



**Especialização em Saúde da Família – Modalidade a distância –
Profissionais da Atenção Básica – UNA-SUS.**

Prevenção da gravidez na adolescência

Aluna: Yaniuska Nunez Ochoa.

Orientadora: Rosimeyre Correia Costa.

São Paulo/2015.

Sumário

1. Introdução

2. Objetivos.

2.1 Objetivo geral.

2.2 Objetivos específicos.

3. Metodologia.

3.1 Cenário de estudo.

3.2 Sujeitos da intervenção.

3.3 Estratégias e ações.

3.4 Avaliação e Monitoramento.

4. Resultados esperados.

5. Cronograma.

6. Referências.

7. Anexos.

1. INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência constitui hoje em dia um sério problema de saúde, é uma questão mundial que afeta por igual aos países com maior o menor desenvolvimento em matéria de saúde. Cerca de 16 milhões de mulheres de 15 a 19 anos engravidam a cada ano. Dessas gravidezes 95% ocorrem em países de baixo ou médio desenvolvimento. A proporção de nascimentos de crianças de mães adolescentes segundo áreas no mundo é: 2% na China, 18% na América Latina e Caribe e mais de 50 % na África Sub-Saariana (1).

Fala-se que a metade dos partos em adolescentes do mundo ocorre em sete países: Bangladesh, Brasil, República Dominicana de Congo, Etiópia, Índia, Nigéria e Estados Unidos. Nos países desenvolvidos a ocorrência desse tipo de gravidez é menor, no Japão ocorrem apenas 4 partos entre 1000 adolescentes/ano, na Suíça 7, na Holanda 8, no Canadá 24, mas já nos Estados Unidos ocorrem cerca de 60 partos em 1000 adolescentes/ano (1)

A sua incidência real é difícil de ser definida devido às interrupções clandestinas que não são notificadas aos sistemas de saúde. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, desde o ano de 2007, o padrão de era chamado tardio, com a concentração estatística nos grupos etários de 25 a 29 e de 30 a 34 anos. Na década de 80 passou a ser tipicamente jovem, com maior fecundidade entre 20 e 24 anos. Até 2000 foi observada uma redução na taxa de fecundidade da mulher brasileira de todas as faixas etárias, a exceção daquelas do grupo de 15 a 19 anos que havia aumentado 15% nos últimos 25 anos (2). Segundo a OMS, ocorrem 71 nascimentos por 1000 jovens na faixa etária de 15 a 19 anos, no Brasil (3)

Diversos autores vêm chamando a atenção para a associação entre a gravidez na adolescência e o risco maior de baixo peso ao nascer com peso (menor 2500g), alguns estudos revelam maiores taxas de morbidade e mortalidade nesse grupo.(3) Dentro dos mecanismos explicativos, encontram-se os de natureza biológica, como imaturidade do sistema reprodutivo, ganho de peso inadequado durante a gestação e fatores socioculturais, como pobreza e marginalidade social, combinados ao estilo de vida adotado pela adolescente.(4)

A pesar da relevância de ambos os motivos biológicos e socioculturais, a falta de cuidados pré-natais da adolescentes, associada a pobreza e níveis baixos de instrução, tem mostrado papel preponderante nas causas de recém-nascido de baixo peso(4).

Estima-se que, no Brasil, um milhão de adolescentes dão à luz a cada ano, o que corresponde a 20% do total de nascidos vivos. As estatísticas também comprovam que, a cada década, cresce o número de partos de meninas cada vez mais jovens em todo o mundo. (5,6)

Essas adolescentes têm sido consideradas cientificamente como um grupo de risco para a ocorrência de problemas de saúde em si mesma e em seus conceitos uma vez que a gravidez precoce pode prejudicar seu físico ainda imaturo e seu crescimento normal. Esse grupo também está sujeito à eclampsia, anemia, trabalho de parto prematuro, infecção urinária, placenta previa, complicações obstétricas (lesões no canal de parto e hemorragias). (5,6) Além dos fatores biológicos, a literatura correlata recente acrescenta que a gravidez adolescente também apresenta repercussões no âmbito psicológico, sociocultural e econômico que afetam a jovem a família e a sociedade. (5,6)

Dado que em minha área de estudo a maior parte das gestantes são adolescentes, é que faremos este projeto de intervenção, com o objetivo de elevar o nível de conhecimento das adolescentes grávidas e parceiro sexual sobre a gravidez na adolescência, riscos e complicações: a través de uma intervenção educativa e será desenvolvido na Estratégia de Saúde Familiar (ESF) da Unidade Básica de Saúde (UBS) Quilombo, município Itupeva.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general:

Elevar o nível de conhecimento das adolescentes grávidas e parceiro sexual sobre a gravidez na adolescência, riscos e complicações; através de uma intervenção educativa.

2.2 Específicos:

Avaliar o conhecimento das adolescentes grávidas e parceiro sexual sobre o comportamento responsável no que se refere ao sexo seguro e a prevenção de gestações precoces e ou indesejadas.

Aplicar estratégias de intervenção sobre os temas de Saúde Integral e Educação Sexual do adolescente ao binômio gestante/parceiro sexual na comunidade.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A gravidez é um período crítico de transição que faz parte do processo de desenvolvimento humano (7), a gravidez na adolescência seria duplamente crítica: a crise da adolescência soma-se à crise da gravidez (8). Tal afirmação pode ser compreendida considerando-se que ambas, a gravidez e a adolescência, são transições existenciais consideradas situações de crise, uma vez que implicam em mudanças complexas e exige adaptações, reajustamentos interpessoais, intrapsíquicos, assim como mudança de identidade (9).

Para lograr uma maior compreensão e importante conhecer várias definições como:

1. Gravidez

Biologicamente a gravidez pode ser definida como o período que vai da concepção ao nascimento de um indivíduo.

2. Adolescência

A adolescência é definida com base etária (dos 10 aos 19 anos) e por características inerentes a este período como as grandes transformações físicas, psicológicas e sociais (10). É um período de transição da infância para a idade adulta, mas também uma fase do desenvolvimento na qual se refere à imaturidade e à suposição de invulnerabilidade dos adolescentes. (11)

3. Gravidez na adolescência

A gestação ocorrida em jovens de até 20 anos que encontram-se, portanto, em pleno desenvolvimento dessa fase da vida – a adolescência.

De acordo com dados oficiais:

- 26,8% da população sexualmente ativa (15-64 anos) iniciou sua vida sexual antes dos 15 anos no Brasil (12)
- Cerca de 19,3% das crianças nascidas vivas em 2010 no Brasil são filhos e filhas de mulheres de 19 anos ou menos (13)
- Em 2009, 2,8% das adolescentes de 12 a 17 anos possuíam 1 filho ou mais (14)
- Em 2010, 12% das adolescentes de 15 a 19 anos possuíam pelo menos um filho (em 2000, o índice para essa faixa etária era de 15%) (15)

A taxa de natalidade de adolescentes no Brasil pode ser considerada alta dadas as características do contexto de desenvolvimento brasileiro, sendo observado um viés de renda, raça/cor e escolaridade significativo na prevalência desse tipo de gravidez (16). Cabe destacar que a gravidez precoce não é um problema exclusivo das meninas; o pai, assim como as famílias de ambos também passam pelo difícil processo de adaptação a uma situação imprevista e inesperada.

Diante disso cabe nos perguntar: por que isso acontece? O mundo moderno, vem passando por inúmeras transformações nos mais diversos campos: econômico, político, social. Essa situação favoreceu o surgimento de uma geração cujos valores éticos e morais encontram-se desgastados. O excesso de informações e liberdade recebida por esses jovens os levam à banalização de assuntos como o sexo, por exemplo. Essa liberação sexual, acompanhada de certa falta de limite e responsabilidade é um dos motivos que favorecem a incidência de gravidez na adolescência.

Outro fator que deve ser ressaltado é o afastamento dos membros da família e a desestruturação familiar; os pais estão cada vez mais afastados de seus filhos. Isso além de dificultar o diálogo de pais e filhos, dá ao adolescente uma liberdade sem responsabilidade.

A desinformação e a fragilidade da educação sexual são também questões problemáticas. Nas escolas e os sistemas de educacionais os temas como sexualidade, gravidez, drogas, entre outros, ficam restritos, quase sempre, aos projetos, feiras de ciência, semanas temáticas, entre outras ações pontuais. Os governos, por sua vez, também se limitam às campanhas esporádicas.

Socialmente, a gravidez representa realização, saúde e maturidade para a mulher e, nos ambientes nos quais há poucas possibilidades de atingir esse reconhecimento por outras vias, a maternidade pode ser uma saída para as adolescentes. Frequentemente, a percepção de falta de alternativas educacionais, profissionais e afetivas desejáveis é um fator motivador para a maternidade(17,18). Esta pode ser vista pela adolescente como alternativa para conseguir a união com o parceiro, na tentativa de adquirir independência da família de origem e efetividade de sua identidade feminina (19)

Em parte influenciada pelo movimento feminista, a preocupação e a pesquisa sobre os papéis do homem na gestação, no relacionamento do casal e na assistência aos filhos expandiu-se nos anos 70 do século passado. Na realidade, tanto do gênero feminino como do masculino, a sociedade espera que assumam, no primeiro caso, a maternagem ou os cuidados de mães, e, no segundo caso, o papel de pais, de acordo com a cultura em que estão inseridos (20, 21). Apesar de haver uma tendência a valorizar a participação masculina desde o início da gravidez como apoio à mãe e como preparo para a paternidade e equilíbrio da vida do casal, não há estudos suficientes que enfocam a figura masculina (22).

Fala-se que a reincidência de gravidez esta em relação a ausência de acompanhamento pós-parto, e o combate à reincidência constitui hoje um grande desafio das políticas de planejamento familiar, em especial na adolescência, já que quando não se alcança a inclusão social da adolescente grávida, há maior

tendência a recidivas e, muitas vezes, em pior situação que a primeira (23). O implemento de políticas de prevenção voltadas para essa faixa etária poderia fazer com que cada vez menos adolescentes participassem dessa estatística

4. METODOLOGÍA

4.1 Cenário do estudo

O Projeto de Intervenção será desenvolvido no território de abrangência da UBS de Quilombo; da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Itupeva, estado São Paulo.

Itupeva é um município que está a uma distância de até 60 km da capital; com uma população total de 52 627 habitantes (Censo IBGE/2014). Prefeito atual Ricardo Bocalon (2013-2016) e Secretario de Saúde, Dr. Marcos Ferra.

A UBS está localizada em uma área rural . É uma unidade pequena; existe uma área de recepção; que também faz função de farmácia, uma sala de espera, um consultório, sala de curativos, salas de vacina, um banheiro y uma área de copas/cozinha.

A equipe de saúde está constituída por dois agentes comunitários de saúde, recepcionista, enfermeira, um Ginecologista, uma Pediatra e um Clínico Geral.

População cadastrada 426 habitantes, que pode variar dada a migração de pessoas desde outros estados; com um nível socioeconómico e cultural baixo.

4.2 Sujeitos da intervenção

Gestantes adolescentes na faixa etária entre 12 y 20 anos. E seus parceiros, que realizam acompanhamento pré-natal na UBS de Quilombo; no município de Itupeva, estado São Paulo.

4.3 Estratégia e ações

Etapa 1

Primeiramente será realizado um treinamento com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre a situação da Gravides na adolescência, suas características, e o efeito sobre a saúde das adolescentes, parceiro sexual e suas famílias e de como vai ser a investigação.

Etapa 2.

Depois será feito um levantamento, mediante a revisão dos prontuários das famílias cadastradas. No outro momento vão ser visitados os pacientes pelos mesmos ACS, para lhes informar sobre a investigação em andamento e solicitar

sua participação cuja aceitação será feita mediante a assinatura do consentimento informado. Anexo #1

Com aqueles pacientes que desejem participar do estudo, vão se formar grupos tendo em conta a mostra das adolescentes grávidas, parceiros sexuais e família, feito por um especialista em bioestatística.

A este grupo de pacientes será aplicado um questionário com perguntas de controle destinadas a determinar os conhecimentos destes sobre o tema de estudo.

Etapa 3.

Depois, vai-se planejar grupos de atividades educativas ao longo do estudo, que foi desenvolvido pelo autor.

Para cumprir com a educação o programa vai ser realizado mediante aulas, palestras, conferências, equipes de trocas de ideias e talheres onde participem diferentes especialistas do equipe de saúde como clínico geral, psicóloga, enfermeira, técnica em enfermagem e outros. Com base no que cada paciente tem sua própria necessidade, preocupações e maneiras de responder à mensagem educacional. Tendo em conta que sua resposta varia de acordo com a idade, nível de escolaridade e a característica da família.

Serão feitas em locais preparados para a ocasião; localizado de ser possível, na mesma área para facilitar o acesso das adolescentes grávidas e seus parceiros sexuais. Em horário da tarde das 14:00 as 16:00 horas; e que não afete a planificação das consultas, uma vez à semana. O material a utilizar serão livros, pesquisa pela internet, meios pedagógicos como banners, posters e outros.

Etapa 4.

Após à conclusão da intervenção será novamente aplicada o mesmo questionário que ao início da intervenção, para avaliar as mudanças no nível de aprendizagem, seu comportamento, bem como o conhecimento dos pacientes sobre o tema de estudo.

4.4 Avaliação e monitoramento

Monitorar o nível de informações relacionadas a sexualidade por parte dos adolescentes e parceiros sexuais utilizando-se instrumentos de perguntas e respostas nas consultas programadas e visitas domiciliares. Acompanhamento de indicadores disponíveis no SIAB/DATASUS avaliando anualmente se houve redução das taxas de gestantes adolescentes e DSTs; Monitorar mensalmente a

qualidade do acesso aos insumos oferecidos pela ESF aos adolescentes, através de entrevistas de satisfação junto aos próprios.

4.5 Resultados esperados

Com a implantação do projeto de intervenção, espera-se melhorar em o conhecimento da população em relação à sexualidade; reduzir o número de gestantes adolescentes ou reincidência e suas consequências; melhorar acesso dos adolescentes às ofertas da ESF em relação à sexualidade; como a garantia, de Anticoncepcionais orais (ACO) de baixa dosagem e uso de preservativos.

5. CRONOGRAMA

Atividades	Janeiro e fevereiro 2015	Março 2015	Abril 2015	Maió 2105
Elaboração do projeto	X			
Identificação da população	X			
Aprovação do projeto	X			
Estudo do referencial teórico	X	X	X	X
Revisão final e digitalização			X	
Entrega do trabalho final.			X	
Discussão do trabalho.				X

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO, 2014
2. IBGE, 2007
3. WHO, 2004
4. Gama SG, Szwarcwald CL, Leal MC, Filha MM. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer. Rev saúde pública. 2001; 35(1): 77.
5. Roth J Hendrickson J, Stowell DW. The risk of teen mother having low birth weight babies: implications of recent medical research for school health personnel. J Sch Health 1998; 68: 271-5.
6. Silva L, Tronete VLP. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. Ver Latino-am Enfermagem 2006 março-abril; 14(2): 200.
7. Santos IMM, Silva LR. Estou grávida sou adolescente e agora? Relato de experiência na consulta de enfermagem. In: Ramos FRS, Monticeli M, Nitschke RG, Organizadoras. Projeto Acolher: um encontro de enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília; 2000: 176-82.
8. MALDONADO, 1997
9. Oliveira, 1999
10. MALDONADO, 2000
11. AQUINO et al., 2003
12. AQUINO et al., 2003; BELO; PINTO E SILVA, 2004; CÂMARA; SARRIERA; CARLOTTO, 2007; CHALEM et al., 2007; GOLDENBERG, P.; FIGUEIREDO, M. C. T.; SILVA, R. S. 2005; LIMA et al., 2004.
13. MS/PCAP 2008.
14. MS/Sinasc. Ver: Brasil/MS, 2012. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: MS/SVS.

15. MS/Sinasc. Ver: UNICEF, 2011. Situação da Adolescência Brasileira 2011. O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília: UNICEF.

16. CEPAL. Ver: Observatório de Igualdade de Gênero da América Latina e o Caribe, 2012. Informe Anual. Santiago do Chile: CEPAL

17.Ver, entre outros: IBGE/Síntese dos Indicadores Sociais 2012.

18.Levandowski DC, Piccinini CA, Lopes RCS. Maternidade adolescente. Estud de Psicol. 2008;25(2):251-63.

19.Carvalho GM, Merighi MAB, Jesus MCP. Recorrência da parentalidade na adolescência na perspectiva dos sujeitos envolvidos. Rev Texto Contexto - Enferm. 2009;18(1):17-24.

20.Sousa MCR, Gomes KRO. Conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes com antecedentes gestacionais. Cad. Saúde Pública. 2009;25(3):645-54

21. Freitas, Coelho, & Silva, 2007

22.Guimarães, 2001

23. Duarte CM, Nascimento VB, Akerman M. Gravidez na adolescência e exclusão social: análise de disparidades intra-urbanas. Rev Panam Salud Publica. 2006;19(4):236-43)

Anexos:

1. Consentimento informado

Carta de consentimento:

Eu, _____ Cidadão brasileiro com RG _____, pelo presente faço notar que fui informado dos riscos e benefícios em participar deste projeto de pesquisa, e através do presente documento dou meu testemunho voluntariamente de participar em todas as atividades relacionadas a esta pesquisa até seu termo.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Pesquisador.