



Licenciatura em Ciências Biológicas

CAMILA DE SANTANA SANTOS

**IMPASSES E DESAFIOS DA EDUCAÇÃO SEXUAL NO
PANORAMA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA, NO
NORDESTE BRASILEIRO**

**Paripiranga
2022**

CAMILA DE SANTANA SANTOS

**IMPASSES E DESAFIOS DA EDUCAÇÃO SEXUAL NO
PANORAMA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA, NO
NORDESTE BRASILEIRO**

Monografia apresentada no curso de graduação do Centro Universitário AGES como um dos pré-requisitos para obtenção do título de licenciada em Ciências Biológicas.

Orientador: Fábio Luiz Oliveira de Carvalho

Paripiranga
2022

CAMILA DE SANTANA SANTOS

**IMPASSES E DESAFIOS DA EDUCAÇÃO SEXUAL NO PANORAMA
DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA, NO NORDESTE BRASILEIRO**

Monografia apresentada como exigência parcial para
obtenção do título de licenciada em Ciências Biológicas à
Comissão Julgadora designada pela Coordenação de
Trabalhos de Conclusão de Curso da Ages.

Paripiranga, __28____ de __Junho____ de
__2022____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Fábio Luiz Oliveira de Carvalho
Ages

Prof. Allan Andrade Rezende
Ages

Prof. Dalmo de Moura Costa
Ages

Prof. Fernando José Santana Carregosa
Ages

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir chegar até aqui apesar das dificuldades encontradas durante o percurso, possibilitando que a filha única de mãe solteira e de pele morena, conquistasse esse sonho de concluir o Ensino Superior.

A minha mãe, Rosileide Maria de Santana, que nunca soltou minha mão nos momentos mais difíceis da minha vida, primeiro, quando meu pai sumiu de casa sem dar satisfações, ela teve que ter forças para criar, educar e conduzir sua única filha sozinha, sem apoio, sem ajuda financeira e psicológica; segundo, por não me julgar quando engravidei na adolescência, apesar do choque que a notícia trouxe na época e dos julgamentos da sociedade, sendo que as pessoas a culpavam pelo meu erro, por eu ser mãe solteira; terceiro, por ser a única pessoa que tem me ajudado bastante durante essa caminhada, ao me estimular todas as vezes que pensei em desistir desse sonho que não é só meu, é nosso. Agradeço por me mostrar o propósito da vida e por cuidar dos meus filhos como se fosse os seus.

Aos meus colegas de turma, mais precisamente aos amigos mais próximos Alex Júnior, Janielle Araujo, Ladyla Siqueira, Marilía Santana, Patrícia, Rosely Bonfim e Romaria pelo companheirismo, especialmente nos momentos mais difíceis da minha vida, quando não conseguia encontrar uma saída, eles me aconselhavam e me alegrava.

Aos professores, que me acompanharam nessa jornada, apesar das dificuldades encontradas dia após dia, especialmente a Amanda Rabelo, Ana Karla Montenegro, Aurélia Emília, Daniel Delgado Queissada, Erika Fernanda, Flávia Michelle, Karina Salles, Priscilla Figueiredo, Tiago Rozário e entre outros, que se fizeram presentes durante a graduação. Até aos professores regentes das escolas nas quais desenvolvi os estágios supervisionados, que de certa forma contribuíram bastante para a minha formação acadêmica e profissional, que me fizeram enxergar a importância de lutar todos os dias pela conquista de um sonho, para se tornar real, se o Senhor permitir.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo principal: discutir sobre os desafios da gravidez na adolescência e a educação sexual vivenciada pelos adolescentes, pais e professores. Nota-se que a gestação na adolescência ganhou atenção dos pesquisadores, por se tratar de uma realidade presente em inúmeros países, especialmente nos mais empobrecidos. Observa-se que as implicações e complicações que podem ser desencadeadas com maior frequência nessa fase da vida podem ser amenizadas quando as gestantes procuram realizar o acompanhamento do pré-natal. Os casos de gravidez na adolescência poderiam ser evitados com o uso de métodos anticoncepcionais, que previnem não só a gestação indesejada, mais também as infecções sexualmente transmissíveis, entretanto, a conscientização para o uso desses métodos passa por uma educação sexual eficaz nas escolas com a indispensável participação dos pais. Contudo, diante das inúmeras dificuldades formacionais vivenciadas pelos adolescentes em casa e na escola, o processo da educação sexual acaba não se efetivando, aumentando as chances de problemas vinculados a essa temática.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez na adolescência. Educação sexual. Sexualidade.

ABSTRACT

The present work has as main objective: to discuss the challenges of teenage pregnancy and sexual education experienced by adolescents, parents and teachers. It is noted that teenage pregnancy has gained researchers attention, as it is a reality present in numerous countries, especially in the most impoverished. It is observed that the implications and complications that can be triggered more frequently at this life stage can be mitigated when pregnant women seek to carry out prenatal care. Cases of teenage pregnancy could be avoided with the contraceptive methods use, which prevent not only unwanted pregnancies, but also sexually transmitted infections; however, awareness of these methods use involves effective sex education in schools with the essential parental involvement. However, given the numerous education difficulties experienced by adolescents at home and at school, the sex education process ends up not being effective, increasing the chances of problems linked to this theme.

KEYWORDS: Teenage Pregnancy. Sex education. Sexuality.

LISTAS

LISTA DE FIGURAS

1: Sinais da puberdade	42
2: Facilidades e dificuldades da educação sexual na escola.....	50

LISTA DE TABELAS

1: Número de nascidos vivos por regiões entre adolescentes de 15 a 19 anos de 2015 a 2020	43
2: Intervalo de consulta pré-natal	45
3: Taxas de gravidez e eficácia dos métodos comportamentais, de barreira, hormonais, dispositivo intra-uterino, cirúrgicos e anticoncepcionais de emergência a cada 100 mulheres no primeiro ano de uso.....	46
4: Critérios de escolha e orientação dos métodos.....	49
5: Métodos reversíveis oferecidos pela rede de serviços do SUS	49

LISTA DE GRÁFICOS

1: Número de nascidos vivos em 2015 no Brasil entre adolescentes de 10 a 19 anos	44
--	----

LISTA DE SIGLAS

AE	Anticoncepção de emergência
BPN	Baixo Peso ao Nascer

CID-10	Classificação Internacional de Doenças – décima revisão
CIUR	Crescimento Intrauterino Restrito
DIU	Dispositivo intra-uterino
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
GA	Gravidez na Adolescência
ISE	Implante Subdérmico de Etonorgestrel
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LARC	LongActingReversibleContraception
DSM-IV versão	Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais, em sua quarta versão
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPS	Organização Panamericana de Saúde
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
SIU-LNG	Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel
SINASC	Sistema Nacional de Nascidos Vivos
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TM	Transtornos Mentais
TMC	Transtornos Mentais Comuns
FS	Transtornos Fóbico-Ansiosos também chamados de fobia social
TP	Transtorno de Pânico
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 DESENVOLVIMENTO	13
2.1 Adolescência	13
2.1.1 Mudanças físicas e psíquicas da adolescência	14
2.2 Gravidez na adolescência	16
2.3 Implicações da gravidez na adolescência	18
2.3.1 Complicações biológicas e a importância do pré-natal	18
2.3.2 Complicações sociais e econômicas	22
2.3.3 Complicações familiares	23
2.3.4 Complicações psicológicas	27
2.4 Importância dos métodos	33
2.5 Impasses e desafios da educação sexual	36
3 METODOLOGIA	40
3.1 Tipo de pesquisa	40
3.2 Procedimentos metodológicos	41
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	42
4.1 Gestação na adolescência entre as regiões brasileiras segundo o SINASC	42
4.2 Cronograma de intervenção das consultas de pré-natal	45
4.3 Falha e eficácia dos métodos contraceptivos e/ou anticoncepcionais	45
4.4 Critérios de escolha e orientação dos métodos contraceptivos e/ou anticoncepcionais	48
4.5 Distribuição dos métodos contraceptivos e/ou anticoncepcionais	49
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	52
ANEXOS	60

1 INTRODUÇÃO

Juridicamente abordando, a adolescência apresenta-se como um período do desenvolvimento humano de durabilidade muito curta, estabelecido entre a infância e a idade adulta, é uma fase da vida que tanto as meninas como os meninos desenvolvem inúmeras mudanças, constantemente, de forma rápida e profunda, de cunho físico e psicológico. Que pode ser agravada com o surgimento de uma gravidez indesejada, ainda nesse período da vida, a depender da classe social a qual os adolescentes estejam inseridos, podendo, assim, iniciarem a vida sexual precocemente, como mostram diversos estudos publicados até então (TABORDA et. al., 2014).

Por esta razão, Carvalho e Barros (2000) discutem que a adolescência é um período da vida que requer muita atenção às mudanças físicas e psicológicas, que são acompanhadas de alterações emocionais e biológicas, que podem ocasionar problemas futuros a curto e longo prazo, especialmente, devido ao amadurecimento do sistema reprodutor e das alterações hormonais dos adolescentes, impondo o surgimento da sexualidade na adolescência.

Assim, tais mudanças desenvolvidas nessa fase, provocam grandes influências no comportamento dos adolescentes, que passam a vivenciar um período conturbado, marcado pelo começo do namoro, das brincadeiras e dos tabus, que podem trazer complicações imediatas e futuras ao emocional deles. Mediante os diversos fatores preocupantes, como é a gravidez desejada ou indesejada nessa fase da vida, resulta em uma série de riscos e sofrimentos enfrentados, tanto pelos adolescentes, como pelos seus pais, que acreditam que suas filhas não estão preparadas para lidar com essa nova realidade que requer muita responsabilidade (TABORDA et al., 2014).

Concebida atualmente como um problema de saúde pública, ocasionado pelos riscos e consequências imediatas e futuras, que podem ser detectados e evitados através de um acompanhamento pré-natal ao obter necessariamente no mínimo seis meses de acompanhamento, realizado no posto de saúde por um médico ou enfermeiro (PEIXOTO, 2014), que presta assistência as adolescentes gestantes de forma continuada durante o pré-natal e o primeiro ano de vida da criança de forma ideal, quando a equipe multidisciplinar busca realizar atendimentos individuais ou em grupo fazendo uso de diversas estratégias a fim de obter resultados eficazes em ambas as fases (BOUZAS; MIRANDA, 2004).

Quando as adolescentes buscam fazer o acompanhamento pré-natal, embora tenham ingressado tardiamente, é comprovado que muitos riscos obstétricos podem ser minimizados através de tal acompanhamento, visto que, a gravidez na adolescência pode manifestar diversos riscos relacionados aos aspectos clínicos, culturais, obstétricos e socioeconômicos (BOUZAS; MIRANDA, 2004). Como pode manifestar grandes implicações biológicas, sociais, econômicas, familiares e psicológicas (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Nesta perspectiva, Cerqueira-Santos et al. (2010), ressaltam que a gravidez na adolescência é uma problemática atual, visto que, as taxas de fecundidade na adolescência é uma realidade que vem aumentando gradativamente nos últimos anos, quando comparada com as taxas de fecundidade em mulheres adultas, presentes em todas as classes sociais, especialmente nos países mais pobres como a América Latina, ocasionada pela falta de orientação adequada no período da adolescência a respeito da educação sexual, diante dos impasses e desafios desencadeados no contexto familiar e escolar (GONÇALVES; FALEIRO; MALAFAIA, 2013).

Quando os pais privam seus filhos de determinados assuntos relacionados à educação sexual, tidos como proibidos pelos adultos, ao acreditarem em crenças que o diálogo é uma influência para o ato sexual, eximem-se de suas responsabilidades no momento de educar seus filhos sexualmente, seja pela falta de disponibilidade, conhecimento, habilidade, ou competência necessária no momento de colocar a educação em prática, para que futuramente eles possam desfrutar de sua sexualidade de maneira responsável, a ponto de adiarem sua prática sexual, como vai reduzir e interferir na quantidade de casos de gravidez não planejada na adolescência (GONÇALVES; FALEIRO; MALAFAIA, 2013).

Diante dessa realidade, não podemos negar a importância do professor não só como mero transmissor do conhecimento, mas como orientador que dedica sua vida ao ensino incansavelmente, com dignidade, comprometimento e afetividade, em diversas situações da vida (LIMA, 2013; POSITIVOS, 2017).

Assim, pode-se dizer que a implementação da sexualidade como tema transversal nas escolas tem contribuído não só para o bem-estar das crianças e adolescentes, como na vivência da sexualidade que se manifesta de diversas formas desde o nascimento da criança até a morte do indivíduo, ao vivenciarem fortes influências presentes em várias fontes de informação (BRASIL, 1997). Nesta perspectiva, os casos de gravidez na adolescência têm sido uma realidade desafiadora não só para escola, como para o corpo docente que tem que planejar e (re)planejar, pensar e (re)pensar em todo o processo de ensino-aprendizagem,

adotando novas estratégias de ensino para que possam lidar com diversas situações existentes no ambiente escolar ou familiar dos alunos, durante a adolescência.

Esta é tida como uma fase de transição, na qual inicia-se o amadurecimento do sistema reprodutor e das alterações hormonais dos adolescentes que desejam viver como adultos, e acabam vivenciando uma fase conturbada, marcada pelo surgimento de grandes mudanças que podem desencadear problemas futuros a curto ou a longo prazo. Como o surgimento de uma gravidez desejada ou indesejada, fruto da falta de educação sexual, que deveria ser trabalhada no ambiente familiar e escolar dos alunos, que contribui para o desenvolvimento e para conscientização dos jovens referente às implicações biológicas, sociais, econômicas, familiares e psicológicas.

Assim, é possível afirmar que a gestação precoce é um acontecimento inesperado que expõe as adolescentes gestantes a várias complicações e/ou implicações biológicas, sociais, econômicas, familiares e psicológicas que acometem a saúde da gestante e do recém-nascido, em diversas fases da vida, seja durante a gestação, o parto e/ou o pós-parto, quando tais adolescentes experimentam a sexualidade de forma precoce, sem fazer uso de métodos contraceptivos e/ou anticoncepcionais, nessa fase de transição. Diante desta realidade, quais são os impasses e desafios da educação sexual no panorama da gravidez na adolescência, no Nordeste brasileiro?

O presente trabalho tem por objetivo principal: avaliar os impasses e desafios da educação sexual no panorama da gravidez na adolescência no Nordeste brasileiro e suas implicações biológicas, sociais, econômicas, familiares e psicológicas desenvolvidas a curto e longo prazo, tendo como objetivos específicos: conceituar a adolescência mediante as mudanças de cunho físico e psicológicas; caracterizar a gravidez na adolescência no Nordeste brasileiro; discutir as principais complicações e/ou implicações da gestação precoce; descrever a importância dos métodos contraceptivos e/ou anticoncepcionais neste contexto; abordar a importância da educação sexual dentro do contexto familiar e escolar.

Assim, com o presente estudo foram testadas as seguintes hipóteses:

H1- a adolescência é uma fase de transição da infância para a vida adulta, que expõe os adolescentes a várias mudanças físicas e psíquicas, visíveis e invisíveis, que podem ser influenciadas constantemente, a qualquer momento pelos fatores internos e/ou externos do desenvolvimento humano, descritos como fatores de natureza biológica, social e cultural, pelos teóricos e educadores, bem como, pela ocorrência da gestação precoce;

H2- a gravidez na adolescência se tornou um problema social de saúde pública, que ganhou atenção dos pesquisadores, mediante as implicações/complicações biológicas, sociais,

econômicas, familiares e psicológicas que desencadeiam uma rede de causalidade específica ou não dessa fase, que acomete a saúde da mãe e do bebê durante a gestação, o parto e o pós-parto;

H3- tais implicações/complicações desenvolvidas nessa fase da vida são frutos da falta de exploração, diálogo, orientação e informação adequada sobre a educação sexual emancipatória no ambiente familiar e escolar, diante dos impasses e desafios vivenciados pelos pais e professores, ao trabalhar/abordar sobre a temática.

Diante deste cenário, é importante destacar a relevância da educação sexual emancipatória no ambiente escolar e familiar dos alunos, pelos pais e professores, para que ambos possam explorar e/ou dialogar sobre a temática, destacando os riscos e as consequências da prática sexual precoce, que expõe os jovens e adolescentes a várias situações de riscos, como a gestação precoce e suas complicações/implicações, e as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) decorrentes da prática sexual.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Adolescência

Para Piovesan et al. (2018), o desenvolvimento humano é dividido em oito períodos de transição rápida marcado pelo surgimento de grandes mudanças variáveis ao longo da vida, desde sua concepção até sua morte, são as mudanças qualitativas que ocorrem em relação ao tipo, estrutura e organização das mudanças ocorridas, e mudanças quantitativas que ocorrem em questão de números/quantidade, em cada período da vida, classificados como: pré-natal, primeira infância, segunda infância, terceira infância, adolescência, jovem adulto, meia-idade, e terceira idade.

Deste modo, Eisenstein (2005) ressalta que a adolescência é uma das maiores fases do desenvolvimento, na qual os adolescentes passam da infância para idade adulta. Embora existam várias divergências em relação à idade de início e término dessa fase (PIOVESAN et. al., 2018). Pelos limites cronológicos definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização das Nações Unidas (ONU) e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Dividida em fases menores, como: pré-adolescência, adolescência e juventude pela OMS, ao determinar que a adolescência se inicie aos 10 anos e finda aos 19 anos completos. Walon e Freud afirmaram que não é a idade que determina o início ou término da adolescência, mas as “características físicas, psicológicas e emocionais, além das variáveis contextuais (social, histórica, econômica, etc)” que surgem no início da puberdade (PRADO, 2015, p.30). Quando o corpo do adolescente começa a demonstrar as mudanças rápidas e desproporcionais, visíveis nos dois primeiros anos anteriores e posteriores à puberdade (SANTOS; NOGUEIRA, 2009).

Assim, é importante destacar que tais fases ou estágios apresentam várias características próprias que podem ser diferenciadas pelos aspectos cognitivos ou mentais, emocionais ou afetivos, sociais ou das interações do desenvolvimento humano, didaticamente divididos e pelas funções desenvolvidas em cada etapa da vida, diante de suas respectivas características (XAVIER; NUNES, 2015).

Nesta perspectiva, Brasil et al. (2006) definem que a cronologia apresentada pelos limites cronológicos, “não delimita a adolescência, mas nos permite refletir sobre as

demandas bio-psico-sociais que interagem na construção da identidade e da ação do adolescente no mundo contemporâneo, sendo ponto inicial para a convergência das definições do processo de adolecer” (BRASIL, et al., 2006, p.378).

“O processo de aquisição da identidade dos adolescentes” pode ser dividido em três períodos de mudanças, classificados como: período da puberdade, da meia adolescência e do final da adolescência, e exige que os adolescentes se adaptem as elaborações de luto existente pelo corpo infantil, pelo papel e pela identidade infantil, pelos pais da infância (NEIVA et al., 2004).

2.1.1 Mudanças físicas e psíquicas da adolescência

Do ponto de vista físico e psicológico a “adolescência é a fase mais complexa e dinâmica” do indivíduo, que pode ser acometida por vários tipos de transtornos mentais de conduta, de humor, de uso de substâncias psicoativas, de ansiedade e de psicóticos, característicos dessa fase de agitação. Muito confundida com as psicopatologias desencadeadas pela junção de vários fatores de risco, tidos como: fatores familiares e situacionais; fatores sociais; fatores genéticos e vulnerabilidade biológica; e fatores de personalidade, que contribuem significativamente para o surgimento de transtornos mentais, que podem ser diagnosticados através do processo de avaliação psicológica (SOUZA; RESENDE, 2012, p.96).

Nesse período da vida, o transtorno de conduta pode ser facilmente confundido pelo comportamento inadequado, violento, agressivo e/ou desafiador típico dessa fase de agitação, desenvolvido tanto pelas crianças, como pelos adolescentes de classe social desfavorável, que vivenciaram vários fatores de risco, por certo período de tempo. Segundo pesquisas, especialmente quando tais comportamentos tornam-se repetitivos e persistentes em um período mínimo de seis meses (SOUZA; RESENDE, 2012).

A aplicação de medidas socioeducativas de internação ou de proteção cabíveis, prevista pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/90), vai depender do comportamento da criança e do adolescente, e do diagnóstico para transtornos mentais ou de conduta que deixa os adolescentes incapazes de entender o caráter ilícito de seus comportamentos (SOUZA; RESENDE, 2012).

Tais transtornos podem ser desencadeados a qualquer momento, ou em qualquer fase da vida a depender das condições de vulneráveis a qual a pessoa se encontra, diante dos fatores influenciadores ligados a: “hereditariedade, os problemas familiares (violência e falta de afeto), as experiências traumáticas (abuso sexual na infância, as situações de desastres e tragédias coletivas), o abuso de substâncias que agem no cérebro, o abuso de álcool e outras drogas”, que podem causar vários problemas durante a vida ao afetar “o pensamento, os sentimentos, as sensações, e o modo como nos relacionamos com os outros e com o mundo” quando as funções psíquicas dos indivíduos não estão reagindo adequadamente (TOLEDO, 2011, p.05).

O uso e o abuso de substâncias químicas e a imaturidade, estão entre os comportamentos de risco mais comum, que podem afetar o bem-estar físico e mental dos adolescentes, ao desencadear vários problemas de saúde, associados à pobreza e ao estilo de vida, específicos da forma física, das necessidades de sono, dos transtornos da alimentação (obesidade/excesso de peso, anorexia e bulimia nervosa), do uso e abuso de drogas, da depressão, das altas taxas de mortalidade (decorrentes de acidentes com automóvel, armas de fogo, ferimentos não intencionais, homicídio e suicídio, fruto da inexperiência e imaturidade dos adolescentes), e das alterações físicas da puberdade (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Assim, Xavier e Nunes (2015, p.40) destacam que as transformações físicas da puberdade “são relativas ao crescimento (ganho de peso, altura, massa muscular) e ao desenvolvimento (ovários/espermatozoides, etc.)”.

Brasil et al. (2006) destacam que o termo comportamento de risco:

Refere-se às ações que se caracterizam como ameaças ao desenvolvimento saudável que o adolescente pode alcançar superando situações aversivas, que segundo a Teoria dos Sistemas Ecológicos não são isoladas, mas integradas a vivência dos processos proximais, ou seja, nas interações estabelecidas com pessoas, objetos e símbolos através de atividades cotidianas, de desempenho de papéis e da internalização de significados, tanto no seu microsistema, quanto na integração deste com o meso e macro sistemas (BRASIL, et. al., 2006, p.378).

Nesta perspectiva, Costa et al. (2018) destacam que tais problemas mentais podem ser identificados pelos profissionais de saúde através de investigações realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), ao utilizar questionários sociodemográficos, para obter as informações adicionais necessárias, antes do provável diagnóstico. Basta ficar atento à duração e à intensidade dos sintomas vivenciados para concluir o diagnóstico e perceber que a ansiedade e a depressão estão se tornando cada vez mais comum (PASSOS, 2019).

Apesar das dificuldades apresentadas pelos psicólogos, não só em diagnosticar os problemas mentais, como na “realização de um tratamento adequado para a problemática manifestada” tanto na infância, como na adolescência, por se tratar de uma fase repleta de mudanças, na qual os adolescentes apresentam comportamentos que influenciam no desenvolvimento de diversos transtornos mentais e situações de risco, a ponto de torna-se um problema social de saúde pública com alta taxa de prevalência atualmente (MORAIS et al., 2012, p. 370).

Como mostra os relatórios divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que buscam indicar os tipos de transtornos mentais desenvolvidos ao longo da vida, nas diferentes fases do desenvolvimento humano, visto que, os principais transtornos são categóricos do desenvolvimento psicológico, de comportamento e emocionais (THIENGO et al., 2014).

2.2 Gravidez na adolescência

Camacho et al. (2010), afirmam que a gestação é um fenômeno diferenciado. Que ganhou atenção dos pesquisadores em meados do século XX, quando sua magnitude e amplitude tornaram-se um problema social e de saúde pública, tanto no Brasil, como nos países em desenvolvimento (DIAS; TEIXEIRA, 2010; XIMENES NETO et al., 2007). “Evidenciado pela falta de educação sexual, planejamento familiar e pelo uso errôneo de métodos contraceptivos” (NASCIMENTO et al., 2011, p. 42).

A gravidez na adolescência tornou-se um acontecimento habitual aos padrões culturais e aos costumes vigentes, no qual as adolescentes e seus filhos são mais vulneráveis a desenvolver vários riscos tanto físicos, como psicológicos e sociais, em função do processo de amadurecimento e desenvolvimento (BERETTA et. al., 2011).

Nessa perspectiva, Ximenes Neto et al. (2007) ressaltam que o surgimento da gravidez na adolescência está relacionado ao desajustamento social, familiar e escolar. No qual os adolescentes podem enfrentar momentos de crises e conflitos, podendo permanecer fortalecidos ou encarar momentos difíceis, como tentativas de aborto e/ou suicídio.

Com proporções frequentes e alarmantes no Brasil entre adolescentes menores de 20 anos, durante décadas, a gravidez na adolescência expõe os adolescentes a situações de risco biopsicossocial em virtude de várias consequências biológicas, cognitivas, emocionais e

sociais negativas (DIAS; TEIXEIRA, 2010). Visto que, a quantidade de casos de mulheres grávidas no período da adolescência no Brasil apresenta uma estimativa de aproximadamente 20 a 25% do total, com média de uma adolescente grávida a cada cinco casos de gravidez registrados nas redes públicas de saúde (CERQUEIRA-SANTOS et al., 2010).

Embora as taxas de fecundidade tenham entrado em declínio na década de 1970 e persistido durante décadas, em 1997 dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC), passou a exibir grande visibilidade social em relação ao aumento relativo às taxas de fecundidade e nascimento em mães adolescentes menores de 20 anos (MENESES et al., 2008). Quando o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) passou a preencher fichas de declaração de nascidos vivos e acompanhar os dados estatísticos obrigatoriamente, depois de ter sido criado pelo Ministério da Saúde, em 1990 (COSTA et al. 2011).

A gravidez na adolescência é uma realidade presente em todo Brasil, com maiores destaques no Nordeste brasileiro, segundo dados nacionais de distribuição demográfica, evidencia-se que 32% dos nascidos vivos em 2015 eram filhos de mães adolescentes, seguida da região Sudeste com quase 32%, Norte com 14%, Sul com 11% e Centro-Oeste com 8% (AZEVEDO, 2018).

A gestação na adolescência é um fenômeno presente em todos os estratos populacionais, que “ocorre de forma bastante distinta não apenas nas diversas regiões do país, mas também nos vários grupos sociais [apesar de] ocorrer com maior frequência nos grupos mais empobrecidos (HOGA et al., 2010, p.152), nos quais, “há indícios de que a gravidez precoce ocorre preferencialmente em regiões com presença de grandes desigualdades sociais, em áreas caracterizadas por miséria e pobreza e em grupos sociais desfavorecidos” (RIOS et al., 2007, p.08).

Fruto da liberdade sexual conquistada pela sociedade atual, depois de ter “passado por profundas mudanças em sua estrutura”, só que a falta de responsabilidade, limite e imaturidade decorrente da pouca idade dos adolescentes, banalizou o sexo e aumentou drasticamente os casos de gravidez na adolescência tanto desejada quando os adolescentes idealizaram independência e liberdade (SANTOS; NOGUEIRA, 2009, p.51), como indesejada ocasionada pela falta de conhecimento e cuidado na prevenção, que pode ser consequência do temor dos jovens em contar aos seus pais que iniciaram a vida sexual (TABORDA et al., 2014; PAUCAR, 2003). Situação essa, que merece destaque ao se fazer presente em várias obras, embora não seja o único motivo real que leva as adolescentes a engravidar nessa fase da vida (SANTOS; NOGUEIRA, 2009).

2.3 Implicações da gravidez na adolescência

2.3.1 Complicações biológicas e a importância do pré-natal

A gestação na adolescência é um fenômeno que contribui na elevação e na prevalência de várias complicações e/ou implicações maternas, fetais e neonatais, que podem se “agravar em problemas socioeconômicos existentes [mediante a] interação de fatores biológicos, sociais, psicológicos, culturais e econômicos”, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (AZEVEDO, 2019, p.01).

Dias e Teixeira (2010) acreditam que as complicações biológicas da gravidez na adolescência estão associadas a diversos comportamentos de risco dos adolescentes e a falta do acompanhamento pré-natal que protege a saúde da gestante e do recém-nascido.

Contra possíveis complicações decorrentes da imaturidade anátomo-fisiológica (baixo peso ao nascer, prematuridade), da toxemia gravídica (pré-eclâmpsia, eclâmpsia, convulsão, coma e o alto risco de morte materna e infantil), dos problemas no parto (prematuro, demorado, com necessidade de cesárea, risco de ruptura do colo do útero), das infecções urogenitais, da anemia, e do retardo do desenvolvimento uterino, que podem acometer a saúde da mãe e do bebê, durante a gestação na adolescência, visíveis em várias obras (COSTA; HEILBORN, 2006; OLIVEIRA, 1998).

Entre outros fatores agrupados em “relação ao evoluir da gestação, do parto e das condições do recém-nascido” que caracterizam o risco gravídico, segundo Peixoto. Ao listar no manual de assistência pré-natal que os fatores individuais e as condições socioeconômicas desfavoráveis; estão entre os principais fatores relacionados à gestação, assim como: a história ginecológica e obstétrica (história reprodutiva, as doenças maternas prévias ou concomitantes e a gestação atual) listadas na obra (PEIXOTO, 2014, p.115).

Especialmente, quanto tais problemas de saúde estão associados à ausência de várias condições de higiene, de habitação, de alimentação e de saúde adequada, fruto das condições socioeconômicas precárias vivenciadas por uma boa parcela da população de adolescentes durante a gestação, em seu estado de pobreza (DIAS; TEIXEIRA, 2010). Que expõe a mãe adolescente e o bebê a várias complicações inesperadas durante a gestação, o parto e o pós-parto (DUARTE et al., 2018).

Neste viés, Carvalho e Barros (2000) discutem que a anemia, as doenças hipertensivas específicas da gravidez, as doenças sexualmente transmissíveis, as infecções, as distocias, os altos índices de morbimortalidade perinatal, e os altos índices de baixo peso ao nascer, estão entre as complicações clínicas que afetam as adolescentes grávidas com maior frequência.

Tais complicações desencadeiam uma rede de causalidades específicas ou não dessa fase, que podem ser agravadas durante a gestação precoce, e/ou amenizadas, quando as adolescentes procuram os serviços de saúde com antecedência para realizar um acompanhamento pré-natal adequado, visto que, as mães adolescentes apresentam maior probabilidade de morte durante a gestação e o parto, e de gerar filhos com baixo peso ao nascer ou prematuro que “venham a falecer no período perinatal” (COSTA; HEILBORN, 2006, p.33; OLIVEIRA, 1998).

Nessa perspectiva, os autores ressaltam que o baixo peso ao nascer e a prematuridade, permanecem como principais fatores influenciadores da morbimortalidade infantil, que acometem os bebês filhos de mães adolescentes com maior probabilidade, diferente dos bebês filhos de mães adolescentes maiores de 20 anos, durante o primeiro ano de vida, como mostra os relatórios divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), decorrentes da imaturidade anátomo-fisiológica da gravidez precoce (COSTA; HEILBORN, 2006; OLIVEIRA, 1998).

Rodrigues e Santos (2017) destacaram que “aprematuridade e o crescimento intrauterino restrito (CIUR) são dois fatores que, associados ou isolados, resultam em nascimento de recém-nascidos” com baixo peso ao nascer (BPN), que “é um indicador de saúde essencialmente relevante entre os fatores associados à morbimortalidade perinatal” (RODRIGUES; SANTOS, 2017, p.147).

Diante desta situação é importante destacar que adolescentes entre 15 e 19 anos de idade apresentam maiores riscos de complicações e mortalidade materna, diferente dos adolescentes maiores de 20 anos, embora seja evidenciado que a mortalidade materna e perinatal podem não estarem relacionadas tanto a própria gravidez, quanto ao parto e ao puerpério (RODRIGUES; SANTOS, 2017).

Oyamada et. al. (2014, p.42) ressaltam que segundo a OMS “a mortalidade materna [...] é uma das maiores complicações que a gravidez na adolescência pode oferecer. Trata-se da morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término desta”, cujas causas estejam associadas a eclampsia, hemorragia e infecções. Ou a outras causas básicas relacionadas ao ciclo gestatório, que pode ser agravado pela própria gestação ou pelas medidas tomadas em relação à gestação (COSTA et al., 2002).

Neste viés, Oyamada et. al. (2014) destacam que a eclampsia, a hemorragia e as infecções estão entre as maiores causas de mortalidade materna que se subdivide em obstétrica direta e/ou indireta e são responsáveis por cerca de 50% de todos os óbitos no mundo.

A morte materna obstétrica direta é a resultante de complicações obstétricas gestacionais, no parto ou no puerpério, derivadas de interações, omissões, iatrogênicas ou de eventos resultantes de quaisquer causas mencionadas. Já a morte materna obstétrica indireta é a resultante de doenças pré-existentes ou que se desenvolveram durante a gravidez e não decorrentes de causas obstétricas diretas, mas agravadas pela gestação (OYAMADA et al. 2014, p.43).

Representando, assim, um grave problema de saúde em vários países do mundo segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) com altas taxas de morte seja ela obstétrica (direta e indireta) ou não obstétrica (acidentais e incidentais), apesar dos meios de conhecimento necessário que visam evitar/remover os riscos relacionados à concepção há várias décadas, por meio de uma “boa assistência pré-natal, perinatal (parto) e pós-natal imediata (puerpério)” (COSTA et al., 2002, p.456).

Na análise multivariada, descrita por Picanço (2015) a “morbimortalidade neonatal não parece estar associada à idade materna, mas a outros fatores sociais e ambientais envolvidos, [...] como: o ser mãe solteira; ter menor nível de escolaridade e realização de menor número de consultas pré-natal” (PICANÇO, 2015, p.44).

Dessa forma, visa-se obter informações gerais dos pacientes logo nas primeiras consultas, bem como os resultados dos exames realizados nas consultas subsequentes de retorno que precisam ser registradas no prontuário e no cartão da gestante frequentemente de acordo com o calendário de consultas, visando obedecer à programação inicial e ao calendário de seguimento, tendo em vista que, tais registros têm facilitado a “assistência adequada em situações de atendimento de urgência e no momento do parto”, quando é mantido atualizado e legível, visando reavaliar as informações gerais e os riscos gestacionais que podem ser diagnosticados a qualquer momento, através de exames subsidiários, recomendados de acordo com o trimestre da gestação (PEIXOTO, 2014, p.62).

A reavaliação dos riscos gestacionais nas consultas de retorno ajuda a detectar a presença de algumas anomalias clínicas ou obstétricas desenvolvidas nesse período de forma precoce, do mesmo modo que, “permite a adoção – também precoce – de medidas de controle e eventuais encaminhamentos para unidades de atendimento com maior potencial de resolutividade”, quando o organismo materno desencadeia respostas que ultrapassam o limite

fisiológico em decorrência do processo de adaptação, deixando de ser considerada uma gestação de baixo risco ou risco habitual, para ser classificada como gestação de alto risco (PEIXOTO, 2014, p.64).

Avanzi et. al. (2019, p.56) destacam que a assistência pré-natal é “uma das mais antigas ações desenvolvidas pelos serviços públicos de saúde” quetem por objetivos:

Diagnosticar enfermidades maternas preexistentes, tratando-as de modo a reduzir seu impacto sobre a evolução e resultados; acompanhar a evolução da gravidez observando as condições da gestante, o desenvolvimento e as condições do feto; diagnosticar e tratar as intercorrências gestacionais adotando medidas preventivas recomendadas para proteção da gestante e do feto, preparando a primeira para o parto e para o aleitamento abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (AVANZI et. al. 2019, p.56)

Que tem como finalidade: prestar assistência às adolescentes gestantes logo no início da gestação, até o primeiro ano de vida da criança, pelos profissionais de saúde através dos programas de atenção à gestação e ao puerpério(BOUZAS; MIRANDA, 2004). Como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) elaborado em 1984, a Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher (PNAISM) publicado em 2003, e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) lançado em 2000 no contexto da PAISM, elaborados pelo Ministério da Saúde que visam ampliar e prestar assistência à saúde da gestante (LEITE et al., 2014).

Só que a maioria dos programas desenvolvidos tem contrariado o modelo ideal que consiste no “acompanhamento continuado das adolescentes por equipes multidisciplinares, envolvendo médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e nutricionistas, sob a forma de atendimento individual e de grupo”, quando foca sua atenção ao período da gestação e ao puerpério imediato (BOUZAS; MIRANDA, 2004, p.29).

Diante desse cenário, o Manual de Assistência pré-natal ressalta a importância do acompanhamento pré-concepcional, que tem como finalidade oferecer orientações gerais adequadas à alimentação, ao tabagismo, ao álcool, às drogas, aos medicamentos em uso, ao esquema de vacinação e ao controle de peso. “Aliada a essas medidas de ordem geral, a orientação pré-concepcional favorece a solução de dúvidas e mitos e oferece um esclarecimento inicial na tentativa de amenizar as preocupações do casal, permitindo uma gestação mais tranqüila” (PEIXOTO, 2014, p.20).

2.3.2 Complicações sociais e econômicas

Em termos sociais existem várias controvérsias relacionadas à gravidez e à evasão escolar anterior ou posterior a ocorrência desse fenômeno na adolescência, uma vez que, a gravidez na adolescência “pode estar associada com pobreza, evasão escolar, desemprego, ingresso precoce em um mercado de trabalho não-qualificado, separação conjugal, situações de violência e negligência, diminuição das oportunidades de mobilidade social, além de maus-tratos infantis” (DIAS; TEIXEIRA, 2010, p.125).

A gravidez na adolescência é tratada muitas vezes como uma situação vexatória pelos próprios pais dos adolescentes, como pelos professores e diretores da escola ao acreditarem que “a gravidez, neste momento da vida, diminui as oportunidades da adolescente e dificulta ou mesmo impossibilita aproveitar as experiências que a juventude poderia lhe proporcionar”, ao observarem várias pesquisas que a gestação na adolescência pode influenciar na evasão escolar anterior e/ou posterior ao fenômeno, como pode fortalecer a permanência dos jovens na escola (DIAS; TEIXEIRA, 2010, p.125).

Não é a gravidez em si que provoca a evasão escolar, mas a vergonha social pelos possíveis julgamentos dos professores e colegas (NASCIMENTO et al., 2011), como também a falta de incentivo dos familiares e a falta de interesse dos jovens (PONTES et al., 2012).

Nessa perspectiva, Silva et al. (S.A) relatam que muitos pais ajudam os filhos a tomar essa decisão na intenção de esconder a gravidez dos adolescentes, muitas vezes considerada vergonhosa pelos pais dos adolescentes, que acabam abandonando a escola diante dessa situação vexatória que atinge tanto as meninas que precisam cuidar dos serviços domésticos da casa e do bebê, quanto os meninos que partem em busca por trabalho para manter a nova família, em um trabalho informal sem direitos trabalhistas (SILVA et al., S.A.).

Diante desta situação, é importante destacar que “a maternidade e paternidade são momentos do ciclo de vida familiar que exigem responsabilidades legais e socioeconômicas perante o filho gerado, além da obrigação de responder pela ação própria” (AZEVEDO, 2019, p.02)

Ao observar a ocorrência da gravidez na adolescência nas camadas sociais média, alta e baixa, foi possível perceber que tais complicações destacadas acima são influenciadas pelo contexto social no qual os adolescentes residem, sendo que adolescentes de classe social média e alta não são tão prejudicados em seu percurso de escolarização e profissionalização se comparados aos adolescentes de classe social baixa, que apresentam dificuldades não só em

continuar, como em finalizar os estudos, quando vivenciam a gestação nessa fase da vida, sem apoio familiar e social, evidenciado com um obstáculo que compromete não só a educação formal, como a profissionalização desses adolescentes (AZEVEDO, 2019).

Ao enfrentar o afastamento escolar após o nascimento do filho, a maioria dos adolescentes encara tal afastamento como uma situação temporária e pretendem voltar a estudar, mas infelizmente não é o que acontece com frequência, mas continuam criando expectativas futuras “planejando estudar, trabalhar e investir na qualidade da relação mãe-filho” ao determinar que seus filhos não precisem passar pela mesma situação que ela passou, visando garantir um futuro melhor para si mesmo e para seu filho (PONTES et al., 2012, p.57).

Duarte et al. (2018, p.49) acreditam que “a interrupção da escolarização e da formação profissional é uma das consequências que atinge o lado socioeconômico do adolescente”, que acaba dependendo financeiramente de outras pessoas em razão do baixo nível de escolaridade, como da falta de cursos profissionalizantes, que tem dificultado a inserção do adolescente no mercado de trabalho atualmente.

Nessa perspectiva, a maternidade na adolescência, “afeta negativamente a economia do país, principalmente, em famílias de baixa renda, na medida em que favorece a ampliação do quadro de pobreza devido às dificuldades econômicas para assumir os encargos de constituir uma família” (TABORDA et al. 2014, p.22).

2.3.3 Complicações familiares

A gestação seja ela primíparas e/ou múltíparas, é uma experiência que transforma não só a vida das mulheres, como a de seus familiares, tanto biologicamente, quanto psicologicamente, gerando vários conflitos conturbadores na vida familiar e conjugal, durante o período de transição da parentalidade, ao exigir que as futuras mães e pais se adaptem a uma série de mudanças bruscas dessa fase, tanto em níveis psicológicos, como em níveis biológicos e sociais (SIMAS et al., 2013).

Geralmente, a gestação na adolescência é um acontecimento inesperado que tem despertado e acarretado vários sentimentos e episódios positivos e/ou negativos, “que vão interferir no seu desenvolvimento, na aceitação ou rejeição familiar e na existência de

restrições socioeconômicas”, visíveis e influenciadas pelo meio social no qual o adolescente reside (CARALHO; BARROS, 2000, p.13).

Nesse viés, Maranhão et al. (2018) discutem que a gravidez na adolescência tem despertado vários conflitos e reações familiares e sociais, imediatas e contraditórias (positivas e negativas), que foram discutidas em quatro categorias sendo elas reações familiares, reação do pai da criança e/ou cônjuge, reação dos amigos e da sociedade e a discriminação social vivenciada pelas adolescentes durante a gravidez na adolescência, no intuito de analisar a diversidade das reações imediatas e contraditórias dessa fase.

As autoras discutem que a reação imediata da adolescente é “buscar conforto e apoio das pessoas a sua volta, como membros da família, companheiro e amigos”, enquanto as reações negativas foram caracterizadas pelas agressões verbais e físicas, pela imposição do aborto, pela recusa da paternidade e pelo distanciamento dos amigos, visíveis em várias obras, durante a gestação precoce, quando os adolescentes não recebem os suportes necessários (MARANHÃO et. al., 2018, p.841).

Após a confirmação e, posteriormente, a divulgação da positividade da gravidez, surge vários conflitos familiares “que vão desde a não aceitação pela família, o incentivo ao aborto pelo parceiro e 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” (XIMENES NETO et al., 2007, p.280). Como a hospitalização prolongada, a necessidade da figura materna e as preocupações financeiras, que têm sido destacadas como principais implicações familiares decorrentes da gestação ao proporcionar riscos à saúde da mãe adolescente e/ou à saúde do filho (COSTA, 2002).

Diante desse cenário, Bouzas e Miranda (2004, p.28) ressaltam que “a confirmação da gravidez é a primeira crise que o adolescente vai enfrentar” depois de procurar os serviços de saúde, ao sentir queixas típicas e/ou sintomas inespecíficos que precisam ser avaliados pelos profissionais de saúde, antes de confirmar a gravidez, visto que, nenhum diagnóstico é alcançado de certeza na primeira avaliação, especialmente nessa fase da vida devido às alterações fisiológicas, embora seja relatado o estar menstruando normalmente ou atrasos menstruais; a maioria insiste em negar a praticada atividade sexual quando são questionados durante a consulta.

Os médicos obstetras e não obstetras precisam utilizar a propedêutica clínica realizada pela anamnese (primeiro contato da gestante com seu obstetra) e pelo exame físico (geral, especial e gineco-obstétrico) solicitados, ao utilizar os sintomas e sinais de presunção, de probabilidade, e de certeza para concluir o diagnóstico clínico da gravidez das mulheres que

buscam os “programas de saúde da família e os serviços de emergência”, visto que, na maioria das vezes existe a desconsideração da anamnese e doexames físicos, ao relatar que o diagnóstico pode ser realizado de “forma rápida e simples” (PEIXOTO, 2014, p.31).

Inclusive, pela própria gestante, ao vivenciar algumas mudanças físicas e corporais sutis que podem ser percebidas desde o primeiro trimestre,por algumas mulheres, visto que, a maioria tem apresentado dificuldades em perceber tais mudanças, que tendem a ser mais evidentes e/ou visíveis a partir do segundo trimestre (ZANATTA et al., 2017).

Após o diagnóstico, muitas gestantes acabam vivenciando um grande dilema relacionado ao ter ou não ter a criança, que vai exigir dos profissionais preparo para auxiliar os adolescentes “nesse momento crítico, desprovido de preconceitos [e] orientar no sentido de buscar o apoio da família e colocando os aspectos positivos e negativos de cada escolha” durante a gravidez na adolescência (GA) ao identificar que a maioria dos adolescentes atualmente acaba procurando pessoas não-qualificadas para realizar o procedimento do aborto de forma clandestina em condições precárias, quando decide interromper a gravidez por motivos econômicos e/ou medo de ser descoberto (BOUZAS; MIRANDA, 2004, p.28)

Ao vivenciar uma gravidez indesejada sem apoio familiar, em meio a tantas intempéries, a maioria dos adolescentes passa a cogitar a ideia de praticar o aborto ilegal, o suicídio, ou ainda a entregar a criança para adoção, quando segue a gestação até o fim. Embora seja evidente que nem toda gravidez nesse período é indesejada pelos adolescentes que almejam (OYAMADA et al., 2014).

Para Hoga et al. (2010, p.153) a gravidez é uma “consequência dos problemas pessoais, familiares e socioeconômicos enfrentados pelos adolescentes” em diversas regiões e grupos sociais ao determinar que as razões da gravidez na adolescência possam ser identificadas como causas e/ou consequências influenciadoras da gravidez desejada e/ou indesejada nessa fase da vida.

Diante desse cenário,a Organização Panamericana de Saúde (OPS) afirma que “a notícia é recebida com evidente desgosto por seu companheiro, sua família e pelas pessoas do seu meio social (trabalho e escola)”, no qual o adolescente reside (CARALHO; BARROS, 2000, p. 13).

Ao determinar que as gestantes adolescentes podem viver integradas em famílias nucleares ou extensa, caracterizadas de acordo com sua composição familiar. A família nuclear é composta pelo pai, pela mãe e pelos filhos, enquanto a família extensa inclui outros membros que tenham laços de parentesco, representados graficamente pelas autoras de

acordo com os relacionamentos básicos, que permitiam visualizar os membros que constituem a família e se os membros tinham ou não vínculos consanguíneos (HOGA et al., 2010).

Para compreender as diversas reações familiares frente à gestação precoce é preciso “considerar a pluralidade de condições sociais, econômicas, culturais e religiosas em que cada família é constituída” (SILVA et al., 2014, p.120).

Dias e Teixeira (2010) acreditam que, assim como os adolescentes, os pais e familiares dos adolescentes, também passam a criar boas expectativas em relação ao desempenho dos filhos, bem como em relação ao futuro deles. Seja no momento da descoberta, ou com o passar do tempo, quando os pais e familiares passam a aceitar a notícia com maior tranquilidade (NASCIMENTO et al., 2011).

Após a crise inicial da desorganização, da ansiedade e dos sentimentos ambivalentes, desenvolvidas mediante a confirmação da gestação, as gestantes primíparas e multíparas passam a aceitar a gestação e a superar as crises desencadeadas no ambiente familiar e/ou conjugal, buscando superar tais situações de vulnerabilidade que as deixam em estado de instabilidade (SIMAS et al., 2013).

Diante dessa situação, é importante destacar que as relações doentias da gestação “caracteriza-se, em termos gerais, pela expectativa de que o bebê preencha certas necessidades neuróticas da mãe como evitar a solidão, satisfazer a carência de afeto, fazê-la sentir-se útil, ou então o bebê pode representar simbolicamente uma parte doentia da mãe” (SIMAS et al., 2013, p.26).

Nesse viés, é importante destacar que o apoio familiar é de fundamental importância tanto para as futuras mães, como para os futuros pais, para que ambos possam manter seus compromissos e suas responsabilidades na nova rotina familiar. Mas, não é o que acontece na maioria dos casos, porque alguns pais ainda não conseguem aceitar a situação e acabam influenciando de forma indireta na evasão escolar de seus filhos, que não conseguem mais dar conta das responsabilidades pela falta de tempo e organização (CORREA, 2016; NASCIMENTO et al., 2011).

Para Zanatta et. al. (2017, p.03) a rede de apoio social, instrumental e emocional são recursos que “proporcionam suporte e ajuda no enfrentamento das diversas situações que possam desencadear estresse ao longo dos processos de transição do desenvolvimento humano”. Assim, a falta de suporte de alguns pais, “ao descobrir a gravidez das filhas, [tem mostrado que os pais desses adolescentes] são os principais responsáveis por agressões infligidas tanto por meios físicos, como também pela ridicularização e humilhação” (MARANHÃO et al., 2018, p.841).

As primeiras relações de desenvolvimento saudável, da sensibilidade materna, do retraimento psicológico, das responsabilidades e preocupações maternas com o bebê, costumam acontecer no período gestacional, quando os casais buscam estabelecer e/ou constroem uma relação saudável a cada momento, tanto na díade mãe-bebê, quanto no vínculo entre pai e filho, embora tenham que lidar com várias expectativas e frustrações diariamente durante o percurso (SIMAS et al., 2013).

Diante das “necessidades da troca de papéis [desencadeadas durante a gravidez na adolescência], em que a adolescente passa da condição de filha à condição de mãe cuidadora”, muitas vezes, delegada por terceiros, nos quais as avós assumem a posição de mãe, e as responsabilidades dos seus filhos menores de 15 anos, parcial ou integralmente, quando viram avós de forma precoce (CORREA, 2016; NASCIMENTO et al., 2011; PICANÇO, 2015, p.44).

2.3.4 Complicações psicológicas

O ser mãe e adolescente ao mesmo tempo não é uma tarefa fácil para as jovens, visto que, “a maternidade na adolescência traz consigo uma série de expectativas e responsabilidades que limitam [...] as possibilidades de exploração de identidade e de preparação para o futuro profissional dos adolescentes” (DIAS; TEIXEIRA, 2010, p.124).

Os jovens precisam desenvolver habilidade e responsabilidade para assumir seu papel materno, diante das diversas transformações emocionais e cognitivas desenvolvidas nesse período da vida, diante da imposição do papel materno, que assume um espaço significativo de cuidados, sem dispor de recursos psicológicos necessários, independentemente de ter sido um momento desejado ou indesejado pelos adolescentes envolvidos, para entender não só seu papel de mãe, como para tolerar as demandas e frustrações diárias da maternidade, ao vivenciar simultaneamente dois fenômenos importantes “o ser mãe e adolescente” (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Como a gravidez e a adolescência, que segundo Bouzas e Miranda (2004) são dois fenômenos importantes que se caracterizam e se assemelham mediante as modificações e alterações físicas, psíquicas e sociais em um espaço de tempo muito curto. Que vai exigir das gestantes muito esforço para superar os desafios da maternidade e manter o equilíbrio

psicológico diante das mudanças corporais, emocionais e econômicas desenvolvidas nessa fase da vida, que garantem dar continuidade a vida humana (FONSECA, 2012).

Nessa perspectiva, Berreta et. al.(2011) ressaltam que a adolescência e a gravidez são dois momentos ímpares e marcantes na vida do indivíduo que “podem causar diversos transtornos e consequências [aos adolescentes e recém-nascidos], em função do processo do amadurecimento de um e do desenvolvimento do outro”, quando tais momentos se apresentam juntos no mesmo indivíduo (BERETTA, et. al., 2011, p.91).

Dessa forma, provocando vários riscos relacionados “aos aspectos clínicos, obstétricos, culturais e socioeconômicos” de natureza multifatorial, presentes principalmente durante a gestação na adolescência (GA), “embora possa ser desejada de forma consciente ou inconsciente, geralmente não é planejada, estando relacionada a fatores intrínsecos, da faixa etária, e extrínsecos, como socioculturais e econômicos” (BOUZAS; MIRANDA, 2004, p.27).

As experiências da maternidade e da paternidade são marcos importantes do desenvolvimento psicológico que fazem parte do ciclo vital das mães e dos pais, podendo-lhes oferecer dificuldades mediante aos aspectos regressivos da experiência da maternidade e/ou oferecer “possibilidades, em termos de desenvolvimento psíquico, de integração, amadurecimento e expansão da personalidade”, a depender do potencial dos pais, mediante as expectativas e frustrações que precisam ser lidadas nesse período de transição (SIMAS et al., 2013, p.21).

Durante a gestação, as mulheres se deparam com diversas alterações psicológicas que se tornam mais complexas, diante dos fenômenos naturais desenvolvidos durante os três trimestres da gestação, classificados como integração e/ou incorporação, diferenciação e separação, podendo ser tomados por diversos sentimentos de ambivalência, que fogem do controle dos adolescentes (FONSECA, 2012).

Separados artificialmente, com intuito de apresentar os aspectos psicológicos presentes ou ausentes em cada trimestre, entre as gestantes primíparas e/ou múltíparas, durante o período gestacional, diante das diferenças e semelhanças dos aspectos psicológicos e suas alterações desenvolvidas em cada trimestre, que podem ser vivenciados pelas mulheres ou casais de diversas formas, em termos biológicos e psicológicos (SIMAS et al., 2013).

A depender da convivência da adolescente com o pai da criança, como mostra Maranhão et al.,(2018), que:

O relacionamento conflituoso entre a adolescente e o pai do seu filho também reflete diretamente no seu conforto psicológico. A recusa da paternidade pode repercutir de forma negativa, tornando-se importante fonte de ansiedade para a adolescente. Em contraste, todas as formas de apoio vindas do pai da criança reduzem as chances de a mãe desenvolver sintomatologia depressiva, pois há íntima relação entre a satisfação conjugal e efeitos psicológicos positivos (Maranhão et. al. 2018, p.841)

Durante a ultrassonografia obstétrica solicitada e/ou realizada antes do segundo trimestre, é possível “determinar as características gerais do feto”, bem como, os momentos de emoções, e os sentimentos ambivalentes de amor e ódio, ou de ansiedade gerado entre as gestantes, durante a realização do exame, evidenciado pelas expressões faciais, pelos gestos e pelas verbalizações, diante de uma nova forma de contato que possibilita uma melhor visualização e o conhecimento do bebê antes do nascimento (SIMAS et al., 2013).

“A gestação e o puerpério são reconhecidos como fatores de risco para o desenvolvimento e exacerbação de problemas na saúde mental, com prevalências semelhantes” a transtornos mentais (TM), que podem ser desenvolvidos tanto na gravidez, quanto no pós-parto, ou em qualquer fase da vida, segundo a Organização Mundial de Saúde. Ao apresentar diferentes variáveis em relação aos transtornos mentais depressivos, de ansiedade e somatoformes, que costumam acometer a saúde da mulher com maior prevalência (COSTA et. al., 2018, p.692).

Do ponto de vista teórico, Meneses et al. (2008) destacam que a ansiedade e a depressão são transtornos mentais comuns (TMC) que costumam gerar grandes controvérsias em qualquer fase da vida. Na adolescência, os sintomas de ansiedade e depressão e o uso de tabaco são mais frequentes entre as adolescentes primigestas quando se compara com adolescentes não-grávidas (MANFRÉ, ETal., 2010).

Nesse viés, é importante destacar que durante a gestação, “os níveis de ansiedade tendem a aumentar [durante o terceiro trimestre] com a proximidade do parto e da mudança de rotina de vida após a chegada do bebê”. Sendo que as mulheres passam a apresentar vários sentimentos contraditórios referentes “à vontade de ter um filho e terminar a gravidez e, simultaneamente, vontade de prolongar a gravidez para adiar a necessidade de fazer as novas adaptações exigidas pela vinda do bebê” (SIMAS et al., 2013, p.25).

Ao demonstrar que 90% da população estudada nas últimas décadas apresentavam morbidade psiquiátrica, com altas taxas de prevalência para tais TMC, ao apresentar uma variável correspondente “entre 7% e 26%, com média de 17%, sendo 12,5% no sexo masculino e 20% no sexo feminino” da população geral (MENESES et. al., 2008, p.52).

Diante desse cenário, é importante destacar que tais TMC expõem as adolescentes grávidas a várias situações de riscos, referentes à exposição ao uso de várias drogas, a “desnutrição e a dificuldade de seguir orientações médicas no pré-natal”, que acaba interferindo na frequência das consultas, causando assim vários desfechos negativos, presentes tanto no período da gestação, quanto no pós-parto (COSTA et al., 2018).

Ao determinar que (20,8%) das adolescentes gestantes apresentavam depressão, (23,3%) ansiedade, e (16,7%) ideia suicida (MENESES et al., 2008). Embora haja uma divergência entre a prevalência da depressão e da ansiedade no período gestacional, sendo que, aproximadamente (7% a 15%) das gestantes identificadas na pesquisa realizada pela autora, apresentavam depressão e, em torno de (20%), apresentavam ansiedade durante o período gestacional (COSTA et al., 2018).

Nesse viés, Aliane et. al. (2008, p.114) ressaltam a prevalência dos sintomas psiquiátricos ansiosos e depressivos, e o uso de álcool no período gravídico-puerperal, ao determinar que “o período gravídico-puerperal é a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher, necessitando de atenção especial para manter ou recuperar o bem-estar e prevenir dificuldades futuras para o filho”. Entre outras consequências maternofetais que podem ser desencadeadas pela falta de tratamento adequado, quando são subdiagnosticados (CAMACHO et al., 2006).

Dados epidemiológicos mostram que os transtornos de humor e os transtornos de ansiedade são mais comuns entre as mulheres, e cerca de 10 a 15% dessas mulheres passaram por um “episódio depressivo durante a gravidez ou no primeiro ano pós-parto [visto que, durante a gestação, tais transtornos mentais (TM)] pode estar relacionados às complicações obstétricas, pré-natal inadequado, pré-eclâmpsia, depressão e/ou ansiedade pós-parto”, ou associados às variáveis sociodemográficas dependentes e independentes (KASSADA et. al., 2015, p.496), que contribuíram na prevalência da depressão, da ansiedade, da síndrome do pânico, do transtorno de adaptação ao estresse, e do transtorno bipolar, da depressão e ansiedade, da depressão e síndrome do pânico, relatado pelas gestantes cadastradas na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Maringá em 2012 (KASSADA et al., 2015). Ou na prevalência da disforia do pós-parto (puerperal blues), da depressão pós-parto e da psicose puerperal, classificados como transtornos puerperais (CAMACHO et al., 2006).

Diante desse cenário, Brasil (2010, p.229) relata que “a gestação e o puerpério constituem momentos de maior vulnerabilidade para quadros psiquiátricos, contrariando uma antiga concepção de que a gravidez seria fator de proteção para alterações psicopatológicas”.

Classificados atualmente de acordo com o “DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais, em sua quarta versão) e a CID-10 (Classificação Internacional de Doenças – décima revisão), realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)” ao determinar os sinais e os sintomas, como critérios de classificação de cada quadro mental, apesar das teorias voltadas para o mecanismo psicológico, ambientais e/ou biológicos. O CDI-10 utiliza o termo transtorno para “definir um conjunto de sintomas que geralmente envolvem sofrimento pessoal e interferências nas funções que o indivíduo necessita exercer em sua vida”(BRASIL, 2003, p.56).

Ao “separar o normal do patológico, mentalmente falando” a ansiedade (real ou imaginária), a crise (evolutivas e acidentais), e o estresse (crônico e agudo) “são conceitos muito usados [e apontados pela psiquiatria] como constitutivos ou provocadores do transtorno mental” provocados diariamente pelos fatores físicos, ambientais e emocionais, e pelas reações fisiológicas, emocionais e comportamentais, tidas normalmente, como emoções normais que podem virar patológicas quando o grau de intensidade de ambos torna-se elevado (BRASIL, 2003, p.45). Para Nodari et. al. (2014, p.62), o estresse é uma palavra de “uso corrente na língua portuguesa [que pode ser] definida como um conjunto de forças externas que produzem efeitos transitórios ou permanentes sobre a pessoa” na dimensão psicológica, originada pelas fontes estressoras internas e/ou externas, mediante eventos ou estímulos estressores.

A ansiedade “é um evento comum, potencialmente típica e experimentada por qualquer ser humano [...] em algum momento da vida [desencadeando] respostas a uma ameaça desconhecida, interna, vaga ou de origem conflituosa” desencadeadas mediante a sua caracterização (CHEMELLO et al., 2017, p.78). Ao identificar que o transtorno de ansiedade “caracterizam-se por ansiedade excessiva, apreensão, medo, hiperatividade autonômica (taquicardia, taquipneia, sudorese, tremores, etc.), tontura, formigamentos, além de alterações de sono, irritabilidade, despersonalização e desrealização” (BRASIL, 2010, p.231).

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), os Transtornos Fóbico-Ansiosos também chamados de (fobia social (FS), específicas ou agorafobia), o Transtorno de Pânico (TP), o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), estão entre os principais tipos de transtornos de ansiedade que apresentam maior demanda psiquiátrica, que requer maior atenção e paciência do auxiliar de enfermagem, a fim de evitar erros graves, como: a desvalorização dos sinais e sintomas, pela falta de paciência do auxiliar de enfermagem, uma vez que, a ansiedade é o sintoma central de ambos, embora não seja o único (BRASIL, 2003).

Para Chemello et. al. (2017) as mulheres tendem a apresentar quadros de ansiedade durante o período gravídico-puerperal, ao vivenciar simultaneamente vários sentimentos ambivalentes que tendem a influenciar o curso da gestação durante o período materno, desencadeando complicações obstétricas, da mesma forma que pode influenciar na relação mãe-bebê no período puerperal.

O transtorno de humor “são também chamados transtornos afetivos, pois se caracterizam, principalmente, por dificuldades na área do afeto, que é nossa capacidade de vivenciarmos internamente nossos sentimentos”. Enquanto a depressão é um transtorno muito frequente, entre as pessoas, que “caracteriza-se por um estágio mais prolongado e grave de abatimento do humor. A pessoa com depressão apresenta tristeza patológica com perda da autoestima, normalmente reclama de falta de ânimo, cansaço fácil e de não sentir interesse por nada”, visíveis em três graus diferentes (leve, moderada e/ou grave) classificadas de acordo com o grau de gravidade (BRASIL, 2003, p.57).

“A investigação dos fatores de risco, a identificação precoce dos sinais e sintomas depressivos e o tratamento imediato devem ser parte integrante do atendimento pré-natal” realizado pelos profissionais de saúde que atende a gestante (BORGES et al., 2011, p.87).

O uso de “drogas lícitas (álcool e fumo) e ilícitas (maconha, crack, solventes, opiáceos e cocaína, entre outras) devem ser amplamente desaconselhadas durante a gravidez” (PEIXOTO, 2014, p.59). Uma vez que, o uso de ambas “pode causar inúmeros prejuízos de ordem social, dentre elas pode-se citar o tráfico, prostituição, aumento no número de assaltos, custo judiciais e gera um sério problema de saúde”, entre as pessoas que fazem uso dessas substâncias, ora tidas como consequências influenciadoras das doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez indesejada em qualquer período da vida, e/ou provocadoras de danos maternos, e fetais/ recém-nascidos (TACON et al., 2017, p.12).

Diante desse cenário, é importante destacar que “o uso de álcool, o uso de drogas e violência [...] estão entre os comportamentos de risco que podem comprometer a saúde física e mental do adolescente” ao ser identificado como transtornos de conduta comumente encontrados entre a infância e adolescência, dividido em conduta agressiva e não-agressiva, mediante a persistência do comportamento inadequado de menor e maior gravidade que caracterizam o transtorno (CRUZEIRO et al., 2008, p.2014).

Diagnosticar tais transtornos não é uma tarefa fácil para profissionais, ao considerar a existência de vários sinais e sintomas presentes ao mesmo tempo, do mesmo modo que pertencem a outros transtornos mentais diversos, observados e registrados pela equipe de profissionais, em especial, o auxiliar de enfermagem que primeiro atende o paciente, e

observam os sinais e sintomas mais comuns através de seus conhecimentos, atento as manifestações apresentadas a fim de ajustar o tratamento quando necessário, mantendo a avaliação dinâmica do indivíduo continuamente (BRASIL, 2003).

Embora tais alterações psicológicas se acentuem com maior intensidade nos dois últimos trimestres da gestação (MOREIRA et. al., 2008). O primeiro ano pós-parto, tido como perinatal, é um momento do qual as mulheres podem manifestar algum tipo de transtorno mental, nesse período da vida, principalmente quando as mulheres já apresentavam um histórico prévio, que contribui significativamente na manifestação de tais problemas mentais que podem trazer grandes consequências não só para a gestante, como para o bebê (KASSADA et al., 2015).

Tais transtornos mentais desenvolvidos nesses períodos da vida ocorrem com maior frequência em mães adolescentes quando comparados às mães mais velhas. Esse fato é decorrente da pouca idade e dos fatores de riscos frequentemente associados (CAPUTO; BORDIN, 2007), que compromete não só a vida dos adolescentes, como a vida dos recém-nascidos, filhos de mães adolescentes, como citado anteriormente (FONSECA; MELCHIORI, 2010).

2.4 Importância dos métodos

Os métodos anticoncepcionais “são maneiras, medicamentos, objetos e cirurgias usados pelas pessoas para evitar a gravidez”, alguns são de uso exclusivo feminino e outros masculinos, alguns são reversíveis e outros irreversíveis. E todos possuem suas vantagens e desvantagens, visto que, um método 100% adequado para uma pessoa pode não ser adequado para outra, deixando de ser um método eficaz que pode apresentar falha a qualquer momento (BRASIL, 2009, p.23).

Apesar dos diferentes tipos de métodos anticoncepcionais disponíveis, os adolescentes precisam fazer uso dos métodos mais adequados para sua faixa etária, visto que, a maioria desses métodos não são adequados para uso, sem acompanhamento médico, como é o caso dos métodos hormonais, de barreira, de abstinência e de esterilização. Principalmente, quando se trata de métodos irreversíveis, como é o caso da laqueadura e da vasectomia, realizados através de uma cirurgia simples, quando o homem e a mulher decidem não ter filhos (BRASIL, 2009).

Nessa perspectiva, tanto os homens como as mulheres precisam conhecer muito bem, os métodos anticoncepcionais e/ou contraceptivos, e como devem ser utilizados durante o ato sexual, porque o uso incorreto desses métodos é de responsabilidade e consequências para ambos os envolvidos, já que o acesso aos métodos está cada vez melhor e o “sexo é uma das formas mais profundas de contato entre duas pessoas”, no qual ambos demonstram sua intimidade e sentimentos desenvolvidos um pelo outro em qualquer fase da vida (PAUCAR, 2003, p.29).

Ainda de acordo com o autor supracitado, especialmente na adolescência, visto que hoje em dia a maioria dos adolescentes está praticando a sua primeira relação sexual ainda no início da primeira menarca, como forma de sanar suas curiosidades, apesar de desconhecer a importância dos métodos anticoncepcionais e/ou contraceptivos, e como fazer uso adequado dos mesmos. Já que alguns métodos contraceptivos e/ou anticoncepcionais podem causar efeitos colaterais indesejados e riscos à saúde dos adolescentes se forem utilizados incorretamente, sem auxílio médico.

Daí surge à necessidade do conhecimento a respeito dos métodos contraceptivos e/ou anticoncepcionais, sobretudo, no período da adolescência, visto que, “o indivíduo ainda não possui capacidade para racionalizar as consequências de seu comportamento sexual”, quando deixam de utilizar os contraceptivos mais comuns (camisinha e a pílula anticoncepcional) de modo eficaz (SANTOS; NOGUEIRA, 2009, p.51).

Ao observar que as adolescentes continuam engravidando precocemente em situações não programadas, ou quando acabam expostas a várias situações de riscos, apesar da grande disponibilidade e da possibilidade de uso de vários métodos contraceptivos e/ou anticoncepcionais, como da variedade de fontes de informações disponíveis atualmente, deixando claro que tal comportamento é evidenciado em razão da imaturidade psicoemocional, característica dessa fase, mediante as dúvidas de uso (da camisinha, e da pílula), e as ideias equivocadas do “pensamento mágico” dos adolescentes acerca de tais métodos (AZEVEDO 2018; SANTOS; NOGUEIRA, 2009).

Divididos e classificados por Azevedo (2018) e Vieira et al., (2006) como métodos comportamentais (Ogino-Knaus, temperatura basal corporal, muco-cervical ou Billings, lactação/amamentação ou amenorreia lactacional, curva de temperatura basal, sinto-térmico, coito interrompido); métodos de barreira (preservativo masculino e feminino, diafragma, geleias espermicidas); métodos hormonais orais, injetáveis e implante (oral: pílula, injetáveis: mensal, trimestral, implante: anel vaginal, adesivo transdérmico).

Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal e não hormonal conhecidos como: implante subdérmico de etonorgestrel (ISE); Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG); e LongActing Reversible Contraception (LARC); métodos cirúrgicos e/ou de esterilização (laqueadura e vasectomia); e por fim, os métodos alternativos de emergência e/ou anticoncepção de emergência (AE), classificados de acordo com seu mecanismo de ação, pelos autores (AZEVEDO, 2018; VIEIRA et al., 2006).

Também classificados como temporários (reversíveis) e definitivos (esterilização), Brasil (2013) e Poli et al. (2009) descrevem os métodos hormonais, de barreira, dispositivos intrauterinos, comportamentais ou naturais e as duchas vaginais, como temporários (reversíveis), e a esterilização cirúrgica feminina (ligadura de trompas) e masculina (vasectomia) como métodos definitivos.

Diante dessa classificação é importante destacar que a maioria dos métodos reversíveis podem ser adquiridos com maior facilidade, do mesmo modo que é ofertado pela rede de serviços do SUS em suas instâncias gestoras que têm por obrigação “garantir a atenção integral à saúde” e incluir “assistência à concepção e à contracepção” às pessoas durante a vida reprodutiva, para que possam escolher o método apropriado às necessidades e às circunstâncias da vida, na qual está inserida de forma livre e informada (BRASIL, 2013, p.131).

Nesse viés, o autor supracitado discute que durante o processo de escolha e orientação, é necessário levar em consideração a preferência da mulher, do homem ou do casal; a caracterização dos métodos (mediante a eficácia, os efeitos secundários, a aceitabilidade, a disponibilidade, a facilidade de uso e/ou acesso, a reversibilidade, a proteção contra DST e infecções); e os fatores individuais e contextuais de vida relacionados aos usuários (as) que devem ser considerados no momento da escolha (BRASIL, 2002).

Assim, é importante destacar que, “todos necessitam de orientação e prescrição [anticonceptiva por especialistas]. O melhor anticonceptivo é aquele de mais fácil acesso, menor custo, baixa dosagem, eficácia, tempo de atuação e possibilidade de revisão” ao identificar que qualquer método anticoncepcional e/ou contraceptivo, pode apresentar riscos à saúde dos usuários, falhas e efeitos colaterais, quando usados de forma irregular (AZEVEDO, 2018, p.05).

2.5 Impasses e desafios da educação sexual

Os parâmetros curriculares nacionais (PCN), através do tema transversal orientação sexual, sugere que as escolas integrem em seu projeto pedagógico a discussão sobre a sexualidade, de modo a garantir uma interação com os jovens a partir de uma linguagem própria, que desperte o interesse dos adolescentes nesse momento crítico de construção de identidades. Assim, há uma melhoria na comunicação entre alunos e professores e no desempenho do trabalho pedagógico como um todo.

Em contrapartida, a sexualidade é uma das temáticas que os professores mais apresentam dificuldades em sala de aula. Os alunos manifestam a sexualidade no espaço escolar de forma exagerada, consequência da abordagem exagerada pelos meios de comunicação e a forma como a sociedade aborda essas questões, que são ainda carregadas de preconceitos e dogmas (MUNHOZ, 2017).

A orientação sexual nas escolas, por intermédio do professor, precisa antes de tudo considerar a curiosidade dos adolescentes pela sexualidade e a busca pelo prazer como algo natural do desenvolvimento humano. A partir disso, constrói-se então uma relação de confiança entre o educador e o educando. Vale ressaltar que para isso é necessário que os professores tenham acesso à formação específica para abordar a sexualidade com crianças e jovens na escola, possibilitando a construção de uma postura profissional e consciente no trato desse tema (BRASIL, 1997), que tem como desafio, “contribuir para que os jovens exponham suas dúvidas e as esclareçam, superem preconceitos e estereótipos e desenvolvam atitudes saudáveis relacionadas à sexualidade” (GONÇALVES et. al., 2013, p.252), que “envolve atitudes e ações [...] presentes no ser e agir do indivíduo e se expressa na maneira de ser e de estar no mundo” (PAES et. al., 2015, p.74).

Munhoz (2017) aponta que os professores possuem desejo de aprofundarem-se mais nos temas referentes à sexualidade para atender e esclarecer todas as ocorrências sobre o tema em meio às aulas, no entanto, há ainda um despreparo por parte desses para lidar com o tema, uma vez que, na formação docente há ainda certa lacuna na preparação de profissionais acerca da temática do gênero e da sexualidade.

A orientação sexual precisa ser realizada de forma contínua e permanente, visando questões além de comportamentos de riscos, como uma gravidez indesejada na adolescência, mas, principalmente, das questões como o prazer, a afetividade, direitos humanos e respeito entre as pessoas (MUNHOZ, 2017). Bem como: o afeto, as emoções, os desejos, a família, o

amor, a autoestima, os preconceitos, a diversidade sexual e os estereótipos atrelados à formação integral da educação sexual abordada (PAES et al., 2015).

Nesse viés, Gonçalves et al. (2013) ressaltam que a gravidez indesejada, o contágio das infecções sexualmente transmissíveis (IST) e os traumas emocionais e psicológicos são situações de risco decorrentes do exercício da sexualidade e da deseducação sexual vivenciada na sociedade. Desencadeadas pela falta de exploração e/ou diálogo adequado sobre a educação sexual, desde a infância, com naturalidade ao esclarecer/elucidar as dúvidas e indagações das crianças (PAES et al., 2015).

Sobre determinados assuntos relacionados à sexualidade que precisam ser abordados pelos adultos de referência (pais ou responsáveis, professores e profissionais da saúde), apesar das dificuldades identificadas durante o processo de desenvolvimento da sexualidade (BARBOSA; FOLMER, 2019).

Em suma, ao professor compete o papel de problematizador e orientador do debate, possibilitando que os jovens reflitam e decidam de acordo com seus valores, no que tange à própria sexualidade, e ao coletivo, que sejam conscientes do seu papel em meio a sociedade diversificada (BRASIL, 1997).

Visto que, depois do seio familiar, a escola é um “local privilegiado para o desenvolvimento de ações e informações e educação em saúde, com o objetivo de incentivar estilos de vida saudáveis” depois que o governo brasileiro elaborou a proposta de incluir a orientação sexual como disciplina no currículo da escola na tentativa de evitar problemas recorrentes da iniciação sexual precoce, quando os adolescentes são instruídos pelos pais e professores/educadores que buscam abordar o tema (HOLANDA et al., 2010, p.703).

Assim, precisa ser introduzido desde cedo com as crianças, “para que [...] na adolescência, e na vida adulta, possam tomar atitudes e decisões mais responsáveis no que diz respeito a sua própria conduta sexual, podendo se prevenir de sérias consequências de atos relacionados à sexualidade”. Apesar das dificuldades relacionadas ao preconceito, à falta de conhecimento e formação adequada, e a imaturidade dos alunos presentes no percurso da educação sexual desenvolvida tanto no ambiente familiar, como no ambiente escolar das crianças e adolescentes (PAES et al., 2015, p.70).

Desse modo, foi possível identificar na pesquisa de Barbosa e Folmer (2019) e Gonçalves et al. (2013) que as principais dificuldades do professor durante o desenvolvimento da educação sexual são a aceitação dos pais, a forma como os profissionais encaram a temática, a influência religiosa e familiar, a falta de preparo dos profissionais da educação e a falta de material e recursos.

Ao destacar a resistência da família como um dos fatores influenciadores, Brasil (1997) traz que a princípio os pais apresentavam resistência com relação à abordagem do tema no ambiente escolar, pois, sabe-se que, atualmente, são os pais que “... reivindicam a orientação sexual nas escolas, pois reconhecem, não só a sua importância para crianças e jovens, como também a dificuldade de falar abertamente sobre o assunto em casa”. Como foi identificado em várias pesquisas, que busca relatar as dificuldades durante o desenvolvimento da educação sexual, que deveria ser trabalhada em parceria com os pais (BRASIL, 1997, p.291; GONÇALVES et al., 2013).

Pois em casa, ainda existe uma resistência com relação à abordagem do tema, com as crianças e adolescentes, desde muito cedo, quando os pais ou responsáveis reprime rigorosamente os gestos e/ou movimentos exploratórios realizados pela criança em seu próprio corpo, ou quando elas estão brincando com outras crianças, no intuito de manter sua pureza, eles controlam os comportamentos sexuais e/ou exercício da sexualidade, tidos como, inadequados e exclusivos do mundo adulto e acabam se eximindo da responsabilidade de educar seus filhos, seja pela orientação, diálogo, desconforto, timidez, incômodo, falta de preparo, informação, educação repressiva e autoritária (GONÇALVES et al., 2013).

Ao serem questionados sobre determinados assuntos relacionados à sexualidade e ao sexo, os professores precisam antes de tudo, estabelecer vínculos com seus alunos, para que possam abordar o assunto com naturalidade de acordo com a realidade na qual os alunos estão inseridos, fazendo uso de materiais didáticos, que auxiliam na abordagem do tema em pauta, (NOGUEIRA et al., 2016). Visto que, tais assuntos e situações que permeiam a sociedade, surgem inesperadamente, especialmente no convívio escolar, por meio de discursos diários, dentro ou fora da sala de aula, entre alunos e professores que frequentam a escola (NOGUEIRA et al., 2016; PARANÁ, 2009).

Diante dessa realidade, Nascimento et al. (2016,p.3) destacam a importância de sistematizar o conteúdo com base nas informações que os alunos trazem para o ambiente escolar, do mesmo modo que “é preciso criar oportunidades para que as pessoas reflitam sobre suas ideias, sentimentos e conflitos na área da sexualidade e envolvam a totalidade de seu ser na reinterpretação e reconstrução da realidade”, ao utilizar diferentes estratégias de ensino, durante o trabalho pedagógico.

Com o presente cenário abordado na temática, é de suma importância, que os professores de ciências e biologia, e outras disciplinas do ensino fundamental e médio, trabalhem estratégias pedagógicas que proporcionem aos discentes a reflexão nas tomadas de decisões futuras. Os professores de ciências e biologia têm a responsabilidade segundo Hames

e Kemp (2019), de propor nas salas de aula discussões fundamentadas e científicas sobre gênero e diversidade sexual no tocante ao espaço escolar, pois não é somente nas áreas biológicas, mais também outras disciplinas precisam abordar a temática. Assim, sabemos que a educação sexual vai muito além de questões biológicas, tem a ver com a cultura e a moral.

Na pesquisa realizada por Bantin et. al. (2021) foi possível identificar a necessidade de adotar diferentes metodologias de ensino, durante a abordagem de determinados assuntos, condizentes com a realidade do aluno, para que possam participar das atividades desenvolvidas, como foi visto na pesquisa, na qual os autores aplicaram duas estratégias interessantes. A aplicação de uma dinâmica chamada “caixa secreta – percebendo a contaminação”, os alunos depositaram suas dúvidas na caixa e por seguinte discutiam em uma roda de conversa. A outra atividade aplicada foi “na trilha da prevenção”, jogo que visou discutir tópicos da educação sexual por meio de trilhas enumeradas e cartas com desafios em um tabuleiro, elaborado pela equipe de discentes.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

A presente monografia possui uma abordagem qualitativa, que segundo Minayo et al. (2002), parte de uma “realidade que não pode ser quantificada[ao] trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes [...] particulares. Sem se preocupar com uma representação numérica, mas, com o “aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organizaçãoetc., [que] buscam explicar o porquê das coisas”, de natureza básica que proporciona novos conhecimentos ao pesquisador (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p.32).

Quanto ao objetivo utiliza a pesquisa exploratória que segundo Gil (2002), é uma pesquisa que proporciona maior familiaridade com o problema elaborado, para torná-lo mais explícito a elaboração das hipóteses levantadas, que aprimoram as possíveis ideias e as descobertas de instituições, com base em seus objetos de estudo. Que envolve: o levantamento bibliográfico; a entrevista com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e a análise de exemplos que possibilitam a compreensão do trabalho desenvolvido, ao dissertar sobre a psicologia do desenvolvimento humano: uma abordagem aos transtornos psicológicos desenvolvidos durante a gravidez na adolescência, por meio da revisão bibliográfica.

Assim, de acordo com os procedimentos, realizou-se uma pesquisa bibliográfica desenvolvida edelineada com base em vários materiais elaborados anteriormente e etapas sucessivas, tais como: escolha do tema, levantamento bibliográfico preliminar, formulação do problema, elaboração do plano provisório de assunto, busca das fontes, leitura do material, fichamento, organização lógica do assunto e redação do texto (GIL, 2002).

Nessa perspectiva, a pesquisa bibliográfica “abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico etc., até meios de comunicação orais [...]” que proporcionam ao pesquisador um contato direto com todo material escrito, dito ou filmado anteriormente sobre determinado assunto, no qual o pesquisador pode desenvolver

conclusões inovadoras sem fazer mera repetição da bibliografia pesquisada (MARCONI; LAKATOS, 2003, p.183).

3.2 Procedimentos metodológicos

O presente estudo foi realizado a partir da revisão bibliográfica das publicações científicas presentes em: livros, revistas e artigos científicos, sobre os impasses e desafios da educação sexual no panorama da gravidez na adolescência no Nordeste brasileiro. Com base na investigação on-line realizada nas plataformas Scientific Electronic Library Online (Scielo), Literatura Latino Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e no Google acadêmico (G.A), utilizando os documentos em formato portátil (PDF) de fácil acesso e em língua portuguesa. As palavras-chave e/ou termos utilizados para refinar a pesquisa foram: desenvolvimento humano, fases e fatores influenciadores; adolescência; gravidez na adolescência; implicações e/ou complicações da gravidez; métodos contraceptivos e/ou anticoncepcionais; sexualidade, impasses e desafios da educação sexual.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao discutir que a adolescência é uma das maiores fases do desenvolvimento humano, que se caracteriza não só pela idade de início e término dessa fase, mas pelas mudanças físicas e psíquicas desenvolvidas nesse período, tanto nos meninos, como nas meninas, como mostra a figura 1.

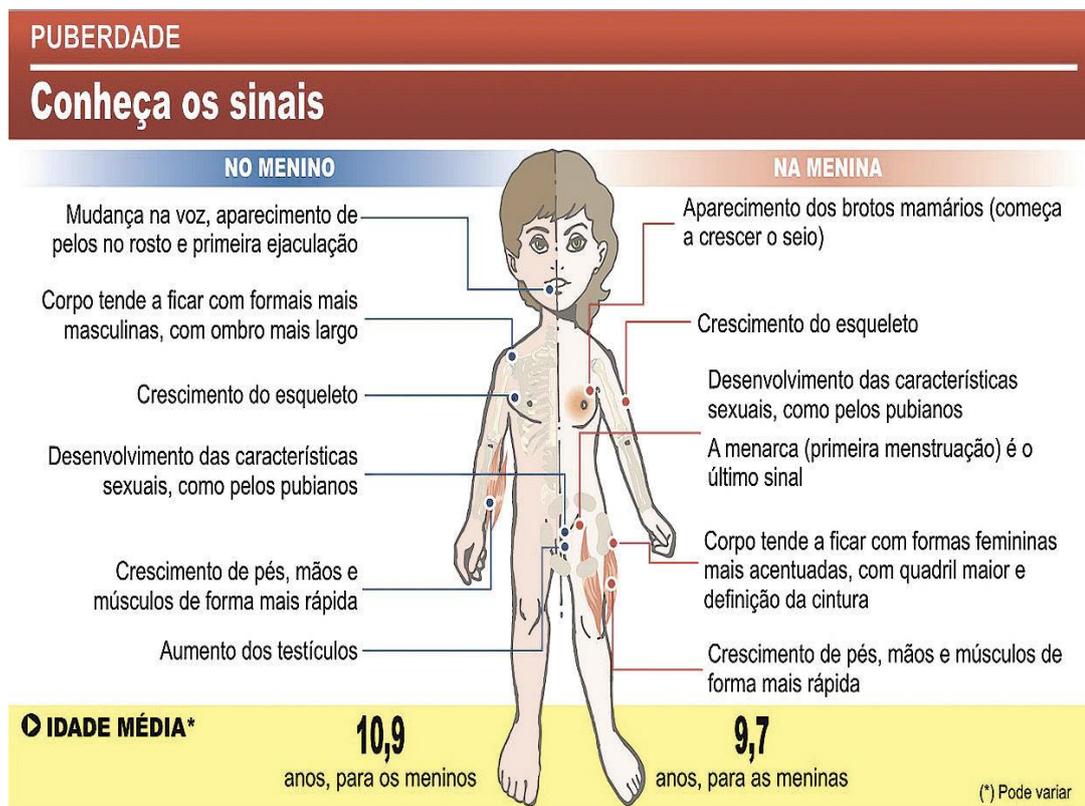


Figura 1: Sinais da puberdade.
Fonte: FMUSP (2014).

4.1 Gestação na adolescência entre as regiões brasileiras segundo o SINASC

Durante a pesquisa foi possível identificar que a gravidez na adolescência se tornou um fenômeno visível no Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ao registrar o aumento na proporção de números de nascimento entre as mães adolescentes menores de 20 anos de idade, em comparação com as mães maiores de 20

anos (DIAS; TEIXEIRA, 2010). Segundo as taxas de gravidez na adolescência entre as cinco regiões do Brasil nos últimos cinco anos (2015 a 2020), entre adolescentes de 15 a 19 anos como mostra a tabela a seguir.

Regiões	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Norte	77.098	71.422	69.779	68.847	65.289	60.747
Nordeste	170.122	158.615	154.640	148.489	136.064	123.834
Sudeste	172.251	155.271	147.936	136.608	123.516	111.717
Sul	60.074	54.082	50.332	46.608	42.440	38.132
Centro-Oeste	41.319	37.856	36.090	34.404	32.613	29.644
Brasil	520.864	477.246	458.777	434.956	399.922	364.074

Tabela 1: Número de nascidos vivos por regiões entre adolescentes de 15 a 19 anos de 2015 a 2020.

Fonte: Adaptado do DATASUS.

Ao registrar os números de nascidos vivos por região, foi possível identificar que em 2015 o Sudeste obteve maior destaque ao registrar 172.251 casos de nascidos vivos, seguido do Nordeste com 170.122, Norte com 77.098, Sul com 60.074 e Centro-Oeste com 41.319. Em 2016, o Nordeste obteve maior destaque ao registrar 158.615 casos de nascidos vivos, seguido do Sudeste com 155.271, Norte com 71.42, Sul com 54.082 e Centro-Oeste com 37.856. Onde se obteve desde 2016 a 2020 segundo a tabela, embora tenha registrado uma queda relevante de nascidos vivos nesse período entre as cinco regiões do Brasil.

Em 2017, o Nordeste registrou 154.640 casos de nascidos vivos, o Sudeste 147.936, o Norte 69.779, o Sul 50.332 e o Centro-Oeste 36.090. Em 2018, o Nordeste registrou 148.489 casos de nascidos vivos, o Sudeste 136.608, o Norte 68.847, o Sul 46.608 e o Centro-Oeste 34.404. Em 2019, o Nordeste registrou 136.064 casos de nascidos vivos, o Sudeste 123.516, o Norte 65.289, o Sul 42.440 e o Centro-Oeste 32.613. E em 2020, o Nordeste registrou 123.834 casos de nascidos vivos, o Sudeste 111.717, o Norte 60.747, o Sul 38.132 e o Centro-Oeste 29.644.

Ao registrar os números de nascidos vivos por regiões é importante destacar que, a divergência dos resultados apresentados/obtidos no Nordeste brasileiro em 2015 na tabela anterior e no referencial teórico, ocorreu por causa da divergência da faixa etária apresentada, em ambas as partes, como mostra o gráfico 1.

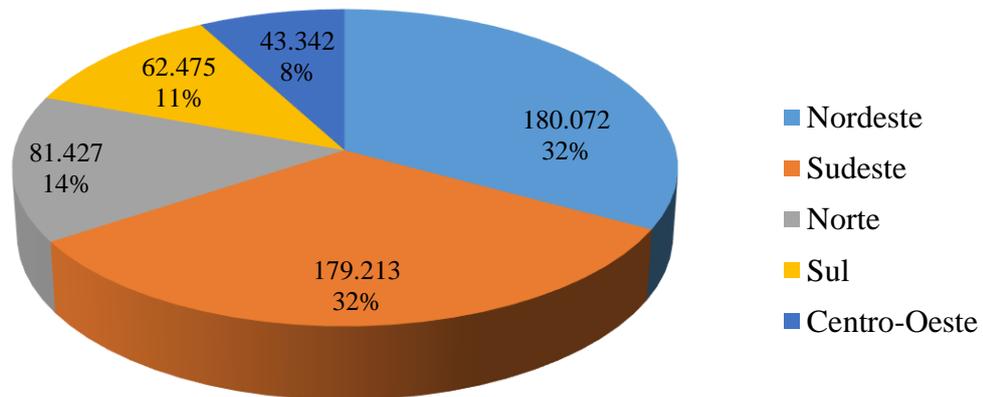


Gráfico 1: Número de nascidos vivos em 2015 no Brasil entre adolescentes de 10 e 19 anos.

Fonte: adaptado de Azevedo (2018) e Brasil (2017).

De acordo com o gráfico apresentado, o Brasil registrou 546.529 (quinhentos e quarenta e seis mil quinhentos e vinte e nove) casos de nascidos vivos de mães adolescentes entre 10 a 19 anos em 2015, segundo dados nacionais de distribuição demográficas, e o Nordeste tem apresentado maior destaque, ao registrar 180.072 (cento e oitenta mil e setenta e dois) casos, seguido do Sudeste com 179.213 (cento e setenta e nove mil duzentos e treze) casos, Norte com 81.427 (oitenta e um mil quatrocentos e vinte e sete) casos, Sul com 62.475 (sessenta e dois mil quatrocentos e setenta e cinco) casos e Centro-Oeste com 43.342 (quarenta e três mil trezentos e quarenta e dois) casos, (AZEVEDO, 2018; BRASIL, 2017).

Ao comparar os números absolutos de nascidos vivos de mães adolescentes entre 10 a 19 anos, em 2004 para 2015, foi possível identificar que o Brasil registrou uma queda de 17%, segundo dados preliminares do Sinasc (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) do Ministério da Saúde, ao registrar 661.290 (seiscentos e sessenta e um mil, duzentos e noventa) casos em 2004, e 546.529 (quinhentos e quarenta e seis mil, quinhentos e vinte e nove) casos de nascidos vivos no Brasil em 2015, nessa faixa etária (BRASIL, 2017; VALADARES, 2017; OLIVEIRA, 2020).

4.2 Cronograma de intervenção das consultas de pré-natal

Nesse viés, é importante destacar que a maioria das complicações e/ou implicações biológicas e psicológicas podem ser evitadas e/ou minimizadas quando diagnosticadas durante o pré-natal, quando as gestantes buscam fazer o acompanhamento adequado seguindo o cronograma estabelecido pelo ministério da saúde, como mostra a tabela a seguir

Consulta	Intervalo
Primeira consulta	O mais precoce possível
Retorno da primeira consulta	Assim que os exames estiverem prontos
Até 34 semanas	Mensais
Até 36 semanas	Quinzenais
Até o parto	Semanais

Tabela 2: Intervalo de consulta pré-natal.

Fonte: Peixoto (2014, p.17).

Ao relatar a importância da assistência pré-natal, foi possível identificar que é preciso manter no mínimo seis consultas ou mais para que a gestação seja bem-sucedida, especialmente quando a gestante busca os serviços de saúde nos primeiros sinais e sintomas, utilizados como base, pelos médicos obstetras e não obstetras que atende a gestante, durante a primeira consulta, para solicitar alguns exames que ajudam a confirmar a gestação, antes tida como suspeita (TABORDA et al., 2014; PEIXOTO, 2014).

Diante dessa confirmação realizada especificamente na segunda consulta, com a apresentação dos exames solicitados e realizados pela gestante, é preciso manter o calendário de assistência em dias até o final da gestação, mantendo as consultadas de retorno mensalmente desde a segunda consulta até a 32^a (trigésima segunda) semana de gestação, quinzenalmente da 32^a (trigésima segunda) até a 36^a (trigésima sexta) semana, e semanais da 36^a (trigésima sexta) semana até o nascimento da criança programado de acordo com o transcorrer da gestação pelos profissionais de saúde que atende a gestante (PEIXOTO, 2014).

4.3 Falha e eficácia dos métodos contraceptivos e/ou anticoncepcionais

Ao discutir a importância dos métodos contraceptivos e/ou anticoncepcionais, foi possível identificar os diversos tipos de métodos existentes, que podem ser utilizados pelas

pessoas durante sua vida reprodutiva, apesar das falhas e eficácias que podem surgir durante o uso dos métodos.

As falhas e eficácias foram calculadas mediante o surgimento da gravidez durante o primeiro ano de uso dos métodos comportamentais, de barreira, hormonais, dispositivo intrauterino (DIU), cirúrgicos e anticoncepcionais de emergência, a cada 100 mulheres, ao fazer o uso rotineiro ou típico, correto e consistente, apesar das dificuldades encontradas durante o primeiro ano de uso, mediante os aspectos levados em consideração durante o processo de escolha, preferência (homem, da mulher e do casal), caracterização dos métodos, fatores individuais, contextuais e orientação.

Métodos comportamentais	Taxa de falha %
Tabela/calendário ou ritmo – Ogino-Knaus	9 a 20
Curva térmica basal ou temperatura corporal basal	1
Muco cervical – Billings	3 a 20
Sintotérmico	2
Método dos dias fixos ou colar	4,75 a 11,96 ou de 0,6 a 12
Coito interrompido	Sem informação concreta
Lactação e Amenorreia – LAM	0,5 a 2
Métodos de barreira	Taxa de falha %
Preservativo masculino	3 a 14
Preservativo feminino	1,6 a 21
Diafragma	2,1 a 21
Espermaticidas	6 a 26
Métodos hormonais	Taxa de falha %
Orais	0,1 a 6- 8
Pílulas combinadas	0,5 a 1
Pílula progestagênio (minipílula) – lactantes	
Injetáveis	0,1 a 0,6
Mensal	0,3
Trimestral	
Implantes subcutâneos	Mínima
Dispositivo intra-uterino	Taxa de falha %
DIU de Cobre	0,6 a 0,8
Tcu-380 A	
Multiload Cu 375 ou (MLCu-375)	1,4
DIU liberador de Levonorgestrel	0,1
LING-20	
Métodos cirúrgicos	Taxa de falha %
Laqueadura ou ligadura tubária	0,5
Vasectomia	0,1 a 0,15
Anticoncepcionais de emergência	Taxa de falha %

Yuzpe	2
0 a 24 h	4,1
25 a 48 h	4,7
49 a 72 h	
Levonorgestrel	0,4
0 a 24 h	1,2
25 a 48 h	2,7
49 a 72 h	

Tabela 3: Taxas de gravidez e eficácia dos métodos comportamentais, de barreira, hormonais, dispositivo intrauterino, cirúrgicos e anticoncepções de emergência a cada 100 mulheres no primeiro ano de uso.

Fonte: Brasil (2013) e Brasil (2002).

Ao destacar a eficácia dos métodos comportamentais, foi possível observar que os autores apresentaram resultados semelhantes em relação à taxa de falha e, conseqüentemente, o surgimento da gravidez durante o primeiro ano de uso, ao apresentar que a cada 100 mulheres que fazem uso da Tabela/calendário ou ritmo – Ogino-Knaus, 9 a 20% engravidaram durante o primeiro ano de uso; 1% engravidou usando a curva térmica basal ou temperatura corporal basal; 3 a 20% usando o Muco cervical – Billings; 2% usando o Sintotérmico; 4,75 a 12% usando o Método dos dias fixos ou colar; 0,5 a 2% durante a Lactação e Amenorreia – LAM.

Ao destacar a eficácia dos métodos de barreira foi possível identificar que a cada 100 mulheres, cujo parceiro faz uso do preservativo masculino, 3 a 14% engravidaram durante o primeiro ano de uso, 1,6 a 21% engravidou usando o preservativo feminino, 2,1 a 21% usando o diafragma, 6 a 26% usando os espermaticidas. Diante dessa eficácia, é importante destacar que o preservativo (feminino e masculino) são os únicos métodos que oferecem dupla proteção.

Ao destacar a eficácia dos métodos hormonais foi possível identificar que a cada 100 mulheres, 0,1 a 6-8% engravidaram durante o primeiro ano de uso das pílulas combinadas, 0,5 a 1% engravidaram fazendo uso das pílulas de progestagênio, popularmente conhecida como minipílulas durante a lactação, 0,1 a 0,6% usando os injetáveis mensais, 0,3% usando os injetáveis trimestrais. Mas em relação aos implantes subcutâneos os autores destacaram que taxa de falha é mínima, uma vez que, não apresentaram informações concretas sobre determinado método.

Ao destacar a eficácia dos dispositivos intrauterinos (DIU) foi possível identificar que a cada 100 mulheres, 0,6 a 0,8% engravidaram durante o primeiro ano de uso do Tcu 380 A, 1,4% usando o MLCu-375 e 0,1% usando o LING-20, desenvolvidos a base de cobre ou de hormônios – progesterona ou levonorgestrel (LNG), em diversos formatos.

Ao destacar a eficácia dos métodos cirúrgicos foi possível identificar que a cada 100 mulheres, 0,5% engravidaram durante o primeiro ano da laqueadura ou ligadura tubária, e 0,1 a 0,15% engravidaram durante o primeiro ano da vasectomia realizada pelo companheiro/cônjuge. Que podem ser realizados através de um procedimento cirúrgico, quando ambos decidem.

Ao destacar a eficácia dos métodos anticoncepcionais de emergência a cada 100 mulheres, que mantêm relações sexuais desprotegidas, é preciso entender que sua eficácia ocorre em função do tempo levado entre a relação sexual desprotegida e a administração/utilização do método, também conhecido como “pílula do dia seguinte” e “pílula pós-coito”, quando são usados exclusivamente em situações de emergência, sem repetição/frequência.

Em uso único, a cada 100 mulheres, 2% engravidaram nas primeiras (0 a 24) vinte e quatro horas fazendo uso do método Yuzpe, 4,1% entre 25 e 48 horas, e 4,7% entre 49 e 72 horas. Usando o levonorgestrel 0,4% engravidou nas primeiras (0 a 24) vinte e quatro horas, 1,2% entre 25 e 48 horas, e 2,7% entre 49 e 72 horas. Mas em uso repetitivo/frequente sua eficácia será sempre menor na prevenção da gestação indesejada e, conseqüentemente, abortos provocados posteriormente.

Depois que foram aceitos e aprovados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pela Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa), e pelas Agências Reguladoras de Medicamentos da Europa, Estados Unidos, Ásia e América Latina, depois de uma rigorosa avaliação de segurança e eficácia. Não podem ser negados pelos profissionais de saúde em situações específicas e excepcionais, como: relações sexuais desprotegidas, falha ou esquecimento de uso de qualquer outro método, seja ele, comportamental, hormonal, de barreira, ou DIU, ou em casos de violência e/ou coerção sexual, visto que, nem sempre as mulheres praticam relações sexuais voluntárias ou desejadas.

4.4 Critérios de escolha e orientação dos métodos contraceptivos e/ou anticoncepcionais

É preciso destacar a preferência, a caracterização dos métodos e os fatores individuais e contextuais, como critérios de escolha e orientação dos métodos contraceptivos e/ou anticoncepcionais, antes de oferecer qualquer tipo de método às pessoas que buscam os profissionais de saúde durante a vida sexual reprodutiva.

Preferência	Mulher Homem Casal
Caracterização dos métodos	Eficácia Efeitos secundários Aceitabilidade Disponibilidade Facilidade de uso e/ou acesso Reversibilidade Proteção
Fatores individuais e contextuais	Condições econômicas Estado de saúde Caracterização da personalidade Fase da vida Padrão de comportamento sexual Aspirações reprodutivas Fatores culturais e religiosos Outros fatores (medo, dúvida e vergonha)

Tabela 4: Critérios de escolha e orientação dos métodos.

Fonte: Adaptado de Brasil (2002) e Brasil (2013).

4.5 Distribuição dos métodos contraceptivos e/ou anticoncepcionais

Atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece de forma gratuita nove tipos de métodos contraceptivos que podem ser utilizados pelas pessoas durante a vida sexual reprodutiva, como mostra a tabela a seguir.

Métodos	Tipos
Pílula combinada de baixa dosagem	Etinilestradiol 0,03 mg Levonorgestrel 0,15 mg
Minipílula	Noretisterona 0,35 mg
Pílula anticoncepcional de emergência	Levonorgestrel 0,75 mg
Injeção mensal	Enantato de noretisterona 50 mg Valerato de estradiol 5 mg
Injeção trimestral	Acetato de medroxiprogesterona 150 mg
Preservativo	Masculino Feminino
Diafragma	
DIU (dispositivo intrauterino)	Tcu-300 A (DIU T de cobre)

Tabela 5: Métodos reversíveis oferecidos pela rede de serviços do SUS.

Fonte: Adaptado de Brasil (2013, p.134) e Brasil (2017).

Segundo o Caderno de Atenção Básica a pílula combinada de baixa dosagem, a minipílula, a pílula anticoncepcional de emergência, a injeção mensal e trimestral, o preservativo feminino e masculino, o diafragma e o DIU, estão entre os principais métodos reversíveis que foram adquiridos pelo Ministério de Saúde e oferecidos pela rede de serviços do sistema único de saúde (SUS).

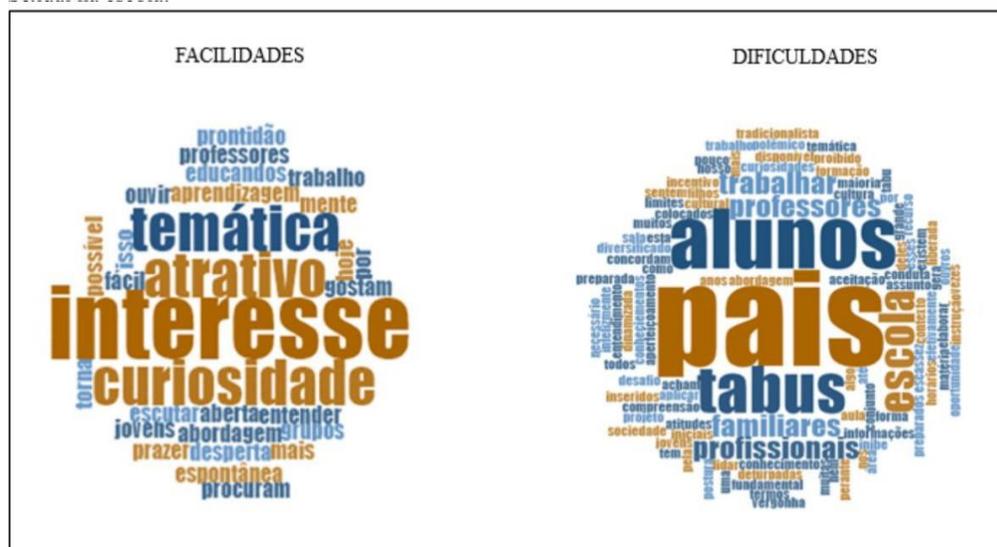


Figura 2: Facilidades e dificuldades da educação sexual na escola.
Fonte: Barbosa e Folmer (2019).

Ao analisar a figura, é possível identificar que existem vários fatores que podem não só facilitar, como dificultar o desenvolvimento da educação sexual, especialmente na escola, ao mostrar as principais dificuldades e facilidades enfrentadas pelos professores, em uma escola da rede pública no interior de Pernambuco, nos anos finais (6º ao 9º ano) do ensino fundamental, para se trabalhar assuntos relacionados à sexualidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, conclui-se a importância da educação sexual, tanto no ambiente familiar, quanto no ambiente escolar, visto que, as crianças e os adolescentes manifestam sua sexualidade de diversas formas, desde o seu nascimento até a sua morte, do mesmo modo, que vivenciam como algo natural, só que infelizmente a maioria dos pais e professores não agem com a mesma naturalidade e acabam repreendendo tanto as crianças, como os adolescentes, ao questionarem sobre determinados assuntos relacionados à sexualidade, como foi visto no decorrer da pesquisa.

Embora reconheça-se a importância da educação sexual, a maioria dos pais e professores ainda apresentam dificuldade em relação à temática. Desse modo, pode-se dizer que os adolescentes acabam expostos a várias vulnerabilidades, por exemplo: a gravidez na adolescência e as infecções sexualmente transmissíveis, quando iniciam a vida sexual sem as devidas orientações, problema esse que poderia ser evitado/amenizado através do conhecimento adquirido durante o desenvolvimento da educação sexual transmitida e trabalhada pelos pais no contexto familiar e pelos professores/escola no contexto escolar e de sala de aula.

Dessa forma, os docentes devem se responsabilizar por sua formação continuada por meio de capacitação, procurando, assim, trabalhar a interdisciplinaridade por meio dos Parâmetros Curriculares Nacionais, com a inserção da temática da Educação Sexual, possibilitando, dessa forma, que os adolescentes e jovens possam dialogar e refletir suas ações e discernirem o poder que tem o seu corpo e passem a planejar melhor o futuro.

REFERÊNCIAS

ALIANE, Poliana Patrício; RONZANI, Telmo Mota; SILVA, Cristiane Schumann; et. al. Avaliação de Saúde Mental em Gestantes. Gerais: **Revista Interinstitucional de Psicologia**, 1 (2), p.113-122, Juiz de fora dez. 2008.

AVANZI, Samara Alves; DIAS, Carlos Albert; SILVA, Leonardo Oliveira Leão e; BRANDÃO, Marileny Boechat Frauches; RODRIGUES, Suely Maria. Importância do apoio familiar no período gravídico-gestacional sob a perspectiva de gestantes Inseridas no PHPN. **Rev. Saúde Coletiva da UEFS**, Feira de Santana, v. 9, p.55-62, 2019.

AZEVEDO, Alda Elizabeth Boehler Iglesias (Org.). **Guia prático de atualização**. Departamento científico de adolescência -Sociedade Brasileira de Pediatria: Prevenção da gravidez na adolescência. N° 11, Janeiro 2019.

AZEVEDO, Alda Elizabeth Boehler Iglesias (Org.). Guia prático de atualização. Departamento científico de adolescência -Sociedade Brasileira de Pediatria: Prevenção da gravidez na adolescência. **Adolescência & Saúde**. V. 15, supl. 1, p. 86-94, Rio de Janeiro, Fevereiro 2018.

BANTIM, Márcia MARIA Braga; SOBREIRA, Alana Cecília de Menezes; SUDÉRIO, Fabrício Bonfim. Estratégias de ensino na abordagem do tema educação sexual com estudantes do ensino médio. **Revista Insignar e Scientia – RIS**. V. 4, n. 6, p. 106-126, 7 out. 2021.

BARBOSA, Luciana Uchôa; FOLMER, Vanderlei. Facilidades e Dificuldades da Educação Sexual na Escola: Percepções de Professores da Educação Básica. **REVASF**, Petrolina-Pernambuco - Brasil, vol. 9, n.19, p. 221-243, maio/junho/julho/agosto, 2019.

BERETTA, Maria Isabel Ruiz; CLÁPIS, Carolina Vivian; OLIVEIRA NETO, Luciana Aparecida; FREITAS, Marildy Aparecida; DUPAS, Giselle; RUGGIERO, Eliete Maria S.; BALTOR, MarjaRany. A contextualização da gravidez na adolescência em uma maternidade de São Carlos/SP, **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 13 (1): P.90-98, jan/mar 2011.

BORGES, Ana Luiza Vilela; FUJIMORI, Elizabeth; KUSCHNIR, Maria Cristina Caetano; et. al. ERICA: início da vida sexual e contracepção em adolescentes brasileiros. **Revista Saúde Pública (RSP)**, 50(supl.1): p.1-11, 2016.

BORGES, Denise Aparecida; FERREIRA, Fernanda dos reis; MARIUTTI, Mariana Gondim; ALMEIDA, Denise Alves de. A depressão na gestação: uma revisão bibliográfica. **Revista de Iniciação Científica da Libertas**, v.1, n°1, p. 85-89, São Sebastião do Paraíso, dezembro de 2011.

BOUZAS, Isabel; MIRANDA, Ana Teresa. Gravidez na adolescência. **Adolescência & Saúde**, v. 1, n° 1, p.27-30, março 2004.

BRASIL. **Gestação de alto risco**: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5º ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Parâmetros Curriculares Nacionais/ Ensino Fundamental: **Orientação sexual**. Brasília: Ministério da Educação, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar**: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4ª edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: saúde mental/ Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Departamento de Gestão da Educação na Saúde**. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. 2º ed., 1.a reimpr. - Brasília: Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BRASIL. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Departamento de atenção básica**. 1º ed. 1 reimpr.- Brasília, 2013.

BRASIL, Kátia Tarouquella; ALVES, Paola Biasoli; AMPARO, Deise Matos do; et.al. Fatores de risco na adolescência: discutindo dados do DF. **Paidéia**, 16(35), p. 377-384, Taguatinga – DF, outubro de 2006.

CAMACHO, Karla Gonçalves; VARGENS, Octavio Muniz da Costa; PROGIANTI, Jane Márcia; SPÍNDOLA, Thelma. Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. **Ciência y Enfermaria XVI** (2), p. 115-125, 2010.

CAMACHO, Renata Sciorilli; CANTINELLI, Fábio Scaramboni; RIBEIRO, Carmen Sylvia; et. al. **Rev. Psiq. Clín.** 33 (2); p.92-102, 2006.

CAPUTO, Valéria Garcia; BORDIN, Isabel Altenfelder. Problemas de saúde mental entre jovens grávidas e não- grávidas. **Revista Saúde Pública**, 41(4): p.573-581, 2007.

CARVALHO, Geraldo Mota de; BARROS, Sonia Maria Oliveira de. Fatores psicossociais relacionados à gravidez na adolescência. **Acta Paul Ent**, São Paulo v.13, n.1, p.9-17, Jan/abr. 2000.

CERQUEIRA-SANTOS, Elder; PALUDO, Simone dos Santos; SCHIRÒ, Eva Diniz Bensaja dei; KOLLER, Sílvia Helena. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n.º. 1, p. 73-85, jan./mar. 2010.

CHEMELLO, Mariana Reichelt; LEVANDOWSKI, Daniela Centenaro; DONELLI, Tagma Marina Schneider. Ansiedade materna e maternidade: Revisão crítica da literatura. **Interação em psicologia**, vol. 21, n.º 01, 2017.

CORREA, C. C. S. Situações Precursoras da Gravidez na Adolescência. **Psicologado**, [S.l.]. (2016). Disponível em: <https://psicologado.com.br/psicologia-geral/sexualidade/situacoes-precursoras-da-gravidez-na-adolescencia>. Acesso em 14 de maio de 2020.

COSTA, Terezinha de Jesus Nascimento Martins da; HEILBORN, Maria Luiza. Gravidez na adolescência e fatores de risco entre filhos de mulheres nas faixas etárias de 10 a 14 e 15 a 19 anos em Juiz de Fora, MG. **Revista APS**, v.9, nº1, p. 29-38, jan./jun. 2006.

COSTA, Aurélio Antônio Ribeiro; RIBAS, Maria do Socorro Sampaio de Sousa; AMORIM, Melânia Maria Ramos de; SANTOS, Luiz Carlos. Mortalidade Materna na Cidade do Recife. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** vol. 24, nº.7, p. 455-462 Rio de Janeiro 2002.

COSTA, Evaldo Lima da; SENA, Maria Cristina Ferreira; DIAS, Adriano. Gravidez na adolescência - determinante para prematuridade e baixo peso. **Com. Ciências Saúde**, V. 22, N. 1, P.183-188, 2011.

COSTA, Daisy Oliveira; SOUZA, Fabíola Isabel Suano de; PEDROSO, Glaura César; STRUFALDI, Maria Wany Louzada. Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(3): p.691-700, 2018.

CRUZEIRO, Ana Laura Sica; SILVA, Ricardo Azevedo da; HORTA, Bernardo Lessa; et. al. Prevalência e fatores associados ao transtorno da conduta entre adolescentes: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(9): p.2013-2020, set, 2008.

DIAS, Ana Cristina Garcia; TEIXEIRA, Marco Antônio Pereira. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. Revisão crítica da literatura. **Paideia**, Vol. 20, nº. 45, p. 123-131, jan - abr, 2010.

DUARTE; Elizabete da Silva, PAMPLONA; Taina Queiroz, RODRIGUES, Alesandro Lima. A gravidez na adolescência e suas conseqüências biopsicossociais. **Artigo de revisão De Ciência em Foco**. ISSN: 2526--5946, P. 2018.

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente. **Lei nº 8.069, de 13 de 1990**.

EISENSTEIN, Evelyn. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência & Saúde**, v.2, nº 2, p. 6-7, junho 2005.

FONSECA, Sara Isabel Rodrigues Pina. **Ansiedade na gravidez**: Prevalência e fatores associados. Outubro 2012. 102f. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) – Universidade da Beira Interior, Covilhã.

FONSECA, Mariane da Silva; MELCHIORI, Lígia Ebner. Adolescentes: maternidade, riscos e proteção.orgs. **Saúde e desenvolvimento humano [online]**. São Paulo: Editora UNESP, p.133-154, 2010.

FMUSP. Mutações genéticas causam puberdade precoce. 2014. Disponível em: [Mutações genéticas causam puberdade precoce \(vvale.com.br\)](http://vvale.com.br). Acesso 12 mai. de 2022.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de pesquisa**. 4º ed.- São Paulo: Atlas, 2002.
GONÇALVES, R. C.; FALEIRO, J. H.; MALAFAIA, G. Educação sexual no contexto familiar e escolar: impasses e desafios. **Hollos**, v.5, outubro 2013.

HAMES, Clarines; KEMP, Adriana Toso. Diversidade de gênero e sexualidade no processo formativo docente. **Revista InsignareScientia**, v. 2, n. 1, Jan./Abr. 2019.

HOGA, Luiza AkikoKomura; BORGES, Ana Luiza Vilella; REBERTE, Luciana Magnoni. Razões e Reflexos da Gravidez na Adolescência: Narrativas dos Membros da Família. Esc. Anna Nery **Rev. Enferm.** 14 (1): p. 151-157, Jan-mar. 2010.

HOLANDA, Marília Lima de; FROTA, Mirna Albuquerque; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. O papel do professor na educação sexual de adolescentes. **Cogitare Enfermagem**, vol. 15, núm. 4, pp. 702-708, outubro a dezembro, 2010.

KASSADA, Danielle Satie; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini; MIASSO, Adriana Inocenti; MARCON, Sonia Silva. Prevalência de transtornos mentais e fatores associados em gestantes. **Acta Paul Enferm.** 28(6): p.495-502, Outubro de 2015.

LEITE, Mirlane Gondim; RODRIGUES, Dafne Paiva; SOUSA, Albertina Antonielly Sydney de; MELO, Laura Pinto Torres de; FIALHO, Ana Virginia de Melo. Sentimentos Advindos da Maternidade: Revelações de um Grupo de Gestantes, **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 1, p. 115-124, jan./mar. 2014.

LIMA, Ana Vanessa. **A importância do professor**, 2013. Disponível em:<https://www20.opovo.com.br/app/opovo/jornaldoleitor/2013/10/16/noticiasjornaldoleitor,3147286/a-importancia-do-professor.shtml>.

MANFRÉ, Camila Cristina; QUEIRÓZ, Sara Gomes de; MATTHES, Ângelo do Carmo Silva. Considerações atuais sobre gravidez na adolescência. **R. bras. Med. Fam. e Comun.**, Florianópolis, v. 5, n. 17, p. 48-54, jan./dez. 2010.

MARANHÃO, Thatiana Araújo; SALES, Suzanny dos Santos; PEREIRA, Maria Lúcia Duarte; CORDEIRO, Luana Ibiapina; SOUSA, Carla Suellen Pires de. Atitudes e reações familiares e sociais diante da gravidez na adolescência. **Rev. enferm UFPEonline**. Recife, 12(4): 840-848, abr. 2018.

MARANHÃO, Thatiana Araújo; VIEIRA, Taiane Soares; MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza. Violência contra adolescentes grávidas: uma revisão integrativa. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v. 10, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2012.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5º ed. - São Paulo: Atlas 2003.

MENESES, Celise; LOPES, Claudia; MAGALHÃES, Vera Cristina. Transtornos mentais comuns em adolescentes grávidas: um estudo piloto. **Adolescência & Saúde**, v° 5, n° 1, p.50-56, março 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; CRUZ NETO, Otávio; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MORAIS, Camila Aquino; AMPARO, Deise Matos; FUKUDA, Cláudia Cristina; BRASIL, Katia Tarrouquella. Concepções de saúde e doença mental na perspectiva de jovens brasileiros. **Estudos de Psicologia**, 17(3), p. 369-379 setembro-dezembro de 2012.

MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; VIANA, Danielle de Sousa; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **RevEscEnferm USP**, 42(2): p.312-320, 2008.

MUNHOZ, CAMILA. **Orientação sexual: concepções de futuros professores de biologia**. SÃO PAULO, 2017.

NASCIMENTO, Mirlene Garcia; XAVIER, Patricia Ferreira; PASSOS DE SÁ, Rafaella Domingos. Adolescentes grávidas: a vivência no âmbito familiar e social. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 41-47, out/dez. 2011.

NASCIMENTO, AgneteTroelsen Pereira; SIMAS, Geisianne Carvalho da Silva, SENA, J V R; SANTOS, R C D. **Educação Sexual nas Escolas: estratégias que oportunizam aprendizagem**. Seminário Internacional Enlaçando Sexualidade, 2016. Disponível em: www.enlacandosexualidad.com.br.

NEIVA, Kathia Maria Costa; ABREU, Mônica Martins de; RIBAS, Tatiana Pereira. Adolescência: facilitando a aceitação do novo esquema corporal e das novas formas de pensamento. **PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora**, Vol. 5, n°2, pp. 56-64, 2004.

NOGUEIRA, N. S.; Zocca, A. R.; Muzzeti, L. R.; Ribeiro, P. R. M. Educação Sexual no Contexto Escolar: As Estratégias Utilizadas em Sala de Aula Pelos Educadores. **HOLOS**, Ano 32, Vol. 3, p. 319 – 327, março/ 2016.

NORADI, Natália Lenzi; FLOR, SthefanyRamayane de Araújo; RIBEIRO, Alessandro Sampaio; HAYASIDA, Nazaré Maria de Albuquerque; CARVALHO, Gutemberg Jailson Rocha de. Estresse, conceitos, manifestações e avaliação em saúde: revisão de literatura. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, 30, 2 (1): p. 6-74, maio de 2014.

OLIVEIRA, Maria Waldenez de. Gravidez na adolescência: dimensões do problema. **Cadernos CEDES**, Campinas, v. 19, n°. 45, p.48 -70, jul. 1998.

OYAMADA, Luiz Henrique; MAFRA, Priscila Cordeiro; MEIRELES, Rânelly de Andrade; GUERREIRO, Threicy Mayara Godinho; CAIRES JÚNIOR, Miguel Olavo de; SILVA, Fabiano Moreira da. Gravidez na adolescência e o risco para gestante. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, V.6, n.2, p.30-45, mar - maio 2014.

PAES, Daniela Cristina; FAVORITO, Ana Paula; GONÇALVES, Randys Caldeira. Educação sexual nas séries iniciais do ensino fundamental: o que educadores da rede municipal de ensino de Pires do Rio (Goiás) têm a dizer? **Multi-ScienceJournal**, 1(3), pp. 69-78, ago – out. 2015.

PAPALIA, Diane E.; FELDMAN, Ruth Duskin. **Desenvolvimento humano** [recurso eletrônico] 12º ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: AMGH, 2013.

PARANÁ. Secretária de Estado da Educação. Superintendência de Educação. Departamento da Diversidade. Núcleo de Gênero e diversidade Sexual. **Sexualidade**. Curitiba: SEED – Pr. 2009.

PASSOS, L. **Pesquisa mostra que 86% dos brasileiros têm algum transtorno mental**, 2019. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/pesquisa-indica-que-86-dos-brasileiros-tem-algum-transtorno-mental/>.

PAUCAR, Lilian Mery Olivera de. **Representação da gravidez e aborto na adolescência: estudo de casos em São Luís do Maranhão**. (Tese de doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação - UNICAMP Campinas, SP 2003.

PEIXOTO, Sérgio. **Manual de assistência pré-natal**. 2º ed. -- São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014.

POSITIVOS. Valorização do professor – **a importância do educador no processo de aprendizagem dos alunos**, 2017. Disponível em: <https://www.sistemapositivo.com.br/valorizacao-do-professor-a-importancia-do-educador-no-processo-de-aprendizagem-dos-alunos/>.

PICANÇO, Marilucia Rocha de Almeida. Gravidez na adolescência. **Residência Pediátrica** 5(3) s1: p.42-46, Setembro/Dezembro 2015.

PIOVESAN, Josieli; OTTONELLI, Juliana Cerutti; BORDIN Jussania Basso; PIOVESAN, Laís. **Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem** [recurso eletrônico] – 1. ed. – Santa Maria, RS: UFSM, NTE, 2018.

POLI, Marcelino Espírito Hofmeister; MELLO, Claudete Reggiani; MACHADO, Rogério Bonassi; et. al. Manual de anticoncepção da FEBRASGO. Vol. 37, nº 9, **FEMINA**, Setembro de 2009.

PONTES, Luciana Cruz; SOUSA, Waleriana Silva e; OLIVEIRA, Delvianne Costa de; PEDREIRA, Ilane Queiroz; COSTA, Sheila Milena da. As implicações da gravidez na adolescência: uma revisão bibliográfica. Revista Interdisciplinar **NOVAFAPI**, Teresina. V.5, n.1, p.55-60, Jan-Fev-Mar. 2012.

PRADO, Margareth Simone Marques. **Psicologia da educação**. Cruz das Almas, BA: SEAD-UFRB, 2015.

RIOS, Karyne de Souza Augusto; WILLIAMS, Lúcia Cavalcanti Albuquerque; AIELLO, Ana Lúcia Rossito. Gravidez na adolescência e impactos no desenvolvimento infantil. **Adolescência & Saúde**, v.4, nº 1, p. 6-11, fevereiro 2007.

RODRIGUES, Cintia Leci; SANTOS, Patricia Garcia dos. Gravidez na adolescência: características das mães e recém-nascido segundo o sistema de informação de nascimentos. **Adolescência & Saúde**, v. 14, n. 4, p. 143-149, out/dez 2017.

SANTOS, Cristiane Albuquerque C. dos; NOGUEIRA, Kátia Telles. Gravidez na adolescência: falta de informação? Artigo original, **Adolescência & Saúde**, v. 6, nº 1, p. 48-56, abril 2009.

SILVA, Cristielli Rosa e. Et. al. Panorama da gestação de mães adolescentes nas regiões de saúde do espírito santo, SINASC 2013. **Convibra**, S. A.

SILVA, Edna Lúcia Coutinho da. Et. al. Gravidez e dinâmica familiar na perspectiva de adolescentes. **Bol. Acad. Paulista de Psicologia**, São Paulo, Brasil - V. 34, nº 86, p. 118-138, 2014.

SIMAS, Flavia Baroni; SOUZA, Laura Vilela e; SCORSOLINI-COMIN, Fabio. Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e multíparas. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, 15(1), p. 19-34, São Paulo, SP, jan.-abr. 2013.

SOUZA, Carolina Cardoso de; Resende, Ana Cristina. Transtornos psicológicos em adolescentes socioeducandos. **Avaliação Psicológica**, 11(1), pp. 95-109, Bairro Feliz – Goiânia/ Goiás 2012.

TABORDA, Joseane Adriana; SILVA, Francisca Cardoso da; ULBRICHT, Leandra; NEVES, Eduardo Borba. Conseqüências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 22 (1): 16-24, 2014.

TACON, Fernanda Sardinha de Abreu; AMARAL, Waldemar Naves do; TACON, Kelly Cristina Borges. Drogas ilícitas e gravidez Influência na morfologia fetal. **Femina**, 46(1): p.10-18, 2018.

THIENGO, Daianna Lima; CAVALCANTE, Maria Tavares; LOVISI, Giovanni Marcos. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **J Bras Psiquiatr.** 63(4): P. 360-372, Rio de Janeiro, novembro de 2014.

TOLEDO, Luciano Medeiros de; SABROZA, Paulo Chagastelles. **O que são transtornos mentais**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2011.

VIEIRA, Leila Maria; SAES, Sandra de Oliveira; DÓRIA, Adriana Aparecida Bini; GOLDBERG, Tamara BeresLederer. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 6 (1): 135-140, jan. / mar. 2006.

XAVIER, Alessandra Silva; Nunes, Ana Ignez Belém Lima. **Psicologia do desenvolvimento** 4º ed. rev. e ampl. – Fortaleza: EdUECE, 2015.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães; DIAS, Maria do Socorro de Araújo; ROCHA, José; CUNHA, Isabel Cristina KowalOlm. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem REBEn**, Brasília 60(3): p.279-85, maio-jun. 2007.

ZANATTA, Edinara; PEREIRA, Caroline Rubin Rossato; ALVES, Amanda Pansard. A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del Rei, 12 (3), p. 1-16 setembro-dezembro 2017.