

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ALEX VELOSO MENDES

**PERFIL DEMOGRÁFICO E REPRODUTIVO DE ADOLESCENTES
ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DO MUNICÍPIO
DE MATOZINHOS/MG**

**LAGOA SANTA/MG
2014**

ALEX VELOSO MENDES

**PERFIL DEMOGRÁFICO E REPRODUTIVO DE ADOLESCENTES
ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DO MUNICÍPIO
DE MATOZINHOS/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Maria José Nogueira

LAGOA SANTA/MG

2014

ALEX VELOSO MENDES

**PERFIL DEMOGRÁFICO E REPRODUTIVO DE ADOLESCENTES
ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DO MUNICÍPIO
DE MATOZINHOS/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.: Maria José Nogueira

Banca Examinadora

Profª Maria José Nogueira- Orientadora

Profª Matilde Meire Miranda Cadete- Examinadora -UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 25 de janeiro de 2014.

RESUMO

De acordo com os dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2011), do total de 191 milhões de habitantes no Brasil, 30% são menores de 18 anos, sendo aproximadamente 21 milhões de adolescentes, ou seja, indivíduos na faixa de 10 a 18 anos. A ocorrência da gravidez nessa fase da vida é considerada um importante problema de saúde pública no Brasil. Este estudo objetivou traçar o perfil sócio demográfico e reprodutivo de adolescentes grávidas ou que já tinham pelo menos um filho em uma Unidade Básica de Saúde no município de Matozinhos–MG. Foi realizado um estudo exploratório-descritivo, tomando como período de referência janeiro a abril de 2013. Os dados foram coletados nos banco de dados do SIAB e Sis prenatal. Os resultados apontam que no período de referência do estudo, o SIAB registrava 12 gestantes adolescentes e 50 adolescentes que tinham pelo menos um filho. Estes dados foram confirmados pelo Sis prenatal no mesmo período. Identificou-se, também, que 80% das adolescentes têm entre 14 a 18 anos; 92% são solteiras; 56% das adolescentes são alfabetizadas, 89% das adolescentes não têm nenhuma atividade profissional. Ainda de acordo com os dados 78% não faziam na época nenhum tipo de contracepção. A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública, de caráter social, que necessita da implementação de políticas públicas saudáveis para sua redução e melhoria da qualidade de vida das adolescentes.

DESCRITORES: Gravidez. Adolescência. Sexualidade. Contracepção.

ABSTRACT

According to data from the United Nations Fund for Children (UNICEF , 2011) , the total of 191 million people in Brazil , 30 % are under 18 , and approximately 21 million adolescents , ie , individuals aged 10-18 years. The occurrence of pregnancy in this stage of life is considered an important public health problem in Brazil . This study aimed to determine the demographic and socio reproductive profile of pregnant teenagers or who have had at least one child in a Basic Health Unit in the Municipality of Matozinhos - MG . An exploratory -descriptive study was carried out , taking as reference period from January to April 2013. Data were collected in the database and SIAB SISPRENATAL . The results show that in the period of the study , the SIAB recorded 12 pregnant adolescents and 50 adolescents who had at least one child . These data were confirmed by SISPRENATAL the same period. Identified himself , too, that 80% of adolescents aged between 14 and 18 years , 92% are single , 56% of adolescents are literate , 89 % of teens have no occupation . Also according to the data in 78 % did not time any contraception. Teen pregnancy is a public health problem , social character, which needs the implementation of healthy public policies for its reduction and improving the quality of life of adolescents.

Descriptors: Pregnancy. Adadolescence. Sexuality. Contraception.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVO	12
3 METODOLOGIA	13
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	15
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	222
REFERÊNCIAS.....	244

1 INTRODUÇÃO

De acordo com os dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2011), do total de 191 milhões de habitantes no Brasil, 30% são menores de 18 anos, sendo aproximadamente 21 milhões de adolescentes, ou seja, indivíduos na faixa de 10 a 18 anos.

A Adolescência é uma fase da vida que tem características próprias, marcada pela passagem da infância para a idade adulta, com mudanças físicas, cognitivas e emocionais, inclusive no campo da sexualidade, vivenciada de formas diferenciadas por cada sujeito, em cada sociedade, num determinado tempo histórico (OZELLA, 2002; HEILBORN, 2006; BRASIL, 2010).

Nesta etapa da vida, a sexualidade se relaciona a um campo de descobertas e experiências que implicam em tomada de decisões, requerendo responsabilidade e o exercício da autonomia. A sexualidade também “deve ser abordada em sua dimensão socialmente construída, contemplando as perspectivas físicas, psicológicas, emocionais, culturais e sociais, evitando, contudo, o reducionismo biológico” (NOGUEIRA et al., 2012, p.123).

A ocorrência da gravidez na adolescência é considerada um importante problema de saúde pública no Brasil, sendo que desde 1970 vem aumentando o número de gravidezes e diminuindo a idade das adolescentes grávidas (BRASIL, 2011).

De acordo com Takiuti (2009), estima-se que no Brasil, um milhão de nascidos vivos, a cada ano, tem mães com idade entre 10 e 19 anos, número que corresponde a 20% do total de nascidos vivos em nosso país. Embora as taxas de fecundidade desde a década de 1970 tenham diminuído, a proporção de nascidos vivos, filhos de mães menores de 20 anos, não parou de crescer.

Atualmente, estima-se que mulheres com idade entre 10 e 19 anos respondam por cerca de 23 a 30% do total das gestações (BRASIL, 2009a). Em 1996, dos partos assistidos na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), 25,7% foram relativos a jovens nessa faixa etária, subindo este percentual, no ano seguinte, para 26,5%

correspondendo a quase 3 milhões de partos anuais (BRASIL, 2009b). Só entre adolescentes com idade entre 10 a 14 anos, de 2003 a 2008, o aumento no número de partos foi de cerca de 31% (BRASIL, 2009c).

As taxas de gravidez na adolescência variam de serviço para serviço no Brasil, mas estima-se que de 32 a 35% do total de mulheres gestantes sejam adolescentes, apontando que 21% das adolescentes de 15 a 19 anos já haviam ficado grávida alguma vez (SANTOS JÚNIOR, 2010).

No Brasil, é no estrato social mais pobre que se encontram o maior índice de fecundidade na população adolescente. Assim, no estrato de renda familiar menor de um salário mínimo, cerca de 26% das adolescentes entre 15 e 19 anos tiveram filhos, e no estrato mais elevado, somente 2,3% eram mães (BRASIL, 2010).

A gravidez na adolescência pode trazer sérias implicações biológicas, familiares, psicológicas e econômicas além das jurídico-sociais, que atingem o indivíduo adolescente e a sociedade como um todo, limitando ou adiando as possibilidades de desenvolver o engajamento destas jovens na sociedade. Somando-se aos dados quantitativos e aos fatores influenciadores da gravidez, inserem-se os argumentos profissionais das áreas do setor saúde e social, que vem sendo utilizados para justificar a magnitude dessa questão e a adoção de práticas e políticas para o seu efetivo controle no país. Na prática clínica dos profissionais, associa-se a gravidez na adolescência à probabilidade de aumento das intercorrências e morte materna, assim como aos índices elevados de prematuridade, mortalidade neonatal e baixo peso dos recém-nascidos, entre outras consequências.

Quando a gravidez ocorre contrária à vontade da adolescente, ou sem apoio social e familiar, frequentemente leva as adolescentes à prática do aborto ilegal e em condições impróprias, constituindo-se este em uma das principais causas de óbitos por problemas relacionados à gravidez. Só no ano de 2008 mais de 50 mil adolescentes foram atendidas em hospitais públicos para curetagem pós-aborto, sendo cerca de 3 mil realizadas entre jovens com idade entre 10 e 14 anos (BRASIL, 2009)

Corrêa (1997) relata que as adolescentes têm maior risco de toxemia, pré-eclâmpsia, anemia, desproporção céfalo-pélvica, hemorragia, parto prolongado e morte materna.

Segundo Rouquayrol (2004), as adolescentes que levam a gravidez até o final, a gestação e o parto podem apresentar complicação importantes. Para a adolescente que ainda não completou o seu crescimento, as necessidades de satisfazer as demandas nutricionais do feto podem prejudicar o seu estado nutricional. Se o corpo da adolescente é pequeno pode haver dificuldade na passagem do feto durante o parto.

Sobre o conceito, existem riscos tanto físicos, imediatos, quanto psicossociais, que se manifestam em longo prazo, nos filhos de adolescente. Devido à dificuldade em adaptar-se a sua nova condição, a mãe adolescente pode vir a abandonar o filho, dando-o a adoção, e quando o recém-nascido não é abandonado, está mais sujeito, em relação à população geral, a maus-tratos (ROUQUAYROL, 2004).

Frente a esses dados, não se pode mais ignorar o fato de que as adolescentes também morrem por complicações evitáveis da gravidez, do parto ou puerpério; indicadores inter-relacionados à falta de acesso ao pré-natal de qualidade, ao planejamento familiar, à falta de informações, a necessidade de práticas educativas, à dificuldade de implementação do parto humanizado, ampliando-se as possibilidades de risco e morte, devido a uma multicausalidade típica da gravidez na adolescência.

Tanto a adolescência como a gravidez ocorrem para o desenvolvimento do indivíduo e perpetuação da espécie humana. Quando a gravidez acontece na adolescência temos a sobreposição de dois processos igualmente importantes e desencadeadores de mudanças físico-psíquicas e biológicas para o indivíduo. Desse modo, o nascimento de uma criança nessa etapa da vida pode ser desestruturante, pois pode apresentar pesada carga emocional, física e social, fazendo com que não sejam vivenciados importantes estágios de maturação psicosssexual.

O acesso à educação é de grande importância para se evitar tal problemática. A adolescente com maior escolaridade e maiores oportunidades de obtenção de renda é menos propensa à gravidez não planejada.

Ter acesso ao método contraceptivo, para o uso de forma regular, é um dos fatos mais importantes para estruturação de um sistema de planejamento familiar; muitas vezes, o método contraceptivo pode estar disponível, mas o adolescente não sabe como usá-lo corretamente (SANTOS JÚNIOR, 2009).

Para Takiuti (1997), ao nível consciente a adolescente pode até citar vantagens e desvantagens de cada método, mas por falta de maturidade emocional, pelo sentimento de culpa em relação a sua sexualidade ativa e por uma série de imagens que produzem medo nas adolescentes (faz mal à saúde, engorda, produz câncer, deixa estéril), a utilização de muitos métodos contraceptivos se torna complicada, ameaçando a disposição para assumir qualquer um que seja.

A utilização inadequada de métodos contraceptivos, o início precoce da atividade sexual, juntamente com a orientação errada ou muitas vezes ausente sobre sexualidade tem levado ao crescimento da gravidez na segunda metade da adolescência.

É importante que as pessoas que lidam com adolescentes tenham sensibilidade para perceber o adolescente em sua totalidade física e psicológica, respeitando suas origens, seus preconceitos e tabus.

A família, principalmente na figura dos pais, poderia discutir e orientar seus filhos com relação às dúvidas, angústias, tabus e preconceitos tão freqüentes, nessa etapa da vida. A maioria das adolescentes coloca que seus pais têm dificuldade de discutir esses temas em casa. O atual modo de vida da família não propicia que os pais fiquem muito tempo com os filhos, o que podem levar ao distanciamento nessas relações, desde a infância. A tentativa de resgate quanto acontece, se dá na adolescência, quando surgem evidências de que algo de “anormal” está ocorrendo com a filha. Outro fato que dificulta a convivência familiar é o processo de modernização das sociedades urbanas. Os adolescentes incorporam mais rapidamente as novas tecnologias, os novos valores sociais e culturais, muito

diferentes dos valores dos pais, o que favorece o distanciamento e até a separação precoce da família (SANTOS JUNIOR, 2009).

A jovem que engravida e não tem proteção da família, nem da sociedade, tem grande possibilidade de abandonar a escola, tornando difícil seu retorno.

Durante a gravidez, a adolescente vive um momento de muitas perdas. É um corte em seu desenvolvimento, perda de identidade, a interrupção nos estudos, a perda de confiabilidade da família, muitas vezes a perda do companheiro/parceiro que não quis assumir a gestação, perda de expectativa do futuro, e por fim, perda da proteção familiar.

Esta realidade, de origem multicausal, revela deficiências na implementação de políticas públicas, exigindo um movimento do governo e da sociedade para promover a saúde e o desenvolvimento da juventude.

Além da aquisição de informações, do acesso aos métodos contraceptivos, da geração de oportunidades para novas formas de agir, é preciso propiciar aos jovens espaços de diálogos, reflexões críticas e autoconhecimento, pois “é no desconhecido mundo dos motivos que levam as pessoas a se comportar de uma maneira ou de outra que se movem a saúde e a doença, a felicidade e a infelicidade, o sucesso e o fracasso, entre outros fenômenos” (SCHALL, 2005, p.240).

A garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes integra-se ao direito à saúde e aos direitos humanos. Para garantir os direitos dos adolescentes é necessário criar serviços de saúde sensíveis às suas necessidades, espaços privados e acolhedores onde se sintam confortáveis e serem fisicamente acessíveis, atender em horários convenientes, atender sem hora marcada, oferecer serviços gratuitos e prover encaminhamentos a outros serviços relevantes (BRASIL, 2009; BRASIL, 2010).

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Traçar o perfil sócio demográfico e reprodutivo de adolescentes grávidas ou que já tinham pelo menos um filho em 01 Unidade Básica de Saúde no município de Matozinhos - MG.

2.2 Objetivos Específicos

Quantificar na área adscrita da UBS Vista Alegre o total de adolescentes grávidas ou que tinham pelo menos um filho no período do estudo.

Traçar o perfil socioeconômico dos sujeitos identificados.

Traçar o perfil reprodutivo dos sujeitos identificados

3 METODOLOGIA

O estudo consiste de uma pesquisa exploratório-descritiva com a utilização de dados secundários.

3.1 Local de realização

O local deste estudo foi a Unidade Básica de Saúde Vista Alegre do Município de Matozinhos- MG. Este município está inserido na região metropolitana de Belo Horizonte, localizado a 35 km da capital mineira. Conta com uma população de cerca de cinquenta mil habitantes de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012).

No município há sete Equipes de Saúde da Família (ESF), sendo uma delas na zona rural do município. Cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem, um assistente administrativo e de cinco a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Ressalta-se que cada equipe está inserida no território que atende. Em relação à ESF Vista Alegre percebe-se que se trata de uma unidade de saúde recém inaugurada com amplo espaço físico e bem localizada no bairro adscrito, porém está afastada do centro da cidade por cerca de 2,5 km e apresenta apenas uma via de acesso ao bairro.

3.2 Sujeitos/coleta de dados

Os sujeitos da pesquisa foram identificados por meio da consulta às seguintes fontes de dados

- a) Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2013) (início em janeiro).
- b) Sistema de informação do Pré-Natal do Ministério da Saúde (Sisprenatal) no mesmo período.

A Consulta aos bancos permitiu levantar as seguintes variáveis que compuseram o perfil sócio demográfico: faixa etária, estado civil, escolaridade renda familiar, condições de moradia, ocupação/atividade profissional .

Para compor o perfil reprodutivo foram utilizadas as variáveis: idade da menarca, idade da sexarca e uso de método contraceptivo.

A análise dos resultados foi realizada utilizando-se o cálculo de porcentagem e os dados foram apresentados em tabelas e discutidos á luz da literatura pertinente.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No mês de janeiro de 2013, data de referência deste estudo, o SIAB registrava 12 gestantes adolescentes e 50 adolescentes que tinham pelo menos um filho. Os dados foram confirmados pelo Sispre natal no mesmo período. Desse modo, a população foi constituída de 62 adolescentes assistidas pela Estratégia de Saúde da Família do PSF Vista Alegre do Município de Matozinhos-MG.

Na apresentação dos resultados, inicialmente serão apresentados e discutidos os dados do perfil socioeconômico, e a seguir os referentes ao perfil reprodutivo das participantes.

Tabela 1- Idades das gestantes adolescentes. Matozinhos – Minas Gerais, jan. a abr. 2013.

Idade (anos)	Nº	%
14	15	24
15	12	19
16	13	21
17	10	16
18	06	10
19	06	10
TOTAL	62	100

Fonte: (SIAB, 2013)

A Tabela 1 mostra que o maior número de adolescentes que estava grávida ou que já tiveram pelo menos um filho está na faixa etária de 14 a 17 anos.

Para Ballone (2011), a diminuição da fecundidade do Brasil é um fato bastante conhecido. Para o grupo de mulheres entre 15 e 19 anos, porém a tendência da fecundidade segue um sentido inverso, apresentando um aumento na ordem de 26% entre as taxas

Tabela 2- Estado civil das gestantes adolescentes. Matozinhos – Minas Gerais, jan. a abr. 2013.

Solteira	34	55
Casada	09	15
Com Companheiro Fixo	13	21
Sem Companheiro Fixo	06	09
Total	62	100

Fonte (SIAB, 2013)

Pode-se observar na Tabela 2 que a maioria das adolescentes são solteiras com 55%, apenas 15% são casadas, 21% tem companheiro fixo e 9% não tem companheiro fixo.

Tabela 3- Escolaridade das gestantes adolescentes. Matozinhos – Minas Gerais, jan. a abr. 2013.

Analfabeta Funcional	04	06
Alfabetizada	58	94
Total	62	100

Fonte (SIAB, 2013)

Os dados também mostram que 94% das adolescentes são alfabetizadas e 6% são analfabetas funcionais. Dentre as alfabetizadas, 6% estudaram dois anos, 25% estudaram cinco anos, 45% estudaram seis anos, 16% estudaram 13 anos e 8% 14 anos.

Tabela 4- Tempo de estudos em anos das gestantes adolescentes. Matozinhos – Minas Gerais, jan. a abr. 2013

02	04	06
05	16	25
06	28	45
13	09	16
14	05	08
Total	62	100

Fonte (SIAB, 2013)

A evasão escolar pela adolescente é um dos fatores que podem levar a uma gravidez nesta fase da vida. A falta de projetos de vida e a ociosidade pela não frequência à escola são causas e riscos potenciais que levam a adolescente a um estágio de vulnerabilidade para a aquisição da gravidez.

Tabela 5- Variáveis que caracterizam o perfil socioeconômico das gestantes adolescentes. Matozinhos – Minas Gerais, jan. a abr. 2013.

Estuda	Nº	%
Sim	12	20
Não	50	80

Renda (salário mínimo- SM)

Menor que 1 SM	35	56
1 SM	17	27
2 a 3 SM	08	13
Mais de 3 SM	02	04
Ocupação/Atividade Profissional		

Estudante	12	20
Dona de casa	45	73
Outras	05	07
Total	62	100,00

Fonte: SIAB – Matozinhos- MG

A **Tabela 5** mostra que 20% (12) das adolescentes são estudantes, 73% são domésticas e 5% têm outras profissões.

Do ponto de vista social, a gravidez na adolescência acarreta maior dificuldade de inserção no mercado de trabalho, interferindo nos padrões familiares e de vida, aumentando, portanto, o círculo de pobreza.

Em relação à renda familiar têm-se: 56% ganham menos de um salário mínimo, 27% ganham um salário, 13% ganham de dois a três salários e apenas 4% ganham mais de três salários.

Na atualidade, o número mais elevado de gravidez na adolescência ocorre nas camadas sociais mais baixas.

Tabela 6- Variáveis que caracterizam o perfil obstétrico e sexual das gestantes adolescentes. Matozinhos – Minas Gerais, jan. a abr. 2013.

MENARCA

IDADE	Nº	%
10	16	26
11	15	24
12	23	37
13	06	9
15	02	4
Total	62	100,00

Sexarca

IDADE	Nº	%
13	20	32
14	31	50
15	8	13
16	02	3
17	01	2
Total	62	100,00

Fonte: SISPRENATAL – Matozinhos - MG

De acordo com a **Tabela 6** pode-se observar que 16% das adolescentes tiveram sua primeira menstruação aos 10 anos de idade, 24% com 11 anos de idade, 37% com 12 anos de idade, 9% com 13 anos e 4% com 15 anos.

Historicamente, a idade média da menarca das adolescentes vem apresentando uma tendência de queda diminuindo cerca de quatro meses a cada década, encontrando-se, atualmente, na faixa etária de 12,5 a 13 anos, em segmentos populacionais economicamente desenvolvidos (SANTOS JUNIOR, 2009).

Em relação aos dados apresentados da sexarca, verificaram-se que 32% das entrevistadas tiveram sua primeira relação sexual com 13 anos, 50% com 14 anos, 13% com 15 anos, 3% com 16 anos e 2% com 17 anos.

Ao lado da ocorrência mais cedo da menarca, as adolescentes tem tido sua iniciação sexual cada vez mais jovem. Santos Júnior (2009) coloca que essa evolução tem sido apontada, na medida em que ela passa a ser associada a mudanças do comportamento sexual dos adolescentes, tendo como principal consequência à gravidez na adolescência.

Tabela 7 - Distribuição das adolescentes gestantes conforme o uso de métodos contraceptivo antes da gravidez. Matozinhos – Minas Gerais, jan. a abr. 2013

Uso de Métodos Contraceptivo	Nº	%
Sempre	05	08
Nunca	40	65
Às vezes	17	27
Total	62	100

Fonte: SISPRENATAL – Matozinhos - MG

Verificou-se alto índice (65%) de adolescentes que não faziam uso de nenhum tipo de contracepção, e 8% usavam sempre e, 27% usavam às vezes. Dentre os que usavam sempre e às vezes, 76% usavam pílula e 24% usavam preservativos, como fica evidenciado na **Tabela 7**.

Os adolescentes têm acesso com facilidade às pílulas anticoncepcionais, ao diafragma, à camisinha. Os meios de comunicação fazem frequentemente campanhas de esclarecimentos. Os serviços de saúde estão à disposição para prestar informação. No entanto, as estatísticas brasileiras demonstram que apenas 14% das jovens de 15 e 19 anos utilizam métodos contraceptivos; e somente 7,9% delas a pílula (BALLONE, 2012)

Tabela 8- Distribuição das adolescentes grávidas de acordo com quem mora. Matozinhos – Minas Gerais, jan. a abr. 2013

Pessoa (s)	Nº	%
Pai/Mãe	08	13
Mãe/Avó	32	52
Marido	09	15
Parceiro	13	20
Total	62	100

Fonte: SISPRENATAL – Matozinhos - MG Matozinhos – Minas Gerais, jan. a abr. 2013.

Pode-se observar na **Tabela 8**, que 13% das adolescentes moram com o pai e mãe, 52% moram com a mãe/avó, 15% moram com o marido, 20% com o parceiro,

O fato de a adolescente possuir uma família estruturada contribui severamente na manutenção dos vínculos gregários e reduz o risco para aquisição da gravidez.

Tabela 9- Distribuição das adolescentes grávidas de acordo com o motivo da gravidez. Matozinhos – Minas Gerais, jan. a abr. 2013

Variáveis	Nº	%
Não se preveniu	49	79
Queria engravidar	13	21
Total	62	100

Fonte: SISPRENATAL – Matozinhos - MG Matozinhos – Minas Gerais, jan. a abr. 2013.

Com relação aos dados anteriores podemos constatar que 79% das adolescentes engravidaram porque não se preveniram e 21% queriam engravidar.

Muitos são os fatores que levam a adolescente à gravidez, dentre eles a vontade de engravidar como uma forma de autoafirmação ou até mesmo fuga. A falta de prevenção é outro fator importante.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública de ordem crescente no mundo. Quanto mais precoce ocorrer a gravidez, mais prejuízo ela trará para a adolescente quanto para o bebê, diminuindo as perspectivas de futuro de ambos.

A gravidez em adolescentes tem aumentado a incidência de complicações (riscos), elevando os índices de óbito nesta faixa etária; vale ressaltar que este aumento também é produzido pela tentativa ou realização de aborto clandestino.

A mãe adolescente solteira tem ainda mais dificuldade, pois além de viver a adolescência, tem ainda que fazer o papel de pai e mãe, para tentar diminuir a ausência do pai no desenvolvimento da criança.

A partir dos dados analisados, para a realidade em questão, podemos apontar possíveis causas de uma gravidez, bem como elencar alguns fatores de riscos que podem ter contribuído para a maior vulnerabilidade a uma gravidez na adolescência.

- idade precoce- momento em que a adolescente está desabrochando para o mundo e vivencia situações adversas, que as levar ao enfrentamento de maiores riscos, curiosidades e vivências amorosas e de sedução;
- solteira - o parceiro, quase sempre mais velho, envolve a adolescente a ter uma relação sexual precoce e desprovida de métodos contraceptivos, em seguida, quando ocorrendo a gravidez o mesmo a deixa;
- Não estuda- a adolescente que tem baixa escolaridade ou está fora da escola, deixa de ser instruída e fica com mais tempo livre, favorecendo a ociosidade;

- baixa renda- as famílias que estão na linha da pobreza, são consideradas de risco e tendem a apresentar ou vivenciar problemas de caráter biopsicossocial;
- sexarca precoce- o início das atividades sexuais devem cada vez mais ser orientado para que haja um tardiamento, e com isto reduz os riscos para aquisição de DST/AIDS e da gravidez cedo demais;
- não utilizam métodos contraceptivos- esta prática ocorre muitas vezes, primeiro pela falta de conhecimento dos mesmos, segundo, pela falta de acesso e terceiro resistência dos familiares em oferece-los às suas filhas;

Não podemos desconsiderar que a realidade é ainda mais complexa existindo além dos citados anteriormente outros fatores que levam ou podem levar a um quadro vulnerável para a gestação na adolescência. Estes fatores necessitam ser identificados com o objetivo de subsidiar políticas públicas efetivas e eficazes direcionadas a este público. O setor saúde, principalmente a atenção básica deve contar com profissionais qualificados e serviços de qualidade e preparados para acolher os adolescentes em suas especificidades.

Assim a equipe de saúde da família deve estar apta a adotar como estratégia para o combate à gravidez na adolescência a parceria entre os vários atores institucionais: Programa Saúde na Escola e a Educação.

REFERÊNCIAS

BALLONE, G. J.– *Gravidez na Adolescência*- in:PSIQ Web Bequetruue Geral internete, 2012- disponível <http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/adoesces3.html>.). Acesso em mar. 2013.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PNSE) 2009*. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes Nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 5, n. 2, supl. 3, 1-14. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência ao pré-natal: normas e manuais técnicos*. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A adolescente grávida e os serviços de saúde do município*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde e Desenvolvimento da Juventude Brasileira: construindo uma agenda nacional*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente transmissíveis/AIDS. *A situação da aids no Brasil*. Disponível em :<<http://www.saúde.gov.br>> Acesso em: 2013.

CORRÊA, A. C. P. A enfermagem brasileira e a saúde do adolescente. In: RAMOS, F. R. S. et al. (Org.). *Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro*. Brasília: ABEN/Governo Federal, 1997.

Fundo das Nações Unidas para a Infância. Relatório da situação mundial da infância. *Adolescência uma fase de oportunidades*. Brasília: UNICEF, 2011. Disponível em: www.unicef.org.br. Acesso em: 12 jun. 2011.

HEILBORN, M. L. *Estudos Feministas*. Florianópolis: UFRJ, 2006.

Matozinhos. Secretaria da Saúde. *Sistema de Informação da Atenção Básica- SIAB*. Matozinhos: Secretaria de Saúde do Município, mar. 2013.

NOGUEIRA, M.J. et al. Escolas e Unidades Básicas de Saúde: diálogos possíveis e necessários para a promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro. v. 36, n. 92, p.117-124, 2012

OZELLA, S. *Desmistificando a concepção de adolescência*. São Paulo: USP, 2002

ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia e saúde*. 4 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2008.

SANTOS JÚNIOR, J. D. Fatores etiológicos relacionados a gravidez na adolescência; vulnerabilidade e maternidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Política de Saúde. *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento*. Brasília. v. 1, p.212-29, 2010

SCHALL, V.T. A Prevenção de DST/AIDS e do uso indevido de drogas a partir da pré- adolescência: uma abordagem lúdico-afetiva. In: ACESELRAD G. (Org.). *Avessos do prazer: drogas, Aids e Direitos Humanos*. 2 ed. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Cap. 12, p.231-25, 2005.

TAKIUTI, A. D. *A gravidez na adolescência hoje*. Texto xerografado. 4 p. 2009.