

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARCOS IRAN DIAS

**PLANEJAMENTO FAMILIAR NA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ
PRECOCE**

CONSELHEIRO LAFAIETE- MINAS GERAIS
2014

MARCOS IRAN DIAS

**PLANEJAMENTO FAMILIAR NA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ
PRECOCE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Cibele Alves Chapadeiro

CONSELHEIRO LAFAIETE- MINAS GERAIS
2014

MARCOS IRAN DIAS

**PLANEJAMENTO FAMILIAR NA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ
PRECOCE**

Banca Examinadora

Profa. Cibele Alves Chapadeiro - orientadora

Profa. Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo Horizonte, em 28/05/2014

RESUMO

No contexto atual do aumento de casos de gravidez na adolescência e da relevância do tema enquanto problema já considerado de saúde pública, este estudo teve por objetivo identificar os fatores que levam à maior ocorrência desses casos de gravidez e a partir de tal conhecimento apontar possíveis soluções baseadas nos fundamentos do planejamento familiar, bem como comparar o índice de gravidez na adolescência existente na área da UAPS Santa Cecília, no município de Barbacena, Minas Gerais, com a literatura científica pertinente para implementar o protocolo de Planejamento Familiar. Foi realizado um levantamento bibliográfico relacionado ao tema na base de dados SciELO sobre adolescência, gravidez na adolescência e planejamento familiar e realizada proposta de intervenção. Verificou-se que mudanças no padrão de comportamento dos adolescentes, principalmente no tocante à sua sexualidade, exigem atenção profissional cuidadosa. A proposta é a implementação do protocolo de planejamento familiar, para estabelecer a escassa e desejada continuidade no acompanhamento das adolescentes.

Palavras-chave: Enfermagem. Planejamento Familiar. Gravidez. Adolescência

ABSTRACT

There is an increasing of cases of teenage pregnancy and the importance of the topic already considered a problem of public health, this study aimed to identify the factors that lead to higher incidence of these pregnancies and from such knowledge to identify possible solutions based the foundations of family planning, as well as comparing the rate of teenage pregnancy in the area of existing UAPS Santa Cecilia, in the municipality of Barbacena, Minas Gerais, with the relevant scientific literature to implement the protocol family Planning . A related topic in the database SciELO about adolescence, teenage pregnancy and family planning literature survey was conducted. It was found that changes in the pattern of behavior of adolescents, especially regarding their sexuality require careful professional attention. The proposal is the implementation of the protocol family planning, to establish the desired continuity and scant monitoring of adolescents.

Keywords: Nursing. Family Planning. Pregnancy. Adolescence

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Índice de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013 -----17

Tabela 2: Longevidade, Mortalidade e Fecundidade - Barbacena – MG-----18

Tabela 3: Indicadores situacionais de saúde da UAPS Santa Cecília/2012----- 19

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	9
3 OBJETIVO	10
4 METODOLOGIA	11
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	12
6 CONCLUSÃO	23
REFERENCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

1.1 Caracterização da Comunidade Santa Cecília

De acordo com o portal virtual da prefeitura municipal de Barbacena, a comunidade do Bairro Santa Cecília, situada no município de Barbacena, no estado de Minas Gerais, é considerada parte da região central da cidade e abrange comunidades periféricas do entorno do bairro. A população cultiva hábitos urbanos em geral e conta com 2132 famílias, atendidas por duas equipes do Programa Saúde da Família (PSF). A primeira equipe constitui-se de 3928 pessoas, divididas em oito micro áreas, e a segunda equipe, atende 3850 pessoas também divididas em oito micro áreas, todas próximas à unidade, com exceção de duas pertencentes a cada equipe, que se situam cada uma a aproximadamente 3 km da unidade.

A unidade de saúde, as escolas e creches já existem a algum tempo no local. Não tem havido iniciativas de trabalho social nem por parte de instituições sociais formais como o governo municipal ou igreja, nem com trabalhos realizados por Organizações Não-Governamentais (ONG's). As atividades sociais, em geral, têm sido realizadas pela Equipe Saúde da Família.

Após a realização do diagnóstico situacional através de dados da própria Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), foram observados os seguintes problemas: alto índice de gestação, falta de parceria com a comunidade, ausência do profissional médico, falta de opções de lazer, alto índice de hipertensão e alto índice de *diabetes mellitus*.

Tendo em vista o atual contexto social, em que os índices de gravidez na adolescência vêm crescendo, sentiu-se a necessidade de aprofundar conhecimentos a esse respeito com vistas ao atendimento efetivo e de qualidade dos usuários adolescentes na área da UAPS Santa Cecília¹. Pretende-se, ainda, a partir de tal conhecimento apontar possíveis soluções baseadas nos fundamentos do planejamento familiar, para esse público.

¹ UAPS SANTA CECÍLIA: Unidade de Atenção Primária à Saúde situada no Bairro Santa Cecília, na cidade de Barbacena, Minas Gerais.

2 JUSTIFICATIVA

A importância deste estudo para a atividade profissional está fundamentada em descobrir a eficiência do serviço no planejamento familiar, na promoção de saúde e prevenção de gravidez indesejável; aqui, mais especificamente, para as mulheres do Bairro Santa Cecília, situado na cidade de Barbacena, Minas Gerais, no seu ciclo de reprodução.

O estudo deverá contribuir para a implementação de atividades de orientação, especialmente a implantação do planejamento familiar eficiente e, busca de parcerias com a comunidade para reduzir o alto índice de gestação na adolescência.

3 OBJETIVO

Identificar, a partir da literatura, os fatores que levam à maior ocorrência dos casos de gravidez na adolescência, comparando o índice de gravidez na adolescência existente na área da UAPS Santa Cecília

4 METODOLOGIA

Foi realizado um levantamento bibliográfico relacionado ao tema gravidez na adolescência na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), com os descritores : adolescência, gravidez na adolescência e planejamento familiar.

O levantamento propiciou reunir informações sobre a etapa do ciclo de vida da adolescência, a gravidez nesta fase e com vistas à realização de uma proposta de planejamento familiar.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Adolescência

A adolescência corresponde ao período da vida entre os 10 e 19 anos, no qual ocorrem profundas mudanças, caracterizadas principalmente por crescimento rápido, surgimento das características sexuais secundárias, conscientização da sexualidade, estruturação da personalidade, adaptação ambiental e integração social (YAZLLE, 2006).

Com a introdução dos cuidados de puericultura, melhores condições nutricionais, programas de vacinação, entre outros, tem havido diminuição da mortalidade infantil, o que resulta no aumento da população de adolescentes. No Brasil, corresponde à 20,8% da população geral, sendo 10% na faixa de 10 a 14 anos e 10,8% de 15 a 19 anos, estimando-se que a população feminina seja de 17.491.139 pessoas, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2001).

É a fase de transição entre a infância e a idade adulta, quando o desenvolvimento da sexualidade reveste-se de fundamental importância para o crescimento do indivíduo em direção à sua identidade adulta, determinando sua autoestima, relações afetivas e inserção na estrutura social (HERCOWITZ, 2002).

A adolescência é uma etapa da vida caracterizada por um complexo processo de desenvolvimento biológico, psicológico e social. Além disso, um conjunto de experiências marca a vida do adolescente: o desenvolvimento do autoconhecimento que dá origem aos sentimentos de autoestima e de questionamento dos valores dos pais e dos adultos em geral; os impulsos sexuais ganham uma expressão mais efetiva em função da maturação física, e a percepção do início da potencialidade de procriação (RUZANY, 2000).

5.2 Estrutura familiar e adolescência

As diversas formas de adaptação frente às mudanças econômicas, aliadas a outros processos sociais, demográficos e culturais, afetaram o funcionamento e a estrutura das famílias. Desde meados da década de 1960, as famílias têm-se

tornado cada vez mais complexas, distanciando-se de padrões tradicionais: aumentam as coabitações (em detrimento dos casamentos), as separações e as novas uniões. Surgem novos personagens no âmbito da família (padrasto, madrasta, meio-irmão). As mulheres retardam o nascimento do primeiro filho e espaçam mais os nascimentos dos filhos, reduzindo as taxas de fecundidade. O número de filhos por mulher em idade reprodutiva cai. A composição das configurações familiares se modifica, aumentando os casais sem filhos e as famílias monoparentais (principalmente as chefiadas por mulheres) e diminuindo o tipo de família mais tradicional – aquele constituído pelo casal e os filhos. A queda da fecundidade, o aumento da expectativa de vida e as mudanças nos arranjos familiares provocaram ainda aumento na proporção de pessoas idosas nas famílias (LEONE, MAIA, BALTAR, 2010).

A forma como a estrutura familiar influencia o comportamento de seus membros também foi estudada por Sudbrack (2001) e Carranza e Pedrão (2005).

A família é um sistema ativo que está em constante processo de transformação e de evolução, e que se move por meio de ciclos (SUDBRACK, 2001). Este processo possibilita a diferenciação e a individuação dos membros que compõem a estrutura familiar. Isso porque, do ponto de vista sistêmico, a família é constituída por um conjunto de pessoas em contínua interação, apresentando uma história comum, a qual tem sido ancorada em regras, comportamentos, mitos e crenças compartilhados e validados por todos os membros que constituem este sistema (CARRANZA; PEDRÃO, 2005).

O que caracteriza a família e o casamento numa situação pós-moderna é justamente a inexistência de um modelo dominante, seja no que diz respeito às práticas, seja enquanto um discurso normatizador das práticas (HINTZ, 2001).

Entretanto,

[...] destaca-se que a manutenção da saúde familiar não depende apenas da capacidade de superação das crises e adaptações pós-modernas, mas também da boa qualidade das relações entre os membros da família e da boa qualidade das trocas familiares com o meio social no qual está inserida (SCABINI, 1992, citado por PRATTA, SANTOS; 2007, p.251).

“Neste sentido, a harmonia, a qualidade do relacionamento familiar e a qualidade do relacionamento conjugal são aspectos importantes que exercem influência direta no desenvolvimento dos filhos” (TALLÓN *et al.*, 1999, citado por

PRATTA, SANTOS; 2007, p. 251). Atestam ainda, que essas condições podem determinar o surgimento de déficits e transtornos psíquicos e afetivos nos indivíduos.

Como já foi esclarecido anteriormente, a adolescência é um período característico de mudanças e como tal provoca alterações também na estrutura familiar que passa a vigorar de modo a sanar as dificuldades e crises ocasionadas pelo processo de transformação.

“Nessa medida, a adolescência torna-se um tempo de rupturas e aprendizados, uma etapa caracterizada pela necessidade de integração social, pela busca da autoafirmação e da independência individual e pela definição da identidade sexual (SILVA; MATTOS, 2004, citado por PRATTA, SANTOS; 2007, p.252).

5.3 Adolescência e sexualidade

A sexualidade não se resume ao ato sexual, mas ao conjunto de fantasias e idéias que cada um tem sobre si e para si, em função daquilo que supõe levar ao prazer. E também constitui um importante dispositivo social de controle sobre as pessoas, um conjunto de regras a respeito de com quem é permitido ou proibido ter relações sexuais, de acordo com sociedade e momento histórico (VILLELA E ARILHA 2003 apud TOMITA e FERRAR, 2007). O conceito de sexualidade adotado é derivado das ciências sociais, expresso em um conjunto de regras socioculturais que modelam a experiência íntima dos sujeitos no ocidente moderno. Sua articulação com o conceito de gênero é essencial, visto ser um sistema de classificação social que organiza contrastantemente os atributos masculinos e femininos em diferentes sociedades. Assim, as experiências particulares de homens e mulheres no tocante à sexualidade e à reprodução só podem ser consideradas à luz das diferenças de gênero que conformam as representações e práticas masculinas e femininas em cada cultura (FOUCAULT, 1993; BOZON, 2004).

Dentre as várias mudanças durante a adolescência, a mais conflituosa é a sexualidade, pois está relacionada com muitas crises e preocupações, impregnadas de valores morais e preconceitos, herdados da família e da sociedade, despertando uma situação-problema aos olhos do jovem e da família (OLIVEIRA, 1995 apud TOMITA; FERRARI, 2007).

É particularmente na esfera da sexualidade que os jovens ensaiam formas de autonomia em relação aos pais. O exercício da sexualidade na adolescência torna-

se uma via privilegiada para aquisição gradativa de liberdade e autonomia, mesmo sob o teto parental (BRANDÃO; HEILBORN; 2006).

Assim, a sociedade, em crescente transformação de valores e padrões culturais, está convivendo com a realidade de uma iniciação sexual cada vez mais precoce entre os jovens e que isso se dá por muitas razões: falta de comunicação, cobrança dos grupos, mensagens transmitidas e incentivadas pelos meios de comunicação de massa, falta de diálogo com os pais, solidão, entre outros (CANO; FERRIANI, 2000).

Essa iniciação sexual precoce entre adolescentes tem acarretado uma preocupação cada vez maior entre profissionais de saúde, pais e professores em decorrência da falta de conhecimento sobre concepção e uso de contraceptivos, bem como do aumento de casos de gravidez na adolescência (CANO; FERRIANI; 2000).

5.4 Gravidez na adolescência

Mudanças no padrão de comportamento dos adolescentes, no exercício de sua sexualidade, exigem atenção cuidadosa por parte dos profissionais, devido a suas repercussões, entre elas a gravidez precoce (HERCOWITZ, 2002).

Estima-se que, no Brasil, um milhão de mulheres adolescentes dão à luz a cada ano, o que corresponde a 20% do total de nascidos vivos. As estatísticas também indicam que, a cada década, cresce o número de partos de meninas cada vez mais jovens em todo o mundo (SILVA, TONETE; 2006).

5.4.1 Índices e Fatores Causais da Gravidez na adolescência

Nos últimos anos, a incidência de gravidez na adolescência vem aumentando significativamente, tanto no Brasil como no mundo. No Brasil, observa-se que, apesar do declínio das taxas de fecundidade desde o início dos anos 70, é cada vez maior a proporção de partos entre as adolescentes em comparação com o total de partos realizados no País. Segundo dados estatísticos do SUS relativo a 2000, dos 2,5 milhões de partos realizados nos hospitais públicos do país, 689 mil eram de mães adolescentes com menos de 19 anos de idade. A maioria das adolescentes grávidas pertence às classes populares (DADOORIAN, 2003).

Heilborn *et. al* (2002) problematizam a gravidez na adolescência através da visão sociológica de que para que se entenda o aumento desse fenômeno é preciso conhecer seus atores e fatores causadores. A gravidez na adolescência não constitui um fenômeno novo no cenário brasileiro. Acompanhando uma tendência internacional, ela assume, entre nós, sobretudo nas últimas décadas, o estatuto de *problema* social, para o qual converge a atenção dos poderes públicos, de organismos internacionais e da sociedade civil. *Sociologizar* o fenômeno em pauta importa, em primeiro lugar, identificar as condições sociais e históricas que propiciaram a emergência da gravidez na adolescência como um *problema*, os atores que se mobilizam em torno dele e sua representação atual. Entender a construção social do problema significa empreender sua relativização. Em segundo lugar, implica responder às insatisfações com o paradigma analítico dominante e fundar o exame em uma perspectiva sociológica.

Dadoorian (2003) esclarece em seus estudos que a literatura existente relaciona a gravidez na adolescência às mudanças sociais ocorridas na esfera da sexualidade, as quais provocaram maior liberalização do sexo, sem que, simultaneamente, sejam transmitidas informações sobre métodos contraceptivos para os jovens e diz que para profissionais de saúde, a gravidez na adolescência é indesejada, sendo enfocada como um “problema”.

Com o movimento de liberação sexual, intensificado a partir da década de 60, o início das relações sexuais se tornou cada vez mais precoce. No entanto, o debate acerca da sexualidade dentro das famílias e das escolas não acompanhou as mudanças (COMMITTEE ON ADOLESCENCE, 1989 apud GAMA, SZWARCOWALD, 2002). Concomitantemente, pôde-se perceber o aumento da frequência da gravidez na adolescência, fenômeno que vem sendo observado em diversos países.

A partir dessas colocações e com base na prática profissional diária desenvolvida na UAPS Santa Cecília, aqui enfocada como alvo primeiro de estudo, acredita-se na multiplicidade de fatores e condições como causas do alto índice de gravidez adolescente e seu relatado aumento crescente.

Outra questão importante no contexto das causas e fatores que ocasionam e propiciam a gravidez na adolescência são os modelos familiares vigentes, já tratados no primeiro capítulo desse estudo. Sobre esse ponto, mudanças claras na sociedade são observadas atualmente e muitos estudos apontam tal mudança.

5.4.2 Gravidez precoce na UAPS Santa Cecília

Conforme Diagnóstico situacional realizado na Unidade de Atenção Primária à Saúde situada no Bairro Santa Cecília, na cidade de Barbacena, Minas Gerais entre os meses de abril e junho de 2013 e que tratam dados referentes ao ano de 2012, o aumento do índice gestacional na região do bairro Santa Cecília, em Barbacena, Minas Gerais vem crescendo consideravelmente e esse índice inclui o número de gestações precoces.

Para uma compreensão mais ampla, é preciso antes entender a dinâmica do planejamento familiar e taxa de natalidade e o Índice de Desenvolvimento Humano dentro do próprio município de Barbacena.

Dados do estudo intitulado "Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013", pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) e divulgados em julho de 2013; definem o IDHM de Barbacena como 0,769 e o classifica como um alto índice de desenvolvimento, baseado em fatores sócio-econômicos como longevidade, educação e renda apurados pelo censo demográfico de 2010, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Índice de Desenvolvimento Humano, longevidade, educação e renda de Barbacena - MG em 2013.

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)* - Barbacena	
IDHM	0,769
LONGEVIDADE	0,881
EDUCAÇÃO	0,687
RENDA	0,751
*O IDH dos municípios vai de 0 a 1: quanto mais próximo de zero, pior o desenvolvimento humano; quanto mais próximo de um, melhor. O índice considera indicadores de longevidade (saúde), renda e educação.	

Fonte: <http://www.pnud.org.br/IDH/DH.aspx>

Em se tratando da taxa de natalidade, Barbacena figura na base de dados do Pnud como município em que a mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano) reduziu 51%, passando de 21,7 por mil nascidos vivos em 2000

para 10,5 por mil nascidos vivos em 2010 e a esperança de vida ao nascer aumentou 9,9 anos nas últimas duas décadas, passando de 68anos em 1991 para 72,5 anos em 2000 e para 77,9 anos em 2010(PNUD, 2013) -Tabela 2.

Tabela 2: Evolução da longevidade, mortalidade e fecundidade em Barbacena - MG.

Longevidade, Mortalidade e Fecundidade - Barbacena - MG			
	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer (em anos)	68,0	72,5	77,9
Mortalidade até 1 ano de idade (por mil nascidos vivos)	29,5	21,7	10,5
Mortalidade até 5 anos de idade (por mil nascidos vivos)	38,9	23,7	12,3
Taxa de fecundidade total (filhos por mulher)	2,1	1,9	1,7

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

Sobre o índice gestacional, o levantamento foi elaborado a partir dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do Ministério da Saúde. Os dados do SIAB, por sua vez, são gerados a partir do trabalho das equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, que fazem, não somente, o cadastramento das famílias e identificação da situação de saneamento e moradia, como também o acompanhamento mensal da situação de saúde de cada família cadastrada.

Para cálculo da percentagem da população feminina gestante, a pesquisa divide o número de casos atuais (conforme condição referida pela família, sem necessidade de comprovação de diagnóstico), pelo total de mulheres abrangidas pelas famílias cadastradas no SIAB. Assim, no período de janeiro a abril/2012, havia 334 gestantes cadastradas no Município de Barbacena, 49 (14,67%) delas tinham menos de 20 anos. Em julho de 2013, o SIAB contava com 23.308 famílias barbacenenses cadastradas, abrangendo 82.153 pessoas em todo o município.

Tratando-se mais especificamente do quadro situacional da comunidade atendida pela UAPS Santa Cecília, os dados também retirados do SIAB são referentes ao ano de 2012, conforme Tabela 3.

Tabela 3: Indicadores situacionais de saúde da UAPS Santa Cecília/2012

Acompanhamento de alguns indicadores, equipe Santa Cecília II, bairro Santa Cecília, Barbacena, 2012	
Indicador	Abril/2012
Número de recém-nascidos	03
RNs pesados	03
RNs peso < 2.500Kg	02
Aleitamento exclusivo	07
< 1 ano com vacina em dia	30
< 1 ano desnutridas	00
Número de gestantes Cadastradas	17
Número de gestantes < de 20 anos	02
Número de gestantes acompanhadas	16
Com consulta no primeiro trimestre	16

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica

Em 2012, o estado de Minas Gerais tinha 73533 gestantes. O número de gestantes cadastradas na UAPS Santa Cecília corresponde a aproximadamente 5,08% do total cadastrado no município; enquanto as gestantes menores de 20 anos equivalem a aproximadamente 4,08% do total no município. E num comparativo com o estado de Minas, essa porcentagem cai para 0,02% no total de gestantes e para 0,003% no caso das gestantes menores de 20 anos.

Diante de tais números, acredita-se que a medida mais acertada para que o problema da gravidez precoce não venha a se agravar na região é o planejamento familiar, conforme encontrado também em outros estudos científicos da mesma natureza.

O adolescente também deve ser convidado a participar de algum programa específico para essa faixa etária na Unidade de Saúde, para que tenha um espaço no qual possa discutir de forma mais ampla essa sua etapa de vida e as demandas correspondentes (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, o Manual de Atenção à Saúde do Adolescente (MINAS GERAIS, 2006) propõe um programa de Saúde na escola, reunindo grupos de adolescentes para discussão de aspectos relacionados à saúde reprodutiva, com participação efetiva e diária de profissional de saúde.

5.5 Planejamento familiar e a prevenção da gravidez precoce

É fato que a prevenção de uma gravidez precoce deve estar aliada à educação sexual, sendo o tema crucial e que deve ser articulada pela família, escola, profissionais da saúde e pelos próprios adolescentes (LIMA, 2011; SANTOS e CARVALHO, 2006 *apud* CARVALHO, 2012). A gravidez dos adolescentes foi reconhecida como necessária nas ações de incorporação nos programas de saúde e nas agendas sociais dos governos (CARVALHO, 2012).

Ainda referenciando Carvalho (2012), ações diretas ou indiretas são citadas em estudos relacionados a programas de saúde como eficazes. O desenvolvimento de habilidades pessoais faz aumentar o poder de decisão e negociação do adolescente para não ceder às pressões, praticando o autocuidado, e as atitudes positivas para lidar com a sexualidade e prática de sexo seguro.

Assegurado pela Constituição Federal e também pela Lei nº 9.263, de 1996, o planejamento familiar é um conjunto de ações que auxiliam as pessoas que pretendem ter filhos e também que preferem adiar o crescimento da família.

“Além de prevenir a gravidez não planejada, as gestações de alto risco e a promoção de maior intervalo entre os partos, o planejamento familiar proporciona maior qualidade de vida ao casal, que tem somente o número de filhos que planejou”, ressalta Patrícia Albuquerque, enfermeira obstetra do setor de planejamento familiar da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP, 2010 *apud* BRASIL, 2011).

Segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU, ANO), os programas de planejamento familiar foram responsáveis pela diminuição de um terço da fecundidade mundial, entre os anos de 1972 e 1994. No Brasil, a Política Nacional de Planejamento Familiar foi criada em 2007. Ela inclui oferta de oito métodos contraceptivos gratuitos e também a venda de anticoncepcionais a preços reduzidos na rede de farmácia popular.

Toda mulher em idade fértil (de 10 a 49 anos de idade) tem acesso aos anticoncepcionais nas Unidades Básicas de Saúde, mas em muitos casos precisa comparecer a uma consulta prévia com profissionais de saúde. A escolha da metodologia mais adequada deverá ser feita pela paciente, após entender os prós e contras de cada um dos métodos (BRASIL, 2011).

As políticas públicas de saúde que preconizam o Programa de Planejamento Familiar (PPF) resultaram das reivindicações do movimento feminista cujas lutas, contribuíram para a mulher ocupar o mercado de trabalho e a criação do Programa

de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984 pelo Ministério da Saúde (MS). Tal programa visou atender os anseios das mulheres, entre eles a autonomia sobre o seu próprio corpo. Dentre as ações do programa, evidenciou-se a anticoncepção, com influência na criação da Lei nº. 9.263 de 12/01/96 que estabelece apolítica do planejamento familiar, com visão ampliada dos conceitos de saúde e direitos reprodutivos, que garante os direitos sexuais, a igualdade e liberdade no exercício da sexualidade de homens e mulheres (BRASIL,1996; BRASIL,2004 *apud* COSTA, CRISPIM, 2010).

5.5.1. Estratégias de planejamento familiar

A assistência ao planejamento familiar é oferecida atualmente no Brasil, pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF), um modelo de política pública de saúde que traz a proposta do trabalho em equipe, de vinculação dos profissionais com a comunidade e de valorização e incentivo à participação comunitária. Corresponde a uma das sete áreas prioritárias de intervenção na atenção básica, definidas na Norma Operacional da Assistência (BRASIL, 2001 *apud* MOURA, SILVA, GALVÃO, 2007)

O PSF tem o propósito de reverter a forma de oferta da assistência à saúde, ou seja, incorporações coletivas de cunho promocional e preventivo a substituir progressivamente o atendimento individualizado, curativo, de alto custo e de baixo impacto (BRASIL, 2006 *apud* MOURA, SILVA, GALVÃO, 2007).

Nesse contexto, torna-se importante o conceito de qualidade em saúde que significa alcançar o resultado mais desejado de um processo de intervenções em um sistema de saúde, em termos de se atingir o melhor resultado possível para os usuários considerando tanto os riscos como os benefícios, a satisfação dos profissionais, a eficácia e a eficiência dos procedimentos e o equilíbrio entre os enfoques individual e social (CEARÁ, 2005).

E essa qualidade perpassa pela variabilidade de processos utilizados como estratégia para garantir o planejamento familiar. Dentre as muitas estratégias, o autor cita as atividades informativas ou educativas e os métodos contraceptivos de maneira geral (MOURA; SILVA, 2004).

As atividades de informação em saúde reprodutiva tiveram amplo desenvolvimento na etapa inicial de implantação do Programa de Assistência

Integral à Saúde da Mulher (PAISM, 1985), quando o Ministério da Saúde (BRASIL, 1985) promoveu treinamentos para profissionais de serviços sobre este enfoque, distribuiu materiais educativos – fitas de vídeo, álbuns seriados, cartilhas, folhetos e outros – para estimular o desenvolvimento de atividades informativas inovadoras, participativas, ilustrativas e mais atrativas.

Essas atividades são importantes na dinâmica do planejamento familiar: é a educação em saúde enquanto meio de se alcançar o funcionamento dos métodos. A educação em saúde tem como objetivo formar o pensamento crítico nas pessoas para que as mesmas possam reconhecer seus problemas e possam a partir daí procurar soluções, sozinhas ou com ajuda. No entanto, as experiências de educação em saúde ainda encontram-se dispersas, fora de foco e necessitando de maior planejamento e avaliação (BARROSO; VIEIRA; VARELA; 2003).

Após a prática de atividades educativas, os serviços de saúde devem dispor de métodos e técnicas para o controle da fecundidade. A oferta de métodos anticoncepcionais com vistas à escolha autônoma aponta para a necessidade de os serviços proporcionarem ampla gama de opções, para que os clientes possam escolher livremente, de forma segura e confiável, o método mais adequado, para os diferentes momentos de sua vida reprodutiva, de acordo com sua história de saúde e adaptação (MOURA, 2003).

5.5.2 O planejamento familiar durante a adolescência

Há atualmente uma constatação de que os índices de gravidez na adolescência são bastante significativos no Brasil. De acordo com o relatório “Situação da População Mundial 2004”, elaborado pelo Fundo das Nações Unidas para a População, em São Paulo a taxa é de 86 filhos por grupo de 1.000 adolescentes, na faixa mais escolarizada. Já a média de gestações entre meninas paulistas e fluminenses menos escolarizadas (até 4 anos de estudo) é de 314 por 1.000. No caso das mais escolarizadas, é uma média superior à da Europa em todas as classes sociais (20 nascimentos por grupo de 1.000) e mesmo da América Central (76 nascimentos por 1.000). Já o número verificado no Brasil entre as adolescentes de menor escolaridade é o maior dos 153 países que constam do relatório. Supera inclusive a média da África Central, que é de 200 nascimentos por 1.000 mulheres (GÓIS, 2004 *apud* SANTOS, CARVALHO, 2006).

Além de constituir um problema social, no tocante à saúde, é importante destacar a dificuldade de realização de um pré-natal adequado, principalmente para as adolescentes mais jovens, que na sua grande maioria escondem a gravidez e procuram esse tipo de serviço tardiamente (GUIMARÃES, 2001).

Do ponto de vista obstétrico, a gravidez na adolescência é considerada de alto-risco, devido ao elevado índice de morbidade materno-fetal. Existe maior incidência de anemia, toxemias (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), infecção urinária, baixo ganho de peso materno, prematuridade, baixo peso ao nascer, baixo índice de Ápgar e desmame precoce (CARCELEN, SOUZA, 1995 *apud* GODINHO et al, 2000).

Fatores culturais e ideológicos também influenciam no comportamento de não recorrer a um ginecologista, já que muitas vezes a adolescente não é autorizada a manter uma vida sexual ativa ou ainda não se reconhece como mulher devido às características dessa faixa etária (ARAÚJO; MORÉS; ANTUNES, 2001).

Acompanhar o desenvolvimento físico, psíquico e emocional de um filho é trabalho para toda a vida. Conhecer e informar-se sobre métodos anticoncepcionais seguros e planejar o melhor momento para se ter um filho é responsabilidade de pais, educadores, profissionais de saúde e, na verdade, de todos os membros da sociedade.

Como são várias as conseqüências advindas de uma gravidez precoce - físicas, psicológicas e sociais - é fundamental que se tenha dentro das ações de saúde pública, planejamento e estrutura que possa atender às necessidades específicas dessa faixa etária (BACARAT, 2002).

Dadas as dificuldades encontradas pelas adolescentes que são diferentes, dependendo de sua classe social. Entre as de baixa renda, há famílias que acolhem melhor, com apoio essencial, podendo as adolescentes continuar os estudos e/ou trabalhar. Por outro lado, os pais podem rejeitá-las e/ou abandoná-las, restando a elas, muitas vezes, a prostituição. Já em classes sociais de renda mais alta, a adolescente tem geralmente como alternativas, o casamento ou o aborto. O sentimento de culpa da gestante que acarreta conflitos inconscientes, gerados pela desobediência das leis sociais, com reflexo na aceitação do filho, que independe da classe social, fica claro que as adolescentes grávidas necessitam de atenção especializada e, para tanto, têm sido criados programas de assistência pré-natal específicos para este grupo. Esta assistência busca, através de uma equipe multidisciplinar, implementar uma assistência pré-natal integral e incrementar a auto-

estima, fundamental quando se pretende formar uma família e oferecer amparo, com tolerância e flexibilidade, diminuindo a ansiedade da gestante, o que favorece e consolida seu papel de mãe (GRIFFITHS, 1994 *apud* GODINHO et al., 2000).

5.5.3. O papel da enfermagem no serviço de Planejamento Familiar

A integralidade é a condição primordial da assistência a adolescentes e jovens, tanto do ponto de vista da organização dos serviços em diversos níveis de complexidade (promoção, prevenção, atendimento a agravos e doenças e reabilitação), quanto da compreensão dos aspectos biopsicossociais que fazem parte das necessidades de saúde desses grupos populacionais (BRASIL, 2006). Assim, essa integralidade da assistência à saúde é vista como um item primordial na atuação do enfermeiro, na atenção a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes (OLIVEIRA; CARVALHO; SILVA; 2008).

Muitas vezes o atendimento às adolescentes esbarra em barreiras como: exigências de serviços burocráticos, o enorme número de programas que é preciso colocar em prática, aliados a falta de estrutura e de recursos. Assim, a integralidade torna-se um desafio a ser vencido e que muitas vezes deixa o trabalho com adolescentes sem continuidade (SILVA, 2003).

Ainda assim, a relação horizontal entre médicos e enfermeiros, profissionais de saúde e adolescente deve ser trabalhada para que haja mudanças dos saberes preestabelecidos e de preconceitos. Esta questão impõe a necessidade de se refletir como o profissional deve se comportar em relação a este grupo, de que forma propicia a participação, oferece informações e tem disponibilidade para a escuta e atenção ao adolescente (BRASIL, 2008).

Portanto, acredita-se com base em estudos científicos diversos que estimular o autocuidado, reforçando a autonomia e independência do adolescente, é tarefa primordial da equipe de saúde e a interação deste público em grupos educativos e terapêuticos pode promover isso (ANDRADE, RIBEIRO, OHARA, 2009).

Além disso, deve-se compartilhar conhecimentos sob como planejar a gravidez, evitando outra, incluindo a questão do gênero, com vistas a diminuir o atual desequilíbrio de poder entre os sexos; desenvolver grupos educativos com participação efetiva dos adolescentes; e trabalhar a questão da gravidez e o que ela pode representar para a sua vida e dos seus familiares (JENERAL, HOGA, 2004).

6 CONCLUSÃO

A experiência da gravidez, em geral, afeta de modo profundo e completo a vida das mulheres que a vivenciam, modificando-a definitivamente. Na fase da adolescência essas mudanças tornam-se mais expressivas, uma vez que, as mentes das adolescentes também passam por grandes alterações. Nem sempre nos damos conta do quanto sua inteligência evolui. Entretanto, essa é uma fase de dubiedades: num momento, a jovem pode tornar-se mais sonhadora ou independente e arrojada, passando a achar que não precisa de ninguém e querendo experimentar novas possibilidades e vivências; noutro, fica encabulada e retraída, sensível ou agressiva; passando a se sentir frágil e insegura; mas ao mesmo tempo em que se vê retraída, acha-se capaz de tudo; apesar de temer o mundo, acredita que nada pode lhe acontecer.

Ao adquirir personalidade própria, o jovem, em geral, se distancia da família, procurando maior autonomia. Com isso, sua vida social se modifica: passa a preferir a companhia de outros adolescentes, recusando a dos pais e irmãos. Os amigos de mesma idade passam a ser as pessoas mais importantes. Começa a vestir-se de acordo com o figurino do grupo, a falar a sua linguagem, a frequentar lugares diferentes, a chegar mais tarde em casa.

A adolescência quase nunca é vivenciada com simplicidade e tranquilidade. Normalmente, é um momento de instabilidade. Os sentimentos da adolescência não são mais como os da infância, e estão longe de ser como os do mundo adulto.

O fato de engravidar ainda adolescente assume nesse contexto um papel descentralizador do poder da família na vida da jovem e norteador da sua vida pré-adulta, mas para muitas adolescentes nem sempre essa dicotomia está associada a uma saudável concretização de ideais. Divididas entre os hormônios e a responsabilidade, os adolescentes iniciam a atividade sexual que quanto mais cedo, mais propicia o aumento de casos de gravidez indesejadas, das doenças, dos abortos, dos desencontros amorosos.

E não é só a questão sociocultural que se apresenta como quadro em colapso nesses casos, há que se pensar ainda em termos de números sobre a saúde pública que, no Brasil, já não estando satisfatória, fica ainda mais sobrecarregada quando o

parto se torna primeira causa de internação de adolescentes no sistema público de saúde.

Considero, por isso, importante destacar os fatores que levam à maior ocorrência de casos de gravidez precoce, verificou-se a baixa idade para a iniciação sexual, insucesso escolar, dificuldades nas relações familiares e ao baixo nível socioeconômico, a que estão associadas a baixa escolarização e a falta de especialização profissional.

Mudanças no padrão de comportamento sexual dos adolescentes como a iniciação cada vez mais precocemente as atividades sexuais e a necessidade de se auto afirmarem como seres já capazes de atuar na cadeia social vigente exigem atenção cuidadosa devido à ocorrência da gravidez ainda na adolescência.

Os adultos, e nesse caso, não se identificam aqui apenas o círculo familiar; têm um papel central neste processo, pois oferecem a base inicial aos mais jovens, a bagagem de regras e normas essenciais para essa mesma engrenagem social.

Além disso, foram observadas na literatura consultada, muitas arestas a serem aparadas no contexto do programa de planejamento familiar de maneira que no momento, destaca-se o conceito de qualidade em saúde que significa alcançar o resultado mais desejado de um processo de intervenções em um sistema de saúde.

Problemas também encontrados na UAPS Santa Cecília e para os quais se sugere aqui como solução, a implementação do protocolo de planejamento familiar a fim de poder organizar, acompanhar e avaliar ações de atendimento às famílias, de forma a identificar as necessidades de cada uma delas, podendo assim estabelecer a escassa e desejada continuidade no acompanhamento das mesmas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, P. R.; RIBEIRO, C. A.; OHARA, C.V.S. Maternidade na adolescência: sonho realizado e expectativas quanto ao futuro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 4, p. 662-68, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 14 dez. 2013.

ARAÚJO, V. M.; MORÉS, A. & ANTUNES, H.S. Os dizeres das adolescentes sobre a gravidez precoce: desafios para a escola. **Educação** (Revista do Centro de Educação - Universidade Federal de Santa Maria), v. 26, n.1, p. 49-56, jan/jun. 2001. Disponível em <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reeducacao/article/view/4745/2884>. Acesso em 30 nov. 2013.

BACARAT, E.C. Gravidez na adolescência...uma questão de saúde pública. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 05 nov.2002, Caderno equilíbrio, p.5.

BARROSO, G.T.; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, Z.M.V. (Orgs.) **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2003. 220p.

BRANDÃO E.R.; HEILBORN M.L. Sexualidade e Gravidez em jovens de camadas Médias. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1421-1430, jul. 2006.

BRASIL. DATASUS. Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). **Dados estatísticos. Situação de saúde por município**. Abril. 2012. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br>. Acesso em 10/12/13.

_____, Ministério da Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_direitos_sexuais_2006.pdf. Acesso em: 10/12/13

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília (DF), 2008.

_____, Ministério da Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CANO, M.A.T.; FERRIANI, M. G.C. Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p.18-24, abr. 2000.

CARRANZA, D. V. V. & PEDRÃO, L. J. Satisfacción personal del adolescente adicto a drogas e nel ambiente familiar durante la fase de tratamiento en un instituto de salud mental. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13(nº esp.), p. 836-844, 2005.

CARVALHO, B. R. **Investigando a gravidez na adolescência e seus determinantes nos dias de hoje**, 2012. Trabalho de Conclusão de Curso. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3416.pdf>. Acesso em 12 dez. 2013.

CARVALHO, F. R. S. **Prevenção da gravidez na adolescência um desafio no programa saúde da família**. Trabalho de Conclusão de Curso. Sociedade Universitária Redentor - Faculdade Redentor. Pós-Graduação *latu-sensu* em Saúde da Família, 2012.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Metodologia de Melhoria da Qualidade da Atenção à Saúde: instrumento de melhoria do desempenho**. 2a ed. Fortaleza: SESA-CE, 2005.

COSTA, M.M.; CRISPIM, Z.M. Política de saúde do planejamento familiar na ótica do enfermeiro. **Rev. enfermagem UFPE** (online), v. 4, n. 2, p.568-76, abr/jun 2010. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/759/pdf_46. Acesso em 10 dez. 2013.

DINIZ, E. ; KOLLER, S. H. Fatores associados à gravidez em adolescentes brasileiros de baixa renda. **Paidéia** (Ribeirão Preto), v. 22, n. 53, dez.2012. Disponível em<<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 15 dez. 2013.

GUIMARÃES, E.M.B. Gravidez na adolescência: uma visão multidisciplinar. **Pediatria Moderna**, v. 37, p. 29-32, 2001.

GODINHO, R. A.et al . Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio?**Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, 8, 2, abr. 2000. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692000000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 dez. 2013.

HERCOWITZ, A. Gravidez na adolescência. **Pediatria Moderna**, v. 38, n. 8, p. 392-5, 2002.

HINTZ, H. C. **Novos tempos, novas famílias?** Da modernidade à pós-modernidade. 2001. Disponível em<http://www.susepe.rs.gov.br/upload/1363010551_hintz_novos_tempos,_novas_fam%C3%ADlias_-_complementar_8_abril.pdf>. Acesso em 10 dez. 2013.

JENERAL, R. B. R.; HOGA, L. A. K. A incerteza do futuro: a vivência da gravidez em uma comunidade brasileira de baixa renda. **Revista Mineira de Enfermagem** (online), v.8, n. 2, p. 268-74, abr/jun 2004. Disponível em: <http://www.bases.bireme.br>. Acesso em 14 dez 2013.

MANUAL de atenção à saúde do adolescente/ Secretaria de Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde- CODEPPS. São Paulo: SMS, 2006.

MOURA, E.R.F. **Assistência ao Planejamento Familiar na perspectiva de clientes e enfermeiros do programa de saúde da família**. Tese (doutorado).

Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, 2003.

MOURA, E. R. F.; SILVA R.M. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. **Ciência.Saúde. Colet.**, v. 9, n. 4, p. 1023-1032, 2004.

MOURA, E. R. F.; SILVA R. M.; GALVÃO. M.T.G.; Dinâmica do Atendimento em Planejamento Familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Cad. Saúde Pública**,v. 23, n. 4, abr. 2007.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psic. estud.**,Maringá, v. 12, n. 2, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722007000200005> Acesso em 10 dez. 2013.

SANTOS, A.; CARVALHO, C. V. Gravidez na adolescência: um estudo exploratório. **Bol. Psicologia**, São Paulo, v. 56, n. 125, dez. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00065943200600020002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28dez. 2013.

SANTOS, I. M. M; SILVA, L.R. Estou grávida, sou adolescente e agora? – Relato de experiência na consulta de enfermagem. In: Ramos F.R.S. et al (org.)**Projeto Acolher: um encontro de enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: ABEn/Governo Federal, 2000. p.176-82.

SILVA, M. A. **A participação dos enfermeiros nos Conselhos de Saúde em Goiânia - Goiás**. Dissertação (mestrado) - Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2003.

SILVA, L.; TONETE, V. L. P. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, abr. 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 28 mar. 2014.

SILVA, V. & MATTOS, H. Os jovens são mais vulneráveis às drogas? In Pinsky, I. et al (org.) **Adolescência e drogas**. São Paulo: Contexto, 2004.p. 31-44

SUDBRACK, M. F. O. Terapia familiar sistêmica. Em S. D. Seibel & A. Toscano Jr. (Orgs.) **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 403-415. Disponível em:

books.google.com.br/books?id=SQVHAAAYAAJ&q=Terapia+familiar+sistêmica%2BSUDBRACK&dq=Terapia+familiar+sistêmica%2BSUDBRACK&hl=ptBR&sa=X&ei=qkK8UqqVGpPJkAfjyIDoDg&ved=0CFYQ6AEwBw. Acesso em 02 dez. 2013.

TOMITA, T. Y.; FERRARI, R. A. P. Adolescência e sexualidade no cotidiano da equipe de enfermagem do serviço de atenção básica de saúde. **Semina**, Londrina, v. 28, n. 1, p. 39-52, 2007.