

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: PLANEJAMENTO FAMILIAR EM DUAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

ADOLESCENT PREGNANCY: FAMILY PLANNING IN TWO BASIC HEALTH UNITS

Mateus Onofre Araújo Rodrigues¹

Ione Maria Ribeiro Soares Lopes²

RESUMO

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, do querer colo para dar colo. Objetivou-se desenvolver um projeto de intervenção para o planejamento familiar em duas unidades UBS do município de Capitão Gervásio Oliveira – PI. Trata-se de um projeto de intervenção cujo o alvo serão adolescentes gestantes e não gestantes, assim como mulheres em idade fértil. Para a intervenção o médico realizará inicialmente uma reunião com toda equipe multiprofissional para repassar os objetivos, metas e para solicitar o apoio de todos. Desta maneira, o horário das quintas-feiras pela manhã servirá para reunião da equipe sobre o projeto de intervenção. Nessa reunião também serão divididas as responsabilidades de cada membro da equipe. O médico ficará responsável por desenvolver as palestras educativas, junto com a enfermeira. Essas palestras terão duração de 40 minutos. Serão realizadas duas palestras em uma escola e duas na UBS. Espera-se realizar campanhas de conscientização por meio de ações educativas, otimizar nas consultas médicas e de enfermagem estratégias de planejamento familiar e acompanhar mensalmente a evolução e execução das estratégias de planejamento familiar.

Descritores: Planejamento Familiar. Gravidez na Adolescência. Atenção Primária a Saúde.

ABSTRACT

Teenage pregnancy is, in general, faced with difficulty because pregnancy in these conditions means a rapid transition from the situation of daughter to mother, from wanting to be held. The objective was to develop an intervention project for family planning in two UBS units in the municipality of Capitão Gervásio Oliveira - PI. It is an

¹ Autor-correspondente: Médico. Pós-graduando em Saúde da Família pela UFPI. Trabalha como médica em duas Unidades Básicas de Saúde do município Capitão Gervásio Oliveira – PI. E-mail: E:mail: onofremateus@gmail.com

² Orientadora. Doutorado em Medicina (Ginecologia) pela Universidade Federal de São Paulo (2013). Atualmente é estatutário do Hospital Getúlio Vargas e professora associada da Universidade Federal do Piauí; Chefe do Departamento Materno-Infantil-CCS/UFPI e Coordenadora do Internato do Curso de Medicina da UFPI.

intervention project whose target will be pregnant and non-pregnant teenagers, as well as women of childbearing age. For the intervention, the doctor will initially hold a meeting with the entire multidisciplinary team to review the objectives, goals and to request support from everyone. In this way, the Thursday morning schedule will serve for the team meeting on the intervention project. At this meeting, the responsibilities of each team member will also be divided. The doctor will be responsible for developing the educational lectures, together with the nurse. These lectures will last for 40 minutes. Two lectures will be held at a school and two at UBS. It is expected to carry out awareness campaigns through educational actions, optimize family planning strategies in medical and nursing consultations and monthly monitor the evolution and execution of family planning strategies.

Descriptors: Family Planning. Teenage pregnancy. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A intervenção será desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município Capitão Gervásio Oliveira – PI que possui 4.100 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018).

Esse município possui uma rede de saúde constituído por apenas um Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF), duas Unidade Básica de Saúde da Família (UBS) e três equipes de saúde da família. Não possui hospital, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro Especializado de Assistência Social (CREAS) e nem Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (SIAB, 2018). Quando são necessários a utilização destes serviços indisponíveis os pacientes são referenciados para o município de São João do Piauí que fica a 60 km de Capitão Gervásio Oliveira.

No que se refere aos indicadores epidemiológicos o número de mortes manteve-se praticamente o mesmo entre os anos de 2010 a 2017. No entanto, percebe-se intensa queda no número de nascidos vivos, com número menor em 2017, além da constatação de um óbito neonatal, situação que retrata a problemática relacionada à fase final da gestação, parto ou até mesmo condições pós-nascimento do recém-nascido. A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 20.83 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 1.5 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 61 de 224 e 151 de 224, respectivamente (IBGE, 2018).

No âmbito das doenças mais comuns existe uma grande predominância de casos de dengue e hanseníase, que se destacam em número de casos em

comparação com outras doenças como sífilis, AIDS/HIV (talvez por estas últimas serem patologias que demonstram sua clínica de forma menos aguda e serem mais polêmicas frente a sociedade) (SIAB, 2018).

Pacientes acometidos por Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes, principalmente Mellitus tipo 2, assim como em todo o território nacional, são bem prevalentes de uma forma em geral. Na realidade do município é possível evidenciar uma elevada quantidade de casos de pacientes descompensados, seja por falta de orientação ou por falha de recursos da região, principalmente se tratando daqueles que residem em regiões de difícil acesso e vivem com dificuldade de buscar atendimento ou de dar continuidade de forma assídua ao tratamento. No entanto, em questão de números, há uma certa desorganização quanto a quantidades de pacientes com determinada patologia, devido a um histórico recente de gestão um pouco desatenta a tais marcadores.

No que se refere a vigilância epidemiológica existem reuniões mensais ou até mesmo quinzenais que englobam toda a equipe de saúde, desde os agentes de endemia e Agente Comunitário de Saúde ao enfermeiro e médico da equipe de Estratégia em Saúde da Família para realizar avaliações e monitoramentos de determinados agravos de saúde.

A intervenção será realizada na UBS Cacimba da Areia, que fica localizada na zona rural e atendo nos dias de quinta-feira, e na UBS Dr. Albuquerque, onde realizo atendimento médico de segunda a quarta-feira. As populações destas duas UBS são humildes, basicamente sobrevivem da lavoura, ou são funcionários públicos ou trabalham em empresas de outros municípios. As casas da comunidade da zona rural são mais simples, sendo que a maioria não possui piso de cerâmica e nem forro, porem sobressaem as que são de tijolos. A UBS Dr. Albuquerque fica localizada em zona urbana, funciona como unidade mista, prestando serviço nas 24 h, como regime de plantão para os técnicos de enfermagem e enfermeiros. O médico realiza seus atendimentos apenas diurno.

Essas duas UBS são responsáveis por 1833 pessoas e 800 famílias, constituída por uma equipe multiprofissional, com seguintes profissionais: uma enfermeira, seis agentes comunitários de saúde (ACS), duas técnicas de enfermagem, uma recepcionista, dois agentes de portaria, uma dentista e uma auxiliar de higiene bucal.

A estrutura física da UBS Dr. Albuquerque é mais completa e estar adequada as recomendações do Ministério da Saúde (MS), possuindo quatro banheiros, sendo dois para funcionários e dois para usuários (masculinos e femininos), três consultórios (sendo um consultório médico, outro da dentista e o outro da enfermeira da equipe em questão), sala de esterilização, sala de procedimentos, duas salas de observação, uma farmácia, um sala de repouso para os funcionários plantonistas. Também possui uma sala de vacinas, uma farmácia e uma recepção onde fica também os prontuários dos pacientes.

Um dos problemas que chamou a atenção para o desenvolvimento de uma intervenção foi a quantidade elevada de adolescentes grávidas, até o momento já foram atendidas mais de 30 pacientes nessa situação, sendo que algumas delas são recidivas.

Estima-se que no Brasil um milhão de nascidos 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 (BRASIL, 2017). Além dos números crescentes, a faixa etária de idade cada vez menor de meninas que engravidam chama a atenção da sociedade e do governo, mundialmente, gerando a criação de programas de atuação na saúde pública com pretensão de ampla cobertura e envolvimento de vários profissionais de saúde (BARBARO; LETTIERE; NAKANO, 2014).

A adolescência é o período que se caracteriza pela transição da infância para a idade adulta, ou seja, pela perda da identidade infantil e busca da identidade adulta, sendo assim, uma fase de profunda instabilidade emocional e mudanças corporais. É uma etapa evolutiva peculiar ao ser humano. Ela é considerada o momento crucial do desenvolvimento do indivíduo, aquele que marca não só a aquisição da imagem corporal definitiva como também a estruturação final da personalidade (SOUSA et al., 2018).

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, do querer colo para dar colo. Nessa 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 (GURGEL et al., 2016).

A promoção de reflexões voltadas para a construção do conhecimento, relacionada às significações e ressignificações das experiências de gravidez e à noção de responsabilidade das adolescentes grávidas permitem torná-las sujeitos do

processo de cuidado de si e de seu filho. A grande riqueza dessa prática é promover a tomada de decisões “conscientes” por elas (SOUSA et al., 2018).

Estimular o autocuidado, reforçando a autonomia e independência do adolescente é tarefa primordial da equipe de saúde, e a interação deste público em grupos educativos e terapêuticos pode promover isso. Além disso, deve-se compartilhar conhecimentos do mundo como planejar a gravidez, evitando outra, incluindo a questão do gênero, com vistas a diminuir o atual desequilíbrio de poder entre os sexos; desenvolver grupos educativos com participação efetiva dos adolescentes; e trabalhar a questão da gravidez, e o que ela pode representar para a sua vida e dos seus familiares (BARBARO; LETTIERE; NAKANO, 2014).

Fica evidente que promover um pré-natal adequado melhora os desfechos e previne as consequências de gravidezes indesejadas, pois as consultas pré-natais são ocasiões ideais para estabelecer planos para o nascimento e que o mesmo ocorra de maneira segura e para ajudar as mães a se prepararem para a maternidade. Desta forma, é importante melhorar sua qualidade e aumentar sua cobertura, por meio de uma equipe multidisciplinar, de boa qualidade, com a participação ativa da gestante e seus familiares (ROSSETTO; SHERMANN, 2014).

Portanto, o objetivo geral é desenvolver um projeto de intervenção para o planejamento familiar em duas UBS do município de Capitão Gervásio Oliveira – PI. Os objetivos específicos são: realizar campanhas de conscientização por meio de ações educativas, otimizar nas consultas médicas e de enfermagem estratégias de planejamento familiar e acompanhar mensalmente a evolução e execução das estratégias de planejamento familiar.

METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção para o planejamento familiar em duas UBS do município de Capitão Gervásio Oliveira – PI. Serão alvo da intervenção adolescentes gestantes e não gestantes, assim como mulheres em idade fértil.

Para a intervenção o médico realizará, inicialmente uma reunião com toda equipe multiprofissional para repassar os objetivos, metas e para solicitar o apoio de todos. Desta maneira, o horário das quintas-feiras pela manhã serviu para reunião da equipe sobre o projeto de intervenção. Nessa reunião também foram divididas as responsabilidades de cada membro da equipe.

No que se refere as responsabilidades da equipe multiprofissional para o desenvolvimento da intervenção, o médico ficará responsável por desenvolver as palestras educativas, junto com a enfermeira, com os seguintes temas: Gravidez na adolescência, prevenção da gravidez na adolescência, planejamento familiar, contracepção oral e consequências da gravidez na adolescência. Essas palestras terão duração de 40 minutos, sendo 30 min de palestra e mais 10 minutos para os participantes do grupo esclarecerem suas dúvidas com o profissional responsável pela palestra. Serão realizadas duas palestras em uma escola e duas na UBS.

Para organizar o registro específico das ações, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todas as adolescentes grávidas que vieram ao serviço para pré-natal nos últimos 3 meses. A profissional localizará os prontuários dessas gestantes e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas em atraso.

O acolhimento dos adolescentes, gestantes ou não, será realizado pela técnica de enfermagem. Mulheres com atraso menstrual serão atendidas no mesmo turno para ampliar a captação precoce das adolescentes grávidas.

Os ACS serão os responsáveis por realizarem contatos com a escola da área de abrangência e apresentarem o projeto de intervenção, esclarecendo a importância da prevenção da gravidez na adolescência. Será solicitado o apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de adolescentes gestantes ou não e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização de atendimento desde grupo populacional.

Quadro 1: Planilha com o resumo da intervenção

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Quantidade elevada de gestantes	Realizar campanhas de conscientização por meio de ações educativas.	Planejar ações de educação em saúde a respeito do planejamento familiar nas escolas para 80% dos adolescentes da área/ 3 meses	Serão desenvolvidas quatro ações educativas. Sendo duas em uma escola e duas na UBS. Essas palestras terão tempo de duração máxima de 60 min. Será organizado um cronograma dessas ações, o qual será fixado na porta	1-médico 2-Enfermeira 3-Psicóloga (NASF)

adolescentes grávidas.			dos dois consultórios e da sala de reuniões. A psicóloga do NASF também será convidada a participar.	
	Otimizar nas consultas médicas e de enfermagem estratégias de planejamento familiar.	Realizar uma reunião com 100% da equipe para explicar sobre os objetivos e as metas da intervenção/ Um dia	<p>O médico realizará uma reunião com a equipe para convidá-los a participar das ações programadas da intervenção e também para explicar sobre as responsabilidades de cada membro na intervenção.</p> <p>Durante as consultas será explicado sobre os métodos contraceptivos e ajudarão essas adolescentes a escolher o método mais conveniente.</p> <p>Os ACS ficarão responsáveis em realizar visita domiciliares das faltosas as consultas e de informar sobre os grupos educativos.</p>	1-médico 2-Enfermeira 3-ACS
	Acompanhar mensalmente a evolução e execução das estratégias de planejamento familiar.	Acompanhar 100% das estratégias programadas para o planejamento familiar	<p>Será realizado o monitoramento mensal das ações programadas.</p> <p>Mensalmente nas consultas de pré-natal, puericultura ou em outros atendimentos essas mulheres serão orientadas sobre o planejamento familiar.</p>	1-médico 2-Enfermeira

REVISÃO DE LITERATURA

Importância do Planejamento Familiar

A assistência ao planejamento familiar é desenvolvida em especial pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que traz um modelo de política pública de saúde que envolve a vinculação dos profissionais com a comunidade e de valorização e incentivo à participação comunitária (SORPRESO; SOARES JÚNIOR; BARACAT, 2015).

O direito ao planejamento familiar no Brasil está garantido pela Constituição Federal de 88, no parágrafo 7º do art. 226. Esse artigo é regulado pela Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que define as regras para que os(as) cidadãos(as) possam ser assistidos(as) quanto ao planejamento das suas famílias, tanto com relação à contracepção quanto com relação aos meios para assistir à concepção, incluindo a questão da infertilidade (BRASIL, 2017).

Nesse seguimento o PAISM é considerado como um marco histórico nas políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, pois introduz novo enfoque, centrado na integralidade e na equidade das ações, pois dentre as ações preconizadas pelo programa, encontrava-se o planejamento familiar. Outros objetivos do PAISM incluem ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), câncer de colo de útero e de mama e outros agravos (SANCHES; SILVA, 2016).

Um dos grandes avanços para o planejamento familiar no Brasil foram as portarias n. 144 e, posteriormente, da Portaria nº. 048 lançadas em 1997 que incluíram a laqueadura tubária e a vasectomia no grupo de procedimentos cirúrgicos do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo a esterilização nas seguintes situações: no caso de homens e mulheres maiores de 25 anos ou com pelo menos dois filhos vivos, e no caso de risco para a mãe ou para o filho, tendo testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos, observando um prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade do casal e a realização da cirurgia (BRANDÃO, 2019).

A Organização das Nações Unidas (ONU, 2015) lançou uma agenda de metas entre os anos de 2016 a 2030, contendo 17 objetivos de desenvolvimento sustentáveis. Uma das principais metas é a 3.7 que pretende até 2030 seja assegurado o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva incluindo o planejamento familiar, a informação e a educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.

Os métodos contraceptivos são classificados em temporários reversíveis, de barreira, intrauterinos e os definitivos, porém, a maioria deles com uso restrito à população masculina (OYUGI et al., 2017). Nesta perspectiva, dentro do contexto do planejamento familiar a escolha do método contraceptivo deve ser sempre individualizada, tendo como fatores a ser consideradas a idade, o número de filhos, compreensão e tolerância ao método, desejo de procriação futura e a presença de

doenças crônicas que possam agravar-se com o uso de determinado método. Como todos os métodos têm suas limitações, é importante que se saibam quais são elas, para que eventualmente possa-se optar por um dos métodos (SANCHES; SILVA, 2016).

É importante esclarecer que para a efetividade das ações de planejamento familiar é necessário o acesso às informações que possibilite ao indivíduo condições de realizar escolhas conscientes a partir da sua realidade e, de tal forma, que promova o desenvolvimento da sua autonomia, resultando na melhoria das suas condições de vida e saúde (BRANDÃO, 2019).

Reflexões sobre a gravidez na adolescência

Na atualidade, a gestação na adolescência se tornou um fenômeno que acontece em todos os níveis sociais, porém ocorre com maior frequência nos grupos menos favorecidos, e suas consequências podem ser mais negativas para os adolescentes com menor disponibilidade de recursos (DUARTE; PAMPLONA; RODRIGUES, 2018).

A gravidez na adolescência gera transformações biopsicossociais, destacando-se as sociais, no que se refere à evasão escolar, afastamento social e pauperização na família, mas também pode trazer alterações emocionais, tais como medos e conflitos diante do novo. Além disso, a gravidez é um problema indesejado e que as adolescentes têm medo de partilhar sua descoberta com a família ou o companheiro. Esse medo de partilhar a gestação com os familiares também favorece a condições de vulnerabilidade em relação a sua saúde, pois deixam de realizar o pré-natal e muitos outros cuidados na gestação (BRANDÃO, 2019).

A gravidez durante a adolescência, por si só, não poderá ser descrita como fator de risco ou de proteção social, pois estes são específicos de cada contexto, já que a gravidez na adolescência traz um curso individual e único, para cada adolescente, dependendo das características contextuais em que está inserida (SANCHES; SILVA, 2016).

Uma das principais implicações para as adolescentes que engravidam, principalmente aquelas em faixa etária precoce, é o não reconhecimento dos riscos inerentes à gravidez. Existem também casos em que as adolescentes buscam a gravidez para adquirir valor social, pois é encarada por estas meninas como forma de

amadurecimento pessoal, não planejado ou desejado, e como caminho para elas adquirirem status, poder, reconhecimento pessoal e fortalecimento de sua feminilidade (BRASIL, 2017).

A ideia de que a gravidez indesejada é resultante da desinformação sobre os métodos contraceptivos e de que quanto mais precoce é a iniciação sexual, mais vulneráveis à concepção estarão as adolescentes parece ser um consenso. Da mesma forma, observa-se que quanto maior o grau de escolaridade dos adolescentes que praticam o ato sexual, maiores são as chances de utilização de preservativos tanto na primeira relação quanto nas subsequentes (TABARDA et al., 2014).

Houve um consenso em muitas das pesquisas analisadas em apontar que a pouca inserção em programas de saúde sexual e reprodutiva, a necessidades contraceptivas não atendidas, início do pré-natal tardio e o número reduzido de consultas pré-natal delineiam um cenário de vulnerabilidade individual e programática das adolescentes mais jovens (FERREIRA et al., 2014).

Além disso, estudos indicam que há influência de fatores socioeconômicos, culturais e de gênero e, na zona rural, há ainda uma tendência à preservação de condutas mais conservadoras no que diz respeito às relações de gênero e comportamento sexual. Nessas comunidades rurais, a dispersão geográfica, a dificuldade de acesso e limitações na qualidade dos serviços de saúde evidenciam maior precariedade quando comparada às condições de saúde urbanas. Por vezes, os adolescentes são privados de acesso à educação formal, aos serviços de saúde, ao lazer e às oportunidades de trabalho, necessidades de grande importância para o seu desenvolvimento (MOURA; GOMES, 2014).

Sousa et al. (2018) mostraram ao investigar o comportamento sexual dos adolescentes da zona rural que existem situações que fragilizam o exercício autônomo e saudável da sexualidade nessa população. A carência de informações e a exposição a comportamentos desfavoráveis, como o uso de álcool, são condições adversas que necessitam ser contempladas nas estratégias de promoção de saúde e prevenção de agravos.

Desta maneira, a atenção à saúde sexual e reprodutiva do adolescente compreende um conjunto de ações que tem na atenção primária à saúde um locus privilegiado. A sua proximidade às famílias e o melhor conhecimento da cultura e das vulnerabilidades do território possibilita o desenvolvimento de ações mais efetivas para a população (SECOR et al., 2014). Na zona rural, em que há maior dificuldade

de acesso aos serviços, o setor saúde precisa atuar mais ativamente em parceria com o setor educação, potencializar os espaços já disponíveis e desenvolver estratégias para a criação de novos espaços de cuidado, visando a alcançar os adolescentes não escolarizados (SOUSA et al., 2018).

É fundamental que as políticas sociais atentem para as necessidades e as demandas específicas em saúde reprodutiva dessa população, na construção de estratégias que atuem para a redução da vulnerabilidade ocasionada por situações em que as variáveis de garantia dos direitos e de inserção social podem ser desfavoráveis para a qualidade de vida dessa população (SORPRESO; SOARES JÚNIOR; BARACAT, 2015).

Sendo assim, a discussão sobre qual método contraceptivo (hormonal ou não) é apropriado a cada mulher, em cada fase de seu ciclo de vida e em condições específicas de parceria sexual (ocasional, estável, múltiplas) é circunstancial e precisa ser ponderada em cada contexto cultural particular. Assim, as ações de aconselhamento, orientação, avaliação clínica e acompanhamento de saúde são imprescindíveis para que cada usuária do SUS se sinta amparada em suas escolhas e obtenha acesso aos métodos no tempo oportuno (BRANDÃO; CABRAL, 2017).

Consequências da gravidez na adolescência

De maneira geral, a gestação na adolescência é classificada como de risco, pois representa uma situação de risco biológico (tanto para as mães como para os recém-nascidos), e existem evidências de que este fenômeno ainda repercute negativamente nos índices de evasão escolar (tanto anterior como posterior à gestação), impactando no nível de escolaridade da mãe, diminuindo suas oportunidades futuras (TABARDA et al., 2014).

A responsabilidade precoce imposta por uma gravidez imatura resulta em problemas de enfrentamento, já que o adolescente passa a ter novas responsabilidades como também medo e insegurança. No contexto familiar, a gestação na adolescência representa um problema a ser enfrentado que afeta não somente o adolescente, mas todo um contexto social e familiar que está inserido. E que a família representa neste momento a base para a organização ou mesmo desorganização desse processo pais-adolescentes (DUARTE; PAMPLONA; RODRIGUES, 2018).

Em estudo foi possível perceber alta prevalência de adolescentes grávidas com sofrimento psíquico intenso, estando associado à baixa classe social, à não repetência escolar, ao relacionamento ruim com a mãe, à não aceitação da gestação pelo parceiro e à falta de apoio da família frente à gestação. A prevalência de autovalorização negativa foi 15,4%, permanecendo associada ao relacionamento ruim com a mãe e a não possuir uma pessoa confidente (ROSSETTO; SCHERMANN, 2014).

Observando as consequências de uma gestação na fase da adolescência muitas pesquisas analisadas recomendam a implantação de um atendimento diferenciado para o acolhimento e acompanhamento da adolescente grávida, por uma equipe multidisciplinar, com valorização dos registros nos prontuários e fichas de atendimento do pré-natal (MOURA; GOMES, 2014).

Segundo Martínez et al. (2015), apresenta em seu estudo a falta do planejamento familiar para a concepção deste filho, gera riscos durante o pré-parto, parto e pós-parto. A falta de diálogo com a equipe de saúde para a diminuição do medo nestes períodos, pode gerar sérias consequências como transtornos pós-traumáticos e depressões profundas.

A realização do pré-natal representa papel fundamental em termos de prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante, pois a possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação (BRASIL, 2017).

Desta forma, é fundamental a implantação de políticas públicas multidimensionais que atendam à necessidade dessa clientela, desde a preparação escolar. Também é necessária a capacitação dos serviços e profissionais de saúde no sentido de que forneçam adequado acesso às informações, planejamento familiar, saúde sexual e direitos reprodutivos (BRANDÃO, 2019).

Portanto, o enfrentamento da gravidez na adolescência transcende o setor saúde, requerendo práticas e saberes intersetoriais e a possibilidade de estabelecimento de linhas de cuidado que incluam aspectos que abrangem desde as relações intersubjetivas e da microgestão do cuidado, até aspectos da macrogestão da saúde, que no momento fogem do âmbito e dos objetivos do presente estudo, mas cuja necessidade fica colocada (SORPRESO; SOARES JÚNIOR; BARACAT, 2015).

Acompanhamento de adolescentes grávidas pela atenção básica e as ações de educação em saúde

A adolescente grávida não deve ser manipulada como objeto de vulnerabilidade, risco em um contexto isolado da realidade e de suas vivências, o que implica também a sensibilização dos(as) profissionais de saúde quanto aos sentidos da integralidade, podendo assim reorientar suas práticas e escapar dos reducionismos (SANCHES; SILVA, 2016).

Desse modo, na melhoria da qualidade da atenção, inclui-se a relativização do risco divulgada na literatura obstétrica e a valorização da adolescente grávida não somente na dimensão biológica, mas em suas necessidades mais amplas, considerando-se as especificidades da faixa etária e sua singularidade (SECOR et al., 2014).

Os(as) profissionais de saúde têm importante papel na escuta de necessidades, devendo permitir a expressão de sentimentos que emergem na vivência da gravidez de modo a se estabelecer uma relação de confiança. Evita-se, assim, que o pré-natal se torne um intercâmbio de múltiplas informações fragmentadas e imposições, pois um dos objetivos da atenção à saúde a esse grupo é possibilitar a construção de condições favoráveis para que a adolescente sinta-se acolhida e lide com as experiências da gravidez, parto e maternidade de modo favorável à sua saúde e a do(a) filho(a) (NASCIMENTO et al., 2016).

Todavia, na concretização das políticas públicas, ainda existe escassez de ações dirigidas às especificidades desse grupo populacional, tendo predominado o caráter técnico da atenção contrariando o que é preconizado pelos programas oficiais. Por conseguinte, faz-se necessário o redirecionamento das práticas profissionais com adolescentes grávidas, adotando-se a integralidade no cotidiano do cuidado de modo que este seja orientado pelo acolhimento, vínculo e responsabilização ante as suas demandas (MARTÍNEZ et al., 2015).

É imprescindível que a equipe ESF esteja indo até a casa das adolescentes, tanto para o acompanhamento de exames quanto para conversar com toda a família de que é possível estar traçando objetivos e meta para toda a vida da adolescente, desde que se mantenha a proteção durante a atividade de práticas sexuais mexo em relacionamentos estáveis (SPERONI et al., 2016). Além disto, é a partir deste contato quem o adolescente estará indo até a UBS, para que seja possível utilizar as

estratégias que devem ser traçadas pelo enfermeiro responsável, para prevenção da gravidez precoce (RIBEIRO et al., 2016).

Como mencionado anteriormente o planejamento familiar está garantido pela Constituição Federal, na Lei 9.263/1996, onde regulamenta como dever do Estado promover meios educacionais onde homens e mulheres possam exercer seus direitos à concepção e contracepção, e ainda a disponibilização de meios, métodos e técnicas para a regulação de sua fecundidade (SANTOS et al., 2016). Nesse contexto, torna-se essencial, que a formação profissional proporcione o desenvolvimento de habilidades para a oferta de informação adequada em planejamento familiar, de modo a atender as necessidades dos clientes, sob a perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como a atualização contínua (BEZERRA et al., 2018).

Gradativamente, a equipe de saúde com o avanço das informações e estudos, vai aprendendo a necessidade de se inserir cada vez mais na vida de toda as famílias que estejam em sua área próximo a UBS, para que as adolescentes estejam recebendo as informações necessárias referente a métodos contraceptivos e em casos em que a gravidez seja desejada, para que a jovem esteja recebendo todo o tratamento necessário de pré-natal (FERREIRA et al., 2014; NASCIMENTO et al., 2016).

A criação de espaços para discussão de assuntos para promoção e prevenção da saúde dos adolescentes, se faz necessário em todas as UBS, para que os jovens tenham a possibilidade de passar por experiências agradáveis, aprendendo sobre respeito ao próximo e fortalecendo sua autoestima. Esses encontros, devem sempre ocorrer em horários flexíveis que não atrapalhem na carga horária escolar ou de trabalho do adolescente (TAQUETTE et al., 2017).

Apesar de existirem campanhas sobre o uso de métodos contraceptivos e a maior parte dos adolescentes terem acesso a essa informação, isso não previne a gravidez precoce devido ao fato de que o jovem não tem a informação de onde buscar esse método e como fazer o uso correto do mesmo (FERREIRA et al., 2014).

Outro fator importante para que ocorra um encontro efetivo entre o adolescente e o profissional da saúde, é a capacitação de todos que trabalham na UBS para um atendimento cordial com os jovens, de forma clara e acessível, fazendo assim a adesão do serviço de proteção à saúde do adolescente, que é previsto em lei pelo ECA. O profissional deve estar preparado para a desmistificação de mitos e tabus, impostos pela sociedade, sobre a sexualidade onde o adolescente acaba pelo meio

social criando preconceitos sobre falar e perguntar a respeito de métodos de prevenção (BRASIL, 2017).

CONCLUSÃO

Com a implantação deste plano operativo espera-se realizar campanhas de conscientização por meio de ações educativas, otimizar nas consultas médicas e de enfermagem estratégias de planejamento familiar e acompanhar mensalmente a evolução e execução das estratégias de planejamento familiar.

REFERÊNCIAS

BARBARO, M^a. C.; LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S. Assistência pré-natal à adolescente e os atributos da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 31-9, jan.-fev. 2014.

BEZERRA, I. N. M. et al. Ações de educação em saúde e o planejamento familiar: um relato de experiência. **Revista Ciência Plural**. São Paulo, v. 4, n. 3, mai. 2018.

BRANDÃO, E. R. Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração no Sistema Único de Saúde: o debate sobre a (in)disciplina da mulher. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 23-30, mar. 2019

BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. S. Da gravidez imprevista à contracepção: aportes para um debate. Perspectivas. **Cad Saude Publica**. São Paulo, v. 33, n. 2, p. 211-16, set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

DUARTE, E. S.; PAMPLONA, T. Q.; RODRIGUES, A. L. A gravidez na adolescência e suas consequências biopsicossociais. **Ciência em Foco**. São Paulo, v. 2, n. 1, p. 45-52, set. 2018.

FERREIRA, E. B. et al. Causas predisponentes à gestação entre adolescentes. **J. Res. Fundam. Care**, São Paulo, v. 6, n. 4, 1571-1579, 2014.

GURGEL, M. G. L. et al. Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 799-05, dez. 2016.

MARTÍNEZ, H. T. et al. Perfil obstétrico de adolescentes grávidas em um hospital público: risco no início do trabalho de parto, parto, pós-parto e puerpério. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 829-36, 2015.

MOURA, L. N. B.; GOMES, K. R. O. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, mar. 2014.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. Brasília: ONU Brasil; 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wpcontent/uploads/2015/10/agenda2030-ptbr.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2020.

NASCIMENTO, M. V. N. et al. As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica. **Estud. Psicol.** Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 272-81, 2016.

OYUGI, B. et al. Accessibility of long-term family planning methods: a comparison study between Output Based Approach (OBA) clients verses non-OBA clients in the voucher supported facilities in Kenya. **BMC Health Serv Res.** v. 17, n. 1, p. 236-46, mar. 2017.

RIBEIRO, V. C. S. et al. Papel do enfermeiro da estratégia de saúde da família na prevenção da gravidez na adolescência. **Rev. Enferm. Cent. O. Min.** Belo Horizonte, v. 1, n. 6, p. 1957-1975, jan-abr. 2016.

ROSSETTO, M. S.; SCHERMANN, L. B. Maternidade na adolescência: indicadores emocionais negativos e fatores associados em mães de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.10, out. 2014.

SANCHES, M. ANT.; SILVA, D. P. S. Planejamento familiar: do que estamos falando? **Rev. Bioét.** Brasília, v. 24, n. 1, jan-abr. 2016

SANTOS, R. B. et al. Processo de readequação de um planejamento familiar: construção de autonomia feminina em uma Unidade Básica de Saúde no Ceará. **Rev Eletrônica Comun Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 1981—2020, set. 2016.

SORPRESO, I. C.; SOARES-JÚNIOR, J. M.; BARACAT, E. C. Mulheres com vulnerabilidade sexual: anticoncepção reversível de longa duração pode ser a solução? **Rev Bras Ginecol Obstet.** Rio de Janeiro, v. 37, n. 9, p. 395-96, set. 2015.

SOUSA, B. C. et al. Comportamento sexual e fatores associados em adolescentes da zona rural. **Rev. Saude Publica.** São Paulo, v. 52, n. 39, P. 5-11, mai. 2018.

SECOR, T. M. A. et al. Rural adolescents access to adolescent friendly health services. **J Pediatr Health Care.** v. 28, n. 6, p. 534-40, set. 2014.

SPERONI, K. S. et al. Percepções dos agentes comunitários de saúde: contribuições para a gestão em saúde. **Rev. Cuid.** Rio de Janeiro, v. 7, n.2, p.1325-337, mai. 2016.

TABARDA, J. A. et al. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n.1, p. 16-24, mai. 2014.

TAQUETTE, S. R. et al. Saúde sexual e reprodutiva para a população adolescente, Rio de Janeiro, Brasil. **Cien Saude Colet.** São Paulo, v. 22, n. 6, p. 1923-932, jun. 2017.