

PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Déa Mascarenhas Cardozo

Segundo dados do MS o número de partos no Brasil vem decrescendo nos últimos cinco anos. Entretanto, estes mesmos dados apontam que esta diminuição é por conta de mulheres acima de 20 anos de idade. Se formos atentar para estes números veremos que é assustador o crescimento de partos entre as adolescentes brasileiras. Isto sem contar o número de abortos que sabemos ser igual ou até mesmo maior. Segundo dados do IBGE, em 1994 foi de 5 vezes maior o número de adolescentes que deram a luz no Brasil, se compararmos a 1976.

O crescimento do número de mães adolescentes no país nos últimos 18 anos alcança 391% enquanto no mesmo período a população cresceu apenas 42,5%. Um de cada três não tem pai conhecido; 10 de cada 100 crianças são filhos de mães adolescentes. Das jovens que morrem anualmente em processo de reprodução, 30% o fazem por aborto séptico.

Fatores predisponentes:

Biológicos: Maturação biológica precoce/ atividade sexual precoce.

Fatores sócio-culturais: Influência da mídia, pressões do grupo, ausência de projeto de vida, drogas/ álcool.

Menor nível de instrução / maior taxa de fecundidade.

Maior baixa estima/ maior taxa de fecundidade.

Consequências mais frequentes:

Aborto; abandono do filho; maltrato do filho; casamento forçado; abandono de estudos/trabalho; repercussão no jovem pai.

O pai adolescente:

Na maioria dos casos o pai é um adolescente. Se a adolescente não está preparada para ser mãe, tampouco o pai, somada a cultura de que na maternidade adolescente o homem se desliga muito facilmente do seu papel e as gerações passam a ser criadas e orientadas por mulheres. Já desde as consultas, geralmente, as jovens vão acompanhadas das mães, excluindo o lugar do pai adolescente. Esta exclusão vai provocar neles sentimentos de isolamento agravado com juízo de valores: “como vai sustentá-lo?” “Será que é teu?”. Diante da sua família e da sociedade, o jovem também enfrenta no momento da notícia da paternidade todas as suas carências. Ele também tem a dependência familiar afetiva e econômica. Dá-se conta que tem de ser mais produtivo e que deve prover de

alimento outra família. Isto se agrava pela baixa capacitação a esta idade e muitas vezes uma escolaridade insuficiente ou incompleta. Muitas vezes é adotado como um filho-pai dentro das famílias. Este estado de indefinição em relação à companheira é confuso, gera angústia e não tem espaço para falar.

É aí que pode se verificar de que a paternidade inoportuna também tem consequências não desejáveis para o adolescente pai: maior taxa de deserção escolar, trabalhos de menor nível que seus pares, taxa mais alta de divórcio, aumento de stress e maior nível de transtornos emocionais. Por tudo isso é indispensável abrir um espaço preventivo e terapêutico específico para estes jovens.

A prevenção:

Primordial: através de fatores protetores: bom relacionamento família; acesso a educação, à cultura, ao esporte, ao lazer.

Primária: A educação que se inicia na família deve ser prolongada na escola e nos serviços de saúde. Ouvir a família e os adolescentes. Ser continente para suas angústias. Nas consultas, discutir sobre a masturbação, eliminando os mitos e preconceitos e enfatizar os benefícios da prática *masturbatória*.

Secundária: Dirigidas àqueles que já têm vida sexual ativa. Deve contemplar, além da educação sexual, o acesso aos serviços médicos e aos métodos anticoncepcionais.

Terciária: As que já engravidaram devem ter garantido a assistência pré-natal, ao parto, ao puerpério, o RN em serviços especializados e a prevenção de nova gravidez.

Confidencialidade no atendimento de adolescentes

Antes de relacionar os métodos anticoncepcionais mais apropriados para o uso nos adolescentes, faz-se necessário fazer uma pequena abordagem sobre a confidencialidade no atendimento a estes jovens, pois se sabe que é ainda uma dúvida para muitos profissionais, e a razão para existência desta prática é que a confidencialidade facilita o diagnóstico e a prevenção precoce. A confidencialidade é um acordo entre o profissional de saúde e o cliente, no qual as informações discutidas durante e depois da consulta não podem ser passadas a seus pais ou responsáveis sem a permissão do adolescente, pois apoia-se em regras de ética médica. A confidencialidade respeita o cliente como pessoa e seu direito à privacidade ao tempo em que são lembrados os seus direitos com a sua responsabilidade em relação à própria saúde.

Métodos anticoncepcionais

Para a escolha do método deve ser levado em conta: idade, momento evolutivo da adolescente e do parceiro, grau de motivação, condições sócio-econômicas, eficácia, praticidade, reversibilidade, efeitos colaterais e de fácil uso.

Contra Indicação: tromboflebite, AVC, insuficiência hepática, sangramento vaginal anormal, cefaléia não diagnosticada, falcemia ,lupus , hiperlipidemia, CA de mama.

1-Condôm (método de barreira):

- Sempre deve ser indicado.
- Único que protege HIV/AIDS.
- Fácil acesso e sem efeitos colaterais.

Instruções para o usuário:

- *Não guardar em lugar quente porque estragam e podem furar ou romper durante o uso.
- *Não usar se o pacote estiver aberto ou parecer estragado ou ressecado.
- *Não usar óleo ou vaselina. Estragam o condom em segundos. Se for necessária a lubrificação, usar salivas ou secreção vaginal.
- *Observar a data de fabricação e o período de validade.

2-Anticoncepcionais orais combinados:

Etinil-estradiol (35 mcg) +progestágenos (levonogestrel/ gestrodene).
Atuam inibindo a ovulação, alterando o muco cervical, o endométrio e a motilidade das trompas.
Ovulação retorna três meses após interrupção.

Quando devem ser usados:

- *A qualquer momento do ciclo menstrual (certeza de não gravidez).
- *Até o 5º dia do ciclo menstrual (A partir do 6º, associar método de barreira ou abstinência por 7 dias.)

3-ACO de prostágenos (minipílulas):

Acetato de Noretisterona.
* Eficazes quando tomados todos os dias, na mesma hora.
*Não afetam a amamentação.

4- Anticoncepção de emergência

Recomendados para casos de relação sexual desprotegida, ruptura do condom ou em casos de violência sexual.

Como usar:

- *Etinilestradiol (EE) na dosagem de quatro comprimidos de 12 em 12 horas até 72 horas após a relação sexual (dose única fracionada). (Ex. Anfertil, Microvlar, Gynera).
- *Levanogestrel (15 mg) - dois comprimidos- (nove dose única) (Ex. Postinor.)

5-Dispositivo Intra-Uterino (DIU)

Não é recomendado para as jovens em risco de contrair DST isto é, se há promiscuidade.

Apropriado para adolescentes que tenham relação estável, particularmente mães adolescentes que não obtiveram sucesso com outros métodos anticoncepcionais.

Finalizando, gostaria de chamar a atenção dos colegas que a saúde da criança e do adolescente é um compromisso do pediatra. Que devemos nos atualizar para atender e acompanhar o crescimento e desenvolvimento de nossos pacientes, desde o seu nascimento até os vinte anos, idade estipulada pela Organização Mundial de Saúde para o término da fase Adolescência.

BIBLIOGRAFIA:

*Blumenthal,P;McIntosh,N. Guia de Bolso para Provedores de Serviços de Planejamento Familiar- JHPIGO-1995.

*Coll.A in Educación a Distancia en Salud del Adolescente-Enbarazo en la Adolescência.

*Saito,M.I; Leal,M; Silva, L.E.Pediatria (São Paulo).21(2):115-116,1999.

*Silva,B Comitês Técnicos para Desenvolvimento do Manual para a Prestação em Serviços em Saúde Reprodutiva do Estado da Bahia-1998.

As idéias aqui apresentadas são de inteira responsabilidade do autor