera é uma injeção intramuscular, uma progestina de ação prolongada a cada três meses, inibe efetivamente a ovulação e proporciona um método contraceptivo confiável e conveniente. Ela pode ser usada por mulheres em fase de lactação e com aquelas com hipertensão, doença hepática, doença cardíaca, enxaqueca e hemoglobinopatias. As mulheres que utilizam este método devem ser preparadas para

o sangramento irregular, ou para a ausência de sangramento. Com o uso continuado, os episódios de sangramento irregular e a eliminação de borras de sangue diminuem, e, em geral, acontece à amenorréia (SMELTZER,p 2002).

Os dispositivos intra-uterinos (DIU) são pequenos objetos plásticos flexíveis introduzidos na cavidade uterina através do colo. Eles diferem em tamanho, forma e presença ou ausência de substâncias farmacologicamente ativas (p. ex. cobre ou progesterona). O mecanismo de ação do DIU é inserto, embora eles tornem o endométrio inadequado para implantação, desencadeando uma resposta local de leucócitos poliformonucleares, produção de prostaglandinas E2 e F2, e estimulando a contratilidade uterina. Os DIUs são efetivos para a prevenção de gravidez em 97 – 99% das mulheres. As pacientes jovens e aquelas com múltiplos parceiros sexuais apresentam maior risco de infecção, assim a prescrição de um DIU para adolescentes que solicitam um método de contracepção passiva deve ser limitada e considerada como ultimo recurso (BEBRMAN,p.2005).

2.4.2.4 Métodos de Emergência

A ingestão de uma dose de estrogênio ou de estrogênio e progestina, adequada no momento exato após a relação sexual sem planejamento familiar, ou quando há falha de método pode evitar a gestação ao inibir ou retardar a ovulação. Este método não interrompe a gestação estabelecida. Portanto ele não é adequado para contracepção em longo prazo, porque sua eficácia é menor do que a contracepção oral diária ou outro método confiável usado regularmente (SMELTZER, 2002).

Os Contraceptivos de Emergência, os chamados “pílulas do dia seguinte”, podem evitar a gravidez por inibir a ovulação e devem ser utilizados até 72 horas após uma relação sexual sem proteção anticoncepcional. Em geral, uma pequena dose de contraceptivos oral é administrada e repetida em 12 horas, este método apresenta uma taxa de insucesso de 16%, porém é valioso em situações de emergência, como estupro e falha

de algum método de barreira. Deve-se ressaltar que este método não oferece proteção às doenças de via sexual (SMELTZER, 2005).

2.5 ADOLESCÊNCIA

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a adolescência constitui um processo fundamentalmente biológico de vivências orgânicas, no qual se aceleram o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade. Segundo Ramos (2001), todos passam pela experiência de “adolescer”, por mais diversos que sejam os modos de vive-la. Essa fase de constantes transformações, traz consigo todo um contexto, onde situar cada adolescente se faz necessário ao compreendê-lo.

A adolescência é um período rico de possibilidades desestabilizadora, que exige definições familiares, profissionais e sexuais, podendo expor o adolescente a sofrimento psíquico e a quadros psicopatológicos. Aliado a isto podem estar associadas situações de alijamento social derivado das péssimas condições socioeconômicas. Tais condições podem comprometer o processo de interação social e o preparo para a evolução à vida adulta. Alguns fatores atuam na formação de um adolescente, para que o mesmo, seja, um adulto que viva emocionalmente e socialmente sem crises transgressoras. O primeiro deles é a afirmação da personalidade, que está ligado diretamente a todo um processo que vem desde a vida intra-uterina, como os fatores genéticos e também os ambientais. Estes últimos influenciam o ser humano durante toda a vida, e de forma direta, pois os mesmos estão relacionados ao meio social em que o adolescente vive, a estrutura e o modelo familiar em que o indivíduo cresce, a formação educacional disponibilizada, enfim, a todo um ambiente físico e socialmente satisfatório, que possa contribuir para uma formação saudável (NETO, 2007).

Outro aspecto está relacionado ao desenvolvimento sexual e a capacidade reprodutiva, que tem uma grande influência na formação do adolescente e no surgimento das crises. O ser humano ao chegar à adolescência, sofre transformações sexuais, chegando a maturidade sexual, culminando com a capacidade reprodutiva. Contudo muitas vezes

ele fica exposto aos riscos e perigos pertinentes a esta fase da vida. A falta de uma orientação sexual tanto na escola, como também principalmente a família, leva o adolescente a desinformação, e, conseqüentemente, ao perigo. O ser humano chega à adolescência, e com ela descobre o sexo, e faltam orientações, que façam este adolescente compreender sua sexualidade, aceitar seu novo corpo e, por conseguinte, saber prevenir-se de situações que possam vir a comprometer seus projetos de vida, como as DST, associadas ao HIV e AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida), o aborto, o casamento, a maternidade e a paternidade sem planejamento, todos causando grande impacto social na vida do ser humano. Um terceiro aspecto é a concretização dos projetos de vida, que vai depender se o indivíduo tem ou não equilíbrio emocional. Por exemplo, se o indivíduo foi acometido ou não por uma DST que sirva de empecilho para sua capacidade reprodutiva, ou então, se este adolescente tinha projetos de chegar a uma universidade e foi impedido por um matrimônio precoce ou uma gravidez tendo que alterar seus projetos, num futuro próximo serão percebidos “desajustes”, que interferirão na consolidação dos sonhos e na sua estabilidade financeira e emocional (NETO, 2007).

Adolescência é o período de transição entre a infância e a idade adulta, caracterizado por imenso crescimento e desenvolvimento, que se manifestam por marcantes transformações anatômicas, fisiológicas, mentais e sociais. Segundo relatórios de especialistas da Organização mundial de Saúde, a adolescência corresponderia ao período da vida situado entre 10 e 19 anos, dividido em dois subperíodos: de 10 aos 14, e dos 15 aos 19. São dramáticas as modificações físicas e psicossociais que ocorrem no período da adolescência; a maioria dos órgãos e sistemas desenvolve-se rapidamente durante esta etapa da vida, principalmente o sistema reprodutivo, em contrapartida o desenvolvimento psicossocial parece não acompanhar o processo de maturação biológica. Do ponto de vista psicológico a adolescência caracteriza-se basicamente pela aquisição da identidade adulta, do sentido de individualidade, da separação psicológica da família, do desenvolvimento cognitivo e pelo planejamento do futuro. Adolescência é uma época de experiências em termos de comportamentos, as quais freqüentemente incluem a exploração da sexualidade. Todavia este processo

dificulta, muitas vezes a compreensão plena do significado e das conseqüências do exercício sexual, podendo trazer repercussões muito desfavoráveis a saúde da adolescente. “Assim a infrequencia e a espontaneidade da relações sexuais tornam problemático, por exemplo o uso de medidas anticoncepcionais afetiva e aumentam o risco de gravidez durante a adolescência” (NEME, p. 2000).

Do ponto de vista psicológico a adolescência caracteriza-se basicamente pela aquisição da idade adulta, do sentido de individualidade, da separação psicológica da família, do desenvolvimento cognitivo e pelo planejamento do futuro. Adolescência é uma época de experiências em termos de comportamentos, as quais freqüentemente incluem a exploração da sexualidade. Todavia este processo dificulta, muitas vezes a compreensão plena do significado e das conseqüências do exercício sexual, podendo trazer repercussões muito desfavoráveis a saúde da adolescente. Assim a infrequência e a espontaneidade das relações sexuais tornam problemático, por exemplo, o uso de medidas anticoncepcionais afetivas e aumentam o risco de gravidez durante a adolescência (NEME, p. 2000).

Alcançar o adolescente em seus espaços de convivências e inserção significa atingir o meio social em que vive e na diversidade em que se apresenta, como por exemplo, a família em seu eminente caráter de formação, a escola como um espaço de socialização e formação, os espaços de trabalho e preparação profissional, até mesmo a rua como espaço de moradia (ROCHA, p.2001).

De acordo com Ramos (2001), o adolescente é cidadão que tem além dos direitos básicos, aqueles próprios a sua existência, como sua diversidade, unicidade, direitos a proteção contra violência, exploração e riscos que se expõe a informação, a escolha, ao prazer, a auto-descoberta, a expressão e esperança.

À medida que a mulher evolui pelas etapas de desenvolvimento, ela se depara com condições relacionadas à idade. Todas as adolescentes apresentam o crescimento acelerado de características sexuais e também enfrentam as etapas de desenvolvimento da adolescência, como estabelecimento da identidade, o

desenvolvimento da preferência sexual, e emancipação da família e a determinação das metas profissionais.

Algumas dessas situações podem provocar grandes estresse na adolescente. As adolescentes que entram no sistema de atendimento a saúde geralmente o fazem por meio de exames de rotina. Os problemas ginecológicos estão muitas vezes associados a menstruação (sangramentos eventuais ou dismenorréia), vaginite ou leucorréias, DST, anticoncepção ou gestação (LOWDERMILK, p. 2002).

A adolescência tem despertado grande interesse, tanto na mídia quanto no âmbito das políticas públicas. Especialmente a partir de 1985, definido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como Ano Internacional da juventude, inúmeras iniciativas foram desencadeadas em todo o mundo, visando o levantamento das necessidades sociais dos jovens que viriam a constituir as futuras gerações de adultos do terceiro milênio. Esse processo de institucionalização refletiu mudanças que vinham ocorrendo quando às expectativas sociais durante esta etapa da vida, no sentido de reservá-la prioritariamente aos estudos, com vistas a capacitar os jovens para o ingresso em melhores condições no mercado de trabalho (AQUINO, 2003).

2.6 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Segundo Neto, 2007, a gravidez na adolescência de algumas décadas, até os dias atuais, ainda é considerada por muitos profissionais e gestores da saúde e da educação, pelas famílias e organizações governamentais e não governamentais como um fato de precocidade no ciclo de vida e, principalmente de caráter indesejado

Dados demográficos mundiais indicam a existência de um bilhão de adolescentes em todo o mundo, com aproximadamente 541 milhões de mulheres, das quais 200 milhões entre 15 e 19 anos.

Os padrões de atividade sexual e de gravidez variam segundo a tradição e a cultura, e a proporção de partos entre mulheres de 10 a 19 anos de idade varia conforme o país

considerado. Mas, as estatísticas revelam que a gravidez precoce está aumentando em todas as partes, surgindo em alguns países como um grave problema e em outros já alcançando cifras decididamente alarmantes (NEME, p. 2000).

A gravidez na adolescência é a primeira causa de internação (66%) em moças com idade entre 10 e 19 anos na rede do SUS. Aproximadamente um quarto do total de partos são em adolescentes de 10 a 19 anos (FREITAS, 2002).

Contudo a gravidez na adolescência não é um fenômeno recente. Historicamente, as mulheres vêm tendo filhos nessa etapa, e mesmo em um contexto de intensa redução da fecundidade, não se constatou no Brasil um deslocamento correspondente da reprodução por faixas etárias mais velhas. A maioria das mulheres brasileiras vem tendo, em média dois filhos e parte significativa delas tem encerrado precocemente suas carreiras reprodutivas por meio de uma laqueadura tubária. Nesse contexto demográfico a gravidez na adolescência passa a ter grande visibilidade social. A abordagem do tema gravidez na adolescência tem enfatizado o caráter de problema social do fenômeno, partindo do pressuposto de que nas adolescentes existiria “incapacidade fisiológica para gestar e incapacidade psicológica para criar”. A gestação é encarada necessariamente como indesejável, com consequência biológica, psicológica e sociais negativas (AQUINO, 2003).

No que se diz relacionado à mudanças biológicas envolvem desde a idade do advento da menarca até o aumento do número de adolescentes na população geral. Sabe-se que as adolescentes engravidam mais e mais a cada dia e em idades cada vez mais precoces. Sendo a menarca em última análise, a resposta orgânica que reflete a interação dos vários segmentos do eixo neuroendócrino feminino, quanto mais precocemente ocorrer, mais exposta estará a adolescente à gestação. E nas classes econômicas mais desfavorecidas onde há maior abandono e promiscuidade, maior desinformação, menor acesso à contracepção, está a grande incidência da gestação na adolescência (MINISTÉRIO da SAÚDE, 2003).

A família tem um papel crucial como responsável pela construção dos projetos de vida dos adolescentes, assim como dos seus valores e crenças, que se dá na medida em

que ela é o palco onde se vive e aprende as primeiras cenas, buscando o equilíbrio entre o real e o imaginário. O contexto familiar é fundamental na definição das experiências de crescimento, desenvolvimento e construção da identidade do adolescente e deve ser visualizado como processo dinâmico em que histórias de vida e projetos individuais interagem e se conformam num complexo de relações plurais e não excludentes, de afetos, de poder e resistência, de conflitos e dominação, de cooperação e harmonia (RAMOS,p. 2001).

A vida adolescente e as necessidades em saúde relacionadas, são processos produzidos no âmbito das sociedades, definindo-se e modificando-se na interação com seus diversos componentes: econômicos, institucionais, político-ético, culturais, físico-ambientais (RAMOS,p. 2001).

A adolescente que vive em um meio social desprovido de recursos materiais, financeiros e emocionais satisfatórios, pode ver na gravidez a sua única expectativa de futuro, e com isto, acaba vulnerabilizada (NETO, p.2007).

A identificação com a postura da religião adotada se relaciona com o comportamento sexual. Alguns trabalhos mostram que a religião tem participação importante como preditora de atitudes sexuais. Adolescentes que tem atividades religiosa apresentam um sistema de valores que os encorajam a desenvolverem comportamento sexual responsável. No nosso meio, nos últimos anos as novas religiões tem florescido e são de modo geral, bastante rígidas no que diz à prática sexual pré-marital (GUIMARÃES,p. 2001).

A pouca ou nenhuma escolaridade influencia na não aquisição de práticas preventivas. A adolescente que não estuda ou abandonou os estudos fica mais vulnerável a uma gravidez. O abandono escolar cõa um fator de risco individual importante para a gravidez na adolescência. Parece existir unanimidade na relação entre a baixa escolaridade e gravidez na adolescência (NETO,p. 2007).

2.6.1 Mudanças que ocorrem na vida de adolescentes que se tornam mães

A gravidez na adolescência leva, quase sempre, à destruição de planos e o adiamento de sonhos, introduzindo a mulher adolescente numa situação de desajustamento social, familiar e escolar, podendo levá-la a um momento de crises, que dependendo do grau de ajuste da personalidade, a mesma pode sair da crise fortalecida ou caminhar para depressão, tentativa de aborto ou suicídio (NETO, 2007).

A gestação na adolescência de 16 ou menos acrescenta, muitas vezes, um estresse adicional a um período de desenvolvimento já estressante. O nível emocional dessas adolescentes caracteriza-se comumente, pela impulsividade e pelo comportamento auto-centrado, elas freqüentemente atribuem a maior importância as crenças e as ações de seus amigos. Na tentativa de estabelecerem uma identidade pessoal e independente, muitas adolescentes não avaliam as conseqüências de seu comportamento, e o planejamento do futuro não faz parte de seus pensamentos. A não ser quando muito jovens, as adolescentes são suficientemente maduras para suportar fisicamente a gestação, mas podem não se comprometer com muitas áreas de orientações pré-natais, especialmente com a nutrição e com a continuidade do atendimento. Os estudos mostram que, quando as adolescentes mantêm o acesso ao atendimento pré-natal, seus resultados assemelham-se aos das adultas, por outro lado quando há falta de acompanhamento pré-natal, existe um risco maior para o parto prematuro, para a restrição do crescimento intra-uterino e para hipertensão induzida pela gestação. Entretanto outros riscos estão presentes, como as implicações psicossociais de não ser casada, o alto índice de divórcio entre as que casam e as famílias de mães solteiras; a interrupção, o atraso ou o término da educação; e as dificuldades socioeconômicas das mulheres que criam filhos sozinhos, sem muito apoio econômico e sem habilidades para o mercado de trabalho. Os filhos de adolescentes podem estar em risco de abuso ou de negligência, devido ao seu desconhecimento sobre o crescimento, sobre o desenvolvimento e sobre a maternidade (LOWDERMILK,p. 2002).

A gravidez na adolescência, desejada ou não, provoca um conjunto de impasses comunicativos no âmbito social, familiar e pessoal. No âmbito social, lamenta-se as falhas dos programas de educação sexual, que aparentemente mostrava de modo claro e convincente como iniciar e usufruir com segurança a experiência da sexualidade. No âmbito familiar, a gravidez na adolescência parece indicar dificuldades nas relações entre pais e filhas. No âmbito individual, a jovem gestante se questiona “porque isso aconteceu justamente comigo” e “que será agora de minha vida”. Em outras palavras, a gravidez na adolescência traz sérios problemas para programas de saúde pública, para projetos educacionais, para a vida familiar, e para o desenvolvimento pessoal, social profissional da jovem gestante (DIAS, p.2000).

A maternidade no início da vida reprodutiva antecipa a maturidade biológica, precipita momentos socialmente institucionalizados para a reprodução, com claras implicações para a constituição de família e a organização social dominante (BELO, p.2004).

A gravidez impõe riscos às adolescentes devido a sua imaturidade física e psicológica, à possibilidade de ocorrerem complicações gestacionais, à falta de assistência ao pré-natal, e a inexistência de sistema de apoio social e financeiro. A adolescente grávida pode não concluir seus estudos, o que por fim, afetaria sua qualidade de vida, suas oportunidades de empregos e progresso e sua estabilidade financeira (BRANDEN, p. 2000).

Sabroza et al (2004) chamaram a atenção para o fato da interrupção do desenvolvimento escolar sendo que, entre as adolescentes de 12 a 16 anos de idade 21,2% abandonou os estudos, esses dados sobem para 31% entre as jovens de 17 a 19 anos de idade. Um dos motivos que levariam a adolescente grávida a abandonar a escola seria o receio de ser discriminada, uma vez que evidenciar a existência de uma vida sexual ativa nessa faixa etária ainda é um fato pouco aceito pela sociedade.

Existem outros fatores que podem favorecer a ocorrência de uma gravidez indesejada: 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 mesmo. (GODINHO, p. 2000).

A inter-relação dessas variáveis e informações parece revelar que a juventude atual é fortemente afetada pelas mudanças que vem ocorrendo nas relações entre a família, a escola, o mercado de trabalho e demais agentes sociais. As conseqüências de se tornar mãe precocemente são a perda de liberdade, adiantamento ou comprometimento dos projetos de estudo, limitações de perspectivas de ingresso no mercado de trabalho, aproveitamento pleno das oportunidades para completo desenvolvimento pessoal. E até mesmo a ter opções de vida e oportunidades para um pleno desenvolvimento pessoal a que tem direito (BELO, 2004).

No âmbito da sexualidade, classificam-se direitos e deveres frente à maternidade e paternidade, onde cabe a mulher a responsabilidade pela reprodução, cuidado e educação dos filhos, e ao homem, o sustento financeiro e comando familiar. A autora ainda assegura que valores incorporados em torno do masculino e feminino, bem como sua hierarquização, resultam em riscos e problemas, iniciando-se na adolescência, ao começar as atividades sexuais (MANDÚ, p.2001).

No que concerne à gravidez na adolescência, atualmente no Brasil e nos países em desenvolvimento, ela é considerada um risco social e um grave problema de saúde pública, devido, principalmente, a sua magnitude e amplitude, como também, aos problemas, que dela derivam. Dentre, este se destacam: o abandono escolar, o risco durante a gravidez, este derivado muitas vezes pela não realização de um pré-natal de qualidade, pelo fato de a adolescente esconder a gravidez ou os serviços de saúde não estarem qualificados para tal assistência. Além disso, tem importância os conflitos familiares que surgem após a confirmação e divulgação da positividade da gravidez, que vão desde a não aceitação pela família, o abandono do parceiro, a discriminação social e o afastamento dos grupos de sua convivência, que interferem na estabilidade emocional da menina mulher adolescente. Mas, também são presenciados na comunidade casos em que as famílias apóiam e desejam a natalidade, onde os avós entram num estágio de plena satisfação, assumindo a criança e a mãe, com ou sem pai

da mesma. Outra situação, é a que a adolescente ao começar as relações conjugais, oficiais ou não, planeja com seu companheiro a gravidez (NETO, p.2007).

3 MATERIAL E MÉTODO

O estudo foi realizado com índice de gestantes adolescentes com idade entre 10 e 19 anos, no setor de epidemiologia no Departamento Municipal de Saúde localizado no centro de da cidade de Palmital, no período diurno no mês de julho de 2010.

O presente estudo teve como método de avaliação a abordagem quantitativa descritiva dos dados coletados. A pesquisa é embasada nos dados registrados no site do DATASUS onde é necessário obter uma senha de acesso para os dados.

O DATASUS disponibiliza informações que podem servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde. (DATASUS).

A mensuração do estado de saúde da população é uma tradição em saúde pública. Teve seu início com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência (Estatísticas Vitais - Mortalidade e Nascidos Vivos). Com os avanços no controle das doenças infecciosas (informações Epidemiológicas e Morbidade) e com a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes populacionais, a análise da situação sanitária passou a incorporar outras dimensões do estado de saúde (DATASUS).

Dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais passaram a ser métricas utilizadas na construção de Indicadores de Saúde, que se traduzem em informação relevante para a quantificação e a avaliação das informações em saúde (DATASUS).

A amostra foi composta de dados dos últimos 5 anos, sendo esses dados de adolescentes grávidas de 10 a 14 anos, e de 15 a 19 anos de idade.

4 RESULTADO E DISCUSÃO

A figura 2 indica a quantidade de adolescentes grávidas de janeiro à dezembro de 2005 segundo o DATASUS. Sendo que estas se encontram entre 15 e 19 anos, estando de acordo com a metodologia proposta e o tema da pesquisa.

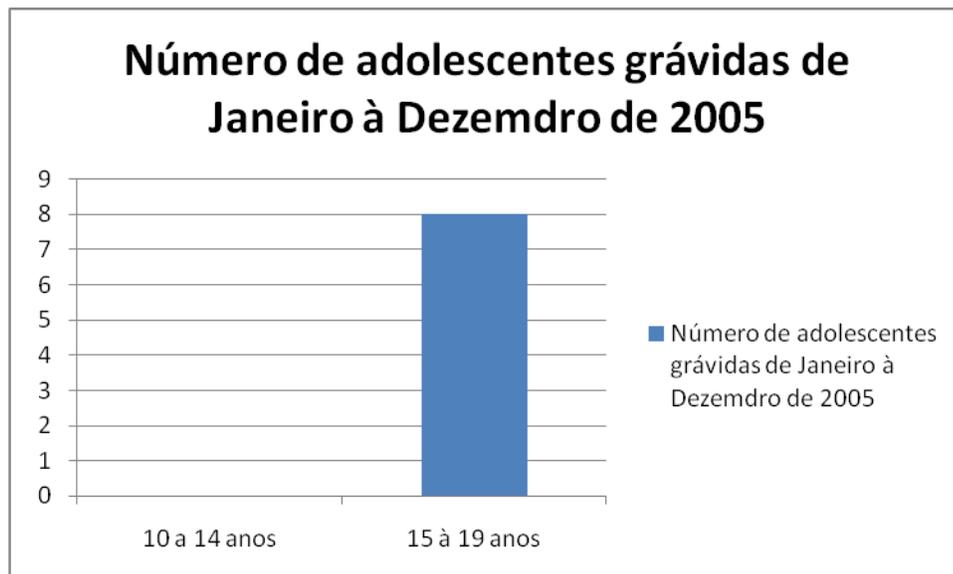


Figura 2 : índice de adolescentes grávidas em 2005

Através dos dados coletados, nota-se que a maior prevalência adolescentes grávidas no ano de 2005 foi na faixa etária de 15 a 19 anos. Nesse período foram descritas 8 adolescentes grávidas.

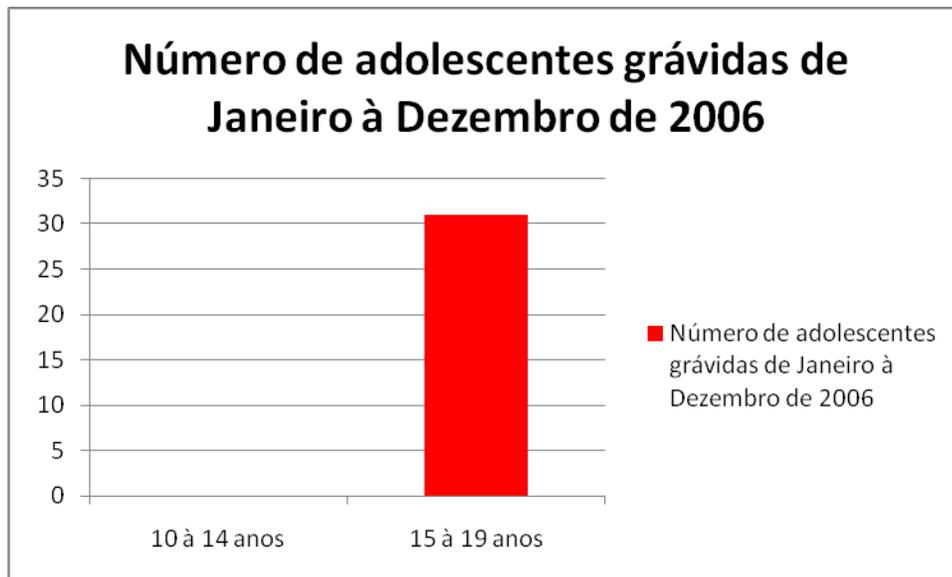


Figura 3: índice de adolescentes grávidas em 2006

De janeiro a dezembro de 2006 houve a prevalência de 31 adolescentes grávidas com idade entre 15 e 19 anos no decorrer do ano. Esses dados são baseados apenas nas adolescentes que procuraram as unidades básicas de saúde.

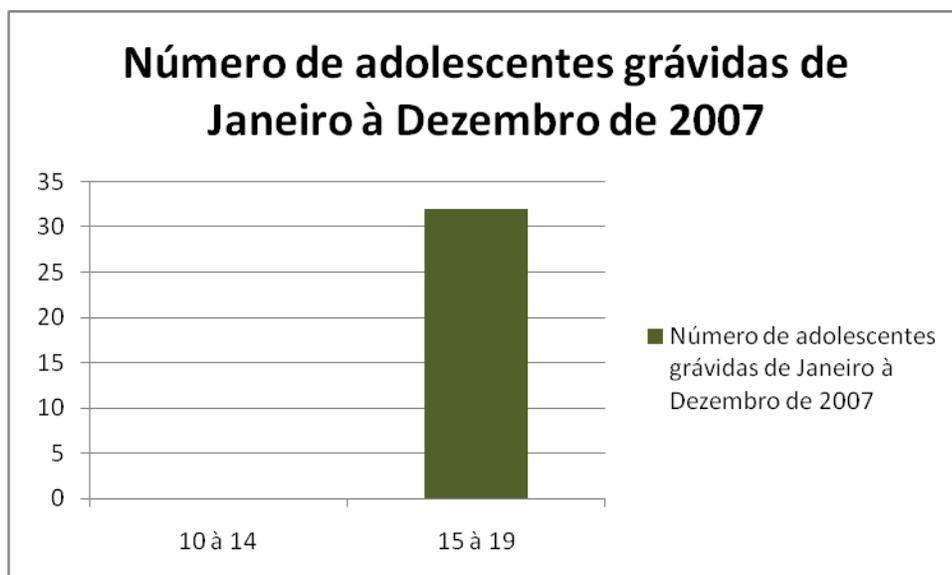


Figura 4: índice de adolescentes grávidas em 2007

De janeiro a dezembro de 2007 passaram pelas unidades de saúde do município 32 adolescentes com idades entre 15 e 19 anos. Nota-se que a cada ano o número de adolescentes que engravidam aumentam. Esse aumento de adolescentes grávidas se dá por falta de informação, ou seja, os pais não se sentem preparados para explicar aos filhos sobre a importância dos uso dos métodos contraceptivos e nem como e quando devem iniciar a vida sexual.

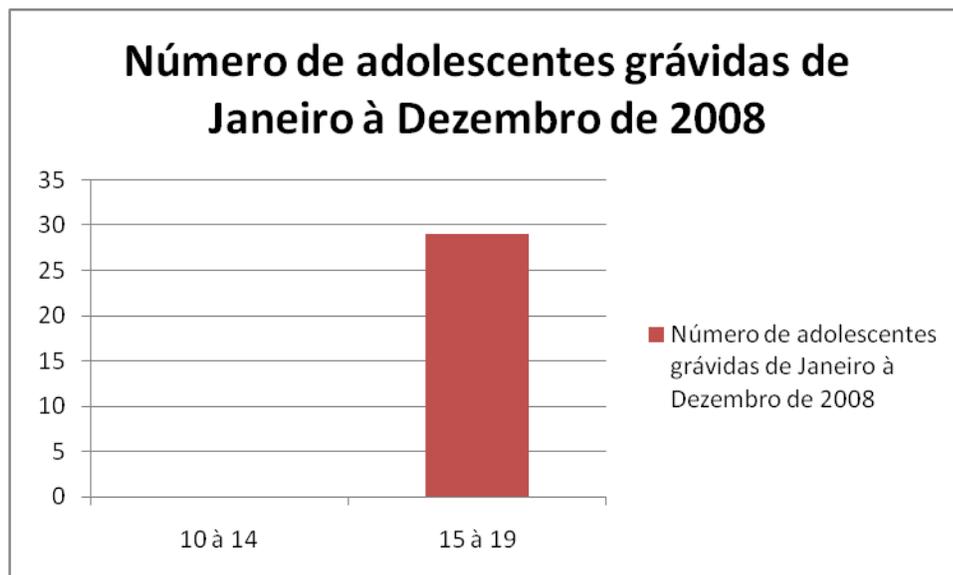


Figura 5: índice de adolescentes grávidas em 2008

Entre janeiro e dezembro de 2008 houveram 29 casos de adolescentes grávidas nas unidades de saúde do município. Apesar de ser um número menor que o ano anterior, estima-se que ainda é grande o índice de meninas que engravidam nessa faixa etária entre os 15 e 19 anos.

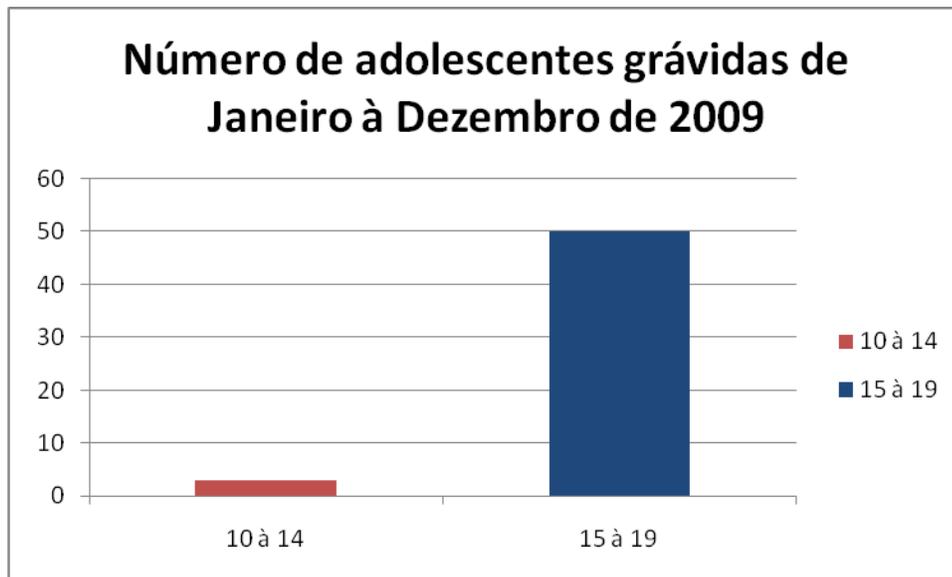


Figura 6: índice de adolescentes grávidas em 2009

De janeiro a dezembro de 2009 houve um aumento preocupante as unidades de saúde, pois além de apresentar um índice de 50 adolescentes com idade entre 15 e 19 anos, surgiram 3 adolescentes com idades entre 10 e 14 anos de idade. Esse fato nos leva a crer que a cada dia as adolescentes iniciam sua vida sexual mais cedo.

Diversos autores apontam para o fato de que o início da atividade sexual tem ocorrido na adolescência. Em estudo concernente à anticoncepção e adolescência observou-se que quanto menor a idade da adolescente ao iniciar a vida sexual, menor a chance de ela estar usando algum método anticoncepcional (MAC) e, conseqüentemente, maior a probabilidade de ficar grávida logo nas primeiras relações (SCHOR, p.2000).

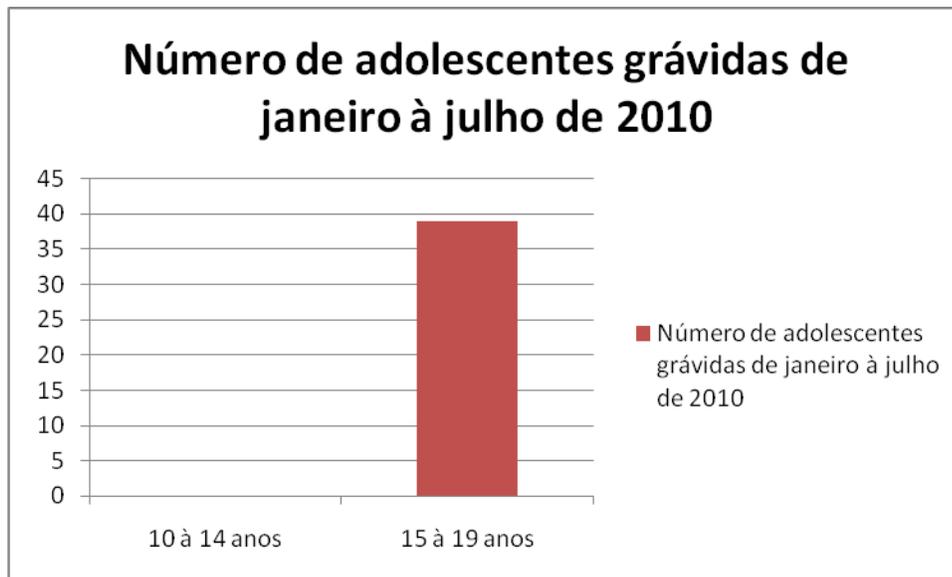


Figura 7: índice de adolescentes grávidas em 2010

De janeiro a julho de 2010, houveram 39 adolescentes grávidas no município. O índice continua alto para essa faixa etária de 15 a 19 anos. As adolescentes necessitam ser informadas e preparadas quanto ao uso de métodos contraceptivos, pois além de evitar a gravidez indesejada, podem evitar o contágio por uma doença sexualmente transmissível.

No que se diz relacionado à mudanças biológicas envolvem desde a idade do advento da menarca até o aumento do número de adolescentes na população geral. Sabe-se que as adolescentes engravidam mais e mais a cada dia e em idades cada vez mais precoces. Sendo a menarca em última análise, a resposta orgânica que reflete a interação dos vários segmentos do eixo neuroendócrino feminino, quanto mais precocemente ocorrer, mais exposta estará a adolescente à gestação. E nas classes econômicas mais desfavorecidas onde há maior abandono e promiscuidade, maior desinformação, menor acesso à contracepção, está a grande incidência da gestação na adolescência (MINISTÉRIO da SAÚDE, 2003).

De acordo Com Cabral (2003) é interessante a informação acerca das razões em jogo na não utilização de contraceptivos na iniciação sexual: dentre as mulheres prevalecem a justificativa do “não esperava ter relação naquele momento”, ao passo que dentre os

homens, a alegação principal é a do “não conhecia nenhum método”, seguida da “não se preocupou com isso” pois a responsabilidade da contracepção é da parceira.

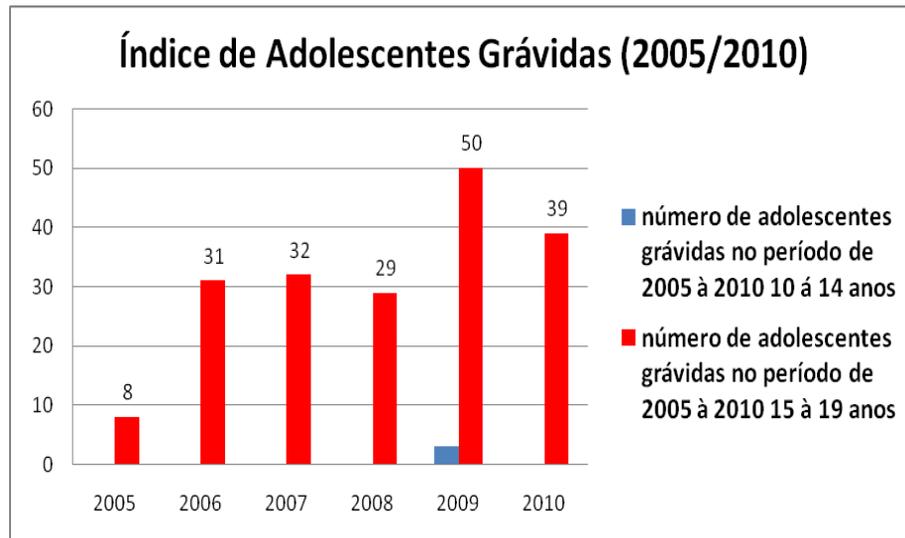


Figura 8: gráfico comparativo de adolescentes grávidas nos últimos 5 anos

Essa figura nos mostra um comparativo de adolescentes que engravidaram entre janeiro de 2005 à julho de 2010, onde podemos perceber que a cada ano aumentam o índice de meninas que engravidam na faixa etária de 10 a 19 anos no município de Palmital.

Uma gravidez indesejada pode levar a adolescente a abandonar os estudos, não apenas por vergonha mas por medo de ser rejeitada, discriminada. Segundo Sabroza et al (2004) um dos motivos que levariam a adolescente grávida a abandonar a escola seria o receio de ser discriminada, uma vez que evidenciar a existência de uma vida sexual ativa nessa faixa etária ainda é um fato pouco aceito pela sociedade .

A gravidez na adolescência, desejada ou não, provoca um conjunto de impasses comunicativos no âmbito social, familiar e pessoal. No âmbito social, lamenta-se as falhas dos programas de educação sexual, que aparentemente mostrava de modo claro

e convincente como iniciar e usufruir com segurança a experiência da sexualidade. No âmbito familiar, a gravidez na adolescência parece indicar dificuldades nas relações entre pais e filhas. No âmbito individual, a jovem gestante se questiona “porque isso aconteceu justamente comigo” e “que será agora de minha vida”. Em outras palavras, a gravidez na adolescência traz sérios problemas para programas de saúde pública, para projetos educacionais, para a vida familiar, e para o desenvolvimento pessoal, social profissional da jovem gestante (DIAS, 2000).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Educação em Saúde é de suma importância para que os adolescentes se conscientizem quanto à importância do uso de contraceptivos e das consequências que uma gravidez pode trazer para vida. Para que o assunto sobre sexualidade não seja esquecido seria fundamental que houvesse uma equipe, com embasamento científico, para que ministre cursos e palestras aderindo de uma forma geral os adolescentes, familiares e recurso humano de formação escolar.

Adolescência e gravidez, quando ocorrem juntas, podem acarretar sérias consequências para todos os familiares, mas principalmente para os adolescentes envolvidos, pois envolvem crises e conflitos. O que acontece é que esses jovens não estão preparados emocionalmente e nem mesmo financeiramente para assumir tamanha responsabilidade, fazendo com que muitos adolescentes saiam de casa, cometam abortos, deixem os estudos ou abandonem as crianças sem saber o que fazer ou fugindo da própria realidade.

O início da atividade sexual está relacionado ao contexto familiar, adolescentes que iniciam a vida sexual precocemente e engravidam, na maioria das vezes, tem o mesmo histórico dos pais. A queda dos comportamentos conservadores, a liberdade idealizada, o hábito de “ficar” em encontros eventuais, a não utilização de métodos contraceptivos, embora haja distribuição gratuita pelos órgãos de saúde públicos, seja por desconhecimento ou por tentativa de esconder dos pais a vida sexual ativa, fazem com que a cada dia a atividade sexual infantil e juvenil cresça e conseqüentemente haja um aumento do número de gravidez na adolescência.

Para muitos destes jovens, não há perspectiva no futuro, não há planos de vida. Somado a isso, a falta de orientação sexual e de informações pertinentes, a mídia que passa aos jovens a intenção de sensualidade, libido, beleza e liberdade sexual, além da comum fase de fazer tudo por impulso, sem pensar nas consequências, aumenta ainda mais a incidência de gestação juvenil.

De acordo com os resultados obtidos nessa pesquisa, surgiu o interesse de aprimorar este trabalho através de entrevistas realizadas com as adolescentes para saber o que levou a gravidez na adolescência e o que mudou na vida social de cada uma delas.

REFERÊNCIAS

ALVES, J.*et all* In: FIGUEIRA, F. **Pediatria instituto Materno** – Infantil de Pernambuco. 3º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004, cap. 09, p. 52 – 57.

AQUINO, *et all*. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, supl.2, p.377-388, jan.2003.

Ministério da Saúde do Brasil. Programa Nacional de DST e AIDs. **Manual de Multiplicador: adolescente/** Ministério da Saúde. Brasília, 2003.

BEBRMAN, *et all*. Contracepção. In: NELSON, G. **Tratado de Pediatria**. 17º ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005, cap. 108, p. 707-711.

BEBRMAN, *et all*. Gravidez. In: NELSON, G. **Tratado de Pediatria**. 17º ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005, cap109, p. 711 -713.

BELO, S. Conhecimentos, atitudes e práticas sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 38, p. 79-87, 2004.

BRANDEN, P. **Enfermagem Materno infantil**, Rio de Janeiro: Reichman & Affonso Editores, 2000.

CABRAL,S. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, supl.2, p.283-292, jan.2003.

CANO, *et all* . Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.2, p.18-24, abr.2000.

DATASUS, Ministério da Saúde. **Informações de saúde**. (acessado em novembro) <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>

DAVIS, A. *et all*. Sistema Reprodutor e a filosofia neonatal. In: ESBIRARD, C.A. **Filosofia Humana**. Porto Alegre: Artmed S.A., 2002, cap. 10, p. 888-903.

DIAS, S. *et all*. Conversas em família, sobre sexualidade e gravidez na adolescência: percepção das jovens gestantes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.13, n.1, 2000.

FREITAS de, B. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.48, n.3, jul-set.2002.

GODINHO, *et all* . Adolescentes e grávidas: *Onde buscam apoio?* **Revista Latino Americana de Enfermagem**. São Paulo, v.8, n.2, p. 25-32, abr, 2000.

GUIMARÃES, E.B. **Gravidez na adolescência: fatores de riscos**. São Paulo: ed. Atheneu, 2001.

HALBE,H *et all*. Epidemiologia e medicina preventiva aplicada à ginecologia. In: Halbe, H.W. **Tratato de ginecologia**. São Paulo: Rocca, v.1. cap.13, 2000, p.102-106.

LOWDERMILK, D. *et all*. Avaliação de Saúde. In: THORELL, A. **O cuidado em Enfermagem Materna**. 5º ed. Porto Alegre: Artimed, 2002, cap. 05, p. 80.

LOWDERMILK, D. *et all*. Contracepção, Infertilidade e Aborto. In: THORELL, A. **O cuidado em Enfermagem Materna**. 5º ed. Porto Alegre: Artimed, 2002, cap. 07, p. 136 - 154.

LOWDERMILK, D. *et all.* Adaptação à paternidade/ maternidade. THORELL, A. **O cuidado em Enfermagem Materna**. 5º ed. Porto Alegre: Artimed, 2002, cap. 18, p. 457.

LOWDERMILK, D. *et all.* Promoção e Prevenção de Saúde. In: THORELL, A. **O cuidado em Enfermagem Materna**. 5º ed. Porto Alegre: Artimed, 2002, cap. 04, p. 57 - 63.

NEME, B. Aspectos Médicos Sociais – Gravidez na adolescência. In _____ **Obstetrícia Básica**. 2º ed. São Paulo: Savier, 2000, cap. 135, p. 1196 – 1201.

NETO, F. *et all.* Gravidez na adolescência: motivos e percepção de adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.3, maio/jun 2007.

NOGUEIRA, A. *et al.* Reações, atitudes e sentimentos de pais frente à gravidez na adolescência. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v.3, n.1, p. 23-32, jan/abr, 2004.

PEDRO, M. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v.23, n.45, julho 2003.

RAMOS, F. Bases para uma re-significação do trabalho de enfermagem junto ao adolescente. In: ____ Ministério da Saúde. *Adolescer: Compreender, atuar, acolher: Projeto Acolher/ Associação Brasileira de Enfermagem*, Brasília: ABEn, p. 11-18, 2001.

ROCHA, C. O acompanhamento do adolescente no meio social. In: ____ Ministério da Saúde. *Adolescer: Compreender, atuar, acolher: Projeto Acolher/ Associação Brasileira de Enfermagem*, Brasília: ABEn, p. 35-37, 2001.

SABROZA, A. *et all.* Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, supl 1, p. 112-120, 2004.

SCHOR, N. *et all.* Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de método anticoncepcionais. **Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 16, n. 2, p. , abr/jun 2000.

SOUZA, R.R. Sistema genital feminine. In:_____ **Anatomia Humana**. Barueri SP: Monole Ltda, 2001. cap. 28, p. 391-399.

SMELTZER, S. *et all.* Histórico e tratamento: problemas relacionado aos processos reprodutivos femininos. In: ____ **Brunner & Sussarth, Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2002. cap.42, p. 1137-1160.

