

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE TOCOGINECOLOGIA

PERFIL DA ADOLESCENTE DO AMBULATÓRIO DA
MATERNIDADE CARMELA DUTRA

Alexandre de Lima Farah

Florianópolis, dezembro de 1994.

1

Orientador(a): Prof(a) Miriam Krieger Tavares da Cunha Melo

Agradecimentos:

Dr(a) Maria Dolores B. Canella

Dr. Lúcio Botelho

ÍNDICE

ABSTRACT	03
RESUMO	04
INTRODUÇÃO	05
METODOLOGIA	07
RESULTADOS	09
DISCUSSÃO	18
RECOMENDAÇÕES	30
CONCLUSÃO	31
BIBLIOGRAFIA	33

ABSTRACT

One hundred eighty five adolescents of the adolescence's ambulatory of Carmela Dutra Maternity in Florianópolis, at the age of 10 to 19 years old, were studied with the objective to make a descriptive study of some variables that makes part of this patient's outline, to obtain a first impression of the reality in concerning the subject.

This analysis so, refers to the study of topics chosen of the statistics viewpoint, and this comparison with national and foreign literature.

RESUMO

Estudou-se 185 adolescentes do ambulatório de adolescência da Maternidade Carmela Dutra em Florianópolis, com idade de 10 a 19 anos, com o objetivo de fazer um estudo descritivo de algumas variáveis que fazem parte do perfil destas pacientes, para se ter uma primeira impressão geral da realidade, no referente ao tema.

Esta análise se refere então, ao estudo dos tópicos escolhidos, do ponto de vista estatístico, e sua comparação com dados obtidos na literatura estrangeira e brasileira.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), adolescência é o período dos 10 aos 20 anos incompletos, que é aceito atualmente pela maioria dos autores, pois abrange a quase totalidade dos acontecimentos característicos da adolescência(24). Não deve ser confundido com o termo puberdade, que se refere aos eventos biológicos desta fase, caracterizados sobretudo pelo amadurecimento sexual e pelo chamado estirão da puberdade, fase de grande crescimento físico. No sexo feminino a puberdade se inicia com o aparecimento do broto mamário, o que ocorre em média, no nosso meio, aos 9,7 anos (20). O termo adolescência é mais amplo, pois além de englobar as modificações corporais típicas da puberdade, inclui também as modificações psíquicas e psicossociais(20).

Alice Dickstein, citada por Demasi (10), refere que o período da adolescência é como uma "terra de ninguém", onde nem pediatras, nem ginecologistas tem conhecimentos necessários sobre esta faixa etária, com suas mudanças biológicas, físicas e principalmente psicológicas. Devido a isto, os adolescentes são desorientados e inseguros em relação a temas como doenças sexualmente transmissíveis, gravidez, planejamento familiar e sexualidade, entre outros. Temas estes que farão parte do cotidia-

no dos adolescentes, que se não estiverem bem orientados poderão cometer erros que marcarão o resto de suas vidas. Estas consequências, além de abalarem física e psicologicamente o bem estar dessas jovens e às vezes de seus bebês, acabam repercutindo também na vida de seus companheiros, na sua família e sociedade na qual vivem (19).

Por outro lado, durante os últimos anos vem aumentando a preocupação de pais e profissionais com relação aos riscos a que estão expostos os adolescentes (19). Como a adolescência é um período de transição entre a infância e a idade adulta, o profissional que se dispõe a atender adolescentes deveria idealmente reunir conhecimentos sobre diversas áreas, conhecendo as mudanças físicas, endocrinologia, saúde pública, ginecologia e o perfil da adolescente com quem irá trabalhar, entre outros (27). É óbvio que esse superprofissional não existe, assim, a solução que serve às necessidades do atendimento é a composição de uma equipe multiprofissional (27).

Na tentativa de ser um "espelho" do perfil da adolescente, este trabalho faz considerações sobre algumas de suas características, desde o hábito de fumar e ingerir bebidas alcoólicas até seus antecedentes obstétricos e ginecológicos. E através deste perfil, conhecendo melhor nossas adolescentes, sabemos quais os pontos que dever ser mudados e onde devemos concentrar nossos esforços.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, individual e sem controle, com consulta ao prontuário.

O autor estudou 209 adolescentes atendidas no período de 07 de agosto de 1992 à 03 de junho de 1994 no ambulatório de adolescência da Maternidade Carmela Dutra, centro de Florianópolis.

Foram excluídas 24 pacientes por não terem seus prontuários completos.

Foram estudadas as seguintes variáveis:

- * idade, profissão e estado civil;
- * motivo da consulta;
- * antecedentes pessoais: - alcoolismo,
 - tabagismo,
 - patologia urinária;
- * antecedentes ginecológicos: - idade da menarca,
 - vida sexual ativa ou não,
 - idade da coitarca;
- * métodos anticoncepcionais: - usuária ou não,
 - tipo utilizado,
 - se houve gravidez com o uso do método;

- * antecedentes obstétricos: - número de gestações, partos, cesarianas e abortos,
- idade gestacional

Os dados foram tabelados e tratados em computador com Software EpiInfo.

RESULTADOS

Entre as adolescentes do Ambulatório da Maternidade Carmela Dutra a idade predominante foi de 16 anos (20%) (Tabela 1).

TABELA 1 - Distribuição percentual das adolescentes segundo a idade:

Idade	Número de pacientes	%
10	7	3,8
11	7	3,8
12	11	5,9
13	16	8,6
14	22	11,9
15	24	13
16	37	20
17	33	17,8
18	22	11,9
19	6	3,2
Total	185	100

Na tabela 2, podemos observar dados quanto ao trabalho destas adolescentes. A grande maioria não trabalhava (85,9%), apenas 12,4% tinham uma ocupação profissional. Na nossa avaliação, em 3 casos (1,6%) não havia sido relatada a posição quanto ao trabalho.

TABELA 2 - Distribuição percentual das adolescentes, segundo trabalho:

Trabalho	Número de pacientes	%
sim	23	12,4
não	159	85,9
não relatado	3	1,6
Total	185	100

Quanto ao estado civil, a grande maioria era solteira (81,6%), 15,1% eram casadas e em 6 casos (3,2%) não havia relato sobre o estado civil (Tabela 3)

TABELA 3 - Distribuição percentual das adolescentes, segundo o estado civil:

Estado civil	Número de pacientes	%
solteira	151	81,6
casada	28	15,1
não relatada	6	3,2
Total	185	100

Em relação ao motivo da consulta (Tabela 4), 52 adolescentes (28,1%) procuraram o ambulatório por estarem grávidas. Referiam também, queixas de corrimento vaginal e irregularidade menstrual, ambas com 18,4%. Apenas 8 pacientes (4,3%) procuraram orientação sobre anticoncepção. Das 47 adolescentes (25,4%) que procuraram por outros motivos, destaca-se o atraso menstrual com 9 casos (4,8%). Aqui fica uma dúvida: será que este atraso mens-

trual é devido a uma gravidez ainda não diagnosticada ou é apenas uma manifestação de irregularidade menstrual?

TABELA 4 - Distribuição percentual das adolescentes, segundo motivo da consulta:

Motivo	Número de pacientes	%
gravidez	52	28,1
irregularidade menstrual	34	18,4
corrimento vaginal	34	18,4
orientação anticoncepcional	8	4,3
dor pélvica	6	3,2
sangramento intermenstrual	4	2,2
outros	47	25,4
Total	185	100

Nos antecedentes pessoais, investigamos a incidência quanto ao uso de bebidas alcoólicas, tabagismo e patologias urinárias, que podem ser vistos nas tabelas 5, 6 e 7, respectivamente.

TABELA 5 - Distribuição percentual das adolescentes, segundo alcoolismo:

Alcoolismo	Número de pacientes	%
sim	2	1,1
não	183	98,9
Total	185	100

Houve uma baixa prevalência entre as adolescentes tanto de alcoolismo, com 2 pacientes (1,1%), quanto de tabagismo, com 14 casos (7,6%).

TABELA 6 - Distribuição percentual das adolescentes, segundo tabagismo:

Tabagismo	Número de pacientes	%
sim	14	7,6
não	171	92,4
Total	185	100

Dito pacientes (4,3%) tiveram antecedentes de patologia urinária:

TABELA 7 - Distribuição percentual das adolescentes, segundo patologia urinária:

Patologias urinárias	Número de pacientes	%
sim	14	4,3
não	177	95,7
Total	185	100

Três itens foram analisados dentre os antecedentes ginecológicos. O primeiro foi a idade da menarca, que variou dos 9 aos 18 anos (Tabela 8). Das 185 adolescentes, 31 (16,8%) não haviam menstruado ainda. O pico máximo da menarca foi aos 12 anos, com 51 casos (27,6%).

TABELA 8 - Distribuição percentual das adolescentes, segundo idade da menarca:

Menarca	Número de pacientes	%
9	2	1,1
10	5	2,7
11	23	12,4
12	51	27,6
13	39	21,1
14	23	12,4
15	8	4,3
16	1	0,5
17	1	0,5
18	1	0,5
Ausente	31	16,8
Total	185	100

O segundo item analisado foi em relação a vida sexual, determinando se a paciente tem vida sexual ativa ou não (Tabela 9). Encontramos 105 adolescentes com vida sexual ativa (56,8%) e 80 (43,2%) sem vida sexual ativa. Aqui, foi considerado como tendo vida sexual ativa, aquelas adolescentes que tiveram pelo menos uma relação sexual anterior, não importando o momento atual. Já as sem vida sexual ativa, aquelas que eram virgens.

TABELA 9 - Distribuição percentual das adolescentes, segundo vida sexual:

Vida sexual	Número de pacientes	%
ativa	105	56,8
não ativa	80	43,2
Total	185	100

O último item analisado dentre os antecedentes ginecológicos foi a idade da primeira relação sexual (coitarca). Houve um predomínio na idade de 16 anos, com 27 casos (25,7%). Em 9 casos (8,6%) a coitarca é desconhecida (Tabela 10).

TABELA 10 - Distribuição percentual das adolescentes sexualmente ativos, segundo idade da primeira relação sexual:

Coitarca	Número de pacientes	%
13	15	14,3
14	21	20
15	20	19
16	27	25,7
17	8	7,6
18	5	4,8
não relatado	9	8,6
Total	105	100

Na tabela 11, observamos dados referentes a métodos contraceptivos. Vimos que das 105 adolescentes sexualmente ativas, somente 58 (55,2%) usavam métodos contraceptivos. Destes o mais usado foi o anticoncepcional oral por 42 adolescentes (72,4%), seguido de condon com 11 casos (19%), coito interrompido com 3 (5,2%) e tabelinha com 2 (3,4%).

TABELA 11 - Distribuição percentual das adolescentes sexualmente ativos, de acordo com o uso de métodos contraceptivos:

Método	Número de pacientes	%
anticoncepcional oral	42	72,4
condon (camisinha)	11	19
coito interrompido	3	5,2
Ogino Knaus (tabelinha)	2	3,4
Total	58	100

O último ponto por nós analisado foi em relação aos antecedentes obstétricos. Na tabela 12, verificamos a distribuição das 185 adolescentes quanto ao número de gestações.

TABELA 12 - Distribuição das adolescentes, segundo gestação:

Gestação	número de gestantes	%	gestações correspondentes
I	60	85,7	60
II	7	10	14
III	3	4,3	9
Total	70	100	83

Houve um predomínio de primigestas com 85,7%. Um dado assustador é o fato de encontrarmos 3 pacientes (4,3%) que eram tercigestas.

Encontramos 70 adolescentes que haviam gestado ou estavam gestando no momento, e um total de 83 gestações. Destas 83 gestações, 52 estavam em evolução (eram o atual motivo da consulta), logo, 31 gestações já haviam sido interrompidas.

Quanto a forma da interrupção destas 31 gestações, tivemos 11 (35,5%) terminadas em aborto de natureza desconhecida (espontâneo ou provocado) (Tabela 13).

TABELA 13 - Distribuição percentual das adolescentes, segundo aborto:

Aborto	Número de pacientes	%	abortos correspondentes
I	9	90	9
II	1	10	2
Totais	10	100	11

Assim, 20 gestações evoluíram até o final, ocorrendo 18 partos (58%) e 2 cesáreas (6,5%), o que está representado nas tabelas 14 e 15, respectivamente.

TABELA 14 - Distribuição percentual das adolescentes, segundo parto:

Parto	Número de pacientes	%	partos correspondentes
I	14	87,5	14
II	2	12,5	4
Total	16	100	18

TABELA 15 - Distribuição percentual das adolescentes, segundo cesárea:

Cesárea	Número de pacientes	%	cesáreas correspondentes:
I	2	100	2
Total	2	100	2

Quanto a idade gestacional destas 20 gestações, tivemos:

- 16 gestações que evoluíram ao termo (80%);
- 01 gestação interrompida no pré-termo (5%);
- 03 gestações cuja idade gestacional era desconhecida (15%).

DISCUSSÃO

No nosso estudo, das 185 adolescentes analisadas, a idade predominante foi de 16 anos, com 37 pacientes (20%).

Em trabalho realizado com gestantes adolescentes de Blumenau (19), 77% não trabalhavam. Em trabalho semelhante num serviço público do Rio de Janeiro (25), 15,91% destas trabalham. Estes dados são semelhantes aos nossos (Tabela 2), onde 12,4% das adolescentes trabalhavam.

Quanto ao estado civil, 151 adolescentes (81,6%) eram solteiras (Tabela 3). Vale lembrar, que aqui foram consideradas casadas somente aquelas que o eram conforme a lei; ao contrário de outros trabalhos (25,26) que consideram também como casadas, aquelas que são solteiras mas que vivem com o companheiro. Nestes trabalhos 78,26% e 90,1%, respectivamente, eram solteiras. Apesar desta distinção quanto a definição, os resultados são semelhantes. No estudo das adolescentes grávidas de Blumenau (19), 58,6% viviam com companheiro apesar de não serem casadas.

Em relação ao motivo da consulta (Tabela 4), em trabalho realizado no setor de ginecologia da Universidade Federal do

Rio de Janeiro (11), 32,3% das adolescentes procuraram o serviço devido a corrimento vaginal, 14,7% por alterações menstruais, 2,9% para orientação anticoncepcional e somente 1,2% por gravidez. Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau (19), mostram frequências semelhantes às nossas, das causas que motivaram a consulta, com 21,5% por irregularidade menstrual e 5,6% para orientação sobre anticoncepção, ao passo que, as vulvaginites motivaram, um índice bem maior ao encontrado por nós, com 35,5%.

Um dado que nos preocupa muito é em relação a alta frequência de gravidez em nosso meio, com 52 casos (28,1%). Estima-se que em vários países da América Latina, a gravidez em mulheres com menos de 20 anos representa cerca de 30% do total de gravidezes. No Brasil, de acordo com dados recentes, 2 em cada 5 adolescentes entre 15 - 19 anos deverão ter um filho até os 19 anos de idade (24). Rodrigues e cols (23) listam alguns fatores que predispõe à gestação na adolescência: baixo nível sócio-econômico, que está ligada à baixa escolaridade e à desagregação familiar; menarca precoce, com esta ocorrendo mais cedo, quando a maturidade psicossocial da jovem é menor, o parceiro a encontra mais suscetível a pressões para a atividade sexual e com menor capacidade de prever consequências; início precoce da atividade sexual, nos E.U.A, a maioria das mulheres inicia a atividade sexual aproximadamente 2 anos após a menarca e 20% tornam-se grávidas no primeiro mês após a primeira relação sexual; desinformação sobre sexualidade e anticoncepção, que se deve a uma falha não só da família, mas também de escola, igreja e governo;

meio familiar adverso, o que aumenta as chances da adolescente iniciar precocemente suas atividades sexuais; aspectos psicológicos da adolescência, como a necessidade de auto-afirmarem a identidade sexual e o interesse em coisas proibidas, e por fim a falta de serviços especializados para esta faixa etária.

Se fizermos a distribuição destas 52 gestantes conforme a idade, veremos que há um predomínio aos 16 anos com 14 adolescentes (27%). Até aos 17 anos ocorreram 39 gestações (75%), o que é assustador. Com isso concluí-se que as adolescentes estão dando a luz cada vez mais cedo. Em 1970, os filhos de jovens de 17 anos ou menos representavam 30% dos nascimentos registrados; em 1986, essa porcentagem subia para 36% (24). No Recife, uma em dez primíparas tem menos de 15 anos e 60% tem menos de 20 anos no momento de seu primeiro parto (18).

Contrastando com a alta procura do nosso serviço devido a gravidez, temos apenas 8 adolescentes (4,3%) que buscaram orientação anticoncepcional. Zabin, citado por Braverman (5), refere que o tempo médio entre o início da atividade sexual e a busca de conselho médico sobre contracepção é 1 ano. Este mesmo estudo mostra que metade das gravidezes em adolescentes ocorrem nos primeiros 6 meses após o início da vida sexual ativa e que 20% ocorrem no primeiro mês. Isto explica claramente porque existe esta diferença significativa entre estes 2 motivos de consulta, ou seja, o alto índice de gravidez e o baixo índice de orientação anticoncepcional. Braverman (5) refere que dois terços das primeiras relações não são planejadas e metade das adolescentes não usam métodos anticoncepcionais nesta relação. Ou-

tros fatores podem estar relacionados a baixa procura por métodos anticoncepcionais, como: o fato da adolescente não vincular a prática sexual à possibilidade de gravidez; de serem as relações sexuais, em geral, esporádicas e imprevisíveis; e ao papel repressivo à prática sexual do adolescente que exercem a família, as instituições e as leis, comportando de maneira omissa e, portanto, desempenhando também uma barreira para o uso da anticoncepção (20).

A irregularidade menstrual é muito frequente nos 2 a 3 primeiros anos que se seguem à menarca. Ocorre devido a imaturidade do eixo Hipotálamo-Hipófise-Ovariano (20;12). Isto explica facilmente os dados por nós encontrados, onde a irregularidade menstrual motivou 18,4% das consultas.

O corrimento vaginal motivou também 18,4% das consultas. Frequentemente trata-se de leucorréia fisiológica pré-menarca e não de vulvovaginites (11). Na adolescência a vulvovaginite inespecífica é a mais comum, principalmente por higiene inadequada e cujo corrimento vaginal é geralmente claro, não há prurido, nem outra sintomatologia vulvar (20;1).

A frequência de Doença Inflamatória Pélvica (DIP), que afeta na maioria das vezes, mulheres jovens, tem aumentado durante a adolescência nos últimos anos. Tal fato está relacionado fundamentalmente com o aumento do número de adolescentes que passaram a ter vida sexual ativa e que se contaminam com microorganismos sexualmente transmissíveis, particularmente o gonococo e a *Chlamydia trachomatis* (22)

A queixa fundamental das portadoras de DIP é dor pélvica, que no nosso trabalho foi motivo de consulta de 3,2% das adolescentes.

Analisando os antecedentes pessoais encontramos apenas 2 adolescentes (1,1%) que referiam usar bebida alcoólica (Tabela 5). É claro que este índice não retrata a realidade. E provavelmente houve negação por parte da paciente ou falha da pessoa que investigava.

Muitos adolescentes usam bebidas alcóolicas regularmente. Nossa sociedade, como a publicidade demonstra claramente, estimula o adolescente a encarar a ingestão de álcool como parte do comportamento adulto. (21)

Tivemos em relação ao tabagismo (Tabela 6), 14 adolescentes que fumavam (7,6%). Este índice é semelhante ao encontrado por Rodrigues e cols (25), que avaliou somente adolescentes grávidas, onde 89,11% não fumavam e 10,89% fumavam. Nossas adolescentes fumam menos que a população geral de gestantes, já que trabalhos brasileiros mostram prevalência de fumantes nessa população que variam de 29,17% a 61,62% (25). Entre jovens de 17 - 18 anos, a prevalência de fumantes foi substancialmente alta entre os que não estudam (43,3%) do que entre os estudantes (17,1%) (13). O acesso restrito aos cigarros pode retardar ou prevenir o uso destes pelos adolescentes. O controle das vendas e o inspecionamento destas, é essencial para reduzir a prevalência de adolescentes fumantes (14).

Quando analisamos as patologias urinárias (Tabela 7), 8 casos na nossa amostra (4,3%), encontramos índices aproximados na literatura de 3,8% (19). Entre adolescentes grávidas a incidência sobe para 15,54% (25). Alguns autores atribuem a alta ocorrência de infecção urinária à primigestação e não ao fator idade (23).

Quanto a idade da menarca (Tabela 8), houve um predomínio dos 11 aos 14 anos, com maior frequência aos 12 anos com 51 casos (27,6%). Nossos dados foram bastante semelhantes aos encontrados por outros autores. Estudo em adolescentes grávidas, mostrou idade média na menarca de 12,35 anos (25). Colli, citado por Rodrigues e cols (25), encontrou médias de 12,2 e 12,8 anos em adolescentes de alto e baixo nível sócio-econômico, respectivamente. No Instituto Estadual de Educação de Santa Catarina, a menarca ocorreu principalmente entre os 12 e 13 anos, representando 31,74% e 31,80%, respectivamente, das que menstruaram (3).

Em países industrializados europeus, a média da idade da menarca tem caído, entre 2 e 3 meses por década, nos últimos 150 anos. Nos EUA, também tem diminuído entre 2 e 3 meses por década, no último século (28). Segundo Tanner e Marshall, citados por Pablo Lavin (16), a idade da menarca adiantou em quase 4 meses por década no século XX. Não cabe aqui explicar as razões para este fato (28).

Notamos que existe um predomínio discreto das adolescentes com vida sexual ativa (56,8%) contra 43,2% das que não tem vida sexual ativa (Tabela 9). Estes dados contrastam com os encontrados por outros autores: onde 21,2% são sexualmente ati-

vas (11), e neste outro estudo (3), apenas 10,29% tem vida sexual ativa.

Diversos trabalhos, citados por Amestoy (3), tem mostrado um tendência, no mundo todo, ao aumento da atividade sexual entre adolescentes à medida que a idade da primeira relação sexual está diminuindo.

Com 17 anos, aproximadamente, metade de todo os adolescentes nos E.U.A são sexualmente ativos. Com 20 anos, 77% das mulheres e 86% dos homens são sexualmente ativos (5).

Quando correlacionamos vida sexual (Tabela 9) com o motivo da consulta (Tabela 4), observamos que das 105 adolescentes com vida sexual ativa, o principal motivo de consulta foi gravidez (52 casos); já das 80 adolescentes não sexualmente ativas, 23 procuram devido a irregularidade menstrual e 22 por corrimento vaginal.

Analisando a idade da primeiro relação sexual (Tabela 10), houve predomínio aos 16 anos com 27 casos (25,7%). Dos 13 aos 16 anos, 79% das adolescentes tem a sua primeira relação sexual. Nossos dados coincidem com os encontrados no Instituto Estadual de Educação de SC (3) e por Rodrigues e cols (25), onde a idade mais apontada para a coitarca foi 16 anos com 35,49% e 28,65%, respectivamente. Rodrigues e cols (25) observaram no seu trabalho que o intervalo médio entre o início da atividade sexual e a entrada no pré-natal foi de dois anos. Com isso fica uma pergunta: O que os profissionais de saúde e a comunidade estão fazendo nesse período por essas jovens sexualmente ativas? Cabe lembrar que os profissionais de saúde que lidam com adolescentes precisam estar atentos ao fato de a maioria iniciar a atividade sexual em torno dos 15 a 16 anos.

Alguns fatores estão relacionados às relações sexuais precoces (4, 5, 6):

* familiares:

- conflito, separação ou divórcio dos pais,
- doença prolongada ou morte na família,
- pais extremamente autoritários,
- história de abuso de drogas por um ou ambos os pais,
- filho de pais adolescentes;

* pessoais:

- menarca precoce,
- abuso de substâncias, incluindo fumo,
- história de abuso sexual,
- problemas com a lei,
- baixo rendimento escolar;.

* do grupo de amigos:

- grupo significativamente mais velho (mais de 2 anos),
- grupo sexualmente ativo,
- modismo e medo de ser isolada do grupo.

Como vimos na tabela 11, 55,2% das adolescentes sexualmente ativas usavam algum método contraceptivo. O método mais usado foi o anticoncepcional oral (72,4%). Na análise de gestantes adolescentes (25), 40,1% usavam algum método anticoncepcional, sendo o mais freqüente a pílula (65,7%), seguido de tabelinha (14%). Outros estudos (19;11) mostram baixas taxas de uso de anticoncepcional oral, com 26,3% e 10%, respectivamente.

Por outro lado (26;3), encontramos freqüência de uso de método anticoncepcional de 77,1% (onde o mais usado foi a abstinência periódica com 57,44% e apenas 4,25% usavam pílula) e 77,4% (onde 36,3 usavam pílula, 30,3% camisinha e 27,3% coito interrompido), respectivamente, que são bem superiores aos nossos.

Nos EUA, foram analisadas adolescentes sexualmente ativas e que nunca haviam engravidado, mostrando que 40% não usavam contraceptivos, 16% estavam querendo iniciar o uso e 44% eram usuários (15). O dado mais preocupante é que 40% dos adolescentes pensam que camisinha é um método ineficaz e aproximadamente 33% que anticoncepcional oral é um método de baixa eficácia. Ao passo que 17% e 15% pensam que coito interrompido e métodos rítmicos, respectivamente, são bons métodos (5)

Caldeira (6), cita razões que levam um adolescente a não praticar uma anticoncepção eficaz:

- utilização incorreta dos períodos de abstinência,
- dificuldades para obter anticoncepção,
- estimativa incorreta do risco de gravidez,

- crença de que o prazer diminua quando se faz a anticoncepção,
- a anticoncepção é contra a natureza (razão ecológica),
- caráter não planejado das relações sexuais.

Cita também os riscos da ausência de anticoncepção (6), que entre os principais temos: gravidez, aborto e suas seqüelas físicas e psíquicas, problemas da criança educada por mãe muito jovem, interrupção da formação profissional, AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, etc. Por isso, a nossa necessidade mais urgente em prevenir gravidez na adolescência é aumentar a utilidade dos serviços de contracepção para adolescentes, pois esta é a única estratégia documentada que mostrou impacto direto na gravidez de adolescentes, sem contudo encorajar a promiscuidade sexual (17).

Correlacionando o uso de métodos anticoncepcionais com gravidez, das 58 adolescentes usuários, em 8 casos (13,8%) ocorreu falha do método usado com conseqüente gravidez indesejada. Na Maternidade Alexander Fleming (25), das 76 que usavam pílula, 22 (28,94%) engravidavam em uso do anovulatório, provavelmente devido ao uso incorreto, pois sua eficácia varia de 99,3% a 99,9%. Ou seja, os índices de falha da anticoncepção das adolescentes foram muito altos. Cabe a nós, dar melhor orientação quanto ao uso destes métodos, tantas vezes isto seja necessário.

Nos antecedentes obstétricos (Tabelas 12 a 15) nossos índices de primigestação (85,7%), foram maiores se comparados com Rodrigues (25) e Vitiello (26), com 75,4% e 57,4%, respecti-

vamente. Neste último estudo, encontrou-se em 13,1% a quinta gestação.

Quanto ao término da gestação tivemos 58% de partos, 6,5% de cesáreas e em 35,5%, abortos. Nos E.U.A, das gestações em adolescentes a cada ano, aproximadamente 50% terminaram em parto, 40% em aborto provocado e 10% em aborto espontâneo (24). Na Maternidade Alexander Fleming, 82,83% das gestações terminaram em parto normal, 14,14% em cesárea e em 3,03% foi usado fórceps (25). Num estudo que comparou o término das gestações em adolescentes de escola particular com escola pública, na primeira ocorreu 100% de abortos (33,3% espontâneos e 66,7% provocados), enquanto que na segunda houve 83,4% de abortos (16,7% espontâneos e 66,7% provocados) e 16,6% chegaram ao termo (8). Um estudo de Vitiello, citado por Rodrigues (23), demonstrou que as adolescentes mais pobres tendem a levar à termo a sua gravidez, talvez por menos opção para abortar. Taxas bem inferiores de aborto foram encontrados por Darzé (9), em torno de 15%.

Quanto à frequência de cesáreas anteriores (6,5%), nosso índice ficou bem baixo ao de outros estudos nacionais, que tiveram frequência de 43,3% (26) e 34,1% (7), neste último, a indicação principal foi a desproporção céfalo-pélvica, numa porcentagem de 50%, confirmando que estas pacientes ainda não têm a pelve desenvolvida adequadamente (7,23). É importante mencionarmos que, geralmente, quando se pratica uma cesariana, as gestações seguintes, provavelmente, serão também terminadas em cesarianas. Como consequência, tais pacientes, antes dos 20 anos de idade, já terão sido submetidas à terceira cesariana e conse-

quente esterilização (7).

Referente a idade gestacional, 80% eram à termo e 5% prematuros. Na Maternidade Alexander Fleming (25), 9,09% eram prematuros, 90,91% tinham 37 semanas ou mais, de gestação. Rodrigues (23) refere que há maior incidência de prematuridade entre os filhos de mães adolescentes devido ao incompleto desenvolvimento uterino da jovem, incapaz de aumentar o seu volume no terceiro trimestre de gestação, e à insuficiência placentária, causada pela imatura vascularização uterina.

RECOMENDAÇÕES

Formação de equipes multiprofissionais para o atendimento da adolescente, pois é na adolescência que correm alterações corporais e, principalmente, alterações psicológicas e comportamentais.

Devemos nos dedicar mais as adolescentes mais jovens, incentivando-as a usar métodos contraceptivos, uma vez que foi grande o número de gestações que motivaram a consulta no nosso ambulatório e tendo em vista que estas ocorreram, na sua maioria, até os 17 anos. Esta medida é eficaz para diminuir a incidência de gestações, sem contudo encorajar a promiscuidade sexual.

Não devemos simplesmente entregar uma receita de anticoncepcional oral ou indicar um preservativo sem ao menos nos preocupar em ensinar o seu uso e seus efeitos indesejáveis, devemos sim, melhorar a orientação referente ao uso do método anticoncepcional, pois os índices de falha são muito altos. É importante também salientarmos o efeito protetivo dos anticoncepcionais de barreira na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, especialmente agora, com o grande número de casos de AIDS.

CONCLUSÕES

Este estudo mostra que em adolescentes no ambulatório de adolescência na Maternidade Carmela Dutra:

- 12,4% tem ocupação profissional, ao passo que, 85,9% não trabalham;
- tivemos predomínio das solteiras (81,6%) em relação as casadas (15,1%);
- a principal causa que motivou a consulta foi a gravidez com 28,1%. Apenas 4,3% das adolescentes procuraram orientação anticoncepcional;
- foi baixa a incidência quanto ao uso de bebidas alcoólicas (1,1%) e tabagismo (7,6%);
- o pico máximo da menarca foi aos 12 anos com 27,6%;
- houve predomínio das paciente com vida sexual ativa, com 56,8%, contra 43,2% das não sexualmente ativas;
- a coitarca ocorreu, predominantemente, entre 14 e 16 anos com 64,7%;
- 55,2% das adolescentes sexualmente ativas usavam métodos contraceptivos;
- o método contraceptivo mais usado foi a pílula anticoncepcional, com 72,4%;
- a maioria das adolescentes grávidas eram primigestas (85,7%);

- a incidência de partos foi superior a de cesáreas, 58% contra 6,5%;
- tivemos 35,5% das gestações abortadas;
- predominaram as gestações à termo (80%).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ACCETTA, Solange G.; ABEICHE, Alberto M; DE MATTOS, Circe C; HERTER, Liliane D. Ginecologia infanto-puberal I Rotinas em Ginecologia, páginas 153-65. Porto Alegre 1993.
- 2 ALEXANDER, Beth; MCGREW, Martha Coli; SHORE, William. Adolescent Sexuality Issues in Office Practice American Family Physician. Vol 44, number 4, pages 1273-82. October 1991.
- 3 AMESTOY, Roberto Daniel F. Análise descritiva de alguns tópicos de sexualidade e anticoncepção em alunas de 12 a 18 anos no Instituto Estadual de Educação de Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina , novembro de 1993.
- 4 BARNETT, Jawanda K; PAPINI, Dennis R; GBUR, Edward. Familial correlates of sexually active pregnant and nonpregnant adolescents. Adolescence. Vol 25, number 102, pages 457-72, Summer 1991.
- 5 BRAVERMAN, Paula K; STRASBURGER, Victor C. Contraception Clinical Pediatrics. Vol. 32, number 12, pages 725-34., December 1993

- 6 CALDEIRA, José A. Contraceção para adolescentes. Aspectos médicos, éticos e jurídicos. Femina Volume 21, número 6, páginas 604-12, junho, 1993.
- 7 CANTUÁRIA, A. A.; CANTUÁRIA, Guilherme. Atividade sexual do adolescente de até 15 anos e suas consequências Femina. Volume 18, número 11, páginas 850-53, novembro, 1990
- 8 CERQUEIRA e SILVA, Maria Cristina S. Gravidez na Adolescência Reprodução. Número 3, páginas 213-17, 1987.
- 9 DARZÉ, Elias. A adolescente e sua saúde reprodutiva- Estudo epidemiológico na Maternidade Isylla Balbino RBGO. Volume 8, número 2, páginas 77-82, março/abril, 1986
- 10 DEMASI, Simone; DE MACEDO, Quadros. Ginecologia infantopuberal e da adolescência. Femina. Volume 21, número 9, páginas 966-71, setembro, 1993.
- 11 DE SOUZA, Maria do Carmo B; HENRIQUES, Carlos André; DE ARAÚJO, Marta Maria Vasconcelos. Ginecologia infanto-puberal e de adolescentes. Femina. Volume 19, número 10, páginas 804-12, outubro, 1991.
- 12 FREITAS, Fernando; OSÓRID, Maria C.; VALIATI, Beatriz; PESSINI, Suzana A. Sangramento uterino anormal Rotinas em Ginecologia, páginas 153-65. Porto Alegre 1993.

- 13 FROM C.D.C. Cigarette Smoking Among Youth - 1989. Jama. Vol.266, number 22, pages 3108-11, December 1991.
- 14 FROM C.D.C. Accessibility of Cigarettes to Youths Aged 12-17 Jama. Vol 268, number 6, page 706, August 1992
- 15 GREEN, Vicki; JOHNSON, Sharon; KAPLAN, David. Predictors of adolescent female decision making regarding contraceptive usage. Adolescence. Vol 27, number 107, pages 613-32, 1992.
- 16 LAVIN, Pablo; LIPPI, Umberto Gazzi; MORA, Germán. Epidemiologia da anticoncepção. Organização Panamericana da Saúde, comp. Coletânea sobre saúde reprodutiva do adolescente brasileiro. Brasília, s.n., páginas 245-52, outubro, 1988.
- 17 LEHEW, Willette L. Teenage pregnancy prevention: The vital importance of the medical community's involvement American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol 167, number 2, pages 299-302, August 1992
- 18 MARQUES, N.M; EBRAHIM, G.J. The Antecedents of Adolescent Pregnancy in a Brazilian Squatter Community. Journal of Tropical Pediatrics. Vol 37, number 4, pages 194-98, August, 1991.

- 19 MESSINA, Marilena. Programa Saúde do Adolescente em Flumenau. Arquivos Catarinenses de Medicina. Volume 22, páginas 17-20, número 1/2 - janeiro/junho 1993.
- 20 Normas para Atendimento Primário ao Adolescente. Ministério da Saúde.
- 21 OSKI, Frank A. Uso de álcool pelo adolescente. Princípios e práticas de pediatria. Volume 1, páginas 578-79, 1992.
- 22 PIATO, Sebastião. Doença inflamatória pélvica aguda Ginecologia da infância e adolescência. Páginas 117-22, 1991.
- 23 RODRIGUEZ, Anete Pedrenho; DE SOUZA, Maria do Carmo B.; BRASIL, Rita Maria Cavalcante; CARAKUSHANSKY, Gerson. Gravidez na adolescência. Femina. Volume 21, número 3, páginas 199-218, março, 1993.
- 24 RODRIGUEZ, Anete Pedrenho; DE SOUZA, Maria do Carmo B.; BRASIL, Rita Maria Cavalcante; CARAKUSHANSKY, Gerson. A adolescência. Femina. Volume 21, número 3, páginas 241-46, março, 1993.
- 25 RODRIGUES, Anete Pedrenho; DE SOUZA, Maria do Carmo B.; BRASIL, Rita Maria Cavalcante; CARAKUSHANSKY, Gerson. Perfil das gestantes adolescentes de um Serviço Pré-natal público do Rio de Janeiro. RBGO. Volume 15, número 5, páginas 223-38, setembro/outubro, 1993.

- 26 VITIELLO, Nelson. Gestação em adolescentes de bom nível sócio-econômico. RBGO. Volume 8, número 2, páginas 47-49, março/abril, 1986.
- 27 VITIELLO, Nelson. A importância da formação de grupos multiprofissionais na assistência ao adolescente. Femina. Volume 14, número 6, página 500-01, junho, 1986.
- 28 ZERWES, Elizabeth Pereira; SIMÕES, Paschoal Martini. Considerações sobre puberdade feminina. Femina. Volume 21, número 6, páginas 575-82, junho, 1993.

**TCC
UFSC
TO
0019**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0019

Autor: Farah, Alexandre d

Título: Perfil da adolescente do ambulat



972813321

Ac. 254165

Ex.1 UFSC BSCCSM