

GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: PLANO DE AÇÃO PREVENTIVA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO JOÃO PAULO II/ MUNICÍPIO DE BARBACENA- MINAS GERAIS

ADOLESCENT PREGNANCY: PREVENTIVE ACTION PLAN IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN THE NEIGHBORHOOD JOHN PAUL II / MUNICIPALITY OF BARBACENA - MINAS GERAIS

SAMILA QUEIROZ SANTOS^{1*}, EUGÊNIO MARCOS DE ANDRADE GOULART²

1. Médica e Especialista em saúde da família pelo Curso de Especialização em Atenção Básica da Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais; 2. Professor aposentado do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Professor do Curso de Especialização em Atenção Básica da Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais e Supervisor do Programa Mais Médicos de Minas Gerais, Mestrado em Medicina Tropical pela UFMG, Doutorado em Medicina Tropical pela UFMG, Pós- Doutorado em Epidemiologia Clínica pela Universidade de McMaster Canadá.

* Rua Coronel Neca Amaral, 09, apto201, Caminho Novo, Barbacena, Minas Gerais, Brasil. CEP: 3624-136. samilaweb@hotmail.com

Recebido em 04/10/2014. Aceito para publicação em 18/12/2014

RESUMO

A gestação na adolescência no bairro João Paulo II do município de Barbacena foi o problema de maior relevância detectado após realização do diagnóstico situacional na área adstrita. O objetivo deste trabalho foi propor estratégias para o enfrentamento dos principais determinantes da gestação na adolescência. Foram coletados os dados do SIAB 2012 e realizada revisão bibliográfica em bases de dados da SCIELO, COCHRANE e LILACS e selecionados trabalhos publicados no período de 2005 a 2012. A partir da seleção dos dados, foi elaborado um plano de ação para enfrentamento desse agravo. O número de adolescentes, em setembro 2012, na faixa etária de dez a quatorze anos era de 263 do sexo masculino (8,5% da população do bairro) e 275 do feminino (8,9%), no total de 538 (17,5% da comunidade). Dessas 275 adolescentes, seis são gestantes (2,2%) de 10 a 19 anos registradas no mês de setembro de 2012. Temos 794 mulheres em idade fértil (dez a trinta e nove anos) segundo SIAB. A equipe de saúde da família deve estar capacitada e preparada para atender de forma integral estas adolescentes, abordando principalmente o autocuidado. Assim, a equipe deve criar estratégias educativas, grupos operativos que os permita serem sujeitos ativos dessa ação.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez adolescências, prevenção, programa saúde família, fatores psicossociais, perfil gestantes adolescentes.

ABSTRACT

The teenage pregnancy in the neighborhood John Paul II to the city of Batley was the issue of greatest importance detected after completion of the situation analysis in the delimited area. The

aim of this study was to propose strategies for addressing the key determinants of teenage pregnancy. We collected data SIAB 2012 and performed a literature review on databases SCIELO, LILACS and COCHRANE and selected papers published from 2005 to 2012. Selection From the data, an action plan was drawn up to cope with this condition. The number of teenagers in September 2012, aged ten to fourteen years was 263 males (8.5 % of the district population) and 275 females (8.9%) for a total of 538 (17.5% of the community). Of these 275 adolescents, six are women (2.2%) from 10 to 19 years registered in September 2012. 794 We women of childbearing age (ten to thirty- nine years) SIAB seconds. The family health team must be trained and prepared to meet in full these adolescents, primarily addressing self-car. So the team must create instructional strategies and operational groups to enable them to be active subjects of this action.

KEYWORDS: Pregnant teens, prevention, family health program, psychosocial factors, profile pregnant teens.

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) delimita o período da adolescência entre a faixa etária de 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade e o situado entre 15 e 24 anos como juventude. Esta convenção da OMS é seguida pelo ministério da Saúde para definir a adolescência. (BRASIL, 2010) Enquanto que o Estatuto da criança e do adolescente, em vigor desde 1990, define a adolescência como faixa etária entre 12 a 18 anos. (GRILLO *et al.*, 2011). Adota ainda o termo “pessoas jovens” para se referir ao conjunto de adolescentes e jovens, ou seja, à abrangente faixa compreendida entre 10 e 24 anos.

(BRASIL, 2010). Segundo Nery *et al.* (2011), 20% da população mundial estão na faixa etária de 10 e 19 anos. No Brasil, são 35 milhões de adolescentes de ambos os sexos na mesma faixa etária.

O contexto da adolescência é complexo, pode se dizer que é um processo pelo qual o indivíduo passa por transformações físico psíquicas importantes e graduais, além das variedades de experiências vivenciadas por cada um dentro de um perfil sociocultural, na comunidade na qual está inserido. Estas transformações definirão o perfil biopsíquico desse adolescente no futuro. Segundo Brasil *et al.* (2010), a vida de um adolescente é marcada por um natural distanciamento dos pais em direção a independência, emancipando hábitos e atitudes, adquirindo valores e comportamentos de amigos. O meio em que vivem irá exercer forte influência comportamental e na forma de pensar, como exemplo a “indústria de entretenimento, veículos de comunicação em massa, instituições comunitárias e religiosas.” Eles encontram em “processo de formação e cristalização” e ao “mesmo tempo, a sociedade e a família passam a exigir do indivíduo, ainda em crescimento e maturação, maiores responsabilidades com relação a sua própria vida”. Estes segmentos populacionais estão mais vulneráveis a diversos “fatores biológicos e psicológicos, culturais, socioeconômicos, políticos, étnicos e raciais.” Dessa forma, faz-se necessário a implementação de projetos para educação formal, acesso aos serviços de saúde, atividades de lazer, oportunidades para desenvolvimento vocacional e inserção no mercado de trabalho. (BRASIL, 2010). Criou-se o Estatuto da Criança e do Adolescente como forma de determinar leis de proteção a esses, além de direcionar melhorias e assistência que corresponda às necessidades dessas crianças e adolescentes.

Segundo Grillo *et al.* (2011), a transformação biológica sofrida pelos adolescentes, caracterizada como puberdade, é vivenciada de modo individual, na qual ocorre transformações importantes corporais devido ações de hormônios gonadais e adrenais dependentes do eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal. Dessa forma, as mudanças corporais são inevitáveis e fará parte do processo de formação da autoimagem pelo adolescente, que segundo a psicologia, esta etapa é vivenciada pelo adolescente como o Luto. “O mesmo é ocasionado por perdas do seu corpo infantil e idealizações da infância, o que envolve os pais, a visão de mundo e suas expectativas”. O despertar da sexualidade ocorre de sempre de forma particular e é vivenciada de maneiras distintas. “Pode ser marcada por medos, insegurança, dúvidas, até mesmo gera transtornos psíquicos dependendo das experiências vivenciadas, patologias, após processos traumáticos como vítimas de abuso sexual, prostituição, abortamentos provocados” (ALMEIDA *et al.*, 2009). De acordo com Ferreira *et al.* (2012), a gestação na adolescência constitui um problema de saúde pública década de 70 agravando-se devido às

recorrências. “De 1,1 milhões de gestantes adolescentes, 25% tiveram um filho”. A taxa de fecundidade das mulheres, na faixa etária de 15 a 19, teve um declínio a partir de 2012. (FERREIRA *et al.*, 2012). A redução da fecundidade entre os jovens foram influenciados pelo maior uso de anticoncepcionais, escolaridade crescente das jovens e as campanhas de conscientização, levando ao autocuidado à saúde e “nas escolhas reprodutivas, em acordo com os direitos sexuais e com os direitos reprodutivos” (BRASIL, 2010).

A gravidez na adolescência implica em uma grande problemática psicossocial, estudos científicos demonstram o crescente aumento do número de gestações na adolescência, em relação á redução na da taxa de fecundidade entre as mulheres adultas. (BRASIL, 2001). Nota-se também aumento nas recorrências de gestações, que segundo Nery *et al.* (2011) os fatores determinantes da recorrência de gestantes jovens de “nove pra cada dez adolescentes” é o não uso de métodos contraceptivos. As situações de saúde de grande parte de adolescentes e jovens evidenciam as dificuldades de acesso à educação, o desemprego, as profundas desigualdades sociais, o meio ambiente insalubre, a morbimortalidade por violências, dentre outras, aponta para o impacto causado na saúde de pessoas jovens. Em consequência, esses também, são vulneráveis aos agravos resultantes do uso abusivo de álcool e de outras drogas; agravos resultantes das violências; de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS; à mortalidade materna; na saúde sexual e na saúde reprodutiva, ao início ou ao estabelecimento de doenças crônicas, o que interfere no crescimento e desenvolvimento saudáveis. É fato que, na atenção integral às especificidades da saúde de adolescentes e jovens, o processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família deve incorporar em sua prática características para abordagem integral e resolutive e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, fundamentais para a promoção da saúde. Para tanto, as informações e ações educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva, os métodos contraceptivos e preservativos, serviços de contracepção e planejamento familiar devem ser disponibilizados, com acesso facilitado a adolescentes e jovens, acrescidos de ações educativas que também abranjam as famílias e as comunidades (GOMES *et al.*, 2008). A Atenção Básica deve articular ações para redução índice de “morbimortalidade por causas externas (acidentes e violências), garantir a atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva”, implementar ações educativas eficazes para modificar comportamentos e hábitos sexuais, incluindo o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos. (BRASIL, 2010).

O objetivo deste trabalho consiste em elaborar um plano de ação para prevenção de gestações na adolescência na faixa etária de 10 a 19 anos na área de abrangência da ESF João Paulo II-Barbacena/MG. Além de

identificar os determinantes da gestação nesta faixa etária para promover prevenção de agravos futuros como complicações psicológicas, físicas, e familiar.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão bibliográfica, após diagnóstico situacional da área adstrita da ESF João Paulo II- Barbacena/MG em setembro de 2012, e posterior elaboração de plano de ação para enfrentamento de gestações na adolescência. O diagnóstico situacional foi obtido após análise de base de dados do sistema de informação SIAB, PMA2 de setembro de 2012 e informações do módulo planejamento e avaliações das ações de saúde. A revisão bibliográfica foi realizada em bases de dados da SCIELO, COCHRANE e LILACS, com a seleção de trabalhos publicados no período de 2005 a 2012. Como critérios de inclusão foram selecionados somente publicações em português e inglês, com as palavras chaves: gravidez adolescências, prevenção, programa saúde família, fatores psicossociais, perfil gestantes adolescentes. Para o desenvolvimento do trabalho foi utilizado informações do módulo planejamento e avaliações das ações de saúde, seguindo conceitos e passos apresentado no módulo para o diagnóstico situacional da área adstrita. Após conhecer os determinantes de saúde e os principais problemas da comunidade, selecionei o tema de gravidez na adolescência que despertou interesse pelos números de casos no local e a faixa etária acometida. Posteriormente realizado a elaboração das etapas de um plano de ação para enfrentamento de gestações em adolescentes.

3. RESULTADO

A UTI, O bairro João Paulo II (zona rural), criado na década de 70, está situado na periferia da cidade entre as BR 040 e BR 262, no município de Barbacena (Minas Gerais). Há 894 famílias cadastradas, totalizando uma população de 3.063 habitantes, sendo 1.513 homens e 1.550 mulheres (SIAB - março 2012) e 3.072 habitantes, sendo 1517 homens e 1555 mulheres (SIAB – setembro de 2012). Maioria da população é constituída de trabalhadores rurais e mão de obra braçal (pedreiros e ajudantes de pedreiros), donas de casa e aposentados. No bairro João Paulo II (zona rural), local do presente estudo, o número de adolescentes, segundo dados do SIAB (10 de setembro 2012), na faixa etária de dez a quatorze anos são 149 (sexo masculino; 8,5% da população do bairro) e 142 (sexo feminino; 8,9%), no total de 291 (17, 5% da comunidade), numa população de 3072 habitantes locais (sexo masculino: 1517 e sexo feminino de 1.555). No qual, destas 275 adolescentes de dez a dezenove anos, temos seis gestantes (2,2%) nesta faixa etária registradas no mês setembro 2012. Temos 30 (2,2%) mulheres em idade fértil (10 a 20 anos ou mais) pelo SIAB, destas 24 (2,2%) gestantes cadastradas com idade igual ou acima de

20 anos (setembro 2012). Em relação alfabetização, temos adolescentes alfabetizados com sete a 14 anos, temos 450 jovens na escola (100,2%).

Plano de ação frente a gestação na adolescência

O planejamento Estratégico Situacional (PES) é fundamental para direcionar a Equipe de Saúde Família (ESF) ao objetivo que se quer alcançar. Dessa forma, para iniciar um planejamento a equipe tem que conhecer os determinantes de saúde da área adstrita, bem como os principais problemas a serem enfrentados de acordo com a prioridade e coerente com o modelo de gestão e capacidade de enfrentamento. “Para Matus (1989), o plano é um produto momentâneo de um processo de planejamento” e o planejamento é um cálculo que precede e preside a ação”. Para Chorny (1998), “planejar não é fazer planos” (SILVA, 2013). Dessa forma, a Equipe de Saúde da família do João Paulo II- Barbacena (MG) realizou o diagnóstico situacional da área de abrangência no mês de setembro de 2012, através de método de estimativa rápida, análise em sistemas de informações do município, levantamento de dados para então esses dados serem transformados em ações e dar início a um planejamento estratégico de saúde para prevenção de gravidez na adolescência na faixa etária de 10 a 19 anos. A gravidez na adolescência é um problema quase estruturado, que pode ser prevenido.

A detecção e seleção dos problemas priorizados após diagnóstico situacional pela Equipe de saúde da família é o passo inicial para criar ações de enfrentamento destes, com eficiência e de forma eficaz. Para Campos *et al.* (2010), considera-se como pontos de seleção dos problemas a construção de uma planilha, dando aos problemas diagnosticados prioridades e ordenando-os com graus de valores: baixo, médio ou alto, urgentes ou não e pela capacidade de enfrentamento pela equipe em solucioná-los. A Equipe de saúde Família do João Paulo II- Barbacena (MG) selecionou e priorizou os determinantes de saúde conforme estes critérios citados acima, principalmente pela importância dos mesmos e capacidade de gestão. Já que para obter uma solução faz-se necessário ter recursos humanos, financeiros, materiais, apoio da Gestão do Município e etc. A gestação na adolescência foi selecionada como prioridade um para intervenções eficazes na área adstrita. Segundo Campos, Faria e Santos (2010), a governabilidade são variáveis ou recursos que a equipe controla ou não e são essenciais para implementação do plano de ação e a capacidade de governo são conhecimentos e experiências que a equipe acumula para implementar planos de ação que irão transformar a realidade, a situação problema detectada. Logo ao detectar um problema, selecionam-se os “nós críticos” que são pontos de governabilidade da equipe, ou seja, onde a equipe conseguirá meios para intervir de forma eficaz

para solucionar o problema. Dessa forma foram selecionados os nós críticos relacionados à gestação na adolescência na faixa etária de 10 a 19 anos no Bairro João Paulo II no mês de setembro de 2012 no Município de Barbacena: desorganização do processo de trabalho para acolhimento de gestantes adolescentes; falta de grupo operativo voltado para adolescentes; falta de grupos para orientação sexual nas escolas; alto índice de uso de drogas, bebidas e tabaco o bairro; desestruturação familiar. Para programar o plano de ação foi realizado o desenho das operações necessárias para gerar impacto, monitoramento e solução para o problema detectado pela ESF do João Paulo II. 1. Operação/ Projeto *Prioriza Jovem*: criar vínculo com os jovens. Nó crítico: desorganização do processo de trabalho para atendimento de gestantes adolescentes. Resultados esperados: equipe preparada para acolher adolescentes gestantes, qualidade no atendimento. Produto esperados: capacitação da equipe na abordagem do adolescente gestante. Recursos necessários: Cognitivo: entrosamento da equipe, estratégias de comunicação e abordagem, vínculo adolescente e equipe. Organizacional: definir funções de cada integrante da equipe, organizar atendimento. Político: articulação da equipe. Financeiro: aquisição de recursos áudio visuais. 2. Operação/ Projeto *Olhar Jovem*: modificar hábito de vida. Nó crítico: falta de grupo operativo. Resultados esperados: adolescentes vinculados á equipe, mais informados, troca de experiências e prevenção de novos casos de gestações precoces, interatividade. Produto esperados: grupos operativos para jovens com assuntos diversos e grupo operativo para as gestantes. Recursos necessários: Organizacional: organizações de encontros. Cognitivo: conhecimento e didática dos líderes dos grupos. Político: articular equipe e NASF. Financeiro: recursos para estruturação do serviço: espaço, material audiovisual, folhetos educativos, papéis, retroprojetores, computador. 3. Operação/ Projeto *Cuida Jovem*: prevenir iniciação sexual precoce e informação sobre DST e métodos contraceptivos. Nó crítico: falta de grupos para orientação sexual nas escolas. Resultados esperados: campanha educativa nas escolas, capacitação da equipe para participar do projeto, parcerias com profissionais do centro de testagem anônima (CTA)/ Barbacena (MG) e faculdade de medicina. Produto esperados: grupos operativos para jovens com assuntos diversos e grupo operativo para as gestantes. Recursos necessários: Cognitivo: Elaboração de projeto, conhecimento dos temas, preparação da equipe. Organizacional: organizar palestras educativas nas escolas, criar um DIA CULTURAL para expor DST's e métodos contraceptivos. Político: articulação intersetorial com escolas, CTA e Faculdades. 4. Operação/ Projeto *Cuida Jovem*: redução e prevenção de uso de drogas, bebidas e tabacos. Nó crítico: alto índice de uso de drogas, bebidas e tabaco o bairro. Resultados esperados: adolescentes mais informados. Produto espe-

rados: avaliar nível de conhecimento sobre malefícios do uso dessas substâncias, informar. Parceira com as igrejas local e com o grupo dos alcoólatras anônimos. Recursos esperados: Organizacional: organizar grupo operativo sobre este tema. Cognitivo: capacitar equipe, estratégias de abordagem e comunicação, vínculo. Político: adesão de profissionais, apoio do NASF, articular programas de saúde e com o CAPS (tratamento psiquiátrico para dependentes químicos). Financeiro: recursos folhetos informativos, áudio visuais. 5. Operação/ Projeto *Me ame*: criar vínculo familiar. Nó crítico: desestruturação familiar. Resultados esperados: redução de conflitos familiares, apoio familiar, acolhimento familiar. Produto esperados: capacitação da equipe. Recursos esperados: Cognitivo: elaborar projetos voltados para a família, aquisição de profissionais psicólogos, assistentes sociais. Organizacional: promover encontros. Político: articulação intersetoriais, com as igrejas para grupo de famílias. Financeiro: salas, equipamentos, recursos áudio visuais.

A equipe de saúde João Paulo II identificou dentro da capacidade de governabilidade, quais recursos dos “nós críticos” não seriam possíveis de serem estabelecidos para a solução do problema, pois dependem do envolvimento da gestão do município e setor financeiro. Esses recursos críticos foram identificados como financeiro e político como: aquisição de recursos áudio visuais, material informativo, áudio visuais, local, contraceptivos em materiais expositivos, fotos/figuras de DST's; recursos para estruturação do serviço como espaço, material audiovisual, folhetos educativos, papéis, retroprojetores, computador; adesão de profissionais, apoio do NASF, articular programas de saúde e com o CAPS (tratamento psiquiátrico para dependentes químicos).

Para análise de viabilidade do plano operativo na ESF João Paulo II foi identificado quais atores controlam os recursos críticos. Assim, torna-se possível definir ações estratégicas que permitira uma melhor resolubilidade do problema que se quer controlar ou solucionar. Para cada projeto criado, identificou-se ator que controla os recursos críticos como: 1. Projeto *Prioriza Jovem*: secretário de saúde. Recursos críticos: financeiro/ aquisição de recursos áudio visuais. Controle dos recursos críticos: favorável. Ação estratégica: apresentação do projeto. 2. Projeto *Olhar jovem*: secretário da saúde e gestor do município. Recursos críticos: financeiro/recursos para estruturação do serviço: espaço, material audiovisual, folhetos educativos, papéis, retroprojetores, computador. Controle de recursos críticos favorável. Ação estratégica: apresentação do projeto. 3. Projeto *Cuida jovem*: secretário da saúde, secretário da educação, diretoria das Escolas, coordenador do CTA (centro de testagem anônima) e diretor da faculdade de Medicina de Barbacena. Recursos críticos: financeiro/ aquisição de material informativo, áudio visuais, local, contraceptivos em materiais expositivos, fotos/figuras de DST's. Recurso crítico:

favorável. Ação estratégica: apresentação do projeto. 4. Projeto *Viciados em saúde*: Prefeito Municipal da Saúde, Secretário da saúde, Coordenador do CAPS, NASF, Instituições: igrejas, grupo. Recursos críticos: político/adesão de profissionais, apoio do NASF, articular programas de saúde e com o CAPS (tratamento psiquiátrico para dependentes químicos). Financeiro: recursos folhetos informativos, áudio visuais. Controle dos recursos críticos: favorável. Ação estratégica: apresentação do projeto. 5. Projeto *Me Ame*: Secretário da Educação, Assistente social, Psicólogos. Recursos crítico: financeiro/salas, equipamentos, recursos áudio visuais. Controle dos recursos críticos: favorável. Ação estratégica: apresentação do projeto.

A elaboração do plano operativo foi descrita com a exposição do gerenciamento de cada operação e determinando um prazo para melhor execução destes: 1. Projeto *Prioriza Jovem*. Resultados esperados: equipe preparada para acolher adolescentes gestantes e melhor qualidade de atendimento. Produtos: capacitação da equipe na abordagem da adolescente gestante. Ações estratégicas: apresentação do projeto. Responsáveis: médico e enfermeiro. Prazo: dois meses para início das atividades e término em quatro meses. 2. Projeto *Olhar jovem*. Resultados: Adolescentes vinculados à equipe, mais informados, troca de experiências e prevenção de novos casos de gestações precoces, interatividade. Produtos esperados: Grupos operativos para jovens com assuntos diversos e grupo operativo para as gestantes. Ação estratégica: apresentação do projeto. Responsáveis: médico e enfermeiro. Prazo: Dois meses para início das atividades e término em quatro meses. 3. Projeto *Cuida jovem*. Resultados esperados: adolescentes informados, hábito sexual saudável. Produtos esperados: Campanha educativa nas escolas, capacitação da equipe para participar do projeto, parceria com profissionais do Centro de Testagem Anônima (CTA) / Barbacena (MG) e faculdade de medicina. Ação estratégica: apresentação do projeto e apoio das instituições, da secretaria de saúde e do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). Responsáveis: médico, enfermeiro e equipe do NASF. Prazo: quatro meses para início das atividades e término em cinco meses. 4. Projeto *Viciados em saúde*. Resultados esperados: adolescentes mais informados. Produtos esperados: avaliar nível de conhecimento sobre malefícios do uso dessas substâncias, informar. Parceira com as igrejas local e grupos dos alcoólatras anônimos. Ação estratégica: apresentação do projeto e apoio das instituições, da secretaria de saúde e do NASF. Responsáveis: médico e enfermeiro. Prazo: três meses para início das atividades e término em dez meses. 5. Projeto *Me Ame*. Resultados esperados: redução de conflitos familiares, apoio familiar, acolhimento familiar. Produtos esperados: capacitação da equipe. Ação estratégica: apoio das instituições, da secretaria de saúde, do NASF e a-

presentar projeto. Responsáveis: médico, enfermeiro e NASF. Prazo: três meses para início das atividades e término em doze.

4. DISCUSSÃO

Segundo SILVA *et al.* (2011) houve no Brasil uma queda dos índices de fecundidade total e específica em todos grupos etários, com exceção de 15 a 19 anos, na década de 1970 e 2000. A taxa de fecundidade aumentou em 14% enquanto que houve redução de 43% a 93%. (SILVA *et al.*, 2011 *apud World Health Organization*, 2001) / WHO. De acordo com o último levantamento feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2006, nasceram 22.161 bebês, filhos de mães com menos de 15 anos. O percentual de nascimentos de filhos de adolescentes foi de 20,5% do total no País, mas este quantitativo difere entre as regiões brasileiras. No Nordeste e Sudeste, foi registrado, em 2006 (pelo levantamento do IBGE), respectivamente 185.874 e 190.600 casos, enquanto no Centro-Oeste foram 43.828 casos. Segundo Guanabens *et al.* (2012), o perfil da adolescente grávida durante o período da pesquisa, quase a metade era de 18 ou 19 anos, e 18,2% eram pré-adolescentes na faixa etária de 14 anos de idade. As mulheres com até sete anos de estudo tinham, em média, 3,19 filhos, quase o dobro do número de filhos (1,68) daquelas com oito anos ou mais de estudo (ao menos o ensino fundamental completo). Além de terem menos filhos, a mulheres com mais instrução eram mães mais tardiamente (com 27,8 anos, frente a 25,2 anos para as com até sete anos de estudo) e evitavam mais a gravidez na adolescência: entre as mulheres com menos de sete anos de estudo, o grupo etário de 15 a 19 anos concentrava 20,3% das mães, enquanto entre as mulheres com 8 anos ou mais de estudo, a mesma faixa etária respondia por 13,3% da fecundidade (BRASIL, 2010a, p. 46).

A recorrência de gravidez na adolescência foi associada a fatores reprodutivos e socioeconômicos, como: a ocorrência da coitarca antes dos 15 anos, a adolescente não ser a responsável pelos cuidados do filho da primeira gestação, a primeira gravidez ter ocorrido antes dos 16 anos e ter renda familiar menor que um salário mínimo. A mudança de parceiro foi um fator de proteção para a recorrência da gravidez na adolescência. O baixo nível socioeconômico, a pouca escolaridade da mãe ou do responsável, o casamento, o desejo da primeira gravidez e o uso inadequado de métodos anticoncepcionais são alguns fatores relacionados à repetição da gravidez em adolescentes. Segundo Silva *et al.* (2013), os principais fatores associados a gestações recorrentes foram: idade de quinze a dezenove anos, a não realização de pré-natal, escolaridade menor que quatro anos, ocupação dona de casa. As adolescentes com gravidez recorrente tiveram indicadores socioeconômicos e assistenciais piores do que aquelas na primeira gravidez.

5. CONCLUSÃO

Diante dessa situação em que cada vez mais jovens gestantes são acolhidas na rede de atenção básica a saúde, a equipe de saúde família deve estar capacitada e preparada para atender de forma integral à estas adolescentes em suas necessidades, abordando principalmente o autocuidado, assegurando apoio psicológico e obstétrico a essas, garantindo acesso à saúde, continuidade e informações básicas. A atenção à saúde do adolescente deve atender de forma eficaz suas reais necessidades. Para tanto, a equipe deve-se organizar-se para criação de palestras educativas na comunidade, nas escolas, ir até o adolescente e de forma criativa atrair os mesmos até os grupos operativos que gerem informações, que despertem os adolescentes, que os envolva e permita que sejam ativamente participantes desses grupos; ou seja, sejam sujeitos ativos dessa ação. Dessa forma, faz parte do sistema de atenção à saúde as políticas públicas, as quais devem ser elaboradas de forma a integrarem as instituições pilares da problemática social que é a gravidez na adolescência. Inclusão do adolescente, de sua família, capacitação dos profissionais da saúde, dos professores e disponibilizar serviços competentes para atenderem as demandas sexuais e reprodutivas dos jovens são fatores cruciais para que se reduza a prevalência de gravidez precoce, tornando o jovem consciente de que sexo traz consequências não só corporal, mas psíquica; seja a gravidez precoce e muitas vezes indesejada, sejam as doenças sexualmente transmissíveis ou alterações emocionais de graus variados.

REFERÊNCIAS

- [1] ALMEIDA, A.C.C.H.; CENTA, M.L. A família e a educação sexual dos filhos: implicações para a enfermagem. *Acta Paul Enferm*, n. 22, v.1 p. 71-6, 2009.
- [2] BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de condutas Médicas Programa Saúde da Família. São Paulo: Ministério da Saúde, 2001.
- [3] BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. *Cad. De Atenção Básica*, p. 132. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- [4] BRASIL. Secretaria de assistência à saúde. Consolidado das famílias cadastradas do ano de 2010. Brasília: Secretaria Municipal de Saúde, Set. 2012.
- [5] CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. dos. Planejamento e avaliação das ações de saúde. *NESCON/UFMG*. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.
- [6] FERREIRA, R. A. *et al.* Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência/ Spatial analysis of the social vulnerability of adolescent pregnancy. *Cad Saude Publica*, v. 28, n. 2, p. 313-323, fev. 2012.
- [7] GRILLO, C. F. C. *et al.* Saúde do adolescente. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011. 80p.
- [8] GUANABENS, M.F.G. *et al.* Gravidez Na adolescência: um desafio à promoção da saúde integral do adolescente/ Teenage pregnancy: a challenge for comprehensive health promotion among adolescents. *Rev. bras. educ. Med. Brazilian*: v. 36, n.1, p. 20-24, 2012.
- [9] GOMES, K.R.O.; SPEIZER, I.S.; OLIVEIRA, D.D.C.; MOURA, L.N.B.; GOMES, F. M. Contraceptivemethod use by adolescents in brazilian state capital. *J Pediatric Adolescent Gynecol, Brazilian*: n. 21, p. 213-19, 2008.
- [10] INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/12062003indic2002.shtm>Síntese de Indicadores Sociais, 2002.
- [11] INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Fecundidade, natalidade e mortalidade. <<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisa/fecundidade/2012>>. 2012. htm.Acesso em: 23 Set. 2006.
- [12] INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estatísticas/de_saúde_e_assistência_médica_sanitária>. 2002. Acesso: 02 Nov. 2007.
- [13] NERY, I.S; *et al.* Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil/ Relapse into pregnancy in adolescents from Teresina, PI, Brazil/ Reincidencia Del embarazo en adolescentes de Teresina, PI, Brasil. *Rev. bras. Enferm. Teresina*: v. 64, n.1, p. 31-37, 2011.
- [14] PORTELA, V.; PORTELA, A. V. Gravidez na Adolescência. Brasília. 2005.
- [15] SILVA, D. Plano de ação para prevenção da ocorrência de gravidez na adolescência na área da ESF Wandy de Moraes Silva – Itaguara/MG. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Lagoa santa, 2013. 39f. Monografia (Especialização em atenção Coletiva Básica em saúde da Família).
- [16] SILVA, A. A. A.; COUTINHO, I.; KATZ, C.; SOUZA, L.; SOUZA, A.S.R.Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência em uma maternidade escola: estudo caso-controlle. *Cad Saude Publica*, v. 29, n. 3, p. 496-506, 2013.
- [17] SILVA, K.S; ROZENBERG, R.; BONAN, C.; CHUVA, V.C.C.; COSTA, S.F.; GOMES, M.A.S.M. Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro: uma análise de dados do sistema de nascidos vivos. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: v. 16, p. 2485-93, 2011.