

**ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA ELEVAR OS
CONHECIMENTOS SOBRE IST'S E PLANEJAMENTO FAMILIAR ENTRE
JOVENS DE BAIXA RENDA**

*EDUCATIONAL INTERVENTION STRATEGY TO RAISE KNOWLEDGE ABOUT
IST'S AND FAMILY PLANNING AMONG LOW-INCOME YOUNG PEOPLE*

Nikole Sousa Dias

Karla Lais Ribeiro da Costa Araújo

RESUMO:

A gravidez na adolescência e as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), tem sido um assunto muito discutido nas reuniões sobre a saúde pública entre a população jovem. Diante deste contexto, pode-se entender a importância fundamental do desenvolvimento de projetos educativos junto às escolas abordando o tema sexualidade, pois, a escola não deve fugir do seu papel de educador e ignorar questões sexuais, como por exemplo, gravidez e IST. No Brasil, a população sabe que o uso do preservativo é importante para prevenir infecções transmitidas pela via sexual. Entretanto o aumento da incidência de ISTs na adolescência traz a importância de se intervir diante do problema. A educação sexual é a melhor forma de reduzir estes números, e a equipe da atenção básica tem formação e capacitação para isto, dando a oportunidade aos adolescentes para a socialização e compartilhamento de atitudes e valores, o que mais eles precisam nesta fase. Sabe-se que no campo da prevenção as atividades de educação em saúde são indispensáveis. Nesse sentido, considerando a vulnerabilidade de jovens às IST, o ambiente escolar, o baixo conhecimento que possuem acerca das IST e a ausência de uma política pública direcionada às demandas da população jovem. Evidências mostram que, quanto mais precoce a iniciação sexual, menores são as chances de uso de métodos contraceptivos, com maior possibilidade de gravidez. Dentro deste contexto, justifica-se a importância de se discutir este tema tanto nas escolas como em programas de intervenção na saúde e identificar a necessidade de profissionais capacitados para atuarem neste contexto, conscientizando os jovens acerca da questão das ISTs e gravidez na adolescência e suas consequências. Buscando sempre uma melhor maneira de conscientizar os adolescentes e jovens, ao importante uso do preservativo e a sua maneira correta de ser utilizada.

Descritores: Doenças Sexualmente Transmissíveis, Saúde do Adolescente, Educação em Saúde.

ABSTRACT:

Adolescent pregnancy and sexually transmitted infections (STIs), has been a hot topic in public health meetings for young people. Given this context, is understandable the fundamental importance of developing educational projects in schools addressing the topic of sexuality, as the school must not shy away from its role as an educator and ignore sexual issues, such as pregnancy and STI. In Brazil, the population knows that condom use is important to prevent sexually transmitted infections. However, the increase in the incidence of STIs in adolescence brings the importance of intervening in the face of the problem. Sex education is the best way to reduce these numbers, and the primary care team has training and capacity for this, giving teenagers the opportunity to socialize and share attitudes and values, which they need most at this stage. It is known that in the field of prevention, health education activities are indispensable. In this sense, considering the vulnerability of young people to STIs, the school environment, the low knowledge they have about STIs and the absence of a public policy directed to the demands of the young population. Evidence shows that the earlier the sexual initiation, lower the chances of using contraceptive methods, with a greater possibility of pregnancy. Within this context, it is justified the importance of discussing this topic both in schools and in health intervention programs and identifying the need for trained professionals to work in this context, making young people aware of the issue of STIs and teenage pregnancy and their consequences. Always looking for a better way to make teenagers and young people aware of the important use of condoms and their correct way of being used.

DESCRIPTORS: Sexually Transmitted Diseases, Adolescent Health, Health Education.

1 – INTRODUÇÃO

Os limites cronológicos da adolescência, definidos pela Organização Mundial da Saúde, está entre 10 e 19 anos. Nas normas e políticas de saúde do Ministério de Saúde do Brasil, os limites estão entre as idades de 10 a 24 anos. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos e, em casos excepcionais, quando disposto na lei, o estatuto é aplicado até os 21 anos de idade. (ALMEIDA et al, 2017)

A gravidez na adolescência e as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), tem sido um assunto muito discutido nas reuniões sobre a saúde pública da população jovem, o que também é um ocorrido agravante, pois muitas adolescentes quando engravidam,

estando no período escolar, abandonam a escola devido a vários motivos. Diante deste contexto, pode-se entender a importância fundamental do desenvolvimento de projetos educativos junto às escolas abordando o tema sexualidade, pois, a escola não deve fugir do seu papel de educadora e ignorar questões sexuais, como por exemplo, gravidez e DST. (BENITES, 2017)

A idade menor de 25 anos é um dos preditores importantes para o uso menos consistente de preservativo; sendo assim, a atividade sexual desprotegida e precoce do adolescente é um importante fator de risco para a exposição a IST e à gravidez não planejada. (ALMEIDA et al, 2017)

No Brasil, a população sabe que o uso do preservativo é importante para prevenir infecções transmitidas pela via sexual. Os jovens apresentam maiores proporções de seu uso; entretanto, ainda está longe de atingir níveis satisfatórios. (ALMEIDA et al, 2017)

O aumento da incidência de DSTs na adolescência traz a importância de se intervir diante do problema. A educação sexual é a melhor forma de reduzir estes números, e a equipe da atenção básica tem formação e capacitação para isto, dando a oportunidade aos adolescentes para a socialização e compartilhamento de atitudes e valores, o que mais eles precisam nesta fase. (BENITES, 2017)

Sabe-se que no campo da prevenção as atividades de educação em saúde são indispensáveis. Nesse sentido, considerando a vulnerabilidade de jovens às IST, o ambiente escolar, o baixo conhecimento que possuem acerca das IST e a ausência de uma política pública direcionada às demandas da população jovem. (FONTE et al, 2018)

Evidências mostram que, quanto mais precoce a iniciação sexual, menores são as chances de uso de métodos contraceptivos, com maior possibilidade de gravidez. Da mesma forma, é estabelecida uma correlação entre escolaridade e contracepção, pois maiores são as chances de utilização de algum método contraceptivo, quanto maior for o grau de escolaridade da paciente.

Sabe-se que a diversidade dos métodos contraceptivos, contrastada com a dificuldade no acesso e limitada informação sobre a correta utilização dos mesmos, aponta falhas em relação ao que é proposto pelo programa de planejamento familiar e aquilo que é efetivamente implementado.

Dentro deste contexto, justifica-se a importância de se discutir este tema tanto nas escolas como em programas de intervenção na saúde e identificar a necessidade de profissionais capacitados para atuarem neste contexto, conscientizando os jovens acerca da questão das DSTs e gravidez na adolescência e suas consequências. Buscando sempre uma melhor maneira de conscientizar os adolescentes e jovens, ao importante uso do preservativo e a sua maneira correta de ser utilizada. (BENITES, 2017)

Este projeto tem como objetivo analisar a relação entre os aspectos sociais de jovens estudantes e o conhecimento acerca das formas de transmissão das infecções sexualmente transmissíveis e prevenção da gravidez na adolescência.

Objetivo geral

Identificar o número de casais que praticam o planejamento familiar, prevenindo a gravidez na adolescência e ISTs na uba do km17.

Objetivos específicos

- Realizar discussões sistemáticas com a equipe multiprofissional de saúde no intuito de analisar os dados sobre gravidez na adolescência e número de ISTs na área, apresentar a intervenção e estimular a participação de todos;
- Criar e implantar um grupo de planejamento familiar que inclua os parceiros de forma a conscientiza-los da importância do mesmo;
- Organizar palestras semanais de ações de educação e promoção da saúde; focando na prevenção de gravidez na adolescência e ISTs.

2 – REFERENCIAL TEÓRICO

A adolescência compreende um período de mudanças físicas, mentais, comportamentais e sociais que poderão impactar o indivíduo ao longo do ciclo vital. O amadurecimento das características sexuais e o início da atividade sexual estão entre as principais alterações no decorrer desse período. A literatura aponta para uma diminuição na idade da puberdade, e os adolescentes podem, dessa forma, estar expostos, cada vez mais

jovens, a contextos de vulnerabilidade, incluindo a contaminação por agentes causadores de infecções sexualmente transmissíveis (IST).

É durante a adolescência que se verifica maior incidência de DST: atinge 25% dos jovens com menos de 25 anos; 65% dos casos de SIDA manifestam-se entre os 20 e 39 anos e refletem situações de aquisição de infecção por VIH durante a adolescência (período assintomático da doença – 10/15 anos). A incidência de DST na população em geral não variou muito ao longo dos últimos anos. Assistimos mesmo a uma recrudescência da gonococica e da sífilis em todos os países desenvolvidos. As principais causas referidas são de ordem biológica, psíquica e social.

A OMS preconizou, em 2001, a substituição do termo DST por Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), com o objetivo de enfatizar as infecções assintomáticas. São mais de 20 os agentes infecciosos susceptíveis de transmissão durante as relações sexuais (bactérias, parasitas, fungos ou leveduras e vírus).

Nos últimos anos houve um crescimento do número de diagnósticos de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS entre adolescentes, como mostra o Boletim Epidemiológico de AIDS publicado pelo Ministério da Saúde, onde foram registrados 362.364 casos de AIDS no Brasil, sendo 4.331 (1,2%) entre adolescentes na faixa etária de 13 aos 19 anos.³ A este percentual deve-se acrescentar, ainda, os indivíduos com 10 a 13 anos, uma vez que o Programa Nacional de DST/AIDS os inclui no grupo infantil.

Apesar das campanhas e das divulgações em massa sobre os métodos de prevenção, a AIDS continua a se expandir rapidamente entre as mulheres e entre os jovens de 15 a 19 anos. Muitas vezes, ela se dissemina por meio das primeiras experiências sexuais, atingindo jovens desinformados, psicologicamente despreparados ou precocemente iniciados na vida sexual.⁴

A adolescência é caracterizada pela vulnerabilidade decorrente das características da própria idade, da falta de habilidades para a tomada de decisões, das dificuldades e, por que não dizer, da inexperiência destes jovens ao lidarem com os seus sentimentos e com os sentimentos dos outros, bem como da responsabilidade nem sempre existente ao se envolverem em relacionamentos afetivos e sexuais.⁴ Esse aspecto do desenvolvimento adolescente representa uma condição de vulnerabilidade às DST e à AIDS.⁵

Ao mesmo tempo, a liberação dos costumes e a erotização da mídia vêm estimulando uma iniciação sexual cada vez mais precoce, o que também contribui para o aumento das chances de jovens contraírem DST/AIDS, uma vez que, quanto menor a idade, tendem a possuir menor informação e a apresentar um preparo mais frágil.⁶ Dados estatísticos demonstram que, pelo menos, um terço dos 30 milhões de pessoas que vivem com HIV/AIDS no mundo são jovens da faixa etária de 10 a 24 anos de idade, o que permite evidenciar a situação exposta anteriormente.⁷

Há consenso no campo científico de que o preservativo é um meio eficaz para a prevenção da AIDS, de outras DST e da gravidez, permitindo práticas sexuais mais seguras. Apresenta-se também como um tema de extensa divulgação nos meios midiáticos, destacando a eficiência do método na tentativa de convencer a população a incorporá-la em suas atividades sexuais, visando atingir cada vez mais a população jovem, uma vez que ela é disseminadora de hábitos e de informações para as gerações futuras.

No entanto, apesar da ampla divulgação sobre as formas de prevenção das DST/AIDS desenvolvida no Brasil, muitos jovens ainda não adotam tais práticas, o que aponta uma dissociação entre o acesso à informação e a transformação desse saber em práticas no cotidiano dos adolescentes. Para que essa dissociação diminua, faz-se necessário o acesso à informação efetiva para que seja possível a aquisição de comportamentos favoráveis à promoção de sua saúde, inclusive em sua dimensão sexual e reprodutiva.

Diversos profissionais voltam sua atenção ao uso do preservativo, incentivando insistentemente o seu uso, principalmente entre os adolescentes. O método é tema de música, apropriado por *designers* para as suas criações e de fácil acesso para os jovens. As informações sobre ele podem ser encontradas em diversos sites da internet, e já pode ser comprado em diversos sabores ou cores. Enfim, o preservativo masculino está abundantemente presente nos meios de comunicação.⁸

As DST podem ser curáveis - Sífilis, Cancro mole, Granuloma inguinal, Linfgranuloma venéreo, vaginose bacteriana, Candidíase, Gonorreia, Chlamydia, Trichomonas – e não curáveis – HSV2, HPV, HBV, HIV 1/2. A OMS constatou um aumento das DST curáveis, num período de 10 anos (1990-1999), de 240 para 340 milhões, assim distribuídas: Sífilis

– 12 milhões; Chlamydia – 92 milhões; Gonococia – 62 milhões; Trichomonas – 174 milhões, a que se associam 25 a 35 milhões de casos de SIDA. Estes valores não incluem os casos de HPV e Hepatites víricas.

Os principais fatores de risco englobam: idade, parceiros sexuais, uso ou não de preservativo, inclusão em grupos de risco e antecedentes de DST. Os principais modos de transmissão são: sexual, sanguínea, vertical e outros.

Os quadros clínicos têm evoluído em função da prevalência de certos agentes patogénicos, da resistência acrescida aos antibióticos e do predomínio de infecções assintomáticas com conseqüente aumento das complicações. As principais manifestações clínicas são: leucorreia, prurido, dispareunia, lesões genitais ou ano-genitais (úlceras, verrugas), sintomas urinários, dor pélvica aguda ou crónica. As complicações incluem: esterilidade, gravidez ectópica, abortamentos de repetição, complicações e mortalidade perinatal, cancro genitais e outras. Estas apresentam custos financeiros, sociais, sexuais e psicológicos constituindo um problema prioritário de saúde pública já que todas as DST são evitáveis investindo na prevenção. Os prestadores de cuidados de saúde podem desempenhar um papel importante na educação e aconselhamento sobre mudanças de comportamentos sexuais de risco através da promoção do uso do preservativo (prevenção primária), como método mais eficaz na redução do risco de transmissão das DST. A prevenção secundária assenta no diagnóstico e tratamento da DST e na divulgação de informação para reconhecimento de sinais e sintomas que orientem na procura precoce de assistência. É fundamental a convocação dos parceiros sexuais (indivíduos com os quais se relacionou nos últimos 90 dias).

A assistência ao doente infectado deve ser imediata, em ambiente de privacidade, sem pressas, evitando discriminações e/ou faltas de confidencialidade com o propósito de identificar os portadores assintomáticos, interrompendo a cadeia de disseminação da doença e as suas complicações. A consulta inclui diagnóstico, tratamento, aconselhamento e estudo analítico. Na ausência de imunidade deve ser feita vacinação para hepatites A e B e HPV. O adiamento da consulta pode levar ao desaparecimento dos sintomas, desmotivando a busca de tratamento e favorecendo a evolução para formas crónicas. Assim, a chave estratégica da prevenção das DST envolve o rastreio, o diagnóstico e o tratamento do paciente e seus parceiros de forma a interromper a cadeia de transmissão.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), nos países em desenvolvimento, as DSTs são consideradas a segunda enfermidade que mais acomete mulheres entre 15 e 44 anos, dados revelam que as infecções ocorrem mais cedo nas mulheres do que nos homens e a média de idade é de 20 anos, atingindo, principalmente, adolescente e jovens. São consideradas infecções de maior incidência no Brasil a Aids, Clamídia, Gonorreia e Sífilis. A Aids, conhecida também como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, é causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), é uma doença que pode ou não se manifestar no organismo do portador. Quando desenvolvida, ataca o sistema imunológico comprometendo seu funcionamento, deixando-o suscetível a outros males. O tratamento deve ser iniciado imediatamente com medicamentos retrovirais. Nas gestantes contaminadas, a chance de transmissão do HIV para o bebê é de 20%. Quando não há tratamento, este número reduz para 1%, caso a mãe siga as medidas preventivas e recomendações médicas. No Brasil, após a identificação do primeiro caso de aids em 1980 até junho de 2012, foram registrados 656.701 casos, com destaque para a região Sudeste que apresenta o maior número da doença. Atualmente, há mais registros entre homens, do que entre mulheres, e a faixa etária mais atingida é de 25 a 49 anos de idade para ambos os sexos. A única faixa etária em que o número de aids é maior, entre as mulheres, é entre jovens de 13 a 19 anos.

Clamídia e Gonorreia são duas das mais comuns DSTs existentes no Brasil, são infecções causadas por bactérias. Atacam os órgãos genitais femininos e masculinos, se não tratadas podem causar infertilidade e dor durante as relações sexuais, entre outros danos. A clamídia é mais comum entre jovens adultos e adolescentes, pode causar problemas como corrimento e ardor ao urinar. A gonorreia pode infectar o colo do útero, o reto, o pênis, a garganta e os olhos. O interesse pelo diagnóstico e tratamento dessas DSTs não depende apenas de serem agentes patológicos de doença pélvica feminina, e sim pela possível relação com o aumento da transmissão do vírus da síndrome da imunodeficiência adquirida. A infecção por Chlamydia Trachomatis (CT) e a Neisseria Gonorrhoeae (NG) podem ocasionar sérias sequelas, apesar de vários programas ter sido implantados em diversos países para rastreio e tratamento, o número de infecções pela CT não apresenta redução. Visto que, alguns autores têm atribuído o aumento das infecções por CT mais aos novos métodos de rastreamento do que ao aparecimento de novos casos. A Sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria Treponema pallidum (TP), trata-se de uma doença com fácil prevenção. Nas gestantes infectadas e não tratadas adequadamente,

pode evoluir para perda fetal e, em outros casos, para sífilis congênita (SC), inclui também prematuridade, mortalidade, baixo peso ao nascer e complicações agudas. Além disso, a SC é responsável também por deformidades, lesões neurológicas e outras sequelas. Apesar de todo esforço na prevenção e controle da doença, o número de casos registrados de sífilis congênita no Brasil continua a crescer. Segundo o Ministério da Saúde, em 2011, foram registrados 14 mil casos da doença. Com o objetivo de eliminar a sífilis e promover o diagnóstico precoce, campanhas nacionais são mobilizadas com a intenção de prevenção. Os testes de triagem são realizados nas unidades básicas de Saúde, nos centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) ou nos ambulatórios de suas cidades, caso o resultado der positivo, o paciente precisa realizar exames complementares em laboratórios. A doença pode se manifestar em três estágios, e a fase mais contagiosa da infecção ocorre nas duas primeiras fases. O terceiro estágio pode não apresentar sintomas e, por isso, dá a falsa impressão de cura da doença. Nas gestantes, o teste deve ser realizado na 1ª consulta do pré-natal, no 3º trimestre da gestação e no momento do parto (independentemente de exames anteriores). É fundamental o cuidado também durante o parto para evitar sequelas no bebê, como a cegueira, surdez e deficiência mental. Os primeiros sintomas que ocorrem são: pequenas feridas nos órgãos sexuais e caroços nas virilhas (ínguas), que surgem entre 7 e 20 dias após o sexo desprotegido com alguém infectado. As feridas e as ínguas não doem, não coçam, não ardem e não apresentam pus, e mesmo sem tratamento a infecção pode permanecer estacionada por meses ou anos, as manchas desaparecem dando ideia de melhora, até o momento em que surgem complicações graves como cegueira, paralisia, doença cerebral e problemas cardíacos, podendo inclusive levar a pessoa à morte.

O conhecimento sobre os métodos contraceptivos e os riscos advindos de relações sexuais desprotegidas são fundamentais para que adolescentes possam vivenciar o sexo de maneira adequada e saudável, assegurando a prevenção da gravidez indesejada e das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), além de ser um direito que possibilita cada vez mais, ao ser humano, o exercício da sexualidade desvinculada da procriação. É durante a adolescência que o indivíduo se desenvolve física e emocionalmente, se inicia sexualmente, e adota comportamentos influenciados pelo meio socioambiental. Atualmente, a escola tem sido apontada como um importante espaço de intervenção sobre a sexualidade do adolescente que, nos últimos anos, adquiriu dimensão de problema social. Mais do que um problema moral, as relações

sexuais entre adolescentes são vistas como um problema de saúde pública em virtude das consequências possíveis, tais como gestações indesejadas, infecções adquiridas por via sexual e abortos clandestinos, e a escola desponta como local privilegiado para implementação de políticas públicas que promovam a saúde de crianças e adolescentes. A atual inclusão da orientação sexual na escola é justificada pelo crescimento do número de casos de gravidez indesejada ou não planejada entre adolescentes e pela disseminação de casos de contaminação pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).

A gestação na adolescência é considerada uma situação de risco biológico tanto para as adolescentes como para os recém-nascidos. Alguns autores observam que características fisiológicas e psicológicas da adolescência fariam com que uma gestação nesse período se caracterizasse como uma gestação de risco. Há evidências de que gestantes adolescentes podem sofrer mais intercorrências médicas durante gravidez e mesmo após esse evento que gestantes de outras faixas etárias. Algumas complicações como tentativas de abortamento, anemia, desnutrição, sobrepeso, hipertensão, pré-eclâmpsia, desproporção céfalo-pélvica, hipertensão e depressão pós-parto estão associadas à experiência de gravidez na adolescência. Além disso, a gestação em adolescentes pode estar relacionada a comportamentos de risco como, por exemplo, a utilização de álcool e drogas ou mesmo a precária realização de acompanhamento pré-natal durante a gravidez.

Por outro lado, no que tange à saúde do bebê, a gestação na adolescência encontra-se associada a situações de prematuridade, baixo peso ao nascer, morte perinatal, epilepsia, deficiência mental, transtornos do desenvolvimento, baixo quociente intelectual, cegueira, surdez, aborto natural, além de morte na infância. O bebê prematuro apresenta maiores riscos na adaptação à vida extra-uterina devido à imaturidade dos órgãos e sistemas; além de uma maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de doenças. Os riscos da gestação na adolescência ainda estão associados à baixa adesão ao atendimento pré-natal demonstrado pelas adolescentes. Cabe ressaltar que o acompanhamento pré-natal tem efeito protetor sobre a saúde da gestante e do recém-nascido, uma vez que contribui para uma menor incidência de mortalidade materna, baixo peso ao nascer e mortalidade perinatal.

Yazlle e Cols consideram que a ocorrência de problemas de saúde tanto na jovem como na criança pode estar mais relacionada ao estado de pobreza do que à idade da jovem propriamente. Os autores observam que uma boa parcela da população de gestantes

adolescentes encontra-se em condições socioeconômicas precárias, o que por sua vez está associado a uma maior ausência de condições adequadas de higiene, habitação, alimentação e saúde.

Em termos sociais, a gravidez na adolescência pode estar associada com pobreza, evasão escolar, desemprego, ingresso precoce em um mercado de trabalho não-qualificado, separação conjugal, situações de violência e negligência, diminuição das oportunidades de mobilidade social, além de maus tratos infantis. Contudo, as relações causais estabelecidas entre evasão escolar e gravidez na adolescência são controversas.

Há evidências de que jovens que evadem da escola possuem mais chances de tornarem-se gestantes adolescentes, sugerindo que a evasão precede a gestação. Por outro lado, outras pesquisas indicam que a gestação na adolescência seria uma das causas da evasão escolar, pesquisadores indicam que ambos os fatores - tanto a evasão anterior à gestação (20,5%) quanto a evasão posterior (40%) - estão associadas ao fenômeno de gestação na adolescência. Referem que o abandono da escola pode ser fruto do constrangimento, da pressão de professores, de diretores e da própria família, que julgam essa situação como vexatória. Contudo, pesquisadores apontam que as jovens abandonam os estudos porque se torna efetivamente mais difícil prosseguir nos mesmos, pois as adolescentes, além de cuidarem dos bebês, muitas vezes ingressam no mercado de trabalho. No entanto, efetivamente, professores, pais e jovens consideraram que a gravidez, neste momento da vida, diminui as oportunidades da adolescente e dificulta ou mesmo impossibilita aproveitar as experiências que a juventude poderia lhe proporcionar.

No entanto, a experiência de gestação na adolescência não é necessariamente um fator limitador das oportunidades de escolarização e da busca por um futuro melhor. Em um estudo realizado com adolescentes observou-se que a maternidade adolescente fortaleceu a permanência da jovem na escola, uma vez que a escolaridade esteve associada, na concepção dessas jovens, às noções de mobilidade social e ao projeto de "ser alguém na vida". Assim, permanecer na escola foi visto como uma oportunidade para oferecer uma vida melhor ao filho.

Em termos psicológicos, a gestação na adolescência está associada à noção de risco na medida em que implica na vivência simultânea de dois fenômenos importantes do desenvolvimento: o ser adolescente e o ser mãe. Tipicamente, ao menos entre as camadas

economicamente mais favorecidas da população, a adolescência é considerada um período da vida no qual os jovens deveriam, na medida do possível, explorar possibilidades antes de tomar decisões que exigem maior comprometimento, como escolher uma profissão, casar e ter filhos. Porém, a maternidade na adolescência traz consigo uma série de expectativas e responsabilidades que limitam essas possibilidades de exploração, ao mesmo tempo em que institui um novo espaço de constituição da identidade

A adolescente que engravida, além de exercer o papel de filha, passa a exercer o papel de mãe, e ressignifica, nesse processo, a sua relação com a própria mãe. A posição da adolescente gestante, no contexto familiar, é redimensionada, na medida em que ela precisa desenvolver habilidades e assumir responsabilidades relacionadas ao cuidado do bebê e de si mesma. A família também passa a ter expectativas em relação ao seu desempenho como mãe e em relação ao seu futuro. Independente de ter ou não desejado ser mãe, o papel materno se impõe para a adolescente e passa a assumir um espaço significativo na sua vida. A maternidade exige que a jovem redefina sua identidade levando em consideração o fato de que sua vida, da gravidez em diante, estará vinculada às demandas do filho. A projeção de si mesmo no futuro, elemento importante da construção da identidade na adolescência é substancialmente afetada no caso das adolescentes que engravidam, que precisam lidar com uma nova perspectiva temporal dada pelo desenrolar da gravidez e do próprio desenvolvimento do bebê após o nascimento. Planos são deixados de lado ou redimensionados em função da gestação e da maternidade/paternidade.

Contudo, adaptar-se ao papel materno, ao mesmo tempo em que é adolescente e filha, não é uma tarefa fácil para a jovem. De fato, as transformações emocionais e cognitivas características pelas quais as adolescentes passam nesse período do desenvolvimento fazem com que as jovens apresentem mais dificuldades para desempenhar de maneira satisfatória o papel materno, uma vez que não dispõem, na maior parte das vezes, dos recursos psicológicos necessários para entender e tolerar as demandas diárias e frustrações da maternidade. Enfim, as dificuldades, inseguranças e falta de habilidades para o exercício do papel materno, associadas ao pouco conhecimento sobre desenvolvimento infantil que as adolescentes possuem, podem se configurar em um quadro de risco para o desenvolvimento do bebê, uma vez que as respostas das jovens

mães às demandas de seus filhos tende a ser aquém ou além das suas necessidades. Contudo alguns estudos mostram que, se a jovem recebe apoio, ela pode superar essas dificuldades.

O motivo óbvio e direto da gravidez na adolescência é o fato de que os adolescentes mantêm relações sexuais sem cuidados contraceptivos. Portanto, dois comportamentos precisam existir para que ocorra a gravidez na adolescência: a atividade sexual do jovem e a falta de medidas contraceptivas adequadas. Uma compreensão das causas desse fenômeno deve considerar a inter-relação entre esses comportamentos.

A iniciação sexual na adolescência vem ocorrendo em idades cada vez mais precoces, e a atividade sexual regular faz parte de uma parcela significativa da população adolescente. Essas mudanças no comportamento sexual são resultado de transformações nos valores que tiveram início nos anos 60 e trouxeram consequências importantes para a área da sexualidade humana. A literatura indica que novos padrões de comportamentos sexuais surgiram a partir do surgimento da pílula anticoncepcional. Este dispositivo contraceptivo, mais eficaz que os anteriormente utilizados, permitiu que o sexo, que estava intimamente vinculado à função reprodutiva, pudesse ter um descolamento da mesma e fosse focalizado sob a ótica do prazer. Essa desvinculação ocorreu de tal forma que hoje é difícil para o adolescente associar o sexo com a possibilidade de procriação e assim adotar um comportamento contraceptivo eficaz.

Além disso, essa "liberdade sexual" não foi necessariamente acompanhada por uma discussão de valores associados ao corpo, à sexualidade e aos papéis sexuais e de gênero presentes em nossa sociedade. Mensagens contraditórias são oferecidas constantemente aos jovens; por trás de uma aparente liberalidade ou indiferença, encontra-se, muitas vezes, uma moralidade rígida e punitiva, quando os valores familiares são transgredidos. Além disso, cabe ressaltar que os padrões sexuais impostos para meninos e meninas são diferentes.

Essa contradição nos valores é experienciada pelos adolescentes através do fenômeno que Takiuti (1989) denominou como "o querer *versus* o não poder". Por um lado, a família reprime a sexualidade do adolescente; por outro, o grupo de pares pressiona tanto meninos como meninas a expressarem e experimentarem suas sexualidades. Foi observado que desejo e medo perpassam as representações dos adolescentes sobre sua iniciação sexual.

Outros estudos mostram que a ausência de um comportamento contraceptivo em jovens se encontra associada à ambiguidade de valores sociais em relação ao corpo, à sexualidade e ao gênero transmitidos aos adolescentes.

Essa ambiguidade pode ser percebida tanto nas expectativas como nos comportamentos considerados apropriados para cada sexo. Pesquisadores lembram que se espera da mulher um comportamento passivo, enquanto do homem é esperado um comportamento ativo. Assim, o despreparo apresentado por muitas adolescentes em sua primeira relação confirmaria essa atitude passiva. Preparar-se para uma relação, que pode ser indicado através da adoção de um comportamento contraceptivo adequado, implica em uma postura ativa da mulher, que pode ser interpretada como experiência sexual ou "vontade de". Esses comportamentos considerados ativos colocariam em cheque a moralidade feminina. Assim, a vivência da sexualidade na mulher é considerada moralmente correta se ocorre de forma inocente, sem premeditação, movida pela paixão. Essa produção da "inocência" na jovem sexualmente ativa substitui o valor que a virgindade possuía em momentos anteriores em relação à regulação da sexualidade feminina. Tal atitude passiva, por parte das adolescentes, pode levar a relações sexuais desprotegidas e, por consequência, a gestações indesejadas. Por outro lado, os adolescentes homens não são educados para também se responsabilizarem pelos cuidados anticoncepcionais, deixando tais cuidados muitas vezes apenas para as meninas.

A causa do não uso de anticoncepcionais, portanto, não parece ser a falta de informação sobre a necessidade de se utilizar métodos contraceptivos nas relações sexuais. Algumas pesquisas mostram que, entre adolescentes que engravidaram, muitas sabiam que corriam o risco de gravidez e que poderiam ter usado algum contraceptivo. O que ocorre é que a informação não se traduz em comportamento efetivo. E por que isso? Um motivo é que a informação que os adolescentes possuem refere-se à necessidade de uso de contraceptivos, mas não significa que eles possuam conhecimento suficiente para implementar um comportamento contraceptivo adequado. Há estudos mostrando que os conhecimentos sobre métodos de contracepção entre adolescentes são muitas vezes insuficientes para uma efetiva implementação.

Por exemplo, foi observado, em um estudo com gestantes adolescentes, que 67,3% das jovens, apesar de possuírem um bom nível de conhecimento sobre métodos contraceptivos, não utilizaram método algum na primeira relação. As principais razões

citadas para o não uso dos métodos contraceptivos foram: não pensaram nisso na hora (32,4%); desejavam a gravidez (25,4%); não esperavam ter relação sexual naquele momento (12,7%); não conheciam nenhum método contraceptivo (11,3%), os parceiros não queriam usar (8,5%), não se importavam em ficar grávidas (5,6%), achavam caro ou inconveniente usar algum contraceptivo (5,6%). Dados como esses mostram que, mesmo quando existe conhecimento suficiente e acesso a algum método contraceptivo, pode existir ambivalência quanto ao uso, pois utilizá-lo implica assumir e expressar a sua sexualidade, o que pode ser algo difícil para os adolescentes, especialmente as mulheres, como já apontado anteriormente. Além disso, outros fatores de ordem cognitiva e afetiva também podem estar presentes.

Do ponto de vista cognitivo, sabe-se que os adolescentes, particularmente os mais jovens, têm dificuldade em avaliar a extensão e o impacto das consequências do próprio comportamento. Os adolescentes podem se sentir invulneráveis, não acreditando que a gravidez possa acontecer consigo, apesar de ocorrer com outros jovens. Ou então podem considerar que, como nenhum de seus amigos adolescentes já engravidou, então isso também não vai acontecer com eles. Essas crenças estão associadas a não adoção de um comportamento contraceptivo adequado. De fato, a capacidade cognitiva de avaliar consequências adequadamente e de trabalhar com hipóteses pode não estar bem estabelecida na adolescência.

Já em termos afetivos, a gestação adolescente pode ser associada a características da própria adolescência como: dificuldades no controle dos impulsos, na separação dos pais e na constituição da própria identidade. A gravidez na adolescência, nesse sentido, poder estar relacionada a uma crise de dessimbiotização, ou seja, a dificuldades na elaboração da ruptura do vínculo de dependência simbiótica. A gestante buscaria solucionar esse conflito através da recriação da situação simbiótica (mãe-bebê), na qual pode se manter em um vínculo simbiótico com o filho. Ou seja, de acordo com esta perspectiva, a gravidez na adolescência seria resultado de um processo inconsciente no qual a jovem, impossibilitada de assumir sua autonomia emocional e de identidade por não conseguir separar-se psicologicamente da mãe, tentaria manter-se em um estado emocional fusional, transferindo esta dependência de vínculo à figura do filho ou filha.

Considera-se que uma quebra precoce na relação de apego da filha com a mãe geraria, além de um sentimento desesperado de solidão, um intenso desejo de união; a jovem

buscaria reviver o vínculo mãe-filha através da maternidade. Para a autora, a gestação na adolescência seria um "ato compulsivo", no qual seriam reforçados os laços de dependência. Cabe lembrar que, muitas vezes, esses laços de identificação e vinculação podem ser intensificados. Isso pode ocorrer tanto na situação em que a própria mãe da adolescente foi gestante adolescente como naquela na qual a jovem "doa" seu filho para a mãe criá-lo, reservando para si o papel de irmã mais velha.

Alguns estudos demonstram que a gestação na adolescência pode ser desejada e considerada uma experiência gratificante, apesar dos inúmeros problemas descritos na literatura sobre o tema. Algumas pesquisas mostram que a gravidez nesse período pode representar a busca por reconhecimento e concretização de um projeto de vida viável para algumas adolescentes, especialmente aquelas de nível socioeconômico menos favorecido.

Além disso, observa-se que a falta de oportunidades de vida e as carências emocionais se encontram associadas à maternidade na adolescência e ao desejo de ter um filho. Em um estudo com jovens participantes de um programa de inclusão sociocultural, os autores encontraram que, entre as meninas estudadas, "sentir-se só" (24%), "brigas ou tristezas com a família" (23%), "falta de opções na vida" (13%) e "gostar de crianças" (10%) foram as principais razões indicadas para o desenvolvimento de uma gravidez na adolescência. Já entre os meninos, a gestação foi relacionada principalmente com "falta de opções na vida" (25%), "brigas ou tristezas com a família" (15%), "vontade de ter a própria família" (15%), "gostar de crianças" (10%) e a "falta de oportunidades de estudar ou trabalhar" (10%). Nesse sentido, conclui-se que a maternidade na adolescência foi compreendida pelos jovens como uma alternativa viável para lidar com uma série de problemas e situações desfavoráveis presentes em seu contexto socioafetivo. Desta forma, a carência afetiva associada à ausência ou limitação nas perspectivas de construção de um projeto de vida podem ser fatores determinantes para a ocorrência de uma gestação na adolescência, ao menos, em classes desprivilegiadas.

Assim, a gestação na adolescência se apresenta como um projeto viável e valorizado, em um contexto em que não existem muitas alternativas possíveis de implementação de outros projetos de vida. Alguns estudos demonstram que a maternidade, para uma grande parcela das jovens, é desejada e se configura como um dos únicos projetos possíveis de

reconhecimento social. Além de representar, em alguns casos, um modo de conceber a concretização da identidade feminina.

Pesquisadores por exemplo, encontraram que a maternidade esteve associada a sentimentos de satisfação pessoal e possibilitou às adolescentes com experiência de vida nas ruas uma oportunidade de realização pessoal. O filho foi percebido como uma pessoa que iria acabar com a sua solidão e sentimento de abandono, pois a jovem poderia de forma genuína dar amor a este filho e dele receber amor. Ele representaria um "salvador" da morte certa que encontrariam se continuassem na vivência de sua experiência de rua.

Outros autores por sua vez, ao compararem as representações sociais de adolescentes de diferentes estratos econômicos sobre a gravidez nesse período do desenvolvimento, encontraram entre meninas de um nível econômico menos favorecido que ter um filho era uma bênção divina, algo "natural" da identidade feminina. Em suas representações, a maternidade estava vinculada ao "poder de ser mulher" e à construção da própria família. As autoras observaram que a representação da gravidez na adolescência esteve atrelada à necessidade de valorização e de um reconhecimento social, o que não ocorria com adolescentes dos estratos médios mais favorecidos. Entre essas jovens a gestação nesse momento de vida representava, além de um comprometimento dos planos futuros, uma sobrecarga financeira e uma experiência não normativa no desenvolvimento humano ("não era a hora").

Dados similares foram encontrados aos descritos anteriormente, observando que gravidez na adolescência representa tanto impasses como possibilidades entre jovens da periferia de Porto Alegre. Essas autoras utilizam o termo engravidamento para referir-se ao processo e às expectativas que jovens da periferia apresentam frente à experiência da gestação na adolescência. O engravidamento, entendido como a expectativa de estar grávida, ressalta tanto o poder constitutivo da maternidade na construção da identidade feminina como a importância dessa experiência compartilhada nesse contexto sociocultural, no qual o papel materno é extremamente valorizado. As autoras destacam que a maternidade adolescente apresenta uma dimensão coletiva e intergeracional, compartilhada entre os membros da comunidade na qual a adolescente encontra-se inserida.

Esse aspecto de compartilhamento de valores e inserção social da gestação adolescente também é apontado por Pantoja. Esse autor revelou, em um estudo socioantropológico realizado com adolescentes, que a gravidez na adolescência pode ser valorizada pelas jovens, pois traduz uma mudança em seu *status* social. A autora observou que, embora algumas meninas realizem abortos ou até procurem ocultar a gestação, o que confirmaria a visão tradicional da gravidez como um problema de saúde pública, há diferentes práticas e discursos que indicam o significado positivo desta experiência para as adolescentes e para outras pessoas do contexto sociocultural próximo. Ela encontrou, por exemplo, que na escola é construída uma rede de relações entre as adolescentes grávidas e aquelas que já vivenciaram essa experiência, sendo compartilhadas experiências e conselhos em como lidar com essa nova situação.

De fato, a autora constatou que a gravidez/maternidade envolve dimensões complexas, pois neste contexto estudado, além de uma mudança de *status* social da adolescente frente ao grupo, pôde-se perceber a reafirmação de projetos de mobilidade social pela adolescente a partir de sua gravidez. A gravidez/maternidade na adolescência pode fazer parte do projeto de vida das adolescentes, uma vez que funciona como uma espécie de "passaporte" para entrar na vida "adulta". Esse fenômeno parece demarcar, neste contexto estudado, a entrada da jovem no mundo adulto, de maneira legítima, uma vez que a adolescente passa a ser reconhecida como adulta pela família, professores e colegas de escola. Além disso, a gravidez/maternidade propicia às jovens a reafirmação de projetos de ascensão social, pois a busca por continuidade dos estudos, que demanda esforços tanto da jovem como de sua família, indica a procura por melhores condições de vida para si e para a futura criança. Assim, neste contexto, a opção pela maternidade e continuidade dos estudos significa manter-se firme no projeto de "*ser alguém na vida*".

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.

O PSF tem o propósito de reverter a forma de oferta da assistência à saúde, ou seja, incorporando ações coletivas de cunho promocional e preventivo a substituir

progressivamente o atendimento individualizado, curativo, de alto custo e de baixo impacto. Neste aspecto, é imprescindível o estabelecimento de parcerias intersetoriais com educação, ação social, trabalho, outras instâncias governamentais e a sociedade civil.

As equipes do PSF são constituídas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS), corresponsáveis pela saúde de cerca de mil famílias, o que corresponde à média de 3.450 a 4.500 pessoas.

O Ministério da Saúde (MS), tomando por base o dispositivo da lei do planejamento familiar (*Lei nº. 9.263/96*), determina, como competência dos profissionais de saúde, assistir em concepção e contracepção, empenhando-se em informar os indivíduos sobre as opções para as duas finalidades, destacando a oferta dos métodos anticoncepcionais autorizados e disponíveis no Brasil – *Billings*, tabela, temperatura, sintotérmico, camisinha masculina e feminina, diafragma, espermicida, dispositivo intrauterino (DIU), hormonais orais e injetáveis, laqueadura e vasectomia.

Apesar das condições mencionadas, negligências ocorrem nos serviços de atenção ao planejamento familiar, quando maior ênfase é dada à contracepção, permitindo o desenvolvimento de uma política controladora, na qual a mulher exerce um papel muito mais de objeto do que de sujeito da sua história sexual e reprodutiva; a variedade de métodos anticoncepcionais é limitada e sua provisão irregular; e não há definição de papéis dos profissionais que compõem a equipe, percebendo-se, pois, uma distância entre o que está proposto na política do MS e o que é prática no PSF.

Uma estrutura simples para avaliar serviços de planejamento familiar foi proposta, estabelecendo seis elementos que norteiam a qualidade nessa área: oferta e livre escolha dos métodos anticoncepcionais; informação dada ao cliente; competência técnica profissional; relacionamento interpessoal profissional-cliente; acompanhamento dos usuários; e rede apropriada de serviços, sendo a avaliação deste último o objeto deste estudo.

Para responder às expectativas dos clientes e facilitar seu acesso, uma rede apropriada de serviços de planejamento familiar deve estar disponível, e que seja conveniente e aceitável. O atendimento há de estar próximo de onde as pessoas vivem, promover a autonomia dos usuários e entregar os métodos de forma descentralizada. Portanto, às

equipes de PSF compete estabelecer integração com os serviços de pós-parto, de pós-aborto, de prevenção do câncer de colo uterino, de controle das doenças sexualmente transmissíveis, pois, tendo nas mulheres em idade reprodutiva sua clientela-alvo, ensejarão oportunidades para expandir a rede de atendimento e otimizar o contato da usuária com a equipe de saúde.

Sistemas baseados em comunidades, envolvimento de pontos comerciais e operações nos próprios serviços de saúde que incentivem o retorno das usuárias de métodos anticoncepcionais para um fornecimento de contraceptivo com fácil acesso, são relevantes para o alcance do objetivo geral de continuidade de uso dos métodos anticoncepcionais. O acompanhamento não termina no primeiro atendimento, porém muitos serviços de planejamento familiar são projetados mais ao recrutamento dos clientes do que na manutenção do uso de métodos.

Um aspecto da avaliação de uma dinâmica de atendimento em planejamento familiar inclui o julgamento quanto a fornecer ou não assistência e métodos anticoncepcionais adequadamente e dentro do espaço articulado do Programa (área adstrita do PSF, por exemplo); o segundo nível do julgamento é saber se a rede de serviços está apropriada às necessidades e anseios da população. Enfim, uma rede apropriada de serviços é o que se espera no sentido de oferecer às mulheres, homens ou casais, fácil acesso aos métodos anticoncepcionais, por meio da descentralização e variedade de pontos de entrega, reduzindo a descontinuidade de uso do método anticoncepcional e a baixa adesão pelo planejamento familiar.

3- PLANO OPERATIVO

Situação problema	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Qual número de casais que frequentam a ub's do km 17?	Conhecer o número de casais que frequentam a ub's	15/06/2020	Discussão sistemática com a equipe para conhecer os casais e acolhe-los na ub's	Nikole Sousa Dias e equipe multiprofissional
Dentre esses casais que usam métodos anticoncepcionais	Descobrir número de casais que usam métodos anticoncepcionais	22/06/2029	Discutir com os casais os métodos anticoncepcionais disponíveis na ub's	Nikole Sousa Dias e equipe multiprofissional
Esses casais tem conhecimento sobre planejamento familiar?	Descobrir o nível de conhecimento acerca do planejamento familiar	29/06/2020	Discutir acerca do planejamento familiar e sua importância	Nikole Sousa Dias e equipe multiprofissional
Quais os conhecimentos acerca de ist's e sua prevenção?	Descobrir o conhecimento dos casais acerca de ist's e sua prevenção	06/07/2020	Discussão sistemática sobre ist's, sua prevenção e tratamento dentado	Nikole Sousa Dias e equipe multiprofissional

			da atenção básica	
Qual o conhecimento sobre gravidez na adolescência?	Número de adolescentes grávidas na ubS do km 17	13/07/2020	Reunião com as adolescentes grávidas da área e sua acolhida dentro da ubS	Nikole Sousa Dias e equipe multiprofissional

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que o processo de implantação do projeto passara por algumas dificuldades, entre elas a baixa adesão de casais que frequentam a ubS, baixo interesse de paciente gestantes nos planos de ação elaborados, porém insistindo com os planos para educação continuada, tentaremos alertar para o número crescente de IST's e gravidez na adolescência e como podemos prevenir esse problema dentro da área de atuação da ubS do km 17. Apesar das perspectivas de implementação serem desanimadoras, é necessário insistir criando alternativas para incluir ao máximo os parceiros dentro do planejamento familiar e mostrar o quanto esse planejamento é benéfico para o núcleo familiar.

5-REFERÊNCIAS

ALVES, Maria Bernardete Martins; ARRUDA, Susana Margareth. **Como fazer referências:** bibliográficas, eletrônicas e demais formas de documento. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Biblioteca Universitária, c2001. Disponível em: <<http://www.bu.ufsc.br/design/framesrefer.php>>. Acesso em: 19 fev. 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520:** informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

OLIVEIRA, Jane Maria Brandão. Determinação de resíduos de inseticidas organoclorados em frutos cítricos distribuídos na área metropolitana de Belo Horizonte, MG. *Revista de Farmácia e Bioquímica*. v. 5, n. 2, p. 160-167, 1