

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DE FAMÍLIA

**PERFIL SOCIAL DAS ADOLESCENTES GRÁVIDAS EM UBS
JARDIM RINCAO**

YADIRA CAZORLA DURAN

Orientador: André Luiz Bigal.

São Paulo

2014.

Sumário

| | |
|---|-----------|
| 1. Introdução ----- | 03 |
| 2. Objetivos ----- | 06 |
| 2.1 Geral | |
| 2.2 Específicos | |
| 3. Revisão Bibliográfica ----- | 07 |
| 4. Metodologia ----- | 09 |
| 4.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção | |
| 4.2 Cenário da intervenção | |
| 4.3 Estratégias e ações | |
| 4.4 Avaliação e Monitoramento | |
| 5. Resultados Esperados ----- | 12 |
| 6. Cronograma ----- | 13 |
| 7. Referências ----- | 14 |

1 - Introdução.

A adolescência é o período do desenvolvimento humano marcado por uma revolução biopsicossocial cujas manifestações variam em função da cultura e da pessoa, compreende a faixa etária de 10 a 19 anos de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000)¹

Nesta fase, o jovem busca uma nova identidade que possa facilitar sua inserção no grupo social e no exercício dos inúmeros papéis que passará a desempenhar (DIAS, 2000)²

A gravidez na adolescência não é fato recente na história da humanidade. Na Idade da Pedra, as mulheres começavam sua vida reprodutora próximo à puberdade e, raras eram as que ultrapassavam a segunda década de vida. Há aproximadamente dois mil anos, a Virgem Maria tinha quatorze anos quando concebeu e deu à luz a Jesus (MONTEIRO *et al.* 2006)³

No século XIX, a gravidez era considerada comum para os padrões culturais e para os costumes vigentes, sendo normal o casamento de meninas de treze ou quatorze anos de idade com maridos escolhidos pelos pais (MONTEIRO, 1998)⁴

Na atualidade, os adolescentes trilham pelos caminhos da curiosidade e do desejo ainda incontrolláveis por meio da busca de si mesmo e das novas descobertas.

Alguns com pouco ou nenhum conhecimento da fisiologia do corpo, agora reprodutivo, outros com conhecimentos científicos e orientações paternas, seguem indistintamente pelo caminho da não utilização de métodos contraceptivos e isso está vinculado ao pensamento mágico “isso não acontecerá comigo”.

Conforme Costeira (2003), a atividade sexual das adolescentes é geralmente eventual, justificando para muitas a falta de uso rotineiro de métodos contraceptivos e, a grande maioria, não assume diante da família a sua sexualidade nem a posse do anticoncepcional que denuncia uma vida sexual ativa.⁵

Segundo Falcão (1995, p.37), “a prática sexual dos adolescentes tem aspectos peculiares decorrentes das próprias características emocionais dos jovens”. As relações sexuais desprotegidas levam a uma eventual gravidez e podem acarretar consequências e/ou complicações para adolescentes em níveis médico, pessoal e social.⁶

A idade da menarca, segundo Takiuti (1991), tem se adiantado em torno de quatro meses por década no nosso século pela exposição das crianças a fatores que contribuem para o desbloqueamento psíquico do erotismo tais como televisão, música e dança.⁷

O contexto familiar tem relação direta com a época em que se inicia a atividade sexual. De acordo com Ballone (2003), as adolescentes que iniciam sua vida sexual precocemente ou engravidam nesse período, geralmente vêm de famílias cujas mães também se assemelharam a essa biografia.⁸

A sociedade tem passado por profundas mudanças em sua estrutura, inclusive aceitando a sexualidade na adolescência e, conseqüentemente, também a gravidez na adolescência. Portanto, à medida que, os tabus, inibições, tradições e comportamentos conservadores estão diminuindo, a atividade sexual e a gravidez precoce vão aumentando.

Conforme afirma Oliveira (1998, p.48), “em um país eminentemente pobre como o Brasil, onde 21% da população são formadas por adolescentes, a gestação nesta fase representa um grande desafio para a saúde pública”⁹

A gravidez na adolescência é multicausal e está relacionada a uma série de aspectos que podem ser agrupados em fatores históricos, biológicos, familiares, sociais e psicológicos.

A iniciação sexual precoce entre adolescentes tem sido motivo de preocupação, devido à frequente associação deste comportamento com o desconhecimento sobre anticoncepção e vida reprodutiva (COSTA, 1996)¹⁰

Conforme Sabbag (2003), os riscos que envolvem a gravidez na adolescência são de grande amplitude, envolvendo desde o alto risco de mortalidade materna por complicações na gestação e no parto. As complicações da gravidez, parto e puerpério apresentam-se como a principal causa de morte na faixa de 15 a 19 anos, especialmente pelos estados hipertensivos, infecções puerperais, hemorragias e abortos.¹¹

Estimativa para o Brasil realizada pelo Ministério da Saúde aponta que, a cada 100 abortos, 25 são de adolescentes, atendendo, a rede pública de saúde, por ano, a 130 mil abortos de adolescentes, provocados ou espontâneos. (BRASIL, 2000).

Quanto mais jovem, maior o risco de mortalidade materna. O risco se deve, em parte, às condições da gestação ou o próprio desenvolvimento físico da

adolescente, que não possui ainda uma estrutura corporal adequada para a gravidez. As adolescentes podem ter complicações, desde aborto espontâneo até outras decorrentes do próprio estado gravídico, do parto e/ou puerpério.

De acordo com Costeira (2003), as complicações psicossociais relacionadas à gravidez na adolescência são, em geral, mais importantes que as complicações físicas.

Devem ser levados em consideração, inclusive pela equipe de profissionais que realizam o pré-natal, fatos como o abandono do lar dos pais, o abandono pelo pai da criança, a opressão e a discriminação social, a interrupção dos estudos e suas consequências futuras, tais como os empregos menos remunerados e a dependência financeira dos pais por mais tempo.

Sendo assim, a gravidez precoce atrapalha a capacitação e a formação profissional, o que leva estes jovens, por necessidade de manter a nova família, ao abandono escolar e ao subemprego, ocasionando um grave problema social que envolve e traz repercussões sérias para toda a sociedade, já que mantém o ciclo da pobreza e da exclusão social.

2 – Objetivos

2.1 Objetivo geral

Conhecer o perfil social das adolescentes grávidas da UBS Jardim Rincão no primeiro semestre do ano 2014.

2.2 Objetivos específicos

- _ Descrever as características das gestantes adolescentes.
- _ Verificar em qual meio social encontram-se os maiores índices de gravidez na adolescência e suas principais causas.
- _ Dar embasamento para as autoridades competentes e os serviços de saúde para que estes possam adotar programas educacionais mais efetivos na tentativa de reverter o quadro atual.

3 - Revisão bibliográfica.

Informes do Ministério da Saúde, que fazem referência à vida sexual dos adolescentes, sugerem que está havendo aumento no número de jovens com vida sexual ativa. Em 1998, na população com idade entre 16 e 19 anos, 56,5% dos homens e 41,6% das mulheres referiram ter tido atividade sexual nos últimos 12 meses. Já em 2005, nessa mesma faixa etária, os valores passaram para 78,4 e 68,5%, respectivamente.¹⁴

Estes números têm causado preocupação entre os profissionais da saúde e têm sido motivação para a realização de estudos, no sentido de quantificar a magnitude do problema, oferecendo assim, subsídios para conscientização de outros profissionais da saúde e de outras áreas (da educação, por exemplo), além da população em geral, tornando possível a adoção de medidas de prevenção ^{15,16}.

Do ponto de vista social, alguns estudos concluem que a gravidez nesta época pode ocasionar repercussões sociais negativas, com reflexo na evolução pessoal e profissional, além de transtornos no núcleo familiar ¹⁷. Tem sido referida a alta taxa de evasão escolar entre adolescentes grávidas, chegando a aproximadamente 30%, e o retorno à escola ocorre em pequenas proporções¹⁹. Existem referências ao fato de que os problemas observados na evolução da gestação entre adolescentes podem estar relacionados à condição social e econômica desfavorável da adolescente, e que, por outro lado, a assistência pré-natal adequada poderia minimizar esses problemas^{12,13, 17,18,20,21}. Foram observadas algumas características comuns às adolescentes que apresentavam com repetição de gestação ²⁴. Dentre essas se destacam: menarca precoce, primeiro coito logo após a menarca, repetição escolar, abandono da educação formal, ocupação não remunerada, família em condições de pobreza, envolvimento com parceiro mais velho, coabitação com o parceiro, baixa utilização de preservativo, pai ausente, aborto prévio, reação positiva da família à gestação anterior, ausência de consulta de puerpério e antecedente familiar de gestação na adolescência²⁴. A estas condições podem ser acrescentadas outras, como não voltar aos estudos depois do parto e ter amigos com parto na mesma faixa etária ²³.

Considerando que a gravidez na adolescência e a sua recorrência podem ser prevenidas, é necessário considerar a inclusão da população de adolescentes nos programas de assistência à saúde da mulher com ênfase em anticoncepção e orientações sexuais, e considerar a assistência a esta faixa etária como uma das prioridades na atenção primária à saúde. Estes programas devem focar, além dos aspectos citados, também motivação para estudo e trabalho e aspectos relacionados a comportamento, relação familiar, entre outros 22,25,26. Neste sentido, Schaffer et al.¹⁶ propõem um programa de saúde na escola, reunindo grupos de adolescentes para discussão de aspectos relacionados à saúde reprodutiva, com participação efetiva e diária de profissional de saúde.

Pelo exposto, consideramos que os ambulatórios de Ginecologia e Obstetrícia nas Unidades Básicas de Saúde deverão estar preparados para o atendimento da população de adolescentes, contando com o apoio de outros profissionais que atuam na área da saúde, e buscando entrosamento com os profissionais da área de educação, serviço social e psicologia, além do apoio de entidades governamentais e não governamentais, presentes na comunidade e que possam contribuir com um programa de prevenção da gravidez na adolescência e sua repetição. Com esse objetivo, é importante conhecer a magnitude do problema e, para isso, é possível utilizar revisões bibliográficas. Assim, deve-se estimular estudos e viabilizar a publicação de artigos relacionados ao tema, principalmente a área da saúde, e buscando entrosamento com os profissionais quando diz respeito à população brasileira.

4. Metodologia.

4.1. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

A intervenção envolve os pacientes cadastrados na unidade estratégica de saúde da família e uma equipe composta por médico, enfermeira e agentes de saúde para a intervenção por médico, enfermeira e agentes de saúde

4.2 Cenário da intervenção

Durante as consultas na unidade básica de saúde Jd Rincão do município de São Paulo o numero acentuado de adolescentes grávidas chamou a atenção.

As pacientes adolescentes não realizavam acompanhamento e orientação adequada muitas vezes engravidavam sem ter conhecimento dos riscos que estavam afrontando

Quando os pacientes foram questionados sobre os riscos, unanimemente aceitaram seu desconhecimento sobre alguns aspetos do tema e preferiram assumir seu desejo de ser mãe sem perceber as consequências que podiam ter.

As ações dirigidas as pacientes dar-se-ão na própria unidade de saúde (consultório e sala de reuniões) o local destinado para grupo de adolescentes grávidas.

4.3 Estratégias e ações

Etapa 1

Inicialmente será necessária a identificação da população de adolescentes grávidas, presente entre os pacientes cadastrados na unidade, para, assim, direcionar as ações preventivas. Essa investigação será através de abordagem no momento do acolhimento na unidade de saúde e durante as consultas, sob entrevista.

Etapa 2

Os selecionados, então, serão convocados por micro áreas para uma reunião na unidade de saúde, para descrição rápida do objetivo e a importância do projeto de intervenção.

Etapa 3

Agendamento de consultas individuais e visitas domiciliares para descrever as características das gestantes e conhecer o perfil ou meio social das pacientes.

Etapa 4

Serão realizadas reuniões semanais na UBS e na Igreja da região com o grupo escolhido e os profissionais da saúde, nas quais serão avaliados o meio social em estão envolvidas e os riscos a que estão expostas, de acordo com o profissional selecionado para cada data.

| DIA | TEMA | Palestrante |
|--------|---|------------------------|
| 1º dia | <ul style="list-style-type: none">• Acolhimento e explanação do projeto. | Equipe de Saúde |
| 2º dia | <ul style="list-style-type: none">• Entrevistas das pacientes selecionadas. | Médica |
| 3º dia | <ul style="list-style-type: none">• Compilação de dados e transcritos para meio eletrônico. | Enfermeira |
| 4º dia | <ul style="list-style-type: none">• Propostas de medidas alternativas para evitar a gravidez nesta etapa. | Medica |
| 5º dia | <ul style="list-style-type: none">• Como lidar com os riscos e problemas psicossociais para evitar uma gravidez neste período da vida. | Psicólogo e Enfermeira |
| 6º dia | <ul style="list-style-type: none">• Importância do conhecimento das variantes analisadas. | Medica |
| 7º dia | <ul style="list-style-type: none">• Discussão analítica e global do projeto;• Aplicação do questionário;• Confraternização. | Equipe de Saúde |

4.4 Avaliação e monitoramento

Os pacientes serão estimulados, durante as reuniões, a testemunhar seus pontos de vista, experiências vividas com o grupo, aspectos positivos e negativos vivenciados com a intervenção, para avaliação constante da efetividade do projeto pela equipe. Durante as reuniões semanais que são realizadas com toda a equipe de saúde, será discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis intervenções se necessárias.

5. Resultados esperados

Através de atitude ativa, persistente e duradoura de toda a equipe, os pacientes do grupo alcançarão a percepção dos riscos que traz a gravidez na adolescência e as complicações que se podem prevenir trabalhando no contexto biopsicossocial.

6. Cronograma

| Atividades | Junho/2014 | Julho/2014 | Agosto/2014 | Setembro/2014 | Outubro/2014 |
|-----------------------------------|------------|------------|-------------|---------------|--------------|
| Elaboração do projeto | X | | | | |
| Aprovação do projeto | | X | | | |
| Coleta de dados | | | X | | |
| Levantamento Bibliográfico | | | | X | |
| Discussão | | | | X | |
| Revisão Final e Digitação | | | | X | |
| Socialização do trabalho | | | | | X |

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo>>. Acesso em: 25 de nov. 2006.

- BRASIL. **Ministério da Saúde**, 2000. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 21 de jan. 20

2. DIAS, A.C.G. e GOMES, W.B. Conversas, em família, sobre sexualidade e gravidez na adolescência: percepção das jovens gestantes. **Psicologia Reflexão Crítica**, ano 13, n. 1, p. 109, 20

3. MONTEIRO, D. L. M. *et al.* Gravidez na adolescência: desejo ou acidente. **Revista da Sociedade Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência**, São Paulo, SP, ano 7, n. 1, p. 07-11, jan./fev./mar. 2006.

4. MONTEIRO, D. L. M. *et al.* Gravidez na adolescência. *In: Tratado de obstetrícia*. 1. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

5. COSTEIRA, O. Gravidez precoce: do pediatra ao obstetra. s/n. ed. **Caderno de Terapêutica**, Rio de Janeiro, RJ, p.01-22, 2003.

6. FALCÃO, T. M. L. Peculiaridades da sexualidade do adolescente. **Revista Pediátrica de Pernambuco**, Recife, PE, ano 8, n. 2, p. 37-39, out. 1995.
7. TAKIUTI, A.D. Programa de atendimento integral à saúde do adolescente. *In: MAAKAROUN, M. F. et al. Tratado de adolescência: uma proposta multidisciplinar*. Rio de Janeiro (RJ): Cultura Médica, 1991.

7. TAKIUTI, A.D. Programa de atendimento integral à saúde do adolescente. *In: MAAKAROUN, M. F. et al. Tratado de adolescência: uma proposta multidisciplinar*. Rio de Janeiro (RJ): Cultura Médica, 1991

8. BALONE, G.J. **Gravidez na adolescência**, 2003. *In*: PsiqWeb. Disponível em: <[http:// sites.uol.com.br/gballone/infantil/adolesc3.html](http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/adolesc3.html)>. Acesso em: 10 de jun. 2006.
9. OLIVEIRA, M. W. Gravidez na adolescência: dimensões do problema. **Caderno CEDES – Centro de Estudos de Educação & Sociedade**. Campinas, SP. ano 19, n. 45, p. 48-70, 1998.
10. COSTA, M. da C. de O. Atividade sexual e confiabilidade. **Boletim da associação brasileira de adolescência**, Porto Alegre, RS, n.14, p.4-5, jun. 1996.
11. SABBAG FILHO, D., *et al.* Perfil das mães adolescentes que deram à luz no hospital Materno Infantil da Faculdade de Medicina de Marília entre outubro de 1999 e setembro de 2000 e o produto de tais concepções. **Ginecologia Obstetrícia Atual**, Rio de Janeiro, RJ, ano 12, n. 8/9, p. 12-16, ago./set. 2003
- 12 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Jovens mães [documento da Internet]. 2009 [citado 25 set 2009]. Disponível em: <http://www1.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/saude/jovensmaes.html>
- 13 Yazlle MEHD, Duarte G, Gir E. Sexo seguro na adolescência. *Reprod Clim.* 1999;14(1):16-8.
- 14 Ministério da Saúde. Cresce uso de preservativo na primeira relação sexual dos jovens brasileiros [Internet]. 2005 [citado 2009 Set 25]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISE77B47C8ITEMID1044117875604A8A9426E62218CA3D0DLUMISADMIN1PTBRIE.htm>
15. Andrew G, Patel V, Ramakrishna J. Sex, studies or strife? What to integrate in adolescent health services. *Reprod Health Matters.* 6. 2003;11(21):120-9.
- 16 Schaffer MA, Jost R, Pederson BJ, Lair M. Pregnancy-free club: a strategy to prevent repeat adolescent pregnancy. *Public Health Nurs.* 7. 2008;25(4):304-11.
- 17 Michelazzo D, Yazlle MEHD, Mendes MC, Patta MC, Rocha JSY, Moura MD. Indicadores sociais de grávidas adolescentes: estudo caso-8. controle. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004;26(8):633-9.

18 Zeck W, Walcher W, Tamussino K, Lang U. Adolescent primiparas: changes in obstetrical risk between 1983-1987 and 1999-2005. *J Obstet 10. Gynaecol Res.* 2008;34(2):195-8

19 World Health Organization. Adolescent pregnancy: issues in adolescent health and development [WHO Discussion Papers on Adolescence]. 12. Geneva: WHO; 2004

20 Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. 13. Gravidez na adolescência. Painel de Indicadores do SUS. 2006;1(1):19.

21 Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. *Int J Gynaecol Obstet.* 14. 2007;98(2):182-7

22 Saunders RB, Brown HN. Innovative collaboration to prevent repeated adolescent pregnancy

23 Raneri LG, Wiemann CM. Social ecological predictors of repeat adolescent pregnancy. *Perspect Sex Reprod Health.* 2007;39(1):39-47.17.

24 Persona L, Shimo AK, Tarallo MC. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. *Rev Latinoam 18. Enfermagem.* 2004;12(5):745-50.

25 Herrman JW. Repeat pregnancy in adolescence: intentions and decision making. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2007;32(2):89-94.20.

26 Sant'Anna MJ, Carvalho KA, Melhado A, Coates V, Omar HA. Teenage pregnancy: impact of the integral attention given to the pregnant teenager and adolescent mother as a protective factor for repeat pregnancy *ScientificWorldJournal.* 2007;7:187-94.