

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

Raquel Nardelli de Araujo

GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
SUDOESTE DE BICAS- MG

POLO CONSELHEIRO LAFAIETE/ MINAS GERAIS
2013

RAQUEL NARDELLI DE ARAUJO

**GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
SUDOESTE DE BICAS- MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Claudia Porfírio Couto

BICAS/ MINAS GERAIS

2013

RAQUEL NARDELLI DE ARAUJO

**GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
SUDOESTE DE BICAS- MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Claudia Porfírio Couto

Banca Examinadora

Profa. Dra. Ana Claudia Porfírio Couto - Orientadora

Aprovada em Belo Horizonte ____/____/____

Dedico este trabalho aos meus pais amados, Maria Cristina e Ricardo, pelo apoio incondicional e por nunca me deixarem desistir. Amo vocês!! À minha irmã Laura, por sempre estar ao meu lado! Não tenho palavras para descrever o quanto vocês três são importantes em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais e minha irmã Laura pelo apoio e amor sempre. Às minhas amigas Bárbara, Fefê, Paulinha, Lá, Cella e Cla pela amizade sincera e linda e pela torcida constante. À vovó Zoé, vó Célia e Cidinha, por acreditarem sempre que eu seria capaz.

À todos os meus amigos e familiares que estiveram ao meu lado nessa trajetória.

À professora Ana Cláudia, pelo conhecimento, paciência, ajuda e disponibilidade;

À todos os colegas do PSF Sudoeste/ Sul de Bicas, pela alegria de ter conhecido vocês e pela satisfação enorme de fazer parte dessa equipe.

Obrigada por todo o aprendizado.

“Tente uma, duas, três vezes e se possível tente a quarta, a quinta e quantas vezes for necessário. Só não desista nas primeiras tentativas, a persistência é amiga da conquista. Se você quer chegar aonde a maioria não chega, faça aquilo que a maioria não faz.”

Bill Gates.

RESUMO

Diante da elevada incidência e prevalência da gestação na adolescência na Unidade de Saúde (UBS) Sudoeste de Bicas, Minas Gerais, primou-se pela realização do presente trabalho de conclusão de curso. A maioria são mulheres com idade entre 14 e 19 anos que não apresentam uma estrutura familiar sólida que permita a criação adequada de seus filhos (Ministério da Saúde, 2006).

O presente estudo tem por escopo propor um plano de intervenção que visa reduzir a incidência da gravidez na adolescência. A intenção é esclarecer as mulheres em idade sexualmente ativa sobre a importância da prevenção da gestação precoce. Para que tal plano possa ser eficaz e atingir de fato essas adolescentes se faz mister compreender os fatores determinantes da gravidez na adolescência na área de abrangência da equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) Sudoeste, bem como identificar o impacto da gestação precoce na vida dessas pacientes e por fim avaliar junto às adolescentes o conhecimento quanto aos métodos contraceptivos como forma de evitar a gravidez.

PALAVRAS-CHAVE: Gestação na Adolescência, Saúde da Mulher, Métodos Contraceptivos.

ABSTRACT

Given the high incidence and prevalence of teenage pregnancy in the Health Unit (BHU) Southwest Spouts , Minas Gerais, excelled by the completion of the present work of completion . Most are women aged 14 to 19 who do not have a solid family structure that allows creation suitable for their children.

The scope of this study is to propose an action plan aimed at reducing the incidence of teenage pregnancy. The intention is to clarify the sexually active women age about the importance of prevention of early pregnancy. For this plan to be effective and achieve these teenagers actually makes mister understand the determinants of teenage pregnancy in the area covered by the staff of the Health Programme (PSF) Southwest , as well as identifying the impact of early pregnancy in life of these patients and finally to assess adolescents with knowledge about contraceptive methods as a way to prevent pregnancy.

KEY-WORDS: Teenage Pregnancy, Women's Health, Contraceptive Methods.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

PSF – Programa Saúde da Família.

SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica.

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

ESF – Equipe de Saúde da Família.

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano.

DST – Doença Sexualmente Transmissível.

SCIELO – Scientific Electronic Library Online.

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana.

ACS – Agente Comunitário de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 A Gestação na adolescência.....	14
1.2 Incidência elevada na cidade.....	15
1.3 Fatores determinantes.....	18
1.4 Impacto na vida das adolescentes.....	19
1.5 Efeitos sociais da gravidez precoce.....	23
2 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS E DE CONSCIENTIZAÇÃO DAS ADOLESCENTES.....	25
2.1 Orientação específica acerca dos métodos contraceptivos.....	27
2.2 Métodos e programas de conscientização.....	31
3 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	33
4 PLANO DE AÇÃO.....	37
4.1 Metodologia.....	39
4.2 Esclarecimento às mulheres com idade sexual ativa.....	41
4.3 Efeitos decorrentes do plano de ação eficaz.....	43
4.4 Cronograma.....	45
5 RESULTADOS.....	46
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS.....	49

1 INTRODUÇÃO

A adolescência corresponde ao período da vida entre os 10 e 19 anos de idade, conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), e segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente de 12 a 18 anos. É nesta fase que ocorrem severas e profundas mudanças. Tais transformações são caracterizadas por um amadurecimento biológico, surgimento das características sexuais secundárias, despertar da sexualidade, definições da personalidade, bem como de questões psicológicas individuais, que geram uma vulnerabilidade destes seres que estão saindo da infância e entrando na vida adulta. Nessa fase de transição que é a adolescência, o jovem assume mudanças biológicas, psicológicas e sociais, agregando e firmando valores, que podem alterar o seu modo de vida e de enxergar o mundo, muitas vezes dissociando-se dos padrões impostos por seus pais, se afirmando como pessoas de identidade individual e própria (Phipps, 2009).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera o adolescente como pessoa em situação peculiar de desenvolvimento, colocando-o a salvo de qualquer tipo de violação, negligência ou exploração (ECA, 1990).

Diante desta afirmação acertada trazida pelo ordenamento jurídico, resta claro que são indivíduos que merecem atenção diferenciada, exatamente por estarem e serem suscetíveis a riscos agravados pela fragilidade que a fase de instabilidade os impõe. Decorre disto, que é também nesta etapa da puberdade em que alterações hormonais são sentidas com maior intensidade, o que acarreta inovações físicas, desejos inéditos e a busca por prazeres ainda não experimentados (Ministério da Saúde, 2006).

Portanto é essencial que neste momento, conjuntamente com esse desenvolvimento do adolescente em todos os aspectos pertinentes, haja também uma evolução e acompanhamento da educação a ele destinada, abrangendo de forma completa os anseios, dúvidas e riscos a que estão submetidos. Isso envolve diretamente uma orientação e a construção do saber com relação à vida sexual (Souza et al., 2010).

Resta comprovada a relevância desta preocupação em acompanhar o adolescente e o informar, haja vista que a gravidez na adolescência não é um fenômeno recente. Atinge meninas de todos os níveis sociais, porém em maiores índices nas classes com poder aquisitivo mais baixo. Estima-se que no Brasil um milhão de nas-

cidos vivos, a cada ano, têm mães com idade entre 10 a 19 anos, o que corresponde a 20% do total de nascidos vivos no país (Rodrigues, 2010).

A gravidez na adolescência envolve muito mais do que problema de saúde pública, uma vez que ocasiona problemas físicos, transtornos emocionais, sociais, dentre inúmeros outros. Uma jovem de 14 anos, por exemplo, dificilmente apresentará condições plenas (financeira, familiar e psicológica) para cuidar de um bebê, e assumir uma família. Por outro lado, o seu organismo já está preparado para prosseguir com a gestação, eis que, a partir do momento da menstruação, a maturidade sexual já está consolidada (Ministério da Saúde, 2005).

Cuidando de outro aspecto diferenciador há o de mães solteiras. Em muitos casos tratam-se de mulheres jovens que muitas vezes não assumem a relação com o parceiro, não são amparadas por ele ou até mesmo não sabem quem é o genitor da criança. Acabam deixando seus filhos para os avós da criança cuidar, e em piores hipóteses, acabam abandonando estes recém-nascidos, praticando abortos ilegais e atos violentos contra o bebê, pois na grande parte são gravidezes indesejadas (Ministério da Saúde, 2005).

Existe uma complexidade de aspectos que acentuam a probabilidade de ocorrência da gravidez precoce, os quais são atinentes a realidade vivenciada pelo adolescente, e que podem ser fatores sociais, econômicos, fisiológicos, psicológicos, culturais e o acesso a lazer, esportes, relacionamento familiar, dentre outros (Rodrigues, 2010).

Ademais também constituem fatores de risco para a gestação na adolescência: o abandono escolar, o baixo nível de escolaridade da adolescente, companheiro, a ausência de planos futuros, e a repetição de modelo familiar, quando a mãe também adolescente engravidou. Outras características são também associadas com a maternidade na adolescência, como o início precoce da atividade sexual, posto que, nos dias atuais há uma superexposição do corpo, erotização antecipada promovida pela mídia, o abuso de álcool e drogas, a falta de conhecimento a respeito da sexualidade e o uso errôneo da contracepção ou a sua inutilização (Ministério da Saúde, 2006).

O diagnóstico clínico é feito, primeiramente, por sinais e sintomas sugestivos de gravidez, como atraso menstrual, náusea, vômito, congestão mamária, pigmentação areolar e polaciúria. Quando a gravidez encontra-se mais adiantada, observa aumento do volume e da consistência uterina. Ao se palpar movimentos fetais ou

auscultar os batimentos cardíacos fetais, é definido o diagnóstico de certeza, e daí começam as inesperadas consequências advindas desta gravidez adolescente (Souza et al., 2010).

1.1 A GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

É tarefa árdua explicar a causa de existir tantas adolescentes grávidas, e seu crescente número a cada ano. Por um lado, alguns profissionais apontam para a falta de informação, de outro, a questão centra-se numa busca pela identidade por parte dos adolescentes. Cabe o estudo e a reflexão acerca das várias possibilidades que levam à gravidez na adolescência (Parkes et al., 2009).

A gravidez na adolescência está ocorrendo cada vez mais precocemente na sociedade atual, pois o jovem de maneira global está iniciando sua vida sexual de forma mais precipitada (Parkes et al., 2009).

Denomina-se gravidez na adolescência a gestação ocorrida em jovens de até 20 anos que estejam passando pela fase da adolescência. Na maioria dos casos esse tipo de gravidez não foi planejada ou desejada, e acontece em meio a relacionamentos sem estabilidade (Brindis, 2006).

Para sintetizar a gestação na adolescência no Brasil, a idade média da população feminina para a ocorrência de gravidez é de 15,9 anos, conforme apontou um estudo do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2006).

Ser mãe durante esta faixa etária, para uma jovem desta idade, pode ser considerado, realmente um grandioso desastre, pois nesta fase da vida, a garota deveria estar acabando a escola, ou até mesmo se preparando para os vestibulares, ou quem sabe para uma carreira profissional. E uma gravidez na adolescência, infelizmente atrapalhará o rendimento dos estudos de uma garota, que engravidar durante este período.

A fecundidade adolescente tem a possibilidade de ser um dos melhores indicadores da qualidade de saúde de um país moderno. Nos países em desenvolvimento, observa-se, na faixa etária, a expectativa em seguir os padrões de comportamento sexual dos desenvolvidos, sem a contrapartida necessária do oferecimento de níveis de educação adequados e serviços de atenção e assistência semelhantes e absolutamente necessários. Pode-se reconhecer a falta de conhecimento dos pais, professores e adolescentes sobre sexualidade e reprodução, o que aumenta os índices de iniciação sexual precoce, sem adequada proteção e que resulta em gravidezes indesejadas. A pobreza extrema que se repete nos filhos de adolescentes são fatores de risco para a repetição do modelo (Costa, 2000).

1.2 INCIDÊNCIA ELEVADA NA CIDADE

Para avaliar o alto índice de incidência deste fenômeno social no município de Bicas, é preciso antes de tudo situar o problema, avaliar as características locais presentes e suas peculiaridades, uma vez que determinam a realidade que envolve estes adolescentes e que podem influir ou se apresentar fatores de risco para o desenvolvimento de uma gravidez precoce.

Esse panorama do cenário que cercam os envolvidos é de suma importância, pois níveis de acesso e oferta de educação, opções de lazer, características econômicas, perspectivas de carreira e futuro profissional, sistemas de saúde e até mesmo cultura, tem o condão de determinar a vivência diária e a rotina destes jovens, e muitas vezes condicioná-los a modos de agir e de pensar limitados às oportunidades de vida plausíveis em seu contexto.

Estima-se que a população de Bicas gire em torno de 3.188 habitantes, em uma área de 91km², o que resulta numa densidade demográfica de 34,84 hab./km² (DATASUS, 2013).

De acordo com dados do censo demográfico de 2010 realizado pelo IBGE, no município, o IDH que é o índice de desenvolvimento humano e mede a qualidade de vida de um lugar podendo variar de 0 até 1, é de 0,694, considerado um percentual alto, demonstrando a situação municipal favorável para moradia. Ademais, acerca dos seus aspectos financeiros e econômicos não apresenta grandes mazelas, uma vez que mais de 94,7% de sua população encontra-se acima da linha da pobreza e indigência, demonstrando que não há uma situação de miséria. Ratificando isto, no ano 2012, o percentual de crianças desnutridas de até 02 anos, era de 0,0% (DATASUS, 2013).

Como já dito, diretamente relacionado à alta incidência de adolescentes grávidas, e de modo inversamente proporcional, está o nível de escolaridade dos jovens suscetíveis de tal perigo. A realidade municipal, neste quesito, traz alguns dados satisfatórios, uma vez que vem aumentando as taxas de frequência e conclusão do Ensino Fundamental. Segundo índice que combina o rendimento escolar às notas do exame Prova Brasil, o IDEB, aplicado a crianças da 4^a e 8^a séries, podendo variar de 0 a 10, este município está na 1.570.^a posição, entre os 5.565 do Brasil, quando avaliados os alunos da 4.^a série, e na 657.^a, no caso dos alunos da 8.^a sé-

rie. No ano de 2010, o percentual de jovens e adolescentes entre 15 e 24 nos alfabetizados era de 99,0 % (DATASUS, 2013).

Está cristalizado então que o plano de fundo do problema da gestação adolescente neste município advém da conjugação de diversos fatores de risco, e não apenas de um isoladamente, eis que os dados objetivos demonstram que não se destaca um problema de suma importância capaz de se tornar o propulsor desta situação agravada.

Tema correlato à prevenção, métodos contraceptivos, gravidez na adolescência e sexualidade em si, e que decorre de fatores conexos a todos estas preocupações e que pode demonstrar o grau de instrução dos cidadãos de Bicas, é o número de pessoas que contraíram doenças sexualmente transmissíveis (DST), em especial a mais letal, o vírus HIV, causador da AIDS.

Conforme dados consolidados até 30.06.2012, pelo Ministério da Saúde – DATASUS, o número de casos de AIDS registrados por ano de diagnóstico, no município de 1988 até o ano de 2012, foram diagnosticados 46 casos de AIDS (DATASUS, 2013).

O percentual de mães com idades inferiores a 20 anos em Bicas é altíssimo considerado em relação a sua população e sua realidade acima explicitada, sendo que este problema afeta não apenas as gestantes, os pais destes futuros bebês, bem como a família de ambos, a saúde municipal e sociedade como um todo.

Percentual de crianças nascidas de mães adolescentes - 2009



Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS

Diante disto, e de todo perfil traçado da cidade o alto índice de gravidezes na adolescência requer uma investigação pontual acerca de suas causas, tendo em vista, que esta preocupação pauta ações e planos de operação e intervenção, cujo

foco é exatamente reduzir estas taxas, o que ocasiona diretamente a mudança nos hábitos e práticas dos adolescentes desta região, que não diferente de outros jovens também não estão preparados para assumir tamanha responsabilidade, mesmos nos casos em que a gravidez é desejada ou planejada.

1.3 FATORES DETERMINANTES

Este fenômeno sofre a influência de vários fatores, e, dentre eles, os relativos às esferas educacional, populacional, social e psicológica. Tanto a adolescência quanto a gravidez precoce envolvem um período de transformações às vezes crucial para o desenvolvimento futuro da vida dos adolescentes (Heilborn et al., 2002).

Nessa toada, o conceito de risco, anteriormente considerado apenas como biológico e médico, amplia-se para introduzir maior abrangência, envolvendo aspectos de naturezas social e comportamental (Heilborn et al., 2002).

Como é durante esta fase que acontecem as mudanças hormonais, acompanhando as alterações hormonais, o comportamento sexual do adolescente é um produto de fatores culturais presentes no ambiente, que cada vez mais erotiza as relações sociais.

Dentre os principais fatores que podem influenciar ou determinar a ocorrência desta gestação precoce, temos o baixo nível econômico, insuficiente ou nenhuma educação sexual, quando nas escolas não se abordam os direitos sexuais e reprodutivos, nem de uma sexualidade responsável. Também devido à maturação sexual precoce, dado que, meninas menstruam, em geral, aos 12 anos. Além destes, a estrutura familiar, em que há famílias disfuncionais nas quais a garota não encontra proteção nem afeto e o busca fora do lar. E as relações sexuais precoces, sendo que no mundo, mais da metade dos adolescentes têm relações sexuais antes dos 16 anos (Costa, 2000).

Como fator decisivo desta situação, temos os métodos contraceptivos, utilizados de forma errada, ou não utilizados, bem como as crenças populares e mitos que permeiam a vidas destes jovens que estão iniciando suas relações sexuais. Essa percepção errônea se dá pela falta de instrução ou inatingível. Outro fator que deve ser citado e não menos frequente, é o caso das violências sexuais, que vem crescendo vertiginosamente na atualidade (Costa, 2000).

Não longe desta realidade, há fatores locais ou regionais que conjuntamente e associados às causas acima descritas, tem o poder de propulsionar o aumento de grávidas adolescentes, como é o caso de cidades e municípios em que o acesso a cultura, ao lazer, a programas de introdução do jovem na sociedade até mesmo opções de desenvolvimento destes jovens, em áreas técnicas ou superiores, é ausente ou insuficiente (Souza et al., 2010).

1.4 IMPACTO NA VIDA DAS ADOLESCENTES

Os impactos na vida das adolescentes advindos de uma gravidez na adolescência, se dão pelos conflitos vivenciados por elas com a descoberta da gravidez e na percepção dessa gestação como um acontecimento indesejado, no medo de enfrentar tal situação perante sua família ou companheiro, nas reações dos pais ou responsáveis com a descoberta da gestação e também são ressaltados no baixo nível socioeconômico familiar, determinantes da não aceitação da gravidez nessas adolescentes (Saito et al., 2001).

Diante da situação de inúmeras jovens que já passaram por tal situação, vislumbrou-se que a dimensão emocional é abalada e a gravidez vivida como momento de renúncias. É um corte em seu desenvolvimento, a perda de identidade, a interrupção nos estudos, a perda da confiabilidade da família, em muitos casos a perda do companheiro, de expectativa de futuro e, por fim, da proteção familiar (Saito et al., 2001).

A adolescente grávida se depara com uma nova vida para a qual não possui estrutura para assumir. É então que se vê em um momento de dúvidas, anseios e contestações, somado à aquisição de uma nova identidade para a qual pode não estar preparada e, sobretudo, à cobrança social que esse novo papel acarretará (Ximenes Neto et al., 2009).

Isso decorre do fato de que a gravidez é um período de transição biologicamente determinado, caracterizado por mudanças metabólicas complexas e por grandes perspectivas de mudanças no papel social, na necessidade de novas adaptações, reajustamentos intrapessoais e mudanças de identidade (Baeta, 2005).

A gravidez em si já se caracteriza por ser um período delicado e que requer diversos cuidados, que quando associado à adolescência, etapa conturbada, acaba por gerar impactos indesejados, visto que é uma transição que integra o desenvolvimento humano, mas que revela complicações ao ocorrer na adolescência, pois envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões: em primeiro lugar, verificam-se mudanças na identidade e nova definição de papéis a mulher passa a se olhar e a ser olhada de forma diferente. Evidentemente, o mesmo processo de mudança de papéis e identidade se verifica no homem e a paternidade também deve ser considerada como uma transição do seu desenvolvimento emocional (Baeta, 2005).

Obviamente, a gravidez precoce indesejada tem como principal desdobramento uma problemática nos níveis biológicos e psicossociais, quanto menor a idade da gestante. Uma vez que a gravidez é um período de grandes transformações para a menina e mulher, em que seu corpo se modifica e seus níveis de hormônios se alteram para a manutenção do feto. Perante tantas situações inusitadas, essa fase geralmente é responsável por gerar questionamentos, temores e sentimentos de fragilidade, insegurança e ansiedade na futura mãe. Alguns dos principais medos são alterações na autoimagem corporal e não ter uma criança saudável. Outros temores são relacionados ao feto e à função de gerar, nutrir e parir. Tais temores podem desencadear fases de irritabilidade e de instabilidade de humor na grávida (Baceta, 2005).

Vale acrescentar, que a complexidade das mudanças provocada pela vinda de uma criança não se restringe às variáveis psicológicas e bioquímicas, pois os fatores socioeconômicos também são fundamentais. A gravidez na adolescência, ameaça o futuro dos jovens, considerando os riscos físicos, emocionais e sociais dela decorrentes. Atinge tamanha proporção preocupante, e revelando a prática de uma sexualidade não segura, com riscos de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras doenças sexualmente transmissíveis (Pinto et al., 2008).

No decorrer dos nove meses de gestação, as mulheres passam por mudanças fisiológicas e psicológicas, porém é nos dois últimos trimestres que as alterações psicológicas se acentuam. Isso porque no primeiro trimestre evidenciam-se transformações fisiológicas, como enjoos, mudanças no apetite, entre outros. O segundo trimestre da gestação é considerado o mais estável emocionalmente. Isto muito se deve aos movimentos fetais. No entanto, as alterações do desejo e do desempenho sexual tendem a surgir com maior intensidade. No terceiro trimestre, o nível de ansiedade tende a aumentar quanto mais se aproxima do parto e da rotina da vida após a chegada do bebê (Saito et al., 2001).

A gestação na adolescência é, de modo geral, enfrentada com dificuldade porque a gravidez nessas condições significa uma rápida passagem da situação de filha para mãe, na transição abrupta do seu papel de mulher, ainda em formação, para o de mulher-mãe, a adolescente vive uma situação conflituosa e, em muitos casos, penosa. A grande maioria é despreparada física, psicológica, social e economicamente para exercer o novo papel materno, o que compromete as condições

para o assumir adequadamente e, associado à repressão familiar, contribui para que muitas fujam de casa e abandonem os estudos (Saito et al., 2001).

As perdas sofridas por estas jovens vão repercutir emocionalmente podendo levar a adolescente à somatização psicológica de alguns sinais e sintomas que põem em risco a gestação saudável.

No aspecto clínico, associa-se uma gravidez precoce com o aumento de intercorrências obstétricas e/ou neonatais, tais como: morte materna, índices de prematuridade, mortalidade neonatal e baixo peso de recém-nascidos. Do ponto de vista físico-biológico, a gravidez na adolescência é de alto risco. A incidência de hipertensão, doença frequente na gravidez, é cinco vezes maior nas adolescentes que também são mais propensas a ter anemia. Muitas já estavam anêmicas quando engravidaram e têm o problema agravado durante a gestação o que aumenta o risco de bebês prematuros, com peso menor e a necessidade de cesáreas (Ministério da Saúde, 2009).

Por ser a gravidez na adolescência de alto risco, devendo a adolescente ter um acompanhamento adequado, boa alimentação, cuidados higiênicos necessários e apoio emocional.

Segundo Cavasin e Arruda, 1998, no Brasil a primeira causa de internação de adolescentes do sexo feminino no Sistema Único de Saúde é o parto. Na faixa etária de 15 a 19 anos, o principal motivo de internação das mulheres foi representado pela gravidez, o parto e o pós-parto, e as complicações decorrentes dessas ocorrências. Em todas as regiões do país 80,3% das internações nessa faixa etária são decorrentes desses motivos: Norte - 79,5%; Nordeste- 81,1%; Sudeste- 80,9%; Sul 77,6% e Centro-Oeste- 80,2% (Cavasin et al., 1998).

Por fim, como na maioria dos casos a gestação é indesejada e sem suporte, muitas adolescentes recorrem à prática do aborto em condições impróprias e caracterizadas como ilegal na Constituição Brasileira.

O número de curetagens decorrentes de abortos mal feitos em adolescentes aumentam na mesma proporção em que aumentam os casos de gravidez na adolescência. O número de adolescentes que passa pelo serviço do SUS para corrigir as sequelas do aborto mal feito está crescendo a cada ano (Yazlle, 2009).

Anualmente, em todo o mundo, cerca de 16 milhões de meninas com menos de 18 anos dão à luz e outras 3,2 milhões se submetem a abortos inseguros. Os dados são do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA).

Muito disso, está atrelado ao fato de que algumas das reações adversas da maternidade são potencializadas quando da ocorrência de uma gravidez na adolescência indesejada, como é o caso de depressão pós-parto, rejeição e até mesmo suicídios.

1.5 EFEITOS SOCIAIS DA GRAVIDEZ PRECOCE

A gravidez na adolescência se constitui como desafio social que gera fortes implicações morais, físicas, emocionais e psicossociais. Essa temática é muitas vezes compreendida como uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas à sexualidade na adolescência, e em virtude das consequências que acarreta, pode ser considerada como um problema social e de saúde pública.

Segundo uma pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) indica que o aspecto mais afetado na vida das adolescentes que engravidam é o social. Também foi constatado entre essas jovens um índice maior de evasão escolar e baixa inserção no mercado de trabalho.

Assim, diante do importante papel dos jovens para o desenvolvimento social e econômico do país, devido ao seu potencial em formação, é salutar dedicar maior atenção também a estes impactos, eis que esse tema é fundamental para compreender certos arranjos familiares e sociais que se desenvolvem no Brasil.

Para Afonso Nazário, professor e chefe do Departamento de Ginecologia da UNIFESP, ao prevenir uma gestação, os jovens podem evitar um impacto social e psicológico em uma fase importante da vida deles, onde o estudo e lazer devem ser priorizados. “A gravidez não planejada neste período também pode levar a frustrações e dificuldades na formação profissional e na inserção mais tarde no mercado de trabalho”, ressalta o especialista. A forte ocorrência associa-se naturalmente ao conceito de vulnerabilidade, à maior probabilidade de dano individual e social, e introduz o mecanismo de prevenção, ou seja, de proteção contra fatores que podem alterar para pior a qualidade de vida individual, familiar e da comunidade.

Entre as decorrências psicossociais, atenta-se para a interrupção da escolarização e da formação profissional, devido diretamente à baixa escolaridade e falta de profissionalização entre as gestantes e mães adolescentes, o que dificulta a inserção no mercado competitivo de trabalho, implicando em empregos de baixa remuneração e desqualificação, colocando mães adolescentes e filhos em situação de risco social, se medidas de suporte não forem adotadas (Brindis, 2006).

Esses efeitos negativos na qualidade de vida das jovens que engravidam, do ponto de vista social, trazem prejuízo no seu crescimento pessoal e profissional. Segundo dados nacionais, 53% das adolescentes que engravidam completam o se-

gundo grau, enquanto que, entre as adolescentes que não engravidam, essa cifra corresponde a 95% (Brindis, 2006).

A gravidez na adolescência, cada vez mais, está ocasionando estes efeitos sociais negativos, como a perda das oportunidades educacionais, de trabalho e a redução das chances de conviver melhor com a sociedade; esses efeitos, na maior parte dos casos, estão relacionados com a desigualdade social e cultural (Brindis, 2006).

Independentemente do meio social ou cultural em que ocorra, a gravidez desempenha papel fundamental nas futuras oportunidades de inserção social, precipitando e ampliando uma série de acontecimentos que se combinam para desorganizar a harmonia do desenvolvimento pessoal e de seu núcleo familiar.

2 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS E DE CONSCIENTIZAÇÃO DAS ADOLESCENTES

No Brasil, o número de adolescentes corresponde a 21% da população nacional (Ministério da Saúde, 2006). Esse dado demonstra o quanto esse grupo é representativo e sinaliza a necessidade de implementação de políticas de saúde direcionadas para a sexualidade característica dessa fase da vida humana.

Promover a educação sexual e reprodutiva e a conscientização do público adolescente e jovem a respeito da saúde e dos cuidados de prevenção é um papel que cabe tanto à família, como à sociedade e ao Estado. Os Ministérios da Saúde e da Educação unem esforços e desenvolvem políticas e ações voltadas aos alunos da rede pública de ensino, que atende quase 80% dos estudantes do país, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2009. Não surpreende que, nessa etapa do ciclo vital, a saúde sexual e reprodutiva tenha suscitado preocupação e debate por parte de instituições nacionais e internacionais de saúde (Ministério da Saúde, 2009).

Os pais e outros familiares mais experientes devem conversar com eles com maior frequência sobre assuntos como afetividade, sexualidade, gravidez, métodos contraceptivos, uso de preservativos e doenças sexualmente transmissíveis. O ambiente escolar também é fundamental nesse processo, já que atua na formação dos alunos. Os professores podem complementar as informações repassadas pela família, ajudando a preparar o jovem para uma vida sexual segura.

Já em relação à prevenção da gravidez, resultados de pesquisas revelam que a maioria das adolescentes não faz uso dos métodos contraceptivos, embora elas os conheçam e saibam onde encontrá-los. Tal constatação confirma que o simples conhecimento sobre contracepção não garante que a prevenção seja promovida e aponta questionamentos sobre a qualidade dos programas voltados para a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes (Brandão et al., 2006).

Segundo o Ministério da Saúde, a assistência em anticoncepção pressupõe oferta de todas as alternativas de métodos contraceptivos, assim como o acompanhamento clínico-ginecológico da adolescente referente ao método elegido (Ministério da Saúde, 2009).

A iniciação sexual precoce tem sido mencionada como uma das causas da gravidez nesta etapa do ciclo vital, podendo trazer como consequência, além de

uma gravidez não planejada, a contaminação com doenças sexualmente transmissíveis, pois as transformações vivenciadas pelos adolescentes fazem com que vivam intensamente sua sexualidade, manifestando-a muitas vezes através de práticas sexuais desprotegidas (Brandão et al., 2006).

2.1 ORIENTAÇÃO ESPECÍFICA ACERCA DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Diante da magnitude de ocorrências de casos de gravidezes precoces e suas possíveis complicações, bem como o risco de doenças sexualmente transmissíveis, a conduta mais segura e confiável a se tomar, continua sendo a educação e prevenção, em que os métodos contraceptivos têm papel fundamental.

Entretanto, é indispensável que haja uma orientação direcionada quanto a existência, eficácia e ao uso correto destes meios, uma vez que muitos adolescentes desconhecem ou quando conhecem não tem a noção exata de como utilizá-los. É inegável a plena necessidade de instruí-los para um uso responsável e eficaz. Já que dentre tantos métodos disponíveis, torna-se necessário o auxílio de um médico para definir a escolha de qual método utilizar, pois ele levará em consideração a idade da pessoa, a frequência com que mantém as relações sexuais, necessidades reprodutivas, saúde, e outros (Traverso-Yépez et al., 2002).

Vale acrescentar, que os jovens carecem de saber que os métodos contraceptivos são utilizados por pessoas que têm vida sexual ativa e querem evitar uma gravidez. Além disso, a camisinha, por exemplo, protege de doenças sexualmente transmissíveis (DST) (Abeche, 2002).

Métodos Contraceptivos		
MÉTODO	MODO DE AÇÃO	ÍNDICE DE FALHA ^a
Método de ritmo	Abstinência próximo à época da ovulação	15 a 35
Coito interrompido	Previne o encontro do espermatozóide com o óvulo	10 a 40
Camisinha	Impede a entrada do espermatozóide na vagina	3 a 20
Diafragma/geléia	Impede a entrada do espermatozóide no útero; mata o espermatozóide	3 a 25
Geléia ou espuma vaginal	Mata o espermatozóide; bloqueia o movimento do espermatozóide	3 a 30
Lavagem vaginal	Supostamente lava os espermatozóides da vagina	80
Pílula anticoncepcional	Previne a ovulação	0 a 3
Vasectomia	Previne a liberação dos espermatozóides	0,0 a 0,15
Ligadura tubária	Impede a chegada do óvulo ao útero	0,0 a 0,05
Dispositivo intra-uterino (DIU)	Impede a implantação do óvulo fertilizado	0,5 a 6
RU-486	Previne o desenvolvimento do óvulo fertilizado	0 a 15
Sem proteção	Nenhuma forma de controle da natalidade	(85)

^a Número de gestações em cada 100 mulheres por ano.

Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS

Obviamente que associado a esta necessidade, há que se garantir o amplo acesso aos adolescentes aos medicamentos de contracepção, que devem estar disponibilizados para que estes jovens possam optar pelo meio que pretendem utilizar,

após esta construção do saber, pois é muito importante que tenham consciência de que qualquer método escolhido só funcionará se for utilizado da maneira correta. (Traverso-Yépez et al., 2002).

Há alguns tipos de métodos contraceptivos disponíveis, como a camisinha masculina, camisinha feminina, o DIU (dispositivo intrauterino), contracepção hormonal injetável, contracepção hormonal oral (pílula anticoncepcional), implantes, espermicida, abstinência periódica, contracepção cirúrgica, contracepção de emergência, entre outros (Abeche, 2002).

Dentre os métodos contraceptivos há os que são reversíveis e os que são irreversíveis. Os métodos reversíveis, também denominados de temporários, são aqueles que ao deixarem de ser utilizados, possibilitarão a ocorrência de uma gravidez. Já os métodos irreversíveis, também conhecidos como definitivos, são aqueles que exigem uma intervenção cirúrgica, como vasectomia, para os homens; e a laqueadura tubária, no caso das mulheres (Abeche, 2002).

Tais métodos se dividem de acordo com o mecanismo de ação: a) métodos comportamentais, que estão embasados na auto-observação que ocorre no organismo ao longo do ciclo menstrual, sendo necessário que as usuárias tenham ciclos menstruais regulares e que exista cumplicidade entre o casal (Ogino-Knaus, temperatura basal corporal, mucocervical ou Billings); b) os métodos de barreira que consistem em obstáculos mecânicos ou químicos à penetração dos espermatozóides no canal cervical (preservativo: masculino e feminino, diafragma, geléias espermicidas); c) métodos hormonais (pílula oral, injetáveis e implante) e contracepção de emergência, método alternativo hormonal oral que evita a gravidez quando ingerido até 72 horas após a relação sexual desprotegida cuja finalidade básica é impedir a concepção; d) dispositivo intrauterino (DIU), que atuam impedindo a fecundação; e) métodos cirúrgicos ou esterilização (ligadura das trompas e a vasectomia) (Cavasin et al., 1998).

Como forma de sintetizar os métodos contraceptivos são classificados em cinco grupos:

1. Métodos comportamentais:

- Tabela;
- Temperatura basal;

- Muco cervical (método Billings);
- Coito interrompido.

2. Métodos de barreira:

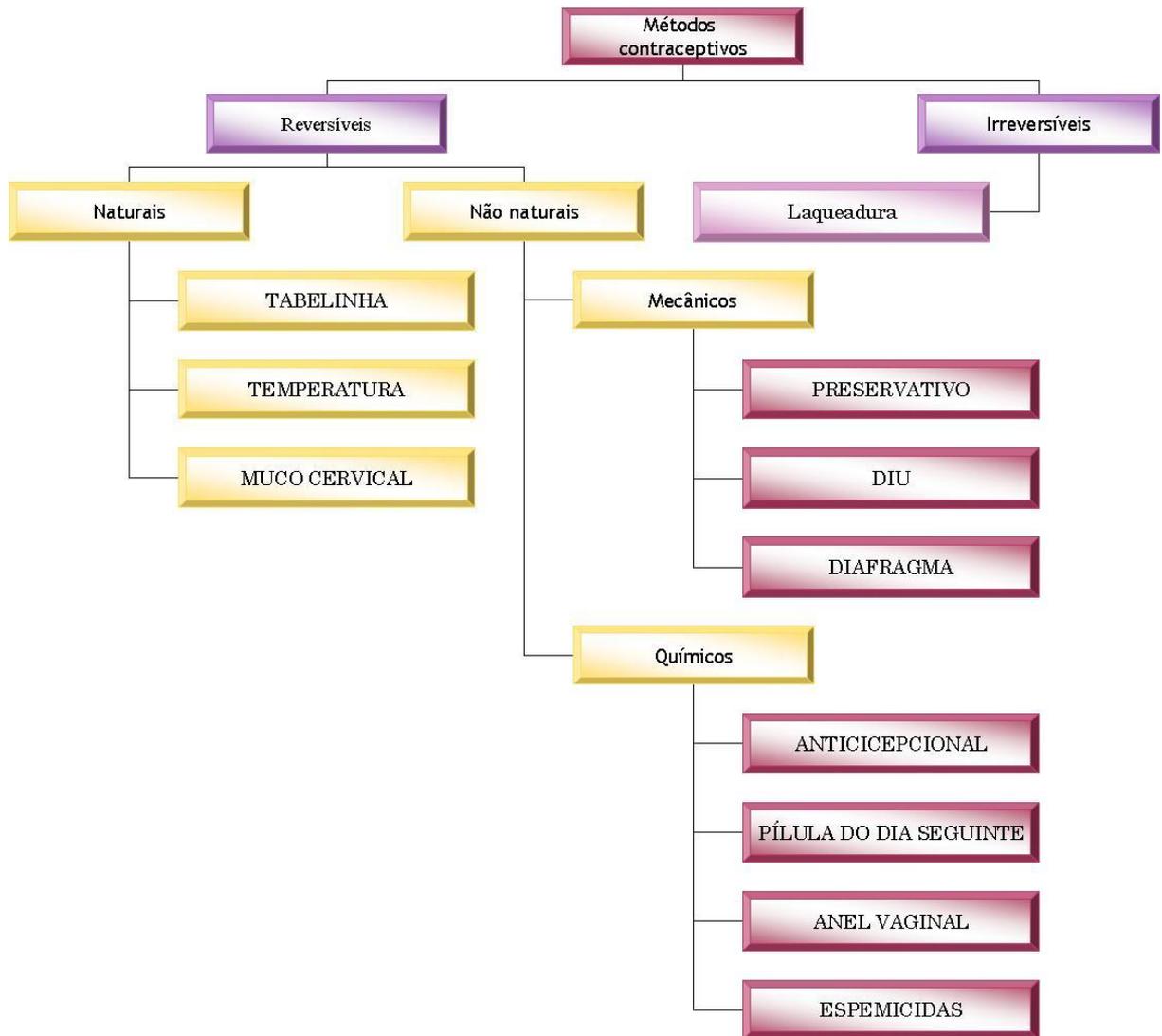
- Camisinha;
- Diafragma;
- Esponjas;
- Espermicidas.

3. Dispositivo intrauterino (DIU).

4. Contracepção hormonal:

- Contraceptivos orais;
- Contraceptivos injetáveis;
- Implantes;
- Anel vaginal;
- Adesivos cutâneos;
- Contracepção de emergência (pílula do dia seguinte).

5. Contracepção cirúrgica.



Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS

2.2 MÉTODOS E PROGRAMAS DE CONSCIENTIZAÇÃO

“Levar conhecimento aos jovens por meio de ações educativas, mostrar que existem métodos contraceptivos e indicar que eles têm acesso a diversas alternativas são medidas que podem reduzir o número de gravidez em adolescentes”, aponta César Fernandes, professor da Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina do ABC e presidente do SOBRAC.

Porém não é só responsabilidade dos jovens, pois os pais, educadores e os próprios médicos podem e devem orientá-los sobre como evitar uma gravidez precoce e quais as consequências acarretadas por esta situação diferenciada.

A educação deve começar desde cedo, durante a infância e abordando o assunto da reprodução humana com naturalidade e sem preconceitos. Em seguida, por volta dos 09 aos 12 anos, quando estas pessoas tiverem em pleno desenvolvimento das suas características sexuais, o foco pode seguir para a conscientização dos riscos de uma gravidez indesejada e das doenças sexualmente transmissíveis (Heilborn, 2006).

Além disso, no caso de mulheres, uma visita ao ginecologista pode ajudar muito os pais e educadores da área, momento em que uma boa oportunidade para se falar de iniciação sexual, de sexo seguro e de contracepção, se apresenta (Heilborn, 2006).

Dentro dos programas de conscientização a serem desenvolvidos, os projetos Saúde e Prevenção nas Escolas, devem trabalhar especificamente a educação sexual e reprodutiva e por isso contam com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) (Ministério da Saúde, 2013).

O projeto necessita oferecer materiais educativos, cursos de formação e seminários e estimular as escolas a adotar a educação sexual em seus currículos. As redes públicas de educação e saúde e as organizações da sociedade civil carecem de atuar na busca pela participação dos jovens e pela promoção do diálogo na família, que também é envolvida nos projeto e métodos de conscientização de adolescentes. O foco do trabalho assistencial é orientar os adolescentes sobre a importância de manter uma vida sexual segura e saudável e incentivar o uso de preservativos e métodos contraceptivos, construindo, assim, uma cultura de prevenção. O ob-

jetivo é reduzir a incidência de doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo vírus da Aids (HIV) e diminuir os índices de gravidez não planejada entre a população adolescente.

3 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Dissertar sobre a gravidez na adolescência leva conseqüentemente a refletir acerca da qualidade dos atendimentos dos serviços de saúde prestados aos adolescentes, pois se depara a influência de um modelo biomédico baseado numa filosofia cartesiana que tem como produto uma assistência unidimensional. São evidentes as lacunas do sistema de saúde que a partir de uma visão linear excluem do universo dos atendimentos os aspectos psicossociais das patologias que ameaçam a vida dos adolescentes (Traverso-Yépez, 2002). Por ser um fenômeno multicausal, a gravidez precoce precisa ser analisada em todas as suas dimensões.

Os serviços de saúde têm atribuições não apenas médicas ou de assistência a gestante, mas sim de cooperar na conscientização e de educação, prevenção da gravidez precoce indesejada, bem como de distribuição de medicamentos contraceptivos.

Para tanto, a equipe de saúde responsável deverá se especializar para que haja um serviço que possa abranger e atender todas as facetas deste quadro preocupante, tal que satisfaça todos os questionamentos e necessidades do adolescente, englobando um acompanhamento completo, desde a prevenção até o possível acolhimento e tratamento da gestante adolescente. Depreende-se disso a necessidade de uma equipe sistematizada composta de médico, assistente social, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, auxiliar de enfermagem e agentes de saúde, dentre outros profissionais (Traverso-Yépez, 2002).

Gisleine Vaz Scavacini de Freitas e Neury José Botega, integrantes da UNICAMP, têm um estudo sobre ideação de suicídio em adolescentes grávidas. Estudaram 120 adolescentes grávidas (40 de cada trimestre gestacional), com idades variando entre 14 e 18 anos de idade, e que são o alvo principal de ocorrência (Freitas, 2007).

Do total dos sujeitos, foram encontrados: casos de ansiedade em 25 (21 %); casos de depressão em 28 (23%). Desses, 12 (10%) tinham ansiedade e depressão. Ideação suicida ocorreu em 19 (16%) das pacientes. Não foram encontradas diferenças nas prevalências de depressão, ansiedade e ideação suicida nos diversos trimestres da gravidez indesejada e não tolerada socialmente, nem pela família. As tentativas de suicídio anteriores ocorreram em 13% das adolescentes grávidas. A severidade dessas tentativas de suicídio teve associação significativa com o grau da

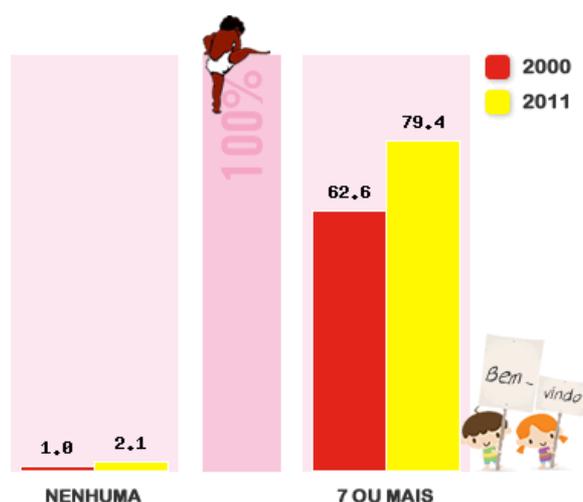
depressão, bem como com o estado civil das pacientes, solteiras. Ademais, o aspecto médico é essencial quando se trata tanto do pré-natal quanto do momento do parto, e também cuida para que complicações sejam evitadas. (Freitas, 2007).

Com relação à equipe de saúde de Bicas, e a realização de pré-natais, o serviço é altamente elogiável, com índices que demonstram essa atenção direcionada as adolescentes grávidas no município.

Em consonância com o Ministério da Saúde, a recomendação, é de no mínimo, seis consultas pré-natais durante a gestação. Quanto maior o número de consultas pré-natais, mais benefícios e maior a garantia de uma gestação e parto seguro, prevenindo, assim, a saúde da mãe e do bebê (Ministério da Saúde, 2009).

A proporção de gestantes sem acompanhamento pré-natal, em 2011, neste município, foi de 2,1%. As gestantes com 7 ou mais consultas foram 79,4%. Em 2011, no Município, 100,0% dos nascidos vivos tiveram seus partos assistidos por profissionais qualificados de saúde (DATASUS, 2013).

Percentual de crianças nascidas vivas por número de consultas pré-natais - 2011



Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

Há que se manter esta qualidade na prestação do serviço da saúde da mulher gestante, uma vez que a promoção da saúde mulher e do adolescente se mostra como um caminho eficaz e de sucesso para melhorar a qualidade de vida destes seres, além de prevenir práticas desastrosas e que venham à por em risco a vida deles e dos bebês.

As piores complicações do parto tendem a acometer meninas com menos de 15 anos e, serão piores ainda em menores de 13 anos. A mãe adolescente tem maior morbidade e mortalidade por complicações da gravidez, do parto e do puerpério. A taxa de mortalidade é 2 vezes maior que entre gestantes adultas (Brandão, 2006).

A incidência de recém nascidos de mães adolescentes com baixo peso é duas vezes maior que em recém nascidos de mães adultas, e a taxa de morte neonatal é 3 vezes maior. Entre adolescentes com 17 anos ou menos, 14% dos nascidos são prematuros, enquanto entre as mulheres de 25 a 29 anos é de 6%. A mãe adolescente também apresenta com maior frequência os sintomas depressivos no pós-parto. Em 2000, segundo Raquel Foresti, foram realizados 689 mil partos de adolescentes no Brasil, o equivalente a 30% do total dos partos do país. Hoje são mais de 700 mil partos de adolescentes por ano. O número é um golpe contra as várias iniciativas voltadas para a prevenção da gravidez na adolescência (Brandão, 2006).

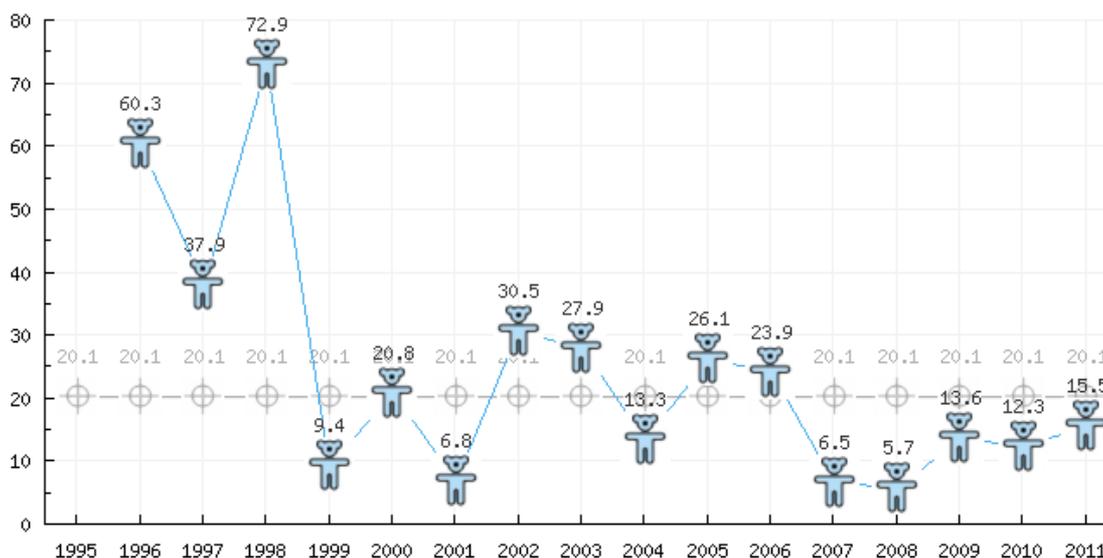
O que tem preocupado obstetras em geral, é a gravidez na adolescência ser considerada "de risco", com conseqüentes complicações por ocasião do parto. Segundo Marco Aurélio Galletta e Marcelo Zugaib, a gravidez será considerada de risco quando a gestante ou o feto estão sujeitos a lesões ou mesmo morte, em decorrência da gravidez ou puerpério, após o parto, quando não acompanhados ou assistidos, por um serviço de saúde especializado e organizado para as necessidades. Segundo esses autores, a mortalidade materna e perinatal é maior na gravidez na adolescência. No Brasil, grande parte das mortes na adolescência estão relacionadas à complicações da gravidez, parto e puerpério. As complicações mais frequentes da gravidez e parto na adolescência são:

1. toxemia gravídica, que é uma doença hipertensiva da gravidez com fortes possibilidades de convulsões;
2. acarreta maior índice de cesarianas programadas em detrimento de partos normais;
3. desproporção céfalo-pélvica, que é uma desproporção entre o tamanho da cabeça do feto e a pelve da mãe, o que dificulta ou quase impossibilita o parto natural;
4. síndromes hemorrágicas, que é chamada de coagulação vascular disseminada;

5. lacerações perineais, envolvendo vagina e, às vezes, em alguns casos, do ânus;
6. amniorrexe prematura, que se consubstancia na ruptura precoce da bolsa e;
7. prematuridade fetal (Souza, 2010).

Outros especialistas ainda adicionam: anemia materna, trabalho de parto prolongado, infecções urogenitais, abortamento, apresentações anômalas, baixo peso da criança ao nascer, malformações fetais, asfixia perinatal e icterícia neonatal. Entretanto, mais uma vez o modelo de saúde presente em Bicas, revelou-se como de qualidade, sendo que o número de óbitos de crianças menores de um ano no município, de 1995 a 2011, foi 76. A taxa de mortalidade de menores de um ano para o município, estimada a partir dos dados do Censo 2010, é de 13,0 a cada 1.000 crianças menores de um ano.

Taxa de mortalidade de menores de 5 anos de idade a cada mil nascidos vivos - 1995-2011



Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

4 PLANO DE AÇÃO

A eloquência notória dos números e das estatísticas que por hora ainda persistem deixa claro a necessidade de se definirem planos e estratégias de abordagem ao problema, independentemente das pendências e controvérsias que subsistem às discussões.

Tais considerações tem o condão de revelar não unicamente a falta de informação, mas também a falta de formação, a respeito do tema em pauta, afirmando para a necessidade de serem adotadas as estratégias de intervenção que se pautem nas necessidades dos adolescentes. Os meios que veiculam as informações, escolas, família, mídia, e outros, devem inclinar-se à complexidade do meio psicossocial dessas adolescentes, particularizando, sobretudo, a importância que assume a significação da gravidez nesse segmento social.

É de suma importância investigar profundamente as reflexões e formular novas indagações sobre a realidade dos participantes deste plano de ação, tomando sempre, como ponto inicial, as suas concepções, crenças, valores, sugestões e representações. Enxergada por esta ótica, a gravidez na adolescência se transforma num expressivo campo de intervenção da saúde sexual e reprodutiva, tanto no plano da prevenção como no da assistência e da promoção da saúde da mulher e do adolescente.

Baseado nesta preocupação pertinente, durante as reuniões realizadas com a Equipe de Saúde da Família do Sudoeste de Bicas, foi discutido um plano operativo para realização de um projeto de intervenção visando reduzir a incidência e esclarecer a população de adolescentes e jovens em idade sexualmente ativa.

O presente trabalho objetiva propor um plano de intervenção que prime por reduzir a incidência da gravidez na adolescência. A intenção é esclarecer as mulheres e homens em idade sexualmente ativa sobre a importância da prevenção da gestação precoce. Especificamente, devem abordar a compreensão dos fatores determinantes da gravidez na adolescência na área de abrangência da equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) Sudoeste; a identificação do impacto da gestação precoce na vida dessas pacientes; a avaliação junto aos adolescentes sobre o conhecimento quanto aos métodos contraceptivos como forma de evitar a gravidez.

O plano de ação deve ser construído baseado em alguns aspectos: organização do serviço de saúde (PSF Sudoeste) de uma maneira que possa atender de

forma qualificada as jovens gestantes e orientá-las a fim de evitar novas gestações precoces; esclarecimento da população feminina e masculina em idade sexualmente ativa com práticas pedagógicas sobre a importância da construção de uma família sólida e o impacto gerado por uma gravidez precoce; instrução das gestantes sobre o uso correto dos métodos contraceptivos, esclarecendo sobre a disponibilidade e acesso aos mesmos.

4.1 METODOLOGIA

O desenvolvimento do projeto de intervenção deve acontecer mediante a realização de orientações durante as consultas de pré-natal com as gestantes e mulheres adolescentes selecionadas (idade entre 10 e 20 anos), por meio de busca ativa realizada pelos agentes comunitários de saúde (ACS), a fim de compreender os fatores determinantes e o impacto da gravidez na vida dessas pacientes. As diretrizes desta ação educativa demonstram que deverá ser composta por questões relativas ao momento da descoberta da gravidez para a família, mudanças no convívio familiar, a vivência da gravidez para a família e a possibilidade de mudar algo em relação a esse processo. Isso será feito através da elaboração de impressos contendo tais orientações. Vale ressaltar que essa abordagem individual, segundo estudos, demonstram eficácia superior quando comparada a uma abordagem coletiva. Com isso, poderá ser estabelecido um perfil social dessas pacientes e esclarecido os motivos que levaram as mesmas à gestação.

Dando prosseguimento às ações educativas, há que ser realizadas práticas pedagógicas que promovam o esclarecimento dos envolvidos e público alvo dos riscos da importância da prevenção desta gestação precoce. Essas práticas incluem: ações sobre educação sexual em escolas da área (duas escolas: Coronel Souza e Escola Estadual Deputado Oliveira Souza) após negociação com a direção das mesmas, na própria UBS, busca ativa das gestantes e meninas adolescentes na faixa etária proposta pelas ACS, bem como orientações durante as consultas sobre métodos contraceptivos. Todos os membros da equipe de saúde da família participam do projeto mediante esclarecimento desses jovens, busca ativa dos mesmos e distribuição dos métodos contraceptivos de barreira e panfletos. Destaca-se a importância do esclarecimento sobre o aleitamento materno não como um método de contracepção, devido ao entendimento errôneo estabelecido na comunidade.

Além das ações educativas expostas acima, o presente projeto de pesquisa visa elaborar uma proposta de educação em saúde a ser desenvolvida no grupo de adolescentes (formado mediante busca ativa pelas ACS). Essas jovens deverão participar de 4 reuniões de grupo estabelecidas segundo cronograma mostrado a seguir.

Ressalte-se que como o assunto envolve diversas áreas da vida dos adolescentes, para o desenvolvimento das atividades, o projeto deverá contar com uma

equipe multiprofissional composta de médico, assistente social, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, auxiliar de enfermagem e agentes de saúde, de tal maneira que possa abarcar todas as causas e decorrências deste fenômeno. Entretanto, vale ressaltar que o plano de ação é inicial e deve ser continuado por outros membros da equipe.

Vale acrescentar, que conjuntamente, tais ações também reduziriam o risco de doenças sexualmente transmissíveis na população.

4.2 ESCLARECIMENTOS ÀS MULHERES COM IDADE SEXUAL ATIVA

Para se alcançar o perfil das mulheres com idade sexual ativa, há que se considerar as mudanças de paradigmas atuais, que apontam para uma antecipação da idade sexual ativa, em que os adolescentes estão atingindo a faixa da puberdade de forma mais acelerada. Um diagnóstico desse panorama norteador dos efetivos esclarecimentos, precisa ser feito.

Paralelamente ao início da maturidade sexual também o comportamento e o interesse sexual começam também a se desenvolver. Esse desenvolvimento é um processo de alta complexidade e é fruto da interação de vários fatores - desenvolvimento físico, psicossocial, a exposição a estímulos sexuais, que sofre forte influência da cultura, os grupos de contatos sociais, como amigos, e as situações específicas que permitem o acesso à experiência erótica de forma precoce ou tempestiva. Como desenvolvimento do comportamento social está cada vez mais adiantado, acompanhando a aceleração secular da maturidade sexual. O despertar da vida sexual está intimamente ligado ao início da maturidade sexual, que se dá pela menarca nas moças e primeira ejaculação nos rapazes, mais do que a qualquer outro fator: A grande parcela dos adolescentes tende a ter sua primeira relação sexual nos primeiros anos após atingirem a maturidade sexual.

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

Fato inegável é que o contexto familiar tem uma relação direta com a época em que se inicia a atividade sexual. As adolescentes que iniciam vida sexual precocemente ou engravidam nesse período, geralmente vêm de famílias cujas mães se assemelharam a essa biografia, ou seja, também iniciaram vida sexual precoce ou engravidaram durante a adolescência.

Sendo assim, resta patente que as informações e os esclarecimentos serão de extrema utilidade e eficiência, caso sejam fornecidos para meninas e adolescentes que já se encontram em idade sexual ativa, de modo que haja uma compreensão em massa, capaz de prevenir gravidez na adolescência, DST'S, bem como promover a saúde da mulher como um todo.

Esta conveniência em abranger especificamente este público alvo, se dá pelo momento de vida, uma vez que estas mulheres estão aptas a compreender tais ensinamentos, a partir do tempo em que sentem tais desejos, almejam experimentar tais sensações, os hormônios estão se alterando, e as possibilidades de risco se avultam. Ademais é exatamente nesta etapa também que se se veem frente a tais situações, em que podem engravidar e sendo assim possuem entendimento necessário a compreender o tema, haja vista que a mulher que inicia a vida sexual de forma desregrada, corre mais riscos de contrair doenças sexualmente transmissíveis ou engravidar precocemente.

4.3 EFEITOS DECORRENTES DO PLANO EFICAZ

Com o objetivo geral de elaborar estratégias eficazes para a redução do quadro gestacional durante a adolescência existente no município de Bicas, mais especificamente na Unidade Básica de Saúde do Sudoeste, é salutar que o plano de ação alcance resultados positivos, e que seja de fato eficiente, ao atentar para a realidade próxima vivenciada por estas adolescentes.

O presente estudo e o panorama da contracepção na adolescência deixa clara a necessidade não só de ampliar o acesso a serviços especializados, como também a importância de contextualizar no processo educativo, o conhecimento referente à sexualidade, destacando-se a promoção da saúde e a inclusão da família e da comunidade.

Para tanto, para que o plano de intervenção nesta área de abrangência seja legítimo do ponto de vista formal e material, e não apenas uma proposta utópica de melhoria, alguns objetivos específicos devem ser plenamente observados, de modo a conferir efetividade ao plano pensado.

Para consecução de tais fins, deverá ser criado um espaço dentro da Unidade Básica de Saúde de atenção à saúde da família para o especial atendimento dos adolescentes; através de profissionais capacitados e ligados ao atendimento dos adolescentes para proferirem palestras, encontros e oficinas, sobre os riscos da atividade sexual precoce. Conjugado à estes esforços, deverá ocorrer o treinamento das ACS (agente comunitárias de saúde) para fazerem uma busca ativa das adolescentes em suas residências juntamente com a divulgação do espaço acima citado, deve-se firmar parcerias entre as Unidades Básicas de Saúde e as Instituições de Ensino, propondo normas que estabeleçam um vínculo educativo.

Não obstante cobrar que seja garantida por parte dos gestores, a ampliação do fornecimento de anticoncepcionais e preservativos, sem restrições e limitações quantitativas.

Na constância do processo de intervenção realizar oficinas e palestras semanais sobre saúde sexual e reprodutiva para as (os) adolescentes e realizar oficinas e palestras sobre saúde sexual e reprodutiva para as (os) adolescentes, familiares ou cuidadores.

A educação e orientação sexual têm que ser afastadas da linha de conservadorismo e de imobilismo que está destinada à desaprovação, à censura, à condenação, permitindo a livre evolução da personalidade do jovem.

Pautado nessas perspectivas favoráveis de implementação do plano, as angústias dos adolescentes devem ser debatidas abertamente e sem preconceitos, para que ocasionem melhorias na qualidade de vida destes jovens, da prevenção da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis.

Tendo como referência o problema da gravidez adolescente encontrado neste município e suas peculiaridades, este plano de operação terá a funcionalidade de reorganizar o serviço de saúde de atendimento ao adolescente, aumentando a participação e adesão aos programas de educação e conscientização sobre sexualidade pelos adolescentes locais.

Sendo assim, esta medida de intervenção aborda propostas voltadas para a melhoria de ações ofertadas às adolescentes e considera que o cumprimento das metas, trará um atendimento eficaz e de qualidade para este público, possibilitando a redução dos níveis indesejados, o desenvolvimento econômico e social da área de abrangência, além de melhorar significativamente a qualidade de vida desses indivíduos que estão iniciando suas vidas em muitos aspectos.

Caso esse plano seja implantado de forma eficaz, inúmeros são os benefícios trazidos à população adolescente e a sociedade local em geral. O projeto de intervenção tem a garantia de apresentar expectativas apenas de efeitos positivos, uma vez que a realidade sexual pode sim ser vivenciada, mas não de maneira desregulada e precoce, para que não que interrompa sonhos, restrinja o crescimento futuro, ameace até mesmo a vida dos protagonistas desta situação.

4.4 CRONOGRAMA

O projeto de intervenção foi desenvolvido de acordo com o cronograma a seguir:

ATIVIDADE	TEMPO DE EXECUÇÃO
Listagem de gestantes e adolescentes da população adscrita:	2 meses
Convocação para reuniões na unidade:	2 meses
Ações educativas na comunidade e na UBS:	3 meses
Reuniões do grupo na UBS:	2 meses
Análise dos resultados:	2 meses

Cronograma das reuniões de grupo:

REUNIÃO	TEMAS A SEREM ABORDADOS
01	Esclarecimento sobre o motivo das reuniões Introdução sobre gestação na adolescência (conceitos)
02	Entendimento da estrutura familiar das adolescentes Implicações da gestação precoce
03	Orientação sobre métodos contraceptivos e DST'S
04	Fechamento e conclusões

5 RESULTADOS

As ações educativas realizadas foram de extrema relevância para a comunidade, uma vez que possibilitaram o esclarecimento de questões que geravam dúvidas entre os diversos jovens.

As orientações durante as consultas proporcionaram a criação de um dia na semana específico para o cuidado à mulher (saúde da mulher), em que a abordagem também inclui as orientações de gestantes e adolescentes em geral sobre métodos contraceptivos e gravidez na adolescência. As ações ocorridas nas duas principais escolas da área tiveram um impacto positivo, uma vez que atingiram cerca de 100 adolescentes (média de 50 por escola). Essas ações tiveram o apoio dos coordenadores das instituições, o que foi fundamental para o sucesso das palestras.

Por fim, as reuniões de grupo realizadas (total de 4 encontros), contaram com a presença de cerca de 40 mulheres (entre gestantes e adolescentes não grávidas) e foram realizadas em dois grupos de 20 pessoas. O cronograma das reuniões foi seguido rigorosamente e a ação contou com a participação de toda a equipe, em especial da enfermeira e dos agentes comunitários da unidade Sudoeste de Bicas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou uma análise profunda e detida do problema da gravidez da adolescência no município de Bicas, aprofundando na realidade das adolescentes abrangidas, desvendando as facetas deste desafio social, através de avaliação pontual dos fatores de risco, das consequências de uma gestação precoce e os instrumentos e meios de se evitar que o índice continue se elevando na localidade, através da prevenção e métodos de conscientização da população local.

Para que pudesse ser delineada de forma solutiva a problemática, objetivou-se explorar alguns dos fatores de risco e proteção associados a uma população adolescente diante da experiência de uma possível gravidez. Para que esse panorama possa ser devidamente explorado, há que remeter a uma reflexão sobre a forma como esta situação de gravidez pode ser vivida, demonstrando que a sua existência adquire um curso individual e único, para cada adolescente, dependendo das características contextuais em que está inserida.

Restou comprovado que não se pode negar a sexualidade dos jovens e associar a sua iniciação apenas a condição psicológica da fase em que vivem e a condição socioeconômica que possuem, ou apenas sua estrutura familiar. Estes aspectos quando considerados isoladamente levam a uma compreensão errônea deste fenômeno complexo. O que ressalta a necessidade de considerar o adolescente dentro dos contextos que formam o seu ambiente, a realidade que o cerca e identificar fatores de risco para que a rede protetiva seja fortalecida e as ações tenham repercussão no desenvolvimento desses.

Portanto a gravidez durante a adolescência, por si só, não poderá ser descrita como fator de risco ou de proteção. Além disso, pretendeu atentar-se para a complexidade que envolve a sexualidade na adolescência quando somada a outros fatores determinantes. A situação de vulnerabilidade desfavorável que muitos jovens enfrentam aumenta a exposição aos comportamentos sexuais de risco. Não decorre disto que a condição socioeconômica, o não uso de métodos anticoncepcionais, a maturidade sexual precoce, a falta de lazer ou de esportes, ou a própria cultura local, seja a causa precursora para a iniciação sexual precoce e a gravidez na adolescência e vice-versa. É preciso ampliar o olhar para esse problema, ao invés de apontar, variáveis isoladas que sozinhas não suportam o conjunto de fatores envolvidos na sexualidade humana.

É de suma importância investigar a problemática no Brasil, em suas diferentes regiões, bem como identificar a população mais vulnerável aos efeitos negativos, que a gravidez possa acarretar, tanto para a mãe como para a criança. Assim devem ser propostos os projetos e programas que visam a abordagem do tema, principalmente no que diz respeito a sua prevenção e sobre a atividade sexual segura, englobando também a questão das doenças sexualmente transmissíveis (DST's).

A noção acerca da idade de iniciação sexual para cada sexo permite construir e ampliar ações educativas sistematizadas voltadas para uma vida sexual e reprodutiva saudável. Os métodos de controle da fecundidade e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e HIV precisam ser ofertados e acessíveis nos contextos em que estão inseridos, de forma clara e ampla.

Conseqüentemente, os serviços de saúde pública devem estar presentes e manter um programa preventivo, que impulse o adolescente a participar. Por esse motivo, cabe à escola e a família retomar o cuidado e conduzir o adolescente na identificação de estratégias individuais protetivas para minimizar o risco, eis que a educação, a informação e a conscientização ainda são as melhores estratégias de redução do número de grávidas na adolescência, que é o propulsor de diversos efeitos negativos e restrições na vida dessa criatura em pleno desenvolvimento.

Diante de todo exposto, está solidificado e cristalizado a intenção do plano de ação a ser desenvolvido neste município, onde as ações precisam estar voltadas para a promoção de bem-estar e devem integrar a pessoa, o processo, o tempo e o contexto como base de reflexão para uma prática protetiva mais efetiva. O que perpassa obviamente pelo conhecimento e acesso aos métodos contraceptivos. Vista dessa maneira, a gravidez na adolescência se transforma num expressivo campo de intervenção da saúde sexual e reprodutiva, tanto no plano da prevenção como no da assistência e da promoção da saúde, uma vez que a problemática continua como fonte de desdobramentos desastrosos e tensões para os adolescentes, para seu círculo familiar imediato e para a sociedade em geral. Independentemente do meio social ou cultural em que ocorra, a gravidez desempenha papel fundamental nas futuras oportunidades de inserção social, adiantando e aumentando uma série de acontecimentos que se associam para desorganizar a harmonia do desenvolvimento pessoal e de seu núcleo familiar.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília; 2006.
2. Brindis CD. A public health success: understanding policy changes related to teen sexual activity and pregnancy. *Annu Rev Public Health*. 2006;27:277-95.
3. Parkes A, Wight D, Henderson M, Stephenson J, Strange V. Contraceptive method at first sexual intercourse and subsequent pregnancy risk: findings from a secondary analysis of 16-year-old girls from the RIPPLE and SHARE studies. *J Adolesc Health*. 2009;44(1):55-63.
4. Phipps MG, Sowers M. Defining early adolescent childbearing. *Am J Public Health*. 2009; 99:53-5.
5. Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com adolescentes brasileiros. Brasília: ABEn; 2000. *Health*. 2003;92(1):125-8.
6. Rodrigues, RM. Gravidez na Adolescência. *Nascer e Crescer*. 2010, vol.19, n.3, pp. 201-201. ISSN 0872-0754.
7. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília, 2005.
8. HEILBORN, MARIA LUIZA *et al.* *Aproximações socio-antropológicas sobre a gravidez na adolescência*. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 8, n 17, p. 13-45, junho de 2002. Acesso em 14 de nov. de 2010.
9. SOUZA, V. L. C. *et al.* **O aborto entre adolescentes**. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, v. 9, n. 2, p: 42-7, mar. 2001. Acesso em 14 de nov. de 2010.
10. XIMENES NETO, F. R. G., Dias, M. S. A., Rocha, J, & Cunha, I. C. K. O. , 2007. **Gravidez na adolescência: Motivos e percepções das adolescentes**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60, 279-285.
11. ALVES, C. A., & Brandão, E. R. (2009). Vulnerabilidade no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: intersecção de políticas públicas e atenção à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14, 661-670.
12. YAZLLE, M. E. H. D.; FRANCO R. C.; MICHELAZZO, D. **Gravidez na adolescência: uma proposta para prevenção** *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* v. 31, n. 10, Rio de Janeiro, Oct. 2009.

13. COSTA, A.C.G., 2000. **Protagonismo juvenil: adolescência, educação e participação democrática**. Salvador: Fundação Odebrecht.
14. SAITO, M.I.; SILVA, L. E. V. **Adolescência. Prevenção e Risco**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 269-276.
15. BAETA, A.M. **Abuso e Violência Sexual. Programa “Saúde na Escola”** – Manual do Professor. Governo de Minas Gerais, junho de 2005.
16. BRASIL, **Estatuto da criança e do adolescente**. Lei n. 8.069, de 13 de Julho de 1990.
17. BRASIL, Ministério da Saúde. **A adolescente grávida e os serviços de saúde no município**. Brasília, 2000.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Ocorrência de partos em adolescentes,**
19. **Situação de Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 11 de novembro de 2013.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Incidência da gravidez na adolescência, Situação de Saúde**. Brasília, 2008-2009. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 11 de novembro de 2013.
21. (Abeche, A.M. **Métodos Anticoncepcionais**. Medicinal - Temas de Saúde - www.medicinal.terra.com.br, 2002.
22. VIEIRA, EM. Anticoncepção em tempos de AIDS. In: GALVÃO, L., DÍAZ, J. (orgs). **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil - dilemas e desafios**. Editora Hucitec Population Council, São Paulo, 1999.
23. Pinto e Silva. **Gravidez na adolescência: uma visão multidisciplinar** cap. 39 427-34. In: Saito MI, Silva LEV, Leal MM. **Adolescência: prevenção e risco**. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2008.
24. Traverso-Yépez, M. A. & Pinheiro, V. S. (2002). Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. *Psicologia & Sociedade*, 14(2), 133-147.
25. Brandão, E. R. & Heilborn, M. L. (2006, julho). Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(7), 1421-1430.
26. Heilborn, M. L, Aquino E. M. L., Bozon, M., & Knauth, D. R. (Orgs.). (2006). *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

27. Cavasin S, Arruda S. Educação sexual e comunicação para adolescentes. *In*: Vieira EM, Fernandes MEL, Bailey P, Mckay A, organizadores. Seminário gravidez na adolescência; 1998 jul 30-31; Rio de Janeiro, RJ. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família; 1998. p. 110-8.
28. Freitas, G. V. S. Comportamento suicida em adolescentes grávidas : um estudo de caso-controle. Biblioteca Digital da Unicamp, 2007.