

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FERNANDO PÉREZ CUELLAR**

**PLANO DE AÇÃO PARA CONTROLE E DIMINUIÇÃO DA GRAVIDEZ  
NA ADOLESCÊNCIA NA UBS 2 DO MUNICÍPIO CAMPO ALEGRE/AL**

**MACEIÓ - ALAGOAS**

**2015**

**FERNANDO PÉREZ CUELLAR**

**PLANO DE AÇÃO PARA CONTROLE E DIMINUIÇÃO DA GRAVIDEZ  
NA ADOLESCÊNCIA NA UBS 2 DO MUNICÍPIO CAMPO ALEGRE/AL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista.

**Orientador:** Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

**MACEIÓ - ALAGOAS**

**2015**

**FERNANDO PÉREZ CUELLAR**

**PLANO DE AÇÃO PARA CONTROLE E DIMINUIÇÃO DA GRAVIDEZ  
NA ADOLESCÊNCIA NA UBS 2 DO MUNICÍPIO CAMPO ALEGRE/AL**

**Banca examinadora**

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena (UFMG)

Prof.

Aprovada em Belo Horizonte: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha esposa pela compreensão e apoio durante a realização deste trabalho.

Agradeço à toda equipe da NESCOM pela ajuda durante este processo de desenvolvimento profissional, em especial ao meu orientador que me ajudou na conclusão do mesmo.

## **DEDICATÓRIA**

À todos os participantes que ajudaram a compor este trabalho para sua efetiva realização.

*“Quem quiser ter saúde no corpo procure tê-la na alma”*

***Francisco Quevedo***

## RESUMO

A gravidez na adolescência é um problema a nível mundial tendo repercussões biológicas, psicológicas, familiares, sociais, econômicas e culturais, o principal objetivo deste trabalho foi, elaborar um plano de ações para controlar e diminuir a incidência de gravidez na adolescência na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde 2 do município Campo Alegre. Realizou-se um diagnóstico situacional no território de abrangência por meio da estimativa rápida, para melhor conhecimento da área de abrangência e dos problemas existentes. Através das consultas diárias, visitas domiciliares, entrevistas e observação ativa foram possíveis detectar os principais problemas de saúde e priorizar o fundamental. O nó crítico eleito foi uma elevada incidência de gravidez na adolescência. Concomitantemente, foi realizada uma pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SciELO e Bireme, sites da OMS e IBGE, além de pesquisa em livros e revistas sobre o tema. Utilizando-se os descritores: gravidez na adolescência, adolescência e sexualidade e o recorte temporal dos artigos publicados entre os anos de 1996 e 2013. O plano de ação proposto seguiu o método Planejamento Estratégico Situacional. Concluiu-se que a gravidez na adolescência tem sido um fenômeno cada vez mais crescente e que é preciso que haja participação da família e profissionais da saúde na orientação quanto à gravidez precoce.

**Descritores:** gravidez na adolescência, adolescência e sexualidade.

## **ABSTRACT**

Teenage pregnancy is a problem worldwide having biological effects, psychological, family, social, economic and cultural rights, the main objective of this work was to draw up a plan of actions to control and reduce the incidence of teenage pregnancy in area 2 basic health unit of the municipality Campo Alegre. A situational diagnosis in the territory covered by rapid assessment to better knowledge of the area and the existing problems. Through daily consultations, home visits, interviews and observation were possible to detect active major health problems and prioritize the key. The critical node elected was a high incidence of teenage pregnancy. At the same time, a bibliographical research on Virtual Library of the Federal University of Minas Gerais, (SciELO and Bireme), sites of the who and IBGE, In addition to research in books and magazines on the subject. Using the key words: teenage pregnancy, adolescence and sexuality and the timeframe of articles published between 1996 and 2013. The proposed action plan followed the Situational Strategic Planning Method. It was concluded that teenage pregnancy has been an increasingly growing phenomenon and that there must be participation of family and health professionals on guidance for early pregnancy.

**Keywords:** teen pregnancy, adolescence and sexuality.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**AIDS**- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

**ASSEF**- Associação dos Servidores

**CAPS** - Centro de Atenção Psicológico e Social Psicossocial

**CESAM**- Centro Salesiano do Menor

**CEABSF**- Curso de Especialização em Atenção Básica de Saúde da Família

**DST** - Doenças Sexualmente Transmissíveis

**ECA**- Estatuto de Criança e do adolescente

**FPM** - Fundo de Participação Municipal

**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IDH** - O Índice de Desenvolvimento Humano

**ISSQN** - Imposto Sobre Serviço de Quaisquer Naturezas

**NASF** - Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**ONU** - Organização de Nações Unidas

**PAB** - Piso de Atenção Básica

**PES**- Planejamento Estratégico Situacional

**PSF** - Programa Saúde da Família

**SCIELO** - *Scientific Eletronic Library On Line*

**SIAB** - Sistema de Informação da Atenção Básica

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**UBS** - Unidade Básica de Saúde

**USF**- Unidade de Saúde de Família

**UNICEF**- O Fundo das Nações Unidas para a Infância

**UNESCO**- A Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciências e Cultura.

**UNFPA**- *United Nations Fund for Population Activities*

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> População estimada do município de Campo Alegre segundo faixa etária, 2013.....	14
<b>Tabela 2:</b> Percentual da população segundo a situação do saneamento básico no município Campo Alegre, 2013.....	16
<b>Tabela 3:</b> Priorização dos problemas encontrados na Unidade de Saúde Família 15.....	34
<b>Tabela 4:</b> Plano de ação.....	37

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Recursos Humanos.....	17
Figura 2: Nossa Equipe.....	18
Figura 3: Atividade na escola.....	19
Figura 4: Atividade com nossas grávidas.....	19

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
1.1 Contextos Gerais do município .....	13
1.2 Unidades Básica de Saúde .....	17
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>21</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>23</b>
3.1 Objetivo Geral.....	23
3.2 Objetivos Específicos.....	23
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>24</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>25</b>
5.1 Adolescência .....	25
5.2 Sexualidade na adolescência .....	26
5.3 Gravidez na adolescência .....	27
5.4 Riscos associados nas gestantes grávidas adolescentes.....	29
5.5 Planejamento familiar .....	31
<b>6 PLANO DE AÇÃO.....</b>	<b>34</b>
6.1 Identificação dos problemas.....	34
6.2 Priorização dos problemas .....	34
6.3 Descrição do problema .....	35
6.4 Explicação do problema .....	35
6.5 Identificação dos nós críticos .....	37
6.6 Plano de ação .....	37
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>39</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>41</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A adolescência é o período do ciclo de vida entre 10 e 20 anos, pode ser subdividida inicial, dos 10 aos 14 anos e final, dos 15 aos 20 anos (OMS, 2013).

Segundo Pinheiro (2000) frequentemente, o início da adolescência é considerado como representado pela puberdade, processo marcado por intensas mudanças bioquímicas e anatomofisiológicas que culminam com a aquisição da capacidade reprodutiva.

Já Ozella (2002) caracteriza de maneira crítica esse "estado de ser adolescente" reforçado por visões naturalistas, é formado basicamente, pelos seguintes "sintomas": rebeldia, desequilíbrios e instabilidades, lutos e crises de identidade, instabilidade de afetos, busca de si mesmo, tendência grupal, necessidade de fantasiar, crise religiosa, flutuações de humor, contradições sucessivas e o "mito da invencibilidade". Assim, é importante compreender como é vivenciada uma gravidez por mulheres que estão passando pelo fenômeno da adolescência.

Como destacam os estudos de Piccinini *et al.* (2002) no caso de gestantes adolescentes, a maternidade aparece como um fato ainda mais complexo, porque ocorreu em um período em que a jovem, embora esteja tendo algumas vivências adultas, não possui ainda uma responsabilidade e um compromisso maior pelos seus atos. O exercício da maternidade requer reajustes importantes da mulher, que decorrem tanto das alterações do corpo como das conseqüentes mudanças de papéis desempenhados no meio sociofamiliar.

O aumento da gravidez na adolescência apresenta problemas no aspecto fisiológico, como a imaturidade física que pode ocasionar lacerações perineais, infecção urinária e outras complicações (SALAZAR *et al.*, 2002), pois trata-se de dois seres em crescimento competindo pelos mesmos nutrientes.

### 1.1 Contexto Geral do Município

O município Campo Alegre esta situado a 81,4 km de Maceió, localizado na mesorregião Leste Alagoano e microrregião São Miguel dos Campos, tem uma população de 55,814 habitantes segundo a estimativa do IBGE para o ano de 2014

que ocupa uma área de 295,10 km<sup>2</sup>, com uma concentração habitacional de 197,48 km<sup>2</sup>. Localiza-se 0,9°46"46" de latitude Sul e 36°21"1" longitude Oeste a uma altitude de 181 km<sup>2</sup> acima do nível do mar. O clima tropical é chuvoso com verão seco. A precipitação média anual é de 1.634.2 mm. São cidades limítrofes do município de Campo Alegre: os municípios Anadia, Boca de Mata, Limoeiro de Anadia, São Miguel dos Campos, Junqueiro, Teotônio Violeta, Jequiá da Praia, Coruripe e Taquarana. (CAMPO ALEGRE, 2013).

No município a prefeita atual é Pauline de Fatima Pereira Albuquerque, como secretária municipal de saúde Tamiris Santos, como coordenador de atenção básica George da Rocha Leite Filho e a coordenadora de atenção a saúde bucal Teresa Cristina Rocha Apolinário.

Entre 1750 a 1800 o cacique de uma tribo açonã, habitante na região de Porto Real do Colégio, raptou Ana Margarida de Barros, filha de rico proprietário português, que atravessou rio São Francisco, fungido de seca que assolava Sergipe. Ana Margarida e o cacique passaram a residir em Salomé (hoje São Sebastião) tendo, mais tarde, se casado em Penedo. Dessa união nasceu Antônio de Barros que, alguns anos depois, chegou ao local onde hoje se ergue a sede do município de Campo Alegre. No lugar chamado Mosquito de Cima, próximo ao engenho Mosquito de Baixo, comprou pequeno rancho de sapé e cabeças de gado. O fato é considerado como o primeiro passe-o para a colonização. Segundo documentos encontrados, já em 1870 falava-se do distrito de Mosquito, pertencendo a São Miguel dos Campos. O cartório do registro civil data de 1908. Uns missionários que passaram pelo lugarejo deixaram aí uma imagem de Bom Jesus dos Aflitos, Padroeiro da cidade. A toponímia foi mudada pelo padre Júlio de Albuquerque que escrevendo a um amigo afirmou: " Isto aqui é Campo Alegre ", pelo fato do povoado ter sido edificado em um chapadão de onde se vislumbrava belo panorama (CAMPO ALEGRE, 2013).

O total da população estimada do município é 55.814, de sexo feminino: 28.298 e masculino: 27.516, pertence a área rural: 31.423 e urbana: 24.391.

**Tabela 1:** População estimada do município de Campo Alegre

<b>Faixa etária</b>	<b>Número absoluto</b>	<b>%</b>
0 a 4 anos	6920	12,4

5 a 9 anos	6418	11,5
10 a 14 anos	5693	10,2
15 a 19 anos	6307	11,3
20 a 29 anos	7982	14,3
30 a 49 anos	15517	27,8
50 a 59 anos	3963	7,1
60 a 69 anos	1005	1,8
70 a 79 anos	1061	1,9
80 anos e mais	948	1,7
Total	55814	100

**Fonte:** IBGE (2014).

A leitura dos dados aponta a predominância de pessoas na faixa etária de 30 a 49 anos, mas há também um número significativo de pacientes na idade de 20 a 29 anos, com 7982. A taxa de crescimento anual da população do período 2003 – 2013 foi de 2,37% e densidade Demográfica (Hab/km<sup>2</sup>) de 197,48.

As principais Atividades económicas esta diretamente ligada ao cultivo da cana-de-açúcar, que em média 65% de suas terras estão ocupadas por esse tipo de cultura. Além existem outras atividades como a agrícolas e pecuárias. (IBGE, 2002).

As fontes de recursos financeiros para a saúde são:

- Fundo de participação municipal (FPM);
- Imposto sobre serviço de quaisquer naturezas (ISSQN);
- PAB Fixo (Piso de Atenção Básica);
- Programa Saúde da Família (PSF);
- Epidemiologia Controle de Doenças;
- Ações Básicas de Vigilância Sanitária;
- Programa de saúde na escola;
- Programa de requalificação de UBS

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em ano 2010 foi IDH-M, Longevidade: 0,742, IDH-M, Renda: 0,531; IDH-M, Educação: 0,470; IDH-M Total: 0,570 (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013).

Renda Média Familiar: 217,72 e a população em pobreza extrema: 23,059%. O saneamento básico do município é descrito na tabela 02.

**Tabela 2:** Porcentual da população segundo a situação do saneamento básico no município Campo Alegre, 2013.

<b>Modalidade</b>	<b>2003</b>	<b>2013</b>
Abastecimento de água		
Rede casual	71,1 %	76 %
Poço artesiano	25 %	22,4 %
Outros meios	3,9 %	1,6 %
Instalação sanitária		
Redes de esgoto	4,8 %	7,3 %
Esgoto por fossa	90,3 %	91,2%
Esgoto a céu aberto	4,9 %	1,4%
Coleta de lixo		
Lixo coletado	85,8 %	96,3 %
Queimado / Enterrado	4,5 %	1,7 %
Lixo a céu aberto	9,6 %	2 %

**Fonte:** SIAB (2013).

Observe-se na tabela 2 que o município tem uma evolução satisfatória no abastecimento de água, instalação sanitária e coleta de lixo, melhorando isto na prevenção de doenças transmissíveis o município.

Na área de abrangência do PSF 2 a estrutura de saneamento básico conta com coleta de lixo e instalação sanitária na maioria das residências. A área de abrangência é urbana.

A educação no município Campo Alegre se sintetiza da seguinte forma: taxa de analfabetismo entre maiores de 15 anos: 37,5%; crianças em idade escolar fora da escola: 7,5%; taxa de escolaridade por acima de 15 anos: 62,5%; índice de desenvolvimento da educação básica.

O município conta com vários recursos da comunidade como 14 escolas, 7 creches, várias igrejas, um ginásio poliesportivo, um hospital e uma unidade de saúde de família por cada área de abrangência com um total de 15, onde cerca de 96 % da população depende do SUS, consta com 11 serviços de saúde bucal nas unidades, além tem um CAPS, um NASFI e um centro de fisioterapia. Serviços existentes de luz elétrica, água, telefonia, correios e bancos.

No Hospital Unidade Mista Senadora Arnon de Melo realiza-se atendimento de urgência e primeiros socorros, atuando às 24 horas do dia, tem um laboratório e



serviço de radiologia. As Unidades Básicas de Saúde fazem referência para as diferentes especialidades no Hospital do Município (Pediatría, Dermatologia, Angiologia, Cardiologia, Otorrinolaringologia, Ortopedista, Ginecologia, Psiquiatra e Psicologia), existindo dificuldades com as contrarreferências. Além dos exames complementários que se faz no hospital, existem convenio de clinicas privadas com a prefeitura para fazer outros exames que não se realizam em ele, não há clinicas privadas. As equipes de saúde da familia são formadas por uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma técnico de enfermagem, um médico e geralmente por cinco agentes comunitarios que trabalham 40 horas semanais, com atendimentos de segunda a sexta feira. Campo Alegre consta com um total de 512 trabalhadores na Saúde, 22 médico geral, 10 médicos com outra especialidade, 11 odontologista, 37 enfermeiros, 87 agentes Comunitários da Saúde e 345 em outros trabalhos.

No município há 7 ambulâncias para transporte de pacientes que precisam de trasladar – se dentro da cidade, já seja solicitada por profissionais das unidades ou por o pacientes nas casas em casos de urgencias, além para atendimento fora da cidade . Possui também um Conselho Municipal de Saúde, constituído de um presidente e 16 membros, um presidente, um vicepresidente, um secretario, um secretario ejecutivo e 12 consejeros, sendo eles líderes religiosos, civis e políticos. Onde se faz reuniões mensais. As referências para a média e alta complexidade se faz para Arapiraca, São Miguel e Maceio, não existendo contrarreferencias.

## **1.2 Unidade Básica de Saúde 2**

A área de abrangência da Equipe de Saúde da Família tem relevo plano com a maioria das ruas pavimentadas, o PSF 2 encontra-se na rua Conjunto Benedito de Lira, tem acceso de toda a população, a USF foi implantada em 2000 e funciona em horario de 7 a 17 hora.

No PSF 2 possui uma equipe composta por: Médico, Enfermeira, Auxiliar de enfermagem, Técnico de enfermagem, 5 Agentes Comunitarios, Recepcionista, Dentista, Auxiliar da Saúde bucal, Agente Administrativo, Auxiliar de Farmácia.

**Figura 1: Recursos Humanos**

<b>Recursos Humanos do PSF</b>	
<b>Número:</b>	15
<b>Profissionais:</b> 2 Médicos ( Médico geral e Dentista)	
	1 Enfermeira
	1 Técnico de enfermagem
	1 Auxiliares de enfermagem
	1 Auxiliar de saúde bucal
	5 Agentes comunitários
	1 Auxiliar de Farmácia
	1 Recepcionista
	1 Agente administrativos
	1 Serviços gerais
<b>Horário de trabalho:</b>	7 às 17 horas

**Fonte:** Autoria Própria (2015).

**Figura 2: Nossa Equipe**

**Fonte:** Autoria Própria (2015).

A USF está situada no sudeste da cidade, tem bom espaço físico com recepção e cadeiras suficientes para a demanda da população, tem diferentes salas como: pre-consulta, consulta médica, consulta de enfermagem, consulta de dentista,

de vacinação, almoxarifado, farmácia, sala dos agentes de saúde, para curativo e de esterilização. Tem todos os recursos para um bom funcionamento da equipe.

A equipe de saúde realiza consultas agendadas e visita domiciliar segundo os diferentes programas da Atenção Primária de Saúde e todos os pacientes com doenças agudas são atendido por demanda espontânea. A equipe realiza mensalmente reunião para discutir dificuldades ou para seguimento do funcionamento dos programas. Se faz atividades nas escolas e creches de nossa área de abrangência e com os diferentes grupos de atendimentos.

**Figura 3:** Atividade na escola



**Fonte:** Autoria Própria (2015).

**Figura 4:** Atividade com nossas gravidas.



**Fonte:** Autoria Própria (2015).

Eu comecei a trabalhar no município em janeiro do 2014, onde no trabalho diário pode perceber que se trata-se de uma população muito carente, que precisavam de uma atenção médica permanente e fundamentalmente trabalhar na

prevenção, com dificuldades para modificar o estilo de vida da população por suas crenças, um dos problemas detectados foi a alta incidência de grávidas adolescentes na população nesse momento, portanto se fez uma reunião da equipe para tornar estratégias e melhorar esta situação, onde se tomo como acordo trabalhar com o risco preconcepcional imediatamente, fazer palestras na unidade, nas escolas, formar grupo de adolescentes e ter a disposição da população na unidade métodos contraceptivos para escolha livre dos adolescentes.

## 2 JUSTIFICATIVA

A gravidez na adolescência é uma realidade em todo o mundo e tem sido apontada como um problema social, geralmente é associado à pobreza.

Diariamente, 20 mil adolescentes com menos de 18 anos dão à luz e 200 falecem em decorrência de complicações da gravidez ou parto, nos países em desenvolvimento. A cada ano 7,3 milhões de meninas tornam-se mães em todo o mundo, destas 2 milhões são menores de 15 anos. Número este que pode crescer para 3 milhões até 2030, se mantida a tendência atual (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Dados do Ministério da Saúde (ASSEF, 2000) informam que, a cada ano, um milhão de brasileiras são mães antes dos 19 anos. Segundo dados do IBGE, Alagoas é o estado onde há mais adolescentes mães do país. Em 2013, 831 meninas com menos de 15 anos deram a luz, já na faixa entre 15 e 19 anos, foram 12.700 gestações, ou seja, 26% de todos os nascimentos. Segundo os dados do SIAB o município Campo Alegre teve no ano 2013 um total de 329 grávidas, de elas foram 75 adolescentes para um 22,7%.

O motivo pelo qual ocorre a gravidez na adolescência é o fato que os jovens têm relações sexuais cada vez mais cedo e sem o uso de métodos contraceptivos (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Atualmente o não uso dos métodos contraceptivos, dificuldade a programas de planejamento familiar, além, do início precoce da vida sexual são fatores importantes para o aumento na gravidez na adolescência. Destaca-se também como risco a primeira gravidez da mãe da adolescente, visto que, muitas adolescentes grávidas vêm de famílias nas quais as mães também engravidaram na adolescência. É fundamental reconhecer todos os fatores associados à frequência de gestações na adolescência para assim planejar políticas de saúde eficazes (RIBEIRO, 2010).

Em alguns casos a gravidez precoce faz parte de um desejo, mas na maioria das vezes, é uma surpresa inesperada, que gera uma série de conflitos emocionais, instabilidade familiar, desvio da escola e afastamento do convívio social, uma série de consequências das quais os jovens não refletem quando decidem dar o primeiro passo para a vida sexual (BOCARDI, 2003).

A adolescente que engravida e o recém-nascido desta tem maior probabilidade de sofrer intercorrências médicas durante a gravidez e até mesmo

após este evento. Alguns autores relatam que as características psicológicas inerentes à adolescência como ansiedade e depressão, por exemplo, caracterizam um risco para estas (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

As mães mais jovens mostram menos cooperação e acessibilidade e mais comunicação verbal negativa com seus filhos do que mães mais velhas; desta forma, estudos apontam que em filhos de mães adolescentes são mais frequentes os maus-tratos e o descuido. Estudos mostram que, mães adolescentes, quando comparadas com as adolescentes não gestantes, têm sete vezes mais chance de pobreza, visto a dificuldade para a inserção no mercado de trabalho, conseqüentemente três vezes mais chance de divórcio ou separação, decorrente do relacionamento marital prematuro e algumas vezes até forçado, marcado por conflitos decorrentes da imaturidade psicológica, da dependência econômica da família e de salários consideravelmente mais baixos, pois os cuidados necessários durante a maternidade acabam muitas vezes por levar a adolescente a abandonar os estudos. (MAGALHÃES, 2009).

A proposta para a realização do trabalho científico do curso de especialização em atenção básica em saúde da família sugere que o trabalho deve abordar temáticas que estejam atreladas às realidades de saúde, na experiência cotidiana. Baseando-se nesta situação, considerando os problemas levantados pela equipe de saúde 2 onde temos um numero significativo de adolescentes grávidas, com gravidez não planejada, realizaremos um plano de ação para melhorar a forma de abordar as adolescentes que pretendem engravidar e àquelas que já se encontram nesta situação, além de esclarecer e prevenir sobre os riscos e conseqüências que a gravidez nesta etapa da vida pode acarretar.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Elaborar um plano de ação para controlar e diminuir a incidência de gravidez na adolescência na área de abrangência da UBS 2 do município Campo Alegre/Alagoas.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Identificar os fatores influentes da gravidez na adolescência na área de abrangência da Equipe do Programa de Saúde da Família 2 no município Campo Alegre;
- Discutir a gravidez na adolescência quanto problema social;
- Envolver os adolescentes num trabalho preventivo, identificando os métodos contraceptivos para evitar a gravidez;
- Identificar os significados de uma gravidez precoce para a adolescente e sua família;
- Promover ações de orientação com as gestantes adolescentes.

#### **4 METODOLOGIA**

Para identificar os problemas vivenciados pela população na área de abrangência do PSF 2, foi realizado pela equipe de Saúde de Família o diagnóstico Situacional. As informações foram obtidas por meio do método da Estimativa Rápida, através das consultas feitas na unidade, visitas domiciliares, entrevistas e observação ativa foi possível saber sobre os principais problemas e priorizar os de maior importância.

Para realizar esta revisão, foram consultados dados da biblioteca virtual em saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SciELO, Bireme, sites da OMS e IBGE, além de pesquisa em livros e revistas incluindo publicações sobre o tema escolhido entre os anos de 1996 e 2013. Utilizando-se os descritores: gravidez na adolescência, adolescência e sexualidade.

O problema prioritário foi a gravidez na adolescência, serão propostas intervenções que possam diminuir a incidência destas gestações, assim como de prevenir e de fornecer suporte para adolescentes que já se encontram nesta situação.

O plano de ação foi baseado no Planejamento Estratégico Situacional (PES), conteúdo trabalhado no módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do CEABSF (CAMPOS; FARA; SANTOS, 2010).



## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Adolescência

Segundo Outeiral (2003) a palavra adolescência vem do latim, *ad* (a, para) e *olescer* (crescer), e quer dizer “condição ou processo de crescimento”.

O intervalo temporal da adolescência segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) esta entre 10 e 19 anos e pela Organização das Nações Unidas (ONU) entre 15 e 24 anos, sendo este usado principalmente para fins estatísticos e políticos. Pode-se encontrar ainda o termo jovem adulto que engloba faixa etária de 20 a 24 anos de idade. Hoje se convencionou agrupar ambos os critérios e denominar adolescência e juventude ou jovens e adolescentes em programas comunitários, inserindo assim os estudantes universitários e também os jovens que ingressam nas forças armadas ou participam de projetos de suporte social denominado de *protagonismo juvenil*. Para o Ministério de Saúde do Brasil, os limites cronológicos são as idades de 10 a 24 anos (EISENSTEIN, 2005).

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a adolescência compreende a etapa que vai dos 12 aos 18 anos de idade e no qual acontecem importantes transformações no corpo (puberdade), na forma de pensar, agir e no desempenho dos papéis sociais.

A adolescência é o período da vida humana caracterizado pela transição entre a infância e a vida adulta. Neste momento ocorre o desenvolvimento físico, emocional, mental e sexual. Ocorre também uma busca do indivíduo a fim de atingir às expectativas culturais da sociedade em que vive. Esta fase inicia-se com as mudanças corporais da puberdade e se finda quando a pessoa consolida seu crescimento e sua personalidade. E assim, atinge progressivamente sua independência econômica, além da inserção em seu grupo social (EISENSTEIN, 2005).

Silva (2010) adolescência é a fase de mudanças tanto físicas como comportamentais, é a transição entre a fase de criança e a fase adulta. Fase das dúvidas, das descobertas, busca de identidade, formação de grupos por afinidades, busca da autonomia, mudanças que afetam a vida familiar e a vida destes adolescentes para com a sociedade.

A adolescência é um período desafiador no desenvolvimento do ser humano considerada especialmente vulnerável em termos psicológicos, sociais e biológicos. Confirmando esses dizeres, a Organização Mundial de Saúde (OMS) diz que a adolescência constitui um processo onde ocorrem muitas mudanças e que apresenta características muito peculiares, características estas que envolvem aspectos biológicos, sociais e psicológicos (BRASIL, 2007).

A fase de transição que caracteriza a adolescência, biologicamente inicia-se por volta deste período, a fase da puberdade na qual os hormônios sexuais agem, provocando mudanças físicas materializadas no crescimento do esqueleto do corpo, alterações na composição corporal (como crescimento de pelos) além do amadurecimento da genitália. Nas meninas a ação dos hormônios sexuais se dá através de mudanças que dão formas mais arredondadas ao corpo, crescimento de pelos, mamas e ocorre a primeira menstruação. Nos meninos há o crescimento genital e posteriormente a ereção e ejaculação (MAGALHÃES, 2009).

## **5.2 Sexualidade na adolescência**

Segundo Pereira (2009) a primeira vez que houve relato sobre sexualidade na adolescência no Brasil foi no século XVI logo após sua descoberta em 1500. O escriba oficial da expedição de Pero Vaz de Caminha relatou que segundo escritos de um navegante da frota de Pedro Álvares Cabral cerca de 10% dos tripulantes tinham entre 9 e 15 anos de idade, estes executavam as piores tarefas nas embarcações e sofriam torturas sexuais frequentemente pois não tinham mulheres nas embarcações sob a superstição de que a presença de mulheres trazia má sorte.

Na adolescência, a vida é envolta pela sexualidade. É um período de exploração e de experimentação sexual, de fantasias e realidades sexuais, de incorporação da sexualidade na identidade da pessoa. Os adolescentes sentem uma curiosidade quase insaciável pelos mistérios do sexo. Pensam se são sexualmente atraentes, em como fazer sexo e no que o futuro reserva para suas vidas sexuais (SANTROCK, 2003).

Bock, Furtado e Teixeira (2002) afirmam que o sexo na juventude “parece estar sempre no limite entre o desejo e a repressão”.

O aprendizado da sexualidade não se restringe a genitalidade, tampouco ao acontecimento da primeira relação sexual. Trata-se de um processo de

experimentação pessoal e de impregnação pela cultura do sexual do grupo, que se acelera na adolescência e na juventude. O aprendizado constitui-se na familiarização de representações, valores, papéis de gênero, rituais de interação e de práticas, presentes na noção de cultura sexual (HEILBORN, 2006).

Atualmente a sexualidade é vinculada nas escolas. A sexualidade é, portanto, introduzida na escola por meio da nomenclatura “orientação sexual”. Dessa forma, a ampla inserção desse tema na escola parece estar ligada, por um lado, a uma dimensão epidêmica e, por outro, a mudanças nas expectativas de comportamento sexual associadas ao aparecimento da figura da “gravidez precoce”. A sexualidade adolescente desponta como um importante foco de investimento político e instrumento de tecnologia de governo, sendo a escola um espaço privilegiado de intervenção sobre a conduta sexual dos/as estudantes (ALTMAN, 2003).

Heilborn *et al.* (2002) afirmam que a gravidez na adolescência inscreve-se em uma etapa de aprendizado da sexualidade envolvendo complexas interações entre homens e mulheres, o que torna necessário situá-la no quadro das relações e papéis de gênero.

De acordo com Pereira (2009) as famílias não participam de eventos com os filhos, não os acompanham cotidianamente e os filhos que estão na fase de ação dos hormônios sexuais começam a ter relações de forma desordenada, há uma liberalização sexual, aumentando a incidência de gravidez indesejada além do aumento de DST/ AIDS.

### **5.3 Gravidez na Adolescência**

Aproximadamente até meados do século XX, a gestação na adolescência não era considerada uma questão de saúde pública, e também não recebia a atenção de pesquisadores como recebe hoje em dia. No Brasil, esse fenômeno tornou-se mais visível com o aumento da proporção de nascimentos em mães menores de 20 anos que se observou ao longo da década 90, quando os percentuais passaram de 16,38% em 1991 para 21,34% em 2000 (IBGE, 2002).

A gravidez na adolescência passou a ser vista como uma situação de risco biopsicossocial, capaz de trazer consequências negativas não apenas para as adolescentes, mas para toda a sociedade. Tornou-se, por isso, um problema social e

de saúde pública. De fato, atualmente, a literatura biomédica utiliza expressões como gravidez precoce, indesejada, não planejada e de risco para descrever e enfatizar as consequências sociais e biológicas negativas associadas ao fenômeno (DIAS; AQUINO, 2006).

A maternidade na adolescência traz consigo uma série de expectativas e responsabilidades, ao mesmo tempo em que institui um novo espaço de constituição da identidade (RANGEL; QUEIROZ, 2008).

A posição da adolescente gestante, no contexto familiar, é redimensionada, na medida em que ela precisa desenvolver habilidades e assumir responsabilidades relacionadas ao cuidado do bebê e de si mesma. A família também passa a ter expectativas em relação ao seu desempenho como mãe e em relação ao seu futuro. Independente de ter ou não desejado ser mãe, o papel materno se impõe para a adolescente e passa a assumir um espaço significativo na sua vida (FALCÃO; SALOMÃO, 2005).

No Brasil, de acordo com as informações disponíveis, somente entre 2001 e 2003, nasceram cerca de 85 mil bebês de mães com idade entre 10 e 14 anos; outros dois milhões foram gerados por garotas entre 15 e 19 anos. Nas Regiões Norte e no Nordeste do país, o número de mães com idades entre 10 e 14 anos é recorde: mais de 10.200. Esse número duplicou, em uma década (LEVANDOWSKI, 2001).

Tratar a gravidez na adolescência é lidar com um acontecimento complexo, tendo em vista que implica o envolvimento de vários fatores de natureza social, econômica, psicológica e fisiológica. Daí vem a importância de recorrermos a distintas áreas do conhecimento para estabelecermos uma visão menos fragmentada de um fenômeno que cresce anualmente em todo o mundo e chamarmos a atenção de pais, de profissionais que trabalham direta ou indiretamente com adolescentes e de governantes, e que se torna, assim, uma preocupação que pode ser inserida no âmbito da saúde pública (SILVA; TONETE, 2006).

Levandowski *et al.* (2008) sugerem que, em geral, as famílias das gestantes e mães adolescentes acabam apoiando as adolescentes, sendo as atitudes de rejeição, por parte das famílias, mais relacionadas a fatores específicos, associados a preconceitos sociais.

Segundo Dias e Aquino (2006), a existência de filhos pode ser uma motivação que promova a união conjugal juvenil, reafirmando as funções de prover e cuidar das crianças para o casal, e a família é considerada uma instância de apoio material e afetivo para os jovens pais, mesmo para aqueles que formaram um novo grupo familiar.

#### **5.4 Riscos associados nas gestantes grávidas adolescentes**

A gestação na adolescência é considerada uma situação de risco biológico tanto para as adolescentes como para os recém-nascidos. Há evidências de que gestantes adolescentes podem sofrer mais intercorrências médicas durante gravidez e mesmo após esse evento que gestantes de outras faixas etárias. Algumas complicações como tentativas de abortamento, anemia, desnutrição, sobrepeso, hipertensão, pré-eclâmpsia, desproporção céfalo-pélvica, hipertensão e depressão pós-parto estão associadas à experiência de gravidez na adolescência (YAZLLE *et al.*, 2002).

Durante um estudo na América Latina onde foram analisadas 344.626 adolescentes grávidas, estas foram divididas em 3 grupos sendo o primeiro grupo com menos de 15 anos; o segundo com 16 e 17 anos e o terceiro com 18 e 19 anos. A análise dos dados identificou a grande tendência das jovens a desenvolverem pré-eclâmpsia, eclâmpsia, anemia e parto cesariana durante a gravidez. No primeiro grupo a incidência de pré-eclâmpsia foi de 5,9% e anemia 8,8, no terceiro grupo incidência foram 4,3 para pré-eclâmpsia e 6,2 para anemia. A incidência de infecção do trato urinário foi encontrada em todos os grupos com incidência de 4,3%. Estes dados são inferiores aos encontrados nos estudos do nosso país sendo 13,7 nas adolescentes menores de 15 anos e 14,9% nas com 18 e 19 anos e anemia com incidência de 14,9% nas adolescentes com menos de 15 anos e 12,6 nas de 18 e 19 anos (MAGALHÃES *et al.*, 2005).

A gestação na adolescência pode trazer complicações para o bebê como situações de prematuridade, baixo peso ao nascer, morte perinatal, epilepsia, deficiência mental, transtornos do desenvolvimento, baixo quociente intelectual, cegueira, surdez, aborto natural, além de morte na infância (AQUINO *et al.*, 2002).

A gravidez precoce é uma das ocorrências preocupantes relacionadas à sexualidade na adolescência, uma vez que pode desencadear consequências na vida dos adolescentes, dos filhos que estão por vir e nas famílias. Entende-se que essa situação não se restringe apenas à mãe adolescente, mas se estende também ao pai, pois pode, algumas vezes, levá-lo a abandonar os estudos para tornar-se provedor e sustentar seus filhos e suas companheiras (LEVANDOWSKI, 2001).

Engravidar na adolescência pode trazer limites à vida, tanto da menina quanto do menino, e conflitos com a família dos dois, pessoas das quais, na maioria dos casos, a adolescente grávida e seu companheiro se tornam dependentes, tanto financeiramente quanto emocionalmente (GUEDES *et al.*, 2003). Independente de ter ou não desejado ser mãe, o papel materno se impõe para a adolescente e passa a assumir um espaço significativo na sua vida (FALCÃO; SALOMÃO, 2005).

Segundo Heilborn (2006) há um discurso dominante na sociedade que vincula a gravidez na adolescência à pobreza, à precariedade e à falta de instrução. E existe outro que diz que a/o adolescente que vivencia a gravidez na adolescência futuramente recairá na “marginalidade” ou reforçará a miséria.

Quanto menor é a faixa etária da adolescente maior são os riscos de morte tanto da mãe quando do bebê, principalmente se a jovem for menor de 15 anos isto decorrente de seu organismo estar em desenvolvimento. Além disso, a procura tardia por orientação médica, o pré-natal não realizado decorrente de medo de serem pressionadas ou indagadas de alguma forma, contribuem para agravar ainda mais a situação obstétrica e neonatal (LEVANDOWSKY; LOPES; PICCININI, 2008).

Em termos sociais, 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; AQUINO, 2006).

Em termos psicológicos, a gestação na adolescência está associada à noção de risco na medida em que implica na vivência simultânea de dois fenômenos importantes do desenvolvimento: o ser adolescente e o ser mãe. Quanto menor é a faixa etária da adolescente maior são os riscos de morte tanto da mãe quando do bebê, principalmente se a jovem for menor de 15 anos isto decorrente de seu organismo estar em desenvolvimento (LEVANDOWSKI; PICCININI; LOPES, 2008).

Com a chegada do bebê a adolescente transforma sua identidade, passando de filha a mãe. A partir deste momento estará vinculada as demandas do filho. A percepção em relação ao futuro é muito afetada no caso destas jovens que engravidam e necessitam assumir maiores responsabilidades durante a gravidez e após com o nascimento e desenvolvimento do recém-nascido. Projetos são redefinidos ou até mesmo abandonados devido à gestação e maternidade (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

A ocorrência de problemas de saúde tanto na jovem como na criança pode estar mais relacionada ao estado de pobreza do que à idade da jovem propriamente. Os autores observam que uma boa parcela da população de gestantes adolescentes encontra-se em condições socioeconômicas precárias, o que por sua vez está associado a uma maior ausência de condições adequadas de higiene, habitação, alimentação e saúde (LEVANDOWSKI; PICCININI; LOPES, 2008)

### **5.5 Planejamento familiar**

O planejamento familiar é um conjunto de ações em que são oferecidos todos os recursos para concepção e anticoncepção que, por sua vez, devem ser cientificamente aceitos e não colocar em risco a vida e a saúde das pessoas, com garantia da liberdade de escolha (BRASIL, 2006).

A iniciação sexual na adolescência vem ocorrendo em idades cada vez mais precoces, e a atividade sexual regular faz parte de uma parcela significativa da população adolescente (VIEIRA *et al.*, 2006).

A sexualidade na adolescência é importante, e os profissionais da saúde devem estar preparados para respeitar a autonomia de livre escolha e oferecer informações e acompanhamento adequado, lhes garantido assistência de qualidade. Destaca-se também que a idade não deve constituir restrição ao uso de qualquer método anticoncepcional na adolescência depois da menarca (WHO, 1996).

A gestação “indesejada” entre adolescentes, sempre existiu, nunca, porém com a frequência hoje observada. Compilando-se as estatísticas mundiais, pode-se facilmente constatar que sua incidência passou a ocupar lugar de relevância a partir da década de 60, concomitante, portanto, com o movimento denominado “Revolução Sexual”. Momento este em que as mulheres entre 21 e 49 anos passaram a diminuir sua contribuição ao aumento da natalidade. No grupo de mulheres entre 15 e 19

anos, porém, a tendência da fecundidade segue sentido inverso, apresentando aumento na ordem de 26% entre as taxas específicas de 1970 e 1991 (MAGALHÃES *et al.*, 2005).

Ainda na pesquisa realizada por Heilborn (2002) para o projeto GRAVAD constatou-se que os adolescentes e jovens das escolas públicas da cidade do Rio de Janeiro possuem minimamente os conhecimentos adequados acerca da contracepção. A não utilização está relacionada a fatores como a periodicidade das relações, ao esquecimento do uso no momento da relação, ou a escolha da não utilização. Além constatou que para a maioria das adolescentes grávidas entrevistadas, a gravidez é desejada e por várias razões, entre as quais: carência afetiva, dificuldades no relacionamento familiar, necessidade de amparar alguém ou ser amparada, desejo de formar uma família e ser mulher.

O uso da pílula anticoncepcional significou uma grande mudança na vida sexual feminina, visto que mantinham a menstruação mensal que é considerado símbolo de sua feminilidade, e ao mesmo tempo podiam ter relações sexuais mais seguras nas quais estavam protegidas de uma gravidez indesejada. Este fato proporcionou uma mudança significativa, pois a pílula passou a ser usada em todo mundo como um instrumento para o planejamento familiar, e com isso propiciou maior liberalização da sexualidade, sem, contudo haver uma orientação ou conscientização do que implicaria esta nova liberdade do corpo (PEREIRA 2009).

Segundo Vieira (2006) ao procurar os serviços de saúde em busca de métodos anticoncepcionais, os adolescentes devem ser devidamente orientados sobre todos os aspectos da sua sexualidade. Além disso, devem cadastrar-se no programa de planejamento familiar, onde será esclarecido sobre todos os métodos para concepção e anticoncepção e suas vantagens e desvantagens, além de sanar todas as suas dúvidas acerca dos mesmos, para que possam escolher livremente qual ou quais deseja adotar para si.

Atualmente, o Ministério da Saúde juntamente com as secretarias estaduais e municipais, tem realizado ações voltadas a este tema, tais como: política e campanhas nacionais em relação ao planejamento familiar incluindo adolescentes e jovens; distribuição da caderneta do adolescente; disponibilização gratuita de métodos contraceptivos para adolescentes; produção de preservativos masculinos; projeto saúde e prevenção nas escolas em parceria com o Ministério da Educação, UNICEF e UNFPA e UNESCO; produção de 400 máquinas dispensadoras de



preservativos para as escolas que desenvolvem ações educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva; produção de materiais educativos e cursos à distância para os profissionais de saúde e educação sobre sexualidade de adolescentes.

Com o objetivo de auxiliar na complementação da educação sexual dos adolescentes inseridos no programa de aprendizagem, o CESAM, executou no ano de 2007 um projeto de extensão embutido no módulo de cidadania que recebeu o nome “Adolescência e Enfermagem – Saúde e educação”, com a metodologia de gincanas e palestras educativas, desenvolvendo o tema: Sexualidade e afetividade. O conteúdo transferido aos adolescentes foi composto das temáticas, sexualidade, gravidez precoce, métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis e primeiros socorros.

## 6 PLANO DE AÇÃO

### 6.1 Identificação dos problemas

Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou:

1. Incidência elevada de gravidez na adolescência;
2. Elevada prevalência de hábitos tóxicos e inadequados estilos de vida;
3. Elevado índice de parasitismo intestinal;
4. Alto índice de pacientes com doenças crônicas, como hipertensão arterial e diabetes mellitus;
5. Alto índice de desemprego.

### 6.2 Priorização dos problemas

**Tabela 3:** Priorização dos problemas na Unidade de Saúde Família 2

<b>Principais Problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de Enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Incidência elevada de gravidez na adolescência	Alta	7	Parcial	1
Elevada prevalência de hábitos tóxicos e inadequados estilos de vida.	Alta	5	Parcial	3
Elevado índice de parasitismo intestinal.	Alta	5	Parcial	4

Alto índice de pacientes com doenças crônicas, como hipertensão arterial e diabetes mellitus.	Alta	6	Parcial	2
Alto índice de desemprego	Alta	4	Fora	5

**Fonte:** Autoria Própria (2015).

### 6.3 Descrição do problema

A gravidez na adolescência é um problema que ocorre em diversas Unidades de Saúde da Família e não esta isenta de complicações futuras. A identificação deste problema é importante, pois também é um problema social, visto que muitas adolescentes não possuem condições financeiras e nem psicológicas para enfrentar esta responsabilidade.

O problema prioritário foi a elevada incidência de gravidez na adolescência no PSF 2 de Campo Alegre no período de janeiro a abril de 2014, que de um total de 24 grávidas, 7 tinham idade menor de 19 anos para um 29,1 %, sendo solteiras 5 com gravidez não planejadas, e gravidez desejada só 2. A maioria destas pacientes referiu que não faziam o uso, ou usaram incorretamente o método contraceptivo. É importante que a equipe promova os riscos e consequências da mesma, e os métodos anticoncepcionais para evitá-los.

### 6.4 Explicação do problema

O uso inadequado e a falta de informação mais consistente sobre os métodos contraceptivos destacam-se como causas da gravidez na adolescência (VIEIRA *et al.*, 2010).

Uma das pesquisas aponta que, nas expectativas e nos comportamentos considerados apropriados para cada sexo, espera-se da mulher um comportamento passivo. Assim, a preparação para uma relação, que pode ser indicada pela adoção de um comportamento contraceptivo adequado, implica uma postura ativa da mulher, que pode colocar em xeque a moralidade feminina. Tal atitude passiva pode conduzir a relações sexuais desprotegidas e, conseqüentemente, a gestações indesejadas. Por outro lado, os adolescentes homens não são educados para também se responsabilizarem pelos cuidados anticoncepcionais, deixando tais cuidados muitas vezes para as meninas. Trata-se de uma ambigüidade que contribui para o aumento do problema em discussão (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

As amizades inadequadas, a rebeldia vista como característica própria da fase e a precocidade do namoro também foram apresentadas como fatores que influenciaram a ocorrência da gravidez na adolescência. A rigidez dos pais assim como a flexibilidade no trato com as filhas foram simultaneamente apontadas como causas da gravidez, portanto o estudo destaca que os familiares chegam a assumir que são corresponsáveis pela gravidez da adolescente (HOGA; BORGES; REBERTE, 2010).

Outros fatores como deficiência na comunicação entre os parceiros sobre sexualidade, ausência de afeto nas relações familiares, necessidade de imitar o grupo de iguais sem ter atingido o necessário amadurecimento biopsicológico são apontados como variáveis que interferem na ocorrência de gravidez precoce (DIÓGENES *et al.*, 2011).

Observou-se, ainda, que a maioria das pesquisas demonstraram, de algum modo, a relação existente entre gravidez na adolescência e baixos indicadores socioeconômicos, sendo possível afirmar que referida variável teve posição de destaque na tentativa de explicação do problema. Ademais, a gravidez na adolescência é relacionada por alguns estudiosos com o fato de que a capacidade cognitiva de avaliar conseqüências adequadamente e de trabalhar com hipóteses pode não estar bem estabelecida na adolescência (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Nesse sentido, constatou-se que, geralmente, a gravidez limita o exercício de atividades laborais ou educacionais e a adolescente passa a ter poucas expectativas em relação ao futuro. “A ausência de uma perspectiva profissional futura associada à escolaridade errática fomenta a reincidência da gravidez na adolescência e impede a retomada da questão profissional. Sair deste estado de

pobreza, com filhos ou não, é uma perspectiva bastante remota, pois a repetição deste ciclo perverso de manutenção de baixa renda familiar costuma se perpetuar através das gerações” (BUENDGENS; ZAMPIERI, 2012).

Uma das pesquisas analisadas demonstrou que, nos casos em que a gravidez é indesejada, o risco de os filhos serem vítimas de maus-tratos é bem maior (MACIEL *et al.*, 2012).

## 6.5 Identificação dos nós críticos

A identificação das causas de um problema é fundamental. Fazendo uma avaliação detalhada, poderemos identificar entre as várias causas, quais devem ser atacadas para impactar o problema principal e assim realmente transformá-lo. Para realizar essa análise utiliza-se o conceito de nó crítico (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

### “Nós Críticos”:

- Nível de informação;
- Pouca comunicação entre pais e filhos;  
Falta de educação em saúde;
- Processo de trabalho da equipe de Saúde da Família.

## 6.6 Plano Operativo

As ações relativas a cada “nó crítico” serão detalhadas na tabela 4.

**Tabela 4:** Operações sobre o “nó crítico” relacionado ao problema “Elevada incidência de gravidez na adolescência”

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação/ projeto</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos Esperados</b>	<b>Recursos Necessários</b>
<b>Nível de informação</b>	<b>Saber Mais</b>  Aumentar o nível de informação dos adolescentes sobre os mecanismos de prevenção e riscos da gravidez nesta	Diminuir o número de gravidez na adolescência, assim como a incidência de DST	-Palestras Educativas pela equipe de Saúde sobre prevenção da gravidez na adolescência.  - Campanha na	Cognitivo-conhecimento sobre estratégia de comunicação  Organização  -organizar a

	etapa		rádio local	agenda
			-Programa escolar -Capacitação dos pais	Político- articulação intersectorial (parceira com o setor educação) e mobilização social
<b>Pouca comunicação entre pais e filhos</b>	<b>Mais comunicação</b> Orientação aos pais sobre a importância de conversas sobre o tema com os filhos	- Melhorar a relação pais e filhos. - Diminuição do número de adolescentes grávidas e a incidência de DTS.	-Palestras Educativas na Unidade de Saúde da Família, envolvendo aos pais.	Cognitivo- Preparação de palestras com psicólogos especialista no tema -Político: Entrar em contato com a secretária de educação. -Financeiro: recursos áudio visuais
<b>Falta de educação em saúde</b>	<b>Saúde na escola</b>  Implantar e gerenciar o programa de saúde na escola de forma integral, contínua, e com promoção em saúde.	-Promover educação em saúde nas escolas, juntamente com a secretária de educação.	-Diminuição do número de gestação na adolescência. -Diminuição de doenças sexualmente transmissíveis.	-Cognitivo: Preparação de palestras. -Político: Entrar em contato com a secretária de educação. -Financeiro: Confecção de material educativo.
<b>Processo de trabalho da Equipe da Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema</b>	<b>Linha de cuidado</b>  Implantar a linha de cuidado para evitar a gravidez na adolescência	Diminuir a gravidez na adolescência	Linha de cuidado para evitar a gravidez na adolescência  - Recursos humanos capacitados sobre o tema  - Gestão da linha cuidado	Cognitivo- elaboração de projeto de linha de cuidado  Politica-articulação entre os setores da Saúde e adesão dos profissionais

Fonte: Autoria Própria (2015).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez precoce é uma das ocorrências preocupantes relacionadas à sexualidade na adolescência, uma vez que pode desencadear consequências na vida dos adolescentes, dos filhos que estão por vir e nas famílias.

A iniciação sexual na adolescência vem ocorrendo em idades cada vez mais precoces, e a atividade sexual regular faz parte de uma parcela significativa da população adolescente.

Nas gestantes adolescentes, a maternidade aparece como um fato ainda mais complexo, porque ocorreu em um período em que a jovem, embora esteja tendo algumas vivências adultas, não possui ainda uma responsabilidade e um compromisso maior pelos seus atos. O exercício da maternidade requer reajustes importantes da mulher, que decorrem tanto das alterações do corpo como das consequentes mudanças de papéis desempenhados no meio sociofamiliar.

A gravidez na adolescência é um problema que ocorre em diversas Unidades de Saúde da Família e não está isenta de complicações futuras. A identificação deste problema é importante, pois também é um problema social, visto que muitas adolescentes não possuem condições financeiras e nem psicológicas para enfrentar esta responsabilidade.

Em nosso trabalho a maioria das pacientes referiram que não faziam o uso, ou usaram incorretamente o método contraceptivo. É importante que a equipe promova os riscos e consequências da mesma, e os métodos anticoncepcionais para evitá-los.

Organizar a atenção à saúde do adolescente não é tarefa fácil para o sistema de saúde e para a sociedade. Portanto, a implantação de políticas públicas voltadas para a adolescência tornou obrigatória, frente à importância do desenvolvimento integral das potencialidades dos adolescentes e a prevenção das situações de risco nesta faixa etária.

Com base na literatura revisada e discutida para a elaboração do presente trabalho, pode-se concluir que:

- A gravidez na adolescência é um problema complexo multifatorial, tendo em vista o impacto social gerado por este problema há necessidade de criação

de políticas de saúde específicas para este grupo, por exemplo, (projeto jovens mães);

- A educação em saúde deve começar nas escolas a partir da infância a fim de prevenir casos de gravidez na adolescência através de grupos como saúde na escola;
- Deve-se criar no profissional de saúde um olhar diferenciado para estas adolescentes pensando previamente, durante e após a gestação;
- É importante ter um olhar diferenciado para estas gestantes atendendo-as no âmbito não apenas da saúde, mas também social oferecendo oportunidades para sua subsistência;
- A educação é fundamental para gestantes, devemos incentiva-las para que não abandonem os estudos a fim de que proporcione futuramente uma melhor qualidade de vida para seus filhos.



## REFERÊNCIAS

- ALTMANN, H. Orientação sexual em uma escola: recortes de corpos e de gênero. **Cadernos Pagu**, Rio de Janeiro, v 21, p. 281-315, 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n21/n21a12.pdf> Acesso em: 27 de jul 2015
- AQUINO, C.M. *et al.* Gestação na adolescência: Relação com baixo peso ao nascer. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v 24, n 8, p 513-518, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbgo/v24n8/a03v24n8.pdf> Acesso em: 28de jul. de 2015.
- ASSEF, C. Brincando de ser mamãe. **Folha de São Paulo**, 2000, pp. 8-9.
- ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL EM 2013. **Perfil do município Campo Alegre, Al.** Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br> acesso em 16 julho 2015.
- BOCARDI, M. I. B. Gravidez na Adolescência: O Parto Enquanto Espaço do Medo. São Paulo: Arte & Ciência; Marília, São Paulo: Ed. UNIMAR, 2003.
- BOCK, A. M. B; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia**. 13 ed. São Paulo: Saraiva, 2002. Disponível em [www.ebah.com.br/.../psicologias-introdução-estudo](http://www.ebah.com.br/.../psicologias-introdução-estudo) Acessado em 27 de jul 2015.
- BUENDGENS, B. B.; ZAMPIERI, M. F. M. A adolescente grávida na percepção de médicos e enfermeiros da atenção básica. **Esc. Anna Nery**, v. 16, n. 1, , Rio de Janeiro, Mar, 2012. Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000100009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000100009&script=sci_arttext) Acesso em: 28 de jul. de 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do adolescente e do jovem**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br> Acesso em: 28 de jul. de 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviço de saúde/Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde-Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br> Acesso em 10 agosto 2015.
- BRASIL. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretos sexuais, reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília. D F, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br> Acesso em 10 agosto 2015.
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.
- CAMPO ALEGRE. **Perfil Municipal**. v.1, n.1, p.1-9. 2013. Disponível em: <http://dados.al.gov.br/dataset/615f69a9495e40e7b95d53ba2966118e/resource/8627603b-d36d-4e2d-9d7d-70dd81f63be1/download/municipalcampoalegre2013> Acesso em 16 julho 2015.
- CAMPO ALEGRE. **Famílias com Saneamentos: Veja número de domicílios com redes públicas, fossas e esgotos a céu aberto na sua cidade**. Campo Alegre, Al, 2013. Disponível em: <http://www.deepask.com/goes?page=confira-os-indicadores-de-saneamento-no-seu-municipio---rede-de-esgoto-fossa-a-ceu-aberto> na cidade. Acesso em 16 julho 2015.

CESAM. A PRÁTICA DO CESAM EM LETRAS, PALAVRAS E GESTOS. Relatório de Atividades. **Revista Arquivo CESAM**, v2. n 2. Espírito Santo, 2007.

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. **Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo**. Paidéia (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 20, n. 45, abr. 2010 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2010000100015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2010000100015&script=sci_arttext) Acesso em: 11 de jul 2015.

DIAS, A. B.; AQUINO, E. M. L. Maternidade e paternidade na adolescência: Algumas constatações em três cidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v 22, n 7 p 1447-1458, jul, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n7/09.pdf> Acesso em: 27 de jul 2015.

DIÓGENES, M.A.R.; OLIVEIRA, M. G.; CARVALHO, Y. A. X. B. Aspectos estruturais, desenvolvimentais e funcionais da família de adolescente grávida fundamentados no modelo. **Rev. Rene**. v 12, n 1 p 88-96, Fortaleza, jan/mar 2011. Disponível em [http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1\\_pdf/a12v12n1.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a12v12n1.pdf). Acesso em 28 de jul 2015

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Revista Adolescência e Saúde**. v.2, n.2, p. 6-7. 2005. Disponível em: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=167](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167). Acesso em: 19 de maio 2015.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: **Lei n. 8.069**, de 13 de julho de 1990, Lei n. 8.242, de 12 de outubro de 1991. 3ª ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações; 2001. Disponível em: <http://www.segel.sp.gov.br>. Acesso em: 26 de jul 2015.

FALCÃO, D. V.; SALOMÃO, N. M. R. O papel dos avós na maternidade adolescente. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v 22, n2, p 205-212, 2005. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X20050002000](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X20050002000) Acessado em 27 de jul 2015

GUEDES, C.C. *et al.* O adolescente e a vivência da paternidade: uma abordagem fenomenológica. **REME Rev min enferm**. V 7, n 2, p 82- 88, 2003. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/763> Acesso em: 28 de jul. de 2015.

HEILBORN, M. L.; BRANDÃO, E. R. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, pp. 1421-1430, 2006. Disponível em [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid) Acesso em: 27 de jul 2015

HEILBORN, M. L. *et al.* Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes Antropológicos**, v 8, n 17, p 13-45, 2002. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-71832002000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832002000100002) Acesso em: 27 de jul 2015

HOGA, L. A. K.; BORGES, A. L. V.; REBERTE, L. M. Razões e reflexos da gravidez na adolescência: Narrativas dos membros da família. **Esc. Anna Nery Rev Enferm**, v 14, n 1, p 151-157, Mar, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a22> Acesso em: 26 de jul 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2002. **Estatística do Registro Civil** (vol. 29). Rio de Janeiro: IBGE 2010 Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000143&pid=S0103-863X201000010001500035&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000143&pid=S0103-863X201000010001500035&lng=en) Acesso em: 26 de jul. de 2015.

LEVANDOWSKI, D. C.; PICCININI, C. A.; LOPES, R. C. S. Maternidade adolescente. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v 25, n 2, p 251-263, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103166X2008000200010&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103166X2008000200010&script=sci_abstract&lng=pt) Acesso em: 28 de jul. de 2015.

LEVANDOWSKI, D. C. Paternidade na adolescência: Uma breve revisão da literatura internacional. **Estudos de Psicologia**. v 6, n 2, p 195-209, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v6n2/7273.pdf> Acesso em: 27 de jul. de 2015

MACIEL, S. S. S. V. *et al.* Epidemiologia da gravidez na adolescência no município de Caruaru. **Rev. AMRIGS.**; v 56, n 1, p 46-50, Porto Alegre, jan.-mar, 2012. [http://www.amrigs.com.br/revista/56-1/0000095683-9\\_954.pdf](http://www.amrigs.com.br/revista/56-1/0000095683-9_954.pdf).

MAGALHÃES, M. L. C. *et al.* Características epidemiológicas da gravidez na adolescência. Estudo em maternidade escola de fortaleza **Rev Sogia**, v. 12, n12, p 49-70, 2005. Disponível em: [http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2005/XII2\\_epidemiologicos.pdf](http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2005/XII2_epidemiologicos.pdf) Acesso em: 26 de jul 2015.

MAGALHÃES, M. L. C. A Adolescência e a Gravidez. In: MONTEIRO, D. L. M.; TRAJANO, A. J. B., BASTOS, A. C. (Org.). Gravidez e adolescência. RJ: **Revinter**, v. 1, p. 03-20, 2009.

OUTEIRAL, J. **Adolescer: estudos revisados sobre adolescência**. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

OMS. **Vivendo a Adolescência**. 2013. Disponível em: [www.adolescencia.org.br/site-pt-br/adolescencia](http://www.adolescencia.org.br/site-pt-br/adolescencia). Acesso em: 11 de jul 2015.

OZELLA, S. **Adolescência e Psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2010000100015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2010000100015&script=sci_arttext) Acesso em: 11 de jul 2015.

PEREIRA, J. L. Aspectos Históricos da Gestação em Adolescentes. In: MONTEIRO, D. L. M, TRAJANO, A. J. B., BASTOS, A. C.(Org.). Gravidez e adolescência. RJ: Revinter, v. 1, p. 03-20, 2009.

PICCININI, C. A. *et al.* Apoio social percebido por mães adolescentes e adultas. **Revista Psico**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 9-36, jan./jun. 2002.

PINHEIRO, V. S. Repensando a maternidade na adolescência. **Revista Estudos de Psicologia**, Natal, v. 5, n. 1, p. 243-251, jan./jun. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v5n1/a11vo5n1.pdf>. Acesso em: 11 de jul 2015.

RANGEL, D. L. O.; QUEIROZ, A. B. A. A representa o social das adolescentes sobre a gravidez nessa etapa da vida. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v 12, p 780-788, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a24.pdf> Acesso em: 27 de jul 2015.

RIBEIRO, M. L. C. **Gravidez na Adolescência: um papel da equipe de saúde na preven o**. 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2325.pdf>. Acesso em: 10 de março 2014.

SALAZAR, V. *et al.* Embarazo en Adolescentes: ¿es de alto riesgo obstétrico? **Med. Inter. Caracas**, v. 18, n. 2, p. 136-46, 2002.

SANTROCK, J. W. **Adolescência**. 8 ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora S.A., 2003.

SILVA, A. M. **A gravidez na adolescência: família e serviço social**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 13., Brasília, 2010.

SILVA, L.; TONETE, V. L. P. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 14, n. 2, p.199-206, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2010000100015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2010000100015&script=sci_arttext) Acesso em: 29 de maio 2015.

VIEIRA, L. M. *et al.* Abortamento na adolescência: da vida à experiência do colo vazio - um estudo qualitativo. **Ciênc. saúde coletiva**, v 15, supl. 2, Rio de Janeiro, oct, 2010. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000800019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000800019) Acesso em: 28 de jul 2015

VIEIRA, L. M. *et al.* Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v 6,n 1, p135-140, 2006. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292006000100016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000100016) Acesso em: 28 de jul 2015

WHO. World Health Organization. Improving access to quality care in family planning. **Medical eligibility criteria for contraceptive use**. Geneva; 1996. Disponível em [http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\\_FRH\\_FPP\\_96.9\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_FPP_96.9_eng.pdf) Acesso em: 28 de jul. de 2015.

YAZLLE, M. E. H. D. *et al.* A adolescente grávida: Alguns indicadores sociais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v 24, p. 609-614, 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2010000100015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2010000100015&script=sci_arttext) Acesso em: 19 de maio 2015.



