



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES**  
**COORDENAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**AGLEAN MARQUES DA SILVA**

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UMA ANÁLISE A PARTIR DA ATENÇÃO  
BÁSICA À SAÚDE NA UBS DE CRUZ DAS ARMAS**

**JOÃO PESSOA -PB**  
**2020**

**AGLEAN MARQUES DA SILVA**

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UMA ANÁLISE A PARTIR DA ATENÇÃO  
BÁSICA À SAÚDE NA UBS DE CRUZ DAS ARMAS**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, apresentado à Coordenação do Curso de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba como exigência complementar para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

**Orientador (a): Profa. Dra. Maria de Nazaré Tavares Zenaide**

**JOÃO PESSOA - PB  
2020**

**AGLEAN MARQUES DA SILVA**

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UMA ANÁLISE A PARTIR DA ATENÇÃO  
BÁSICA À SAÚDE NA UBS DE CRUZ DAS ARMAS**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, apresentado à Coordenação do curso de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, como exigência complementar para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social

**APROVADA EM:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria de Nazaré Tavares Zenaide (Orientadora)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria das Graças Miranda Ferreira da Silva (Avaliadora Interna)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Valeria Costa Aldeci de Oliveira (Avaliadora Interna)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus que me deu força e coragem para vencer todos os obstáculos e dificuldades enfrentadas durante o curso, dando-me serenidade e direcionamento para continuar e alcançar o meu objetivo.

Aos professores, a minha orientadora Nazaré Zenaide, por ter acreditado na possibilidade da realização deste trabalho, pelo seu incansável e permanente encorajamento, pela disponibilidade dispensada e sugestões que foram preciosas para a concretização deste trabalho, meus colegas que compartilharam suas experiências e inteligência, e em especial a minha amiga Alzeny Vieira a quem devo a minha realização acadêmica, a qual tem grande parcela de contribuição na minha graduação e sempre serei muito grata por isso.

E, finalmente, agradeço a todas as pessoas que estiveram ao meu lado durante toda essa jornada e que sei que torcem pelo meu sucesso, incentivando-me a seguir em frente.

## **DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ele ser a essência de minha vida; autor do meu destino. E ao corpo discente desta instituição, assim como a minha amiga Alzeny Vieira Frutuoso a qual foi a minha maior incentivadora e inspiradora nesta jornada.*

## RESUMO

O presente trabalho que trata da “Gravidez na Adolescência” foi identificado durante o Estágio Supervisionado de Serviço Social na Maternidade Cândida Vargas no ano de 2018-2019. Trata-se de um problema social que atinge a jovem mulher, estudante, ainda em processo de desenvolvimento físico, psíquico e sócio-afetivo, intervindo no processo de escolarização e profissionalização. A pesquisa que subsidia a construção do Trabalho de Conclusão de Curso tem como **objetivo geral**, analisar a incidência da gravidez na adolescência junto a Unidade de Saúde da Família no bairro de Cruz das Armas em João Pessoa-PB. Como **objetivo específico pretendeu-se**: realizar um levantamento da bibliografia pertinente ao tema gravidez na adolescência em revistas especializadas do campo da saúde, educação e assistência social, realizando uma análise dos temas abordados; caracterizar o serviço prestado na Unidade de Saúde da Família no bairro de Cruz das Armas em João Pessoa-PB e o perfil das adolescentes grávidas; realizar, registrar e analisar ações de prevenção em saúde sobre gravidez na adolescência na Unidade de Saúde da Família no bairro de Cruz das Armas em João Pessoa-PB. O universo de pesquisa envolveu o público adolescente atendido na unidade de saúde locus da pesquisa. Adotamos a pesquisa qualitativa para investigar o fenômeno da gravidez na adolescência, através no momento inicial da pesquisa bibliográfica e documental e em seguida através da observação (assistemática e sistemática) e da aplicação de questionários mistos no início e após as atividades educativas. Os dados coletados serão sistematizados e apresentados de acordo com a natureza (quanti ou qualitativo). O trabalho possibilitou construir um panorama da problemática da gravidez na adolescência a partir de uma experiência concreta em uma unidade de saúde.

**PALAVRA CHAVES:** Gravidez na Adolescência. Educação Sexual. Educação em Saúde

### **ABSTRACT**

The present work that deals with “Pregnancy in Adolescence” was identified during the Supervised Internship in Social Work at Cândida Vargas Maternity in 2018-2019. It is a social problem that affects young women, students, still in the process of physical, psychological and socio-affective development, intervening in the process of schooling and professionalization. The research that subsidizes the construction of the Course Conclusion Work has the general objective of analyzing the incidence of teenage pregnancy in the Family Health Unit in the Cruz das Armas neighborhood in João Pessoa-PB. The specific objectives were intended to: carry out a survey of the literature relevant to the topic of teenage pregnancy in specialized magazines in the field of health, education and social assistance, carrying out an analysis of the topics covered; characterize the service provided at the Family Health Unit in the Cruz das Armas neighborhood in João Pessoa-PB and the profile of pregnant adolescents; perform, record and analyze health prevention actions on teenage pregnancy at the Family Health Unit in the Cruz das Armas neighborhood in João Pessoa-PB. The research universe involved the adolescent public served at the health unit locus of research. We adopted qualitative research to investigate the phenomenon of teenage pregnancy, through the beginning of bibliographic and documentary research and then through observation (unsystematic and systematic) and the application of mixed questionnaires at the beginning and after educational activities. The collected data will be systematized and presented according to the nature (quantitative or qualitative). The work made it possible to construct a panorama of the problem of teenage pregnancy from a concrete experience in a health unit.

**KEYWORDS:** Teenage Pregnancy. Sexual Education. Health education

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- DST - Doença Sexualmente Transmissível
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
- UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
- ONU - Organização das Nações Unidas
- SINASC - Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos
- CSA – Caderneta de Saúde do Adolescente
- SUS – Sistema Único de Saúde
- PSE – Programa Saúde na Escola
- HPV – Papilomavírus Humano
- UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas
- TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
- UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
- MS – Ministério da Saúde
- AIDS – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
- CGSAJ – Coordenação-Geral da Saúde de Adolescentes e Jovens
- ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
- CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social
- PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
- HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
- DHEG – Doença Hipertensiva Específica da Gravidez
- CNS – Conferência Nacional de Saúde
- AIS – Ações Integradas de Saúde
- PROSAD – Programa Saúde do Adolescente
- CMPD – Conferência Mundial de População e Desenvolvimento
- PCNs – Parâmetros Curriculares Nacionais
- ME – Ministério da Educação
- PeNSE – Pesquisa Nacional Saúde do Escolar
- EJA – Educação de Jovens e Adultos
- GTI – Grupo de Trabalho Intersetorial

ESF – Equipe Saúde da Família

ABS – Atenção Básica em Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

EACS – Equipe de Agente Comunitário de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

ASB – Auxiliar em Saúde Bucal

ACS – Agente Comunitário de Saúde

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	1
1. GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA: FATORES DETERMINANTES E REALIDADE	7
1.1 O CENÁRIO ATUAL E OS DETERMINANTES DA GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA NO AMBITO NACIONAL.....	7
1.2 SAUDE E SEXUALIDADE NA ADOLESCENCIA .....	10
1.3 IMPACTOS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA NA VIDA ESCOLAR, NA SAUDE E NA CONVIVÊNCIA SOCIAL.....	14
2. POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ADOLESCENCIA .....	18
2.1 CONTROLE DEMOGRÁFICO E SAÚDE REPRODUTIVA DA MULHER.....	18
2.2 SAUDE E EDUCAÇÃO SOBRE SAUDE E GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA	22
2.3 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA- PSE .....	27
2.3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO, DIRETRIZES E OBJETIVOS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA .....	27
2.3.2 AS DIRETRIZES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE).....	29
2.3.3 INTEGRAÇÃO DO SUS COM O SISTEMA EDUCACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL DO ADOLESCENTE .....	30
2.4 DIRETRIZES NACIONAIS PARA ATENÇÃO INTEGRAL DE ADOLESCENTES E JOVENS NA PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE.....	33
3. ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE EM ADOLESCENTES GRÁVIDAS NA USF CRUZ DAS ARMAS-PB .....	36
3.1 A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO DE CRUZ DAS ARMAS EM JOÃO PESSOA-PB .....	37
3.2 O PERFIL DA ADOLESCENTE NA USF CRUZ DAS ARMAS-PB.....	38
3.3 AÇÃO EDUCATIVA EM SAUDE NA USF CRUZ DAS ARMAS-PB ANTES E DURANTE A PANDEMIA .....	41
4. CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	44
5. REFERENCIAS .....	46

## INTRODUÇÃO

A reprodução sexual é um fato relevante na nova etapa da vida das adolescentes, ao mesmo tempo em que pode constituir numa questão preocupante, tendo em vista que os estudos no tema consideram que a gravidez precoce está ocorrendo cada vez mais cedo na sociedade brasileira, podendo alterar o percurso escolar e profissional das adolescentes. Segundo Rios, Williams e Aiello (2007, p.7)

Além do aumento da taxa de gravidez na adolescência, há diminuição na idade de ocorrência da gravidez, visto que ela está acontecendo cada vez mais cedo, fora de uma relação conjugal estável, e interferindo no desenvolvimento normal dessa fase que cada vez mais atinge características diferentes em relação ao passado.

Dentre as causas da gravidez precoce referem-se Rios, Williams e Aiello (2007, p.7) “[...] ausência de informação, relações familiares fragilizadas, escassez de projetos sociais na área de prevenção e os efeitos dos meios de comunicação, que seriam responsáveis por colocar crianças em contato com conteúdos relacionados com sexualidade de forma precoce”.

Podemos perceber nos casos de gravidez precoce por que razão os métodos contraceptivos não foram utilizados a contento previamente, talvez por falta de ação e informação e conhecimento sobre sexualidade com a família e escola, ou mesmo, pela razão das relações de gênero, considerando que a desinformação da vida sexual sobrecarrega a mulher com o cuidado dos filhos.

As relações de gênero são frutos de um processo cultural onde homens e mulheres se relacionam de forma desigual em face das diferenças sexuais e papéis socialmente construídos “em torno a quatro eixos: a sexualidade, a reprodução, a divisão sexual do trabalho e o âmbito público/cidadania” (DÍAZ e CABRAL, s/d).

Se as relações de gênero estruturadas a partir da diferença sexual são um dos mecanismos que tem sido usado para determinar condições desiguais entre homens e mulheres, então é a partir da educação e reeducação nesse campo que poderemos conseguir um nível de relações mais justas. E nesse caso, a educação sexual é um dos espaços mais importantes para trabalhar essa questão, tão estreitamente ligada ao contexto da sexualidade

Uma sociedade culturalmente machista alimenta relações sociais desiguais e relações de poder hierarquizadas produzindo as condições para gerar os índices de violência contra a mulher no campo da sexualidade.

A sexualidade que insere as relações sócioafetivas também constitui campo de preocupação social em face da violência sexual perpetrada entre os parceiros íntimos interferindo na saúde física e mental das mulheres. Um dos meios de prevenir a violência sexual na fase da adolescência é o cuidado e a educação em relação a vida sexual. A violência sexual preocupa a Organização Mundial de Saúde:

[...] qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejados, ou atos direcionados ao tráfico sexual ou, de alguma forma, voltados contra a sexualidade de uma pessoa usando a coação, praticados por qualquer pessoa independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer cenário, inclusive em casa e no trabalho, mas não limitado a eles (OMS, 2002, p. 147).

As formas de resistências em lidar com a sexualidade como uma parte da dimensão humana por razões religiosas e morais, seja na família, na escola e na comunidade, pode contribuir para que a adolescente na experiência inicial de vida sexual não veja como real, a possibilidade da gravidez precoce, ou das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e até a violência sexual.

O interesse pelo tema “Gravidez na Adolescência” surgiu ao estagiar na Maternidade Cândida Vargas no ano de 2018-2019 quando pude observar e perceber um número considerável de adolescentes grávidas que chegavam para parir na respectiva instituição. Isso me chamou atenção, pois muitas vezes, chegavam inclusive, acompanhadas por policiais por serem menores de 18 anos, fato considerado estupro de vulnerável, embora, algumas das mesmas estivessem grávidas sem ter ocorrido o uso de violência por parte dos companheiros. Outro fator observável no estabelecimento de saúde foi de que a ocorrência de gravidez na adolescência nas unidades públicas acontece entre pessoas de renda baixa e de famílias em condição social crítica. Na escuta com essas jovens foi possível conferir que após a confirmação da gravidez as mesmas abandonam a escola.

Segundo relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgado referente ao período analisado entre 2010 e 2015, o Brasil tem 68,4% de bebês nascidos de mães adolescentes entre 15 a 19 anos de idade. O índice brasileiro está acima da média latino-americana, estimada em 65,5%. No mundo, a média é de 46 nascimentos a cada mil pessoas. Em países como os Estados Unidos, o índice é de 22,3% entre a faixa de 15 a 19 anos. Outro ponto divulgado pela OPAS com o apoio da OMS e UNICEF e é de que a América Latina possui a segunda maior taxa de fecundidade na adolescência do mundo, com 66,5 nascimentos por 1 000 adolescentes, com uma tendência crescente de gravidez entre adolescentes de 15 a 19 anos (OPAS, 2018), só superada, segundo o relatório da OPAS pela África subsariana. Segundo dados da OPAS, adolescentes do Brasil da zona rural de 18-19 anos (46,9%) tem apresentado uma taxa maior de gravidez na adolescência do que a faixa de 15-17 anos (22,9%). Como afirma Carissa Etienne, diretora da Organização Pan-Americana de Saúde/OPAS a gravidez na adolescência produz efeitos na saúde das jovens mães:

As taxas de fertilidade entre adolescentes continuam sendo altas. Afetam principalmente as populações que vivem em condições de vulnerabilidade e demonstram as desigualdades existentes entre e dentro dos países. A gravidez na

adolescência pode ter um efeito profundo na saúde das meninas durante a vida. (ONU, 2018)

Devido à relevância social dessa problemática, o tema tem sido alvo de debates e objetos de políticas públicas, segundo o Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (Sinasc), do Ministério da Saúde, a região do Brasil com maior número de mães adolescentes é o Nordeste, embora em pesquisa feita em adolescentes entre 10 e 19 anos em 2015 tenha havido uma queda de 17% no Brasil. Apesar de encontrarmos essa relutância por parte da escola, esta queda se deu pelas mudanças de padrões da gravidez na adolescência pode ter recebido influência de criação de programas educativos e de saúde como o programa Saúde da Família, que tem oportunizado maior acesso aos métodos contraceptivos e ao Programa Saúde na Escola que tem oferecido informação de educação em saúde, levando aos próprios adolescentes condições para saber fazer escolhas e determinar seu destino de vida.

O Ministério da Saúde vem desenvolvendo o Programa de Educação em Saúde nas escolas tratando do assunto sobre o direito sexual e reprodutivo com os(as) adolescentes, conscientizando essa população sobre o tempo propício para engravidar, haja vista que 66% de gravidez em adolescentes são consideradas indesejadas. Por isso, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo trabalhos com vistas à promoção, proteção e recuperação da saúde de adolescentes e jovens, buscando mobilizar sociedade e governantes para uma percepção plena do ser humano e para um tratamento geral das necessidades dessa população.

A distribuição das Cadernetas de Saúde de Adolescentes (CSA), com as versões masculina e feminina é uma das ações em saúde a ser utilizada para promover uma conscientização dos direitos reprodutivos. A mesma disponibiliza a orientação para o atendimento integral aos adolescentes, com linguagem clara, possibilitando aos mesmos ter o seu próprio ponto de vista e assim tomar suas próprias decisões. Outra opção disponibilizada através do Sistema Único de Saúde (SUS) inclui a distribuição de vários métodos contraceptivos nos diversos serviços de atendimento à população.

O Programa de Saúde na Escola (PSE) é um programa de integração entre a saúde e a educação que foi desenvolvido para a ampliação da cidadania e da prática das políticas públicas. No entanto, podemos ver certa resistência por parte da direção escolar, quando se trata do assunto “sexualidade”. Existe ainda um tabu quanto a esse tema, pois é visto como se fosse um incentivo para que os adolescentes ingressem na vida sexual mais cedo, quando na verdade, os profissionais da saúde estão tentando alertá-los dos riscos e impactos que uma gravidez indesejada e precoce pode afetar no processo de iniciação da sexual e afetiva. Sendo assim, os profissionais de saúde vão a escola e fazem a prevenção na saúde bucal,

antropometria, verificação de cartões de vacina, vacinação contra a HPV, mas não conseguem desenvolver atividades de orientação sexual junto a esses adolescentes para discutir e esclarecer o que é a sexualidade.

A orientação Sexual na escola é um dos fatores que contribui para o conhecimento e valorização dos direitos sexuais e reprodutivos. Estes dizem respeito à possibilidade de que homens e mulheres tomem decisões sobre sua fertilidade, saúde reprodutiva e criação de filhos, tendo acesso às informações e aos recursos necessários para implementar suas decisões. Esse exercício depende da vigência de políticas públicas que atendam a estes direitos. (BRASIL, 2018, apud SOUZA e CINTRA, 2018 p. 5).

Sabemos que os adultos, pais ou cuidadores e até mesmo os professores que convivem com o público jovem e que não conseguem abordar esse tema, em face do receio, e até do constrangimento em expor esse assunto fazendo com que os adolescentes busquem orientação em locais ou com pessoas externas ao grupo de convivência. Portanto, existe a necessidade do conhecimento e da discussão do assunto, do esclarecimento urgente sobre essa temática para que esses adolescentes consigam entender o que está acontecendo com o seu corpo, pois eles precisam compreender a expressão dessa transformação que faz com que a sexualidade se manifeste.

Segundo Meirelles (1997) há uma necessidade urgente da presença da família no âmbito escolar para que as discussões acadêmicas e sócio-culturais sejam viabilizadas, assegurando o respeito à diversidade. A escola deve trazer a família para tratar do tema da sexualidade, por ser um assunto que diz respeito ao processo de desenvolvimento pessoal do estudante. A escola tem a função social de levar ao conhecimento esse tema que ainda é um tabu em nosso país, mas que também é uma realidade bastante frequente.

De acordo com a agência da Organização das Nações Unidas (ONU), a cada cinco bebês que nascem no Brasil um é filho de mãe adolescente. Em cada cinco dessas mães adolescentes, três não trabalham e nem estudam, de sete em cada 10 pessoas são afrodescendentes e aproximadamente a metade mora na região Nordeste. O Brasil tem a sétima maior taxa de gravidez adolescente da América do Sul, portanto falar sobre educação sexual não deveria ser um problema.

De acordo com o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), entre 2006 e 2015, foram registradas 65 gestões a cada mil meninas com idade entre 15 a 19 anos. A adolescência é uma etapa da vida na qual a personalidade está em fase final de estruturação e a sexualidade se insere nesse processo, sobretudo como um elemento estruturador da identidade do adolescente. (OSÓRIO, 1992).

A lei nº 13.798 de 03 de janeiro de 2019, art. 8º afirma:

Art. 8º.Fica instituída a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na adolescência, a ser realizada anualmente na semana que incluir o dia 1º de fevereiro, com o objetivo de disseminar informações sobre medidas preventivas e educativas que contribuam para a redução de incidência da gravidez na adolescência.

Parágrafo Único. As ações destinadas a efetivar o disposto no caput deste artigo ficarão a cargo do poder público em conjunto com organizações da sociedade civil, e serão dirigidas prioritariamente ao público adolescente (BRASIL, 2019).

A pergunta de pesquisa que pretendemos investigar durante a construção do TCC é sobre quais os fatores que determinam o envolvimento precoce da adolescência com a procriação humana e com as políticas públicas no campo educacional e da saúde podem contribuir com a prevenção da saúde. Como **objetivo geral** do trabalho trata de promover uma ação preventiva de educação em saúde com adolescentes atendidas em unidades de saúde pública, que possa contribuir com a informação e o conhecimento do tema da gravidez na adolescência das jovens. Como **objetivo específico** pretendeu-se: analisar o fenômeno da gravidez precoce, seus determinantes e impactos na saúde, educação e convivência social; contextualizar o Programa Saúde na Escola, os objetivos e diretrizes, assim como as ações implementadas pelo SUS e o Sistema de Educação, analisar uma experiência de educação em saúde com adolescentes na Unidade de Saúde da Família de Cruz das Armas, em João Pessoa-PB com familiares e /ou responsáveis e adolescentes.

Na busca de promover ações preventivas em saúde reprodutiva durante o Estágio Supervisionado em Serviço Social pretende-se com a intervenção social organizar debates e reflexões sobre os fatores sociais, familiares e econômicos que influenciam a gravidez precoce de modo a contribuir com ações de prevenção em saúde para a população adolescente.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa envolvendo a modalidade bibliográfica e documental, além da observação (assistemática e sistemática) nas atividades educativas promovidas pela Unidade de Saúde da Família de Cruz das Armas, em João Pessoa- PB e da aplicação de questionários mistos no início e após as atividades educativas.

O levantamento bibliográfico foi realizado em periódicos especializados em saúde, educação e assistência social tendo como recorte o tema da sexualidade e gravidez na adolescência. No âmbito documental será realizado um levantamento junto à Organização Mundial de Saúde (OMS), da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), além de Planos, Programas e ações do Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Adotamos um procedimento técnico de análise de conteúdo dos documentos de modo a subsidiar a elaboração do TCC. Sobre as ações educativas junto à Unidade de Saúde da Família de Cruz das Armas, em João Pessoa- PB realizamos análise documental e

observação participante das atividades educativas em saúde, sexualidade e gravidez na adolescência.

O Trabalho de Conclusão de Curso será estruturado em dois capítulos. O **capítulo um** apresenta o fenômeno da gravidez precoce, seus múltiplos determinantes e os impactos na saúde, educação e a convivência social do adolescente. O capítulo abrange a discussão teórica da relação saúde e sexualidade na adolescência. O **segundo capítulo** apresenta uma inserção do tema da gravidez na adolescência na política pública de saúde implementada no Sistema Único de Saúde (SUS), contextualizando o programa Saúde na Escola, objetivos e diretrizes, assim como as ações implementadas pelo SUS e Sistema de Educação. O **terceiro capítulo** apresenta o resultado de uma intervenção de educação em saúde realizada numa Unidade de Saúde da Família na cidade de João Pessoa-PB. Analisar uma experiência de educação em saúde com adolescentes numa Unidade de Saúde da Família de Cruz das Armas, em João Pessoa- PB com familiares e/u responsáveis e adolescentes.

## **1. GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA: FATORES DETERMINANTES E REALIDADE**

O capítulo um pretende apresentar uma contextualização nacional do fenômeno da gravidez precoce, seus múltiplos determinantes e os impactos na saúde, educação e convivência social da adolescente. Nesse sentido, o capítulo abrange a discussão teórica da relação saúde e sexualidade na adolescência para então em seguida, contextualizar as ações públicas que intervêm na gravidez precoce.

Como Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social procuramos inserir a temática a partir de estudos sobre sexualidade, adolescência e gravidez precoce aproximando dos campos da saúde, educação e assistência social.

### **1.1 O CENÁRIO ATUAL E OS DETERMINANTES DA GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA NO AMBITO NACIONAL**

A adolescência vem ganhando destaque pelos problemas sociais relacionados a este período da vida. Um grupo de ações consideradas como comportamentos de risco tais como, sexo sem proteção, consumo de álcool e outras drogas e exposição a violências, dentre outros; requerem políticas públicas específicas. A adolescência que era invisível até meados da década de 1970, passou a ser vista e encarada como um problema social, em face da violência social.

A Constituição Federativa do Brasil de 1988 reconhece crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, em fase de desenvolvimento que requer medidas de proteção social, da família, da sociedade e do Estado, tratamento também reforçado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) e no caso do jovem, do Estatuto da Juventude (2013).

Por tais motivos, para além de uma faixa etária, a adolescência passou a ser compreendida segundo seu processo de desenvolvimento humano, fortemente fundamentado em fatores biológicos, psicossociais e culturais. As políticas de saúde do Estado brasileiro, que tinham poucas perspectivas nesse público, programaram estratégias para proteger os adolescentes, também passando a regular tais comportamentos de riscos e vulnerabilidades associadas a eles ou às condições de vida do adolescente e de seus familiares.

O Art. 8º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no que diz respeito ao Direito à Vida e à Saúde afirma:

É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016).

A Lei Orgânica da Assistência Social (Lei Nº 8.742, de 07/12/93)

Art. 22. Entendem-se por benefícios eventuais aqueles que visam ao pagamento de auxílio por natalidade ou morte às famílias cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo.

§ 1º A concessão e o valor dos benefícios de que trata este artigo serão regulamentados pelos Conselhos de Assistência Social dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, mediante critérios e prazos definidos pelo Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS.

§ 2º Poderão ser estabelecidos outros benefícios eventuais para atender necessidades advindas de situações de vulnerabilidade temporária, com prioridade para a criança, a família, o idoso, a pessoa portadora de deficiência, a gestante, a nutriz e nos casos de calamidade pública.

São vários os fatores que ocasionam uma gravidez na adolescência, dentre eles está a falta de informação sobre a sexualidade, direitos sexuais e reprodutivos. Problemas emocionais, psicossociais também contribuem para a falta de acesso à proteção social e ao sistema de saúde, inclusive o uso indevido de contraceptivos, como método de barreira e preservativos. A falta de um propósito e perspectiva na vida, educação, pobreza, famílias desestruturadas, abuso de álcool e outras drogas, além de situações de abandono, violência e a falta de proteção efetiva às crianças e aos adolescentes também contribuem para esse cenário.

A maternidade e a paternidade fazem parte do ciclo de vida familiar que requer responsabilidades legais e socioeconômicas diante do filho gerado. Algumas vezes, isso não acontece ou é dificultado, seja por imaturidade da própria adolescência ou por sua dependência, o fato é que isso causa maiores riscos sucedendo no abandono de RN indesejado e não programado ou pelas realizações de numerosos casos de abortos e dessa forma, a continuação da exclusão social.

Algumas complicações durante a gestação têm correlação à idade da adolescente (maiores riscos para meninas com menos de 16 anos, especialmente menores de 14 anos, ou com menos de dois anos da menarca/primeira menstruação), paridade, início do pré-natal, ganho de peso e questões nutricionais, assim como os fatores psicossociais como apoio familiar, apoio do companheiro e também fatores ambientais como o acesso aos cuidados básicos de saúde.

Assim como a maternidade precoce, a paternidade também causa um período de transformações para o jovem, uma vez que ele passa por uma situação significativa de mudanças e adaptações para assumir novas responsabilidades. Isso quer dizer que não são apenas transformações pessoais, mas também numa questão social, pois deve ter uma análise

e uma compreensão mais ampliada por parte dos familiares, gestores e também da sociedade, portanto, estabelece novos planos na rotina desse jovem. Segundo alguns estudos, nem sempre o adolescente se identifica com a paternidade, pois culturalmente, a responsabilidade recai quase sempre sobre a mãe.

Diante dessas mudanças drásticas na vida dessas adolescentes, a interrupção escolar é o caso mais frequente e preocupante, pois esse abandono é prejudicial não somente para a sua educação formal, mas também resulta em menor qualificação e em impedimentos nos seus propósitos de ter uma vida melhor. No entanto, a gravidez na adolescência depende do contexto social no qual a garota está inserida. Quando essa realidade passa a ser nas camadas sociais, média e alta, o fato das adolescentes engravidarem não prejudica tanto o trajeto de escolarização e profissionalização. Por outro lado, em classe social baixa, a jovem tem maior dificuldade em continuar e finalizar os estudos, tendo que ultrapassar obstáculos na sua profissionalização, haja vista que, na maioria das vezes, não pode contar com o apoio familiar e social.

A educação é um dos fatores de prevenção mais importantes para uma saúde plena, tanto individual quanto coletiva. Nesse contexto, é importante compreender que a educação sexual promove o bem-estar dos jovens e adolescentes, acentuando um comportamento sexual responsável, o respeito entre as pessoas, à igualdade e equidade de gênero, a proteção da gravidez indesejada, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis/HIV, defesa contra violência sexual e outros abusos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) especificam no guia metodológico normas e procedimentos operacionais a serem considerados:

[...] a fundamentação nos princípios e valores dos direitos humanos e sexuais, sem distinção étnica e de gênero, nem religiosa, econômica ou social, em mensagens de comunicação; Informações exatas e cuidadosas cientificamente comprovadas sobre saúde sexual e infecções que podem ser sexualmente transmitidas, contracepção, questões de gênero e enfrentamento da violência; Ambiente de aprendizagem seguro e saudável nas escolas; Metodologias participativas com ênfase na comunicação e desenvolvimento do pensamento crítico, construtivo e saudável nas tomadas de decisão, inclusive sobre comportamentos e sexualidade; Promoção da educação sexual como parte dos programas sobre direitos à saúde e a proteção social às crianças e adolescentes/jovens, inclusive na questão da gravidez precoce (ONU, 2014, p. 90).

São aspectos que precisam ser atravessados nos campos da saúde e da educação demandando ações e programas junto ao sistema de saúde e de educação que considerem a

Adolescente como uma pessoa em processo de desenvolvimento, a sexualidade como uma dimensão da vida humana, a educação sobre sexualidade como parte do direito à saúde da mulher e a prevenção em saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

## 1.2 SAÚDE E SEXUALIDADE NA ADOLESCENCIA

A população adolescente ao ser atendida numa unidade de saúde para cuidar e ser assistida em torno da saúde sexual e reprodutiva encontra um conjunto de dificuldades de ser entendida como uma pessoa em processo de desenvolvimento, numa fase peculiar da vida, não encontrando, ainda, um atendimento diferenciado, que considerasse sua singularidade e experiência pessoal. Toda essa tendência demonstra o quanto a criança e o adolescente, ou mesmo a juventude, são pessoas peculiares, e enquanto tal precisa ser estudada distintamente dos adultos. Essa homogeneização das gerações é um padrão cultural presente na sociedade brasileira.

Nem sempre a família garante um diálogo aberto sobre a sexualidade, assim como a escola. Nesse sentido, os obstáculos familiares e aqueles relacionados aos serviços públicos podem impactar na vida presente e futura da adolescente.

É muito recente o início de serviços públicos que começam a tratar da educação e saúde de adolescentes, seja por razões jurídicas e financeiras, seja pela falta de prioridade nas políticas geracionais, dentro do seu próprio território, ou nas instituições de educação e saúde, que ofereça um atendimento especializado, pois há necessidade de um olhar aprimorado que possa enxergar as carências, os anseios e as demandas desse público.

É muito importante que haja uma articulação local e nacional para que se construa uma política voltada para a saúde dos adolescentes que articule sistema de educação com sistema de saúde. O adolescente que vem de um grupo familiar com dificuldades de acesso à renda poderá encontrar maiores dificuldades para garantir o seu desenvolvimento e do filho, carecendo de ações de área de saúde assistência social e educação.

A Representação da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) no Brasil e o Ministério da Saúde (MS) estão empenhados em identificar as dificuldades existentes enfrentadas pelos adolescentes e assim sensibilizar governos para realização de ações que possam superar os desafios respeitando os direitos humanos e promovendo a equidade de gênero para que ninguém seja esquecido no direito à saúde.

A adolescência fase de idade que corresponde dos doze a dezoito anos constitui o período onde ocorrem mudanças significativas na vida da pessoa. A fase da adolescência é caracterizada como uma etapa de desenvolvimento entre a infância e a vida adulta, ocorrendo nesse período, mudanças físicas, biológicas, psicológicas e sociais. Por causa desse processo de crescimento de desenvolvimento pessoal e social, a adolescente passa a ter uma dinâmica de vida distinta da fase da infância.

A descoberta da sexualidade genital durante a puberdade, quando a reprodução passa a ser possível biologicamente muda a aparência física da adolescente, os vínculos e a vida socioemocional e cultural. Todas essas mudanças resultam em novos modos de ser e agir, no entanto, as questões relacionadas à sexualidade e saúde reprodutiva podem encaminhar-se para situações de risco e vulnerabilidade social, especialmente, quando a descoberta e o exercício da sexualidade exigem responsabilidades e conhecimentos sem preconceitos.

Para Carmo e Guizardi (2018, p. 1) “A concepção de vulnerabilidade denota a multideterminação de sua gênese não estritamente condicionada à ausência ou precariedade no acesso à renda, mas atrelada também às fragilidades de vínculos afetivo-relacionais e desigualdade de acesso a bens e serviços públicos”. Complementa as autoras:

A omissão e/ou o recuo do poder público em seu papel de proteção social cria ciclos de reprodução de situações de opressão, não só no sentido da desigualdade no acesso a políticas e serviços, mas de cerceamento da livre expressão e lutas dos sujeitos, o que esconde a dimensão coletiva da vivência das populações em contextos de produção de vulnerabilidades. (CARMO e GUIZARDI, 2018, p. 6)

Essas vulnerabilidades foram criadas a partir do contexto social marcado por desigualdades sociais nas quais determinam os direitos e oportunidades de adolescentes e jovens brasileiros. Os adolescentes quando engravidam necessariamente, ainda não tem estruturados os seus vínculos afetivos com o próprio parceiro, podendo a experiência sexual ter sido uma vivência iniciante, gerando uma situação de vulnerabilidade principalmente para a adolescente mulher que terá impacto pessoa e na vida escolar. Ainda em processo de escolarização, a adolescente grávida encontra-se economicamente totalmente dependente dos pais e ou responsáveis podendo chegar, principalmente a mulher, a ter que interromper os estudos. Essa precocidade, seja dos vínculos afetivos, seja do organismo que não se encontra ainda preparado para a gestação coloca os mesmos em possíveis situações de exposição à risco de saúde, seja para a mãe e para a criança.

Diante da precocidade da gravidez na adolescência expandir-se em vários países a partir das décadas de 1980 e 1990, o adolescente passou a ser reconhecido pela sociedade da

América Latina e Caribe como foco de estudo no campo da Saúde Pública (CARMO e GUIZARDI, 2018). Para o campo da saúde, “Os programas de saúde, antes mesmo de abordarem a paternidade, deveriam promover espaços de discussão sobre como os adolescentes e homens jovens encaram a sexualidade e o fato de serem reprodutivos ou não” (PROGRAMA PAPAÍ, 2001 apud BRASIL, 2016, p. 10).

Ressalta-se, também, a importância de ações de educação em saúde que ajudem a desconstruir tabus e mitos que impedem seu papel mais proativo e corresponsável.

Em um país de grande heterogeneidade social e regional, esta ideia de homogeneidade, na verdade, traduz-se em um discurso moral e regulador que coloca as mulheres e homens jovens como vítimas da própria ignorância ou inconsequência, resultando em políticas voltadas ao controle da gravidez precoce (BRASIL, 2010, p. 9).

A Saúde é um campo de política pública privilegiado para a promoção e garantia dos direitos humanos dos adolescentes em experiência em gravidez precoce. Nesse contexto, os serviços públicos de saúde são essenciais para ampliarem a cobertura e simplificar o acesso de adolescentes às unidades de saúde.

O debate da saúde da mulher tem sido historicamente um problema trazido pelo movimento feminista ao poder público, temas como, aborto, saúde reprodutiva, violência doméstica e outros, tem chegado ao campo da saúde sem que as equipes de profissionais tenham uma formação suficiente para oferecer um olhar diferenciado a esse público. Nem sempre a relação de mulher para mulher no campo dos direitos reprodutivos recebe a solidariedade esperada.

A sexualidade tem grande importância no desenvolvimento e na vida psíquica das pessoas, pois independentemente da potencialidade reprodutiva, relaciona-se com a busca do prazer, necessidade fundamental dos seres humanos. Nesse sentido, a sexualidade é entendida como algo inerente, que se manifesta desde o momento do nascimento até a morte, de formas diferentes a cada etapa do desenvolvimento. Além disso, sendo a sexualidade construída ao longo da vida, encontra-se necessariamente marcada pela história, cultura, ciência, assim como pelos afetos e sentimentos, expressando-se então com singularidade em cada sujeito (BRASIL-PCN, 1997, p. 81)

Mitos e preconceitos atravessam o tema da sexualidade na sociedade patriarcal como mecanismos de controle social dos corpos da jovem mulher. Contudo, segundo os autores Mengarda e Frizzo (2012, p.3):

[...] é importante considerar que, ao contrário da visão hegemônica da sociedade e da saúde pública em geral, que considera gravidez na

adolescência como indesejada, a maternidade na adolescência tem se mostrado como uma experiência de vida que também pode trazer significados positivos (Santos e Schor, 2003); ainda que devamos reconhecer como legítimas muitas das preocupações da família e da sociedade, é preciso entender que a concepção negativa e reducionista sobre a gravidez na adolescência pode construir restrições e implicações conceituais no desenvolvimento de pesquisas e na atuação dos profissionais junto aos adolescentes. Por isso, um melhor entendimento das circunstâncias possibilitará que os profissionais de saúde planejem e executem ações de saúde mais adequadas e eficientes para essa população (Santos e Schor, 2003).

A implantação de postos de saúde em que as agentes comunitárias fazem visitas domiciliares e orientam as adolescentes e familiares sobre as doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada tem constatado em respostas positivas, embora com alguns contratempos, entendem a necessidade do preparo dos profissionais de saúde para tratar o tema com a importância necessária e o planejamento adequado das ações, uma vez que na inexistência de programas específicos para adolescentes na unidade de saúde, os estudos têm comprovado que os profissionais dão o melhor de si para atender essa população da melhor maneira possível com os programas já existentes, porém, isso tem sobrecarregado os profissionais indicando a necessidade de revisão das intervenções que encontram a predisposição das equipes para implantar programas específicos de atenção à saúde do adolescente.

Ferrari e Col (2008, p. 388) afirmam que, a análise da compreensão dos profissionais quanto às práticas de atenção aos adolescentes indica que as ações programáticas, preventivas e de intervenção são realizadas de forma central pelos enfermeiros do que pelos demais profissionais de saúde como o médico que esgota seus atendimentos na consulta. Ambos afirmam orientar com relação à prevenção da gravidez, DST/AIDS e uso do preservativo.

Um evento chamado “Construindo a Equidade no SUS: Sexualidade na Adolescência e Juventude”, realizado com parceria da Coordenação-Geral da Saúde de Adolescentes e Jovens (CGSAJ) e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), tentando minimizar os obstáculos ao acesso à saúde, teve como objetivo dar início a uma reflexão, para dar mais qualidade no cuidado e acesso dessa população à saúde.

Assim, a sexualidade como parte do desenvolvimento humano e os conceitos de amor, sentimentos, emoções, intimidade e desejo precisam estar incluídos nas intervenções em saúde sexual e de saúde reprodutiva (BRASIL, 2010), ao mesmo tempo em que as concepções de sexualidade, que respeitam os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, que reconheçam a importância das relações com

equidade de gênero, devem estar presentes nas ações de educação sexual para adolescentes, de preferência antes que aconteça a primeira relação sexual (BRASIL, 2015, p.8).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 afirma que, tanto os direitos dos princípios humanos, como a dignidade, a igualdade, a autonomia e a integridade pessoal deve ser aplicadas nos serviços públicos de saúde. No tocante a saúde da mulher ao mesmo tempo em que é urgente assegurar a preservação da vida e a dignidade no tratamento é também necessário considerar as particularidades dos direitos sexuais e reprodutivos.

A mulher tem o direito de viver a sexualidade com respeito, de escolher o (a) parceiro (a) sexual sem sentir medo, vergonha, culpa, escolher se quer ou não ter relação sexual, independente de ter um fim reprodutivo ou não, assim como expressar livremente a sua orientação sexual, de ter acesso à informação e à educação sexual e reprodutiva.

[...] a saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. [...] A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações (HERA, 1999 apud CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006, p. 45).

A relação entre a saúde reprodutiva e esses direitos estão relacionados à medida que as pessoas possam ter o acesso à informações e métodos seguros, bem como a serviços de promoção à saúde, proteção no que diz respeito à vida reprodutiva e seus efeitos.

### 1.3 IMPACTOS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA NA VIDA ESCOLAR, NA SAUDE E NA CONVIVÊNCIA SOCIAL

A gravidez precoce causa grandes adversidades na vida das adolescentes, principalmente se a mesma não se encontra no ambiente escolar e familiar propício para lidar com a nova situação, que na maioria dos casos, esse problema não é novidade até porque muitas vezes é um reflexo familiar. Por esse motivo, essas adolescentes consequentemente tem uma maturidade antecipada, pois perdem a sua inocência muito cedo, os seus corpos sofrem um trauma grande, pois seus corpos e seu processo de desenvolvimento social ainda não estão preparados para a função de mães, perdem a sua juventude antes de concluir essa fase importante da vida e passam a conhecer uma dura realidade.

Para as jovens, em geral o abandono escolar torna-se inevitável, das meninas com idade entre 10 e 17 anos sem filhos, somente 6,1% não estudavam (BRASIL-PNAD, 2007); já

entre as meninas com filhos, esta proporção chega a impressionantes 75,7%, sendo que 57,8% das meninas com filhos não estudavam nem trabalhavam, o que evidencia as dificuldades encontradas para engajar-se em alguma atividade fora de casa com um filho pequeno para cuidar.

Devido à falta de diálogo familiar, o adolescente geralmente, procura informações com outros adolescentes também inexperientes, dessa forma, levando a prática do sexo arriscado. Dados revelam que, no mundo, uma em cada três adolescentes de 19 anos já é mãe ou está grávida do primeiro filho, somente 30% dos jovens usam métodos contraceptivos e, pelo menos, 1/3 das 30 milhões de pessoas infectadas pelo HIV têm entre 19 e 24 anos.

Os jovens não passariam por tantos problemas se o assunto sobre sexo e sexualidade não fossem tabus no ambiente familiar, escolar e na sociedade. As crenças, os valores e os costumes inervem no âmbito da vida das pessoas, intervindo nos seus comportamentos perante situações de saúde/doença. Tais fatores culturais são motivados pela visão de mundo, linguagem, religião e pelo contexto social, político, educacional, econômico, tecnológico, etno-histórico e também ambiental de cada cultura em particular (BARROSO, 2006). Estudos revelam que parte dos adolescentes convivendo com a gravidez precoce relataram que “viviam uma relação boa, mas ao revelarem que estavam grávidas foram vítimas de atos violentos, como violência física e psicológica, sendo discriminadas e culpabilizadas por parte dos pais” com os quais o diálogo sobre o assunto ainda permanece distante (MONTEIRO e COL., 2007, p. 373).

Segundo Pariz; Mengarda e FRIZZ (2012, P. 626-627)

A respeito da atenção e do respeito da família com sua adolescente, a literatura aponta modificações com a descoberta da gravidez. No estudo de Monteiro e colaboradores (2007), as adolescentes relataram que “viviam uma relação boa, mas ao revelarem que estavam grávidas foram vítimas de atos violentos, como violência física e psicológica, sendo discriminadas e culpabilizadas por parte dos pais” com os quais o diálogo sobre o assunto ainda permanece distante (Monteiro ecol., 2007, p. 373). As jovens também relataram que frequentemente sofreram críticas de familiares, seja pelas pressões sociais envolvidas, seja por problemas financeiros.

Segundo a OMS as adolescentes têm uma probabilidade muito maior de anemia na gravidez, partos prematuros, bebês de baixo peso, por desenvolvimento fetal insuficiente e desenvolvimento de doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG). Tal agravo, se não tratado adequadamente, pode conduzir à morte, sendo o risco mais elevado de morte materna entre as jovens menores de 20 anos. Entre as meninas de 10 a 14 anos, o risco de morte

materna é cinco vezes maior, quando comparado com o das jovens de 15 a 19 anos (OMS, 1998).

É irracional as atitudes dos familiares diante da gravidez precoce, pois sabe as responsabilidades que se ampliam com a nova situação.

As jovens também relataram que frequentemente sofreram críticas de familiares, seja pelas pressões sociais envolvidas, seja por problemas financeiros. Ademais, muitas vezes não podem contar com o apoio de amigos ou vizinhos, sentem-se envergonhadas, culpadas e têm dúvidas quanto ao seu futuro e ao de seu filho. Quando as adolescentes percebem que estão grávidas, elas recorrem, primeiramente, ao parceiro, depois a sua mãe e em seguida aos amigos, sendo que, habitualmente, a comunicação pode ser mais bem estabelecida com a mãe (GODINHO e COL., 2000) (PARIZ; MENGARDA E FRIZZO (2012, p. 627)

Pariz; Mengarda e Frizzo (2012, p. 627) ressaltam as possibilidades de mudança de atitudes dos familiares após o impacto inicial, em face das responsabilidades compartilhadas e dos vínculos afetivos.

[...] muitas famílias podem sentir um “choque pela notícia” que vem acompanhado por um sentimento que pode ser de impotência quanto à prevenção da gravidez, seguido de um conformismo; como também de alegria e melhora no relacionamento familiar com a chegada do bebê (Silva e Tonete, 2006). De modo geral, a gestação da adolescente vem para a família carregada com um grande impacto emocional. É possível evidenciar, em alguns casos, uma frustração devido à interrupção/mudança no projeto de vida familiar em relação à adolescente, especialmente quando não houver um relacionamento estável com o pai da criança (Silva e Tonete, 2006).

As políticas de saúde brasileira ainda não dão a devida importância à prevenção e orientação sexual para os adolescentes. Na maioria dos casos os pais não tem conhecimento da vida sexual ativa dos seus filhos, e as políticas de prevenção são voltadas aos adultos. Nesse sentido, percebe-se que existe de fato um problema para as políticas públicas. Diante das contradições existentes e de tantos preconceitos que surgem quando o tema da gravidez na adolescência é tratado, faz-se necessário encarar a questão do ponto de vista das opções apresentadas aos jovens e de suas escolhas. Se, de certa forma, a escolha de uma jovem em ser mãe não pode ser de antemão criticada, de outra, é fundamental que alternativas sejam apresentadas a esta jovem ao longo de sua vida para que a maternidade não represente a única forma de autoafirmação e construção da identidade. Assim, o fato de a maior parte dos jovens que se tornam pais abandonarem os estudos parece comprovar um fato em que não há

perspectiva de uma vida melhor, com uma qualificação profissional, não havendo mais vínculos com a escola, isto é, um contexto no qual as opções de uma formação profissional ou o reconhecimento social são bastante reduzidas. Por fim, pode-se destacar que o debate da gravidez na adolescência implica também analisar as convenções de gênero existentes em nossa sociedade. No caso da paternidade e da maternidade, as tradicionais convenções de gênero reforçam-se na responsabilidade atribuída ao pai de prover seu filho, e a consequente necessidade de trabalhar e ter renda, e a responsabilidade exclusiva da mãe pelos cuidados cotidianos.

## 2. POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ADOLESCENCIA

O **segundo capítulo** propõe analisar a inserção do tema da gravidez na adolescência na política pública de saúde implementada no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente em programas e projetos de educação e saúde, afunilando para a atenção básica em unidades de saúde da família.

Referente à sexualidade e reprodução na juventude, existem algumas observações no que diz respeito às ações nesse campo, tais como: os Códigos de Ética Médica e de Enfermagem, garantem sigilo e privacidade no atendimento ao jovem a Lei do Planejamento Familiar (1996) que regulamenta o direito ao acesso à assistência, à concepção e contracepção (VEIGA E PEREIRA, 2017).

Os Códigos de Ética garantem o direito de toda pessoa do sigilo no atendimento preservando a imagem e a liberdade do indivíduo. O Planejamento Familiar nas ações de saúde tem tratado da distribuição de recursos contraceptivos e da assistência preventiva. Durante certo tempo o tema dos direitos reprodutivos tem ocupado o movimento de mulheres, considerando o risco da distribuição massiva de contracepcionais sem a garantia do atendimento ginecológico em rede pública.

### 2.1 CONTROLE DEMOGRÁFICO E SAÚDE REPRODUTIVA DA MULHER

A entidade Bem-Estar Familiar no Brasil (BENFAM) foi criada em 1965, em face de pressão americana para que o Brasil assumisse uma política de controle demográfico.

A BENFAM foi considerada de utilidade pública pelo governo Médici. Em 1974, a política demográfica do Brasil foi anunciada oficialmente na Conferência Mundial de População em Bucareste, onde o governo brasileiro declarou ser um direito social, decidir quanto à composição da família. Para tanto, o poder público deveria se ocupar da divulgação de informação sobre a contracepção, o que na prática não se efetivou. (COELHO e.al..2000,p.40)

Apoiada com financiamento externo a BENFAM passou a disponibilizar o acesso gratuito das mulheres aos métodos contraceptivos (pílulas) sem incluir nesse processo, o acompanhamento médico (RODRIGUES, 1990 apud COELHO, 2000, p. 40).

Nessa época, os movimentos sociais organizados contestaram, argumentando serem as conquistas sociais das mulheres e o desenvolvimento econômico do Primeiro Mundo condicionantes da diminuição da natalidade e não a relação inversa. [...] Em se tratando das questões de saúde, apesar de até 1960 ter predominado a ênfase na Saúde Pública, esta basicamente foi centrada em campanhas e

medidas sanitárias dirigidas a grupos isolados, que participavam diretamente do processo de acumulação capitalista.

O processo de privação da política de saúde durante o período de 1964-1985 teve a centralidade dirigida aos serviços de assistência individualizada e hospitalar.

A Medicina Previdenciária foi unificada em 1966 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), quando enfrentava grave crise econômico-financeira, devido à mudança no caráter da prestação de serviços. Em 17 de Julho de 1975 foi promulgada a Lei 6229, criando o Sistema Nacional de Saúde, que estabeleceu para o Ministério da Saúde ações voltadas ao atendimento de interesse coletivo e para o Ministério da Previdência e Assistência Social, principalmente, o atendimento médicoassistencial individualizado. No final da década, o governo reconheceu formalmente a crise previdenciária e criou o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), objetivando reorganizar o Sistema (BRAGA; PAULA, 1986 apud COELHO Et.al., 2000, p. 40).

Segundo Paiva e Teixeira (2014, p.17) durante o contexto ditatorial com abertura ao capital internacional, as políticas de saúde buscaram incentivar a expansão do setor privado em detrimento do preventivo.

[...] o país vivia sob a duplicidade de um sistema cindido entre a medicina previdenciária e a saúde pública. O primeiro setor tinha ações dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais e voltava-se prioritariamente para as zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão. A saúde pública, sob o comando do Ministério da Saúde (MS), era direcionada principalmente às zonas rurais e aos setores mais pobres da população, e tinha como alvo, majoritariamente, atividades de caráter preventivo.

Apesar de nessa conjuntura o Brasil ter vivido crescimento econômico em torno de 11% ao ano não refletiu esse resultado nas condições de vida da maioria da população. Só a partir do final da década de 1970, com a crise econômica internacional é que chega a crise com a decadência desse ciclo de prosperidade no país. Em 1975, a Lei Nº 6.229, cria o Sistema Nacional de Saúde mantendo separada a assistência médica previdenciária da saúde pública. Ao Ministério da Saúde caberia a “coordenação da vigilância epidemiológica em todo o território nacional, fiscalização e controle sanitários e outras medidas e ações de corte coletivo”, enquanto o Ministério da Previdência e Assistência Social a coordenação dos serviços assistenciais, com ênfase na atenção da saúde individual. Ainda na saúde, segundo Paiva e Teixeira (2014, p. 18)

No que concerne à saúde pública, o período é marcado pela instauração de uma crise de recursos e pelo enfraquecimento da

capacidade de ação do MS. É ilustrativa desse processo a queda da participação da pasta da saúde no orçamento total da União de 2,21% para 1,40%, entre 1968 e 1972 (Braga, Paula, 1986). Nesse mesmo período, o Ministério dos Transportes e as forças armadas, recebiam 12% e 18% do orçamento, respectivamente (Médici, 1987).

Com a criação do movimento sanitário e dos movimentos populares de saúde nas décadas de setenta e oitenta os problemas de saúde são postos a mesa para luta em defesa do direito à saúde. Com essa mobilização os sanitários criam o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976 e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Em 1976 foi criado o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento, o Pias que buscava a expansão da rede de atenção primária de saúde nos municípios de modo a aumentar a cobertura dos serviços e assistência médica, de forma descentralizada e hierarquizada. A política de assistência à saúde da mulher tem sido uma bandeira do movimento feminista ao longo da década de setenta quando começou a tratar do tema da fecundidade como um direito de cidadania da mulher cabendo a esta, acessar a informação necessária e serviços básicos para que possa assegurar a saúde sexual e reprodutiva. Por isso, a distribuição massiva de contraceptivos foi objeto de crítica do movimento de mulheres que reivindicavam o direito ao controle do corpo e da saúde sexual.

Segundo Coelho (2000, p. 38)

Em 1983, essa reivindicação feminista foi atendida oficialmente através do Programa de Assistência Integral da Saúde da Mulher (PAISM), em seu subprograma planejamento familiar\*. Este tem como pressuposto básico o reconhecimento de que "todas as pessoas têm o direito à livre escolha dos padrões de reprodução que lhes convenham como indivíduos ou casais" (BRASIL, 1987). E, "para que esse direito possa ser efetivamente exercido, é necessário que os indivíduos tenham conhecimento das possibilidades de influir no ritmo da procriação e tenham acesso às informações e aos meios para que possam intervir, se assim o desejarem, para separar o exercício da sexualidade da função reprodutiva e, em consequência, exercer na plenitude o planejamento de sua prole..." (BRASIL, 1985).

A partir da 7ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 houve a necessidade de reestruturação do Sistema Nacional de Saúde através da criação de um Sistema Único de Saúde (SUS). Com essa linha de ação pautada no direito à saúde, a criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde durante o primeiro governo civil do presidente Sarney incorporou, segundo Coelho (2000, p. 42) "os princípios da Reforma Sanitária, a universalização, a integralidade da atenção, a regionalização e a hierarquização, a descentralização do processo

decisório, a democratização das instâncias gestoras e a questão da política integrada de recursos humanos”, instalando a partir desse processo as Ações Integradas de Saúde (AIS).

Com a criação do Sistema Único de Saúde a partir da Constituição Federativa de 1988, segundo Costa (2013, p.79) o “entendimento do Planejamento Familiar como de livre escolha das pessoas”, mas que é dever do Estado, disponibilizar recursos “educacionais e científicos”, pois conforme o Art. 226,

§ 7º Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

Para regulamentar esse paragrafo foi criada a Lei n.º 9.263 de 12 de janeiro de 1996 define,

Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Parágrafo único – É proibida a utilização das ações a que se refere o **caput** para qualquer tipo de controle demográfico.

Em relação ao controle da natalidade no país, segundo Avila (1989 apud COELHO, 2000, p. 43) “entre 1985 e 1987, houve uma tentativa de instituir um programa oficial de controle da natalidade no país” com deliberação do Conselho de Desenvolvimento Social. A Organização Mundial de Saúde em estudos no ano de 1985 chamava atenção para graves problemas referentes a saúde reprodutiva, tais como:

[...] informação e escolha de anticoncepcionais extremamente limitada, altas taxas de aborto de risco, altas taxas de câncer de colo de útero, grande número de mulheres com quase nenhuma atenção pré-natal; a taxa mais alta do mundo de nascimento por cesariana, e um risco crescente de bem-estar de mulheres e homens, devido a doenças sexualmente transmissíveis e outras infecções do trato reprodutivo. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1994 apud COELHO, 2000, p. 43).

A saúde reprodutiva mulher vai muito mais além do controle de natalidade, pois como mãe e muitas vezes, chefes de família, a mulher tem maior centralidade na vida do grupo familiar. A saúde reprodutiva começa desde cedo na vida da adolescente e da mulher em formação, desde o conhecimento do corpo e do sistema hormonal, da vida afetiva-sexual, da prevenção à gravidez precoce, ao processo de gestação e cuidados básicos de saúde.

## 2.2 SAUDE E EDUCAÇÃO SOBRE SAUDE E GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA

Montenegro (2019) noticia alerta da Organização das Nações Unidas (ONU) para a educação sexual nas escolas e serviços de saúde considerando a taxa brasileira “de 62 adolescentes grávidas para cada grupo de mil jovens do sexo feminino na faixa etária entre 15 e 19 anos. O índice é maior que a taxa mundial, que corresponde a 44 adolescentes grávidas para cada grupo de mil”. Complementa a Sociedade Brasileira de Pediatria dos riscos para a mãe de óbito (20%), da elevação da pressão arterial, do aparecimento de crises convulsivas (eclampsia e pré-eclampsia) e dos riscos para os filhos de prematuridade e baixo peso do recém-nascido.

Diante do fenômeno e da desinformação sobre a sexualidade os serviços de saúde passaram a ter que terá ações específicas para as adolescentes, como as unidades de saúde família. Experiência educativa realizada na cidade de São Paulo analisada por Jardim (2012, p. 65) com 123 adolescentes (78 - 63,4% do sexo feminino e 45 - 34,6% do sexo masculino), com idades entre 10 e 19 anos, tratou como temas: “as mudanças físicas e psíquicas da adolescência, os relacionamentos (ficar e namorar), a gravidez na adolescência, as formas de contracepção indicadas para esta fase da vida, como evitar e tratar as DST, o uso de drogas e as formas de violência”.

A saúde do adolescente começa nas décadas de 1980 e 1990 a ser um dos assuntos de importância no Sistema Único de Saúde para a realização de um atendimento integral ao adolescente, dando ênfase a ações preventivas com educação em saúde e sexualidade. As ações preventivas procuram responder às dificuldades da vida sexual dos adolescentes, o autoconhecimento das mudanças do seu corpo, a gravidez, a maternidade, as diferentes formas de abuso, a exploração e as violências sexuais, a educação em saúde e a sexualidade, entre outras.

É sabido que a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes é motivo de grande inquietação para os pais, educadores, profissionais de saúde e governantes, haja vista que se não promovida, seus efeitos terão grandes impactos na vida dos adolescentes e na sociedade. Também é fato, que a associação entre o conhecimento dos métodos contraceptivos com a atitude de sexo seguro pode agir para prevenir a gravidez precoce e também, o possível contágio de doenças sexualmente transmissíveis.

Para trabalhar o tema da saúde e educação sexual se faz necessário a participação da sociedade organizada e de órgãos públicos do campo da saúde, educação, assistência social, dos pais e da sociedade como um todo. A partir da vivência em unidade de Saúde da Família é

possível observar o quanto é comum constatar a não preocupação dos profissionais sobre o que a levou a jovem grávida a essa situação, constando a necessidade de se incentivar uma postura profissional investigativa na equipe, para saber se ela recebeu orientação sobre a vida sexual e os riscos de doenças sexualmente transmissíveis, se tomou conhecimento e se teve acesso aos métodos contraceptivos. Partindo da compreensão de saúde como o conceito de “completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” definido pela Declaração de Alma-Ata, em setembro de 1978, torna importante que o sistema de saúde tenha conhecimento do processo da gravidez, a estrutura familiar, os vínculos afetivos, a relação afetivo-sexual e a recepção do grupo familiar.

O Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) foi criado em 1989, após a 42<sup>a</sup> Assembleia Mundial de Saúde, voltado para promover atenção integral de adolescentes como gravidez, sexualidade e saúde reprodutiva, bem como com doenças sexualmente transmissíveis, assim como sobre o uso de álcool e outras drogas (LEÃO, 2005 apud JAGE et.al., 2014, p. 212)

Na IV Conferência Mundial de População e Desenvolvimento, realizada na cidade do Cairo em 1994 foi tratado da “necessidade de se abordar a saúde sexual e reprodutiva a partir da perspectiva dos direitos humanos”. Os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) aprovado em 1996 entendeu a orientação sexual como um dos temas transversais a ser considerado no currículo escolar (Ministério da Educação, 1997).

A prevenção da gestação precoce pode evitar problemas biopsicossociais para as adolescentes. A postura do profissional de saúde no processo do atendimento pré-natal e do parto é tão importante como a postura do grupo de convivência familiar. A situação nova da gravidez produz emoções e sentimentos diversos, da alegria e da tristeza, de medo e insegurança. O tipo de apoio e a qualidade do vínculo com o companheiro, é também outro fator para a construção do bem-estar da mãe adolescente.

As mães adolescentes necessitam de um acompanhamento multiprofissional e familiar, seja no campo da saúde, seja na escola ou na rede socioassistencial. Os tabus presentes na sociedade precisam ser abordados para que não se reproduzam atitudes de culpabilização dos adolescentes, considerando que de modo geral sociedade, família e escola assumem atitudes de negligência e silêncio.

A gravidez na adolescência resulta no nascimento de uma criança que vai necessitar da proteção integral, de modo que a mãe carece, também, de apoio, atenção, orientação e proteção não só por parte dos profissionais de saúde, mas também dos familiares. Muitas são as transformações que se iniciam no puerpério, com a finalidade de restabelecer o organismo

da mulher após o parto, ocorrem não somente nos aspectos endócrino e genital, mas no seu todo. A mulher neste momento, como em todos os outros, deve ser vista integralmente, não esquecendo seu estado psíquico. Ao se examinar uma mulher no puerpério, deve-se inicialmente observar, se sua situação clínica permite fazer uma breve avaliação do seu estado psíquico, e entender o que representa para ela a chegada de uma nova criança. A abordagem apropriada entre o profissional e a adolescente faz com que se tenha uma melhor clareza dos sintomas e sinais apresentados. É normal que a mulher sintase insegura. Cabe à equipe de saúde ter a sensibilidade para perceber a necessidade de cada mulher de ser ouvida com a devida atenção.

A mãe adolescente também precisa ser vista como um sujeito de direitos, pois de acordo com o Estatuto da criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), art. 4º, § único e art. 5º) e art. 10); ela tem prioridade no ato do atendimento por ser uma pessoa em situação peculiar de desenvolvimento, assim como acesso de alojamento conjunto do neonato com sua mãe adolescente e ao acompanhante de livre escolha da adolescente.

De acordo com a Lei Federal nº 10.048, de 8 de novembro de 2000 deve ser garantido as adolescentes:

[...] prioridade de atendimento como pessoas em situação peculiar de desenvolvimento, atendendo ao Eca (BRASIL, 1990, art. 4º, § único e art. 5º), • ao alojamento conjunto do neonato com sua mãe adolescente (BRASIL, 1990, art. 10, V) e ao acompanhante de livre escolha da adolescente - Lei Federal 10.048, de 8 de novembro de 2000. • à garantia de condições adequadas ao aleitamento materno quando as adolescentes estiverem em medida privativa de liberdade (BRASIL, 1990, art. 9). • Receber com dignidade a parturiente, seus familiares e o recém-nascido requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição, de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher adulta, jovem ou adolescente (BRASIL, 2011a). • O ambiente em que a mulher dará a luz deverá ser adequado para oferecer privacidade e conforto para ela e seu acompanhante. Ela terá acesso a métodos de alívio da dor e a possibilidade de ficar em contato pele a pele com seu bebê imediatamente após o nascimento, prática que hoje é demonstrada como benéfica para os dois (BRASIL, 2011a). • Os Centros de Parto Normal deverão garantir atenção diferenciada a adolescentes, desde o acolhimento — com apoio psicológico e social, a presença de acompanhante de escolha da adolescente, até aos cuidados perinatais que atendam às necessidades das adolescentes como pessoas em desenvolvimento, e que atenuem seus medos e esclareçam suas dúvidas para fortalecê-las no parto. Orientá-las sobre os procedimentos a serem realizados nos cuidados com o recém-nascido

e na amamentação, incluindo a parceria nas ações possíveis (BRASIL, 2015, p. 34).

Em alguns casos, o índice de depressão prevalece afetando as puérperas no pós-parto, podendo apresentar com intensidade leve, moderada e até severa. Geralmente esses sintomas se manifestam aproximadamente da quarta à sexta semana de pós-parto podendo agravar-se e trazer consequências graves à mãe e ao bebê, principalmente no fortalecimento do vínculo entre eles e no seu desenvolvimento. A depressão pós-parto, também pode surgir no período de até 12 meses após o parto, apresentando o mesmo perfil da depressão na população em geral, como humor deprimido, perda de interesse ou prazer pelas coisas, baixa autoestima e diminuição da concentração. Além disto, esse período é marcado por alterações hormonais e mudanças no caráter social, na organização familiar e na identidade feminina.

A introdução das políticas de prevenção e orientação sobre saúde sexual tem sido muito importante na redução de partos feitos em adolescentes na rede pública brasileira, na última década diminuiu em 30,6%. Um dos pontos recorrente da gravidez na adolescência é que é mais frequente na classe de renda mais baixa e, para a maioria das jovens, engravidar é uma escolha tomada como uma maneira de se inserir na sociedade. Nesse contexto, percebe-se ainda a relação existente entre gravidez e abandono escolar, pois se estima que 57,8% das meninas brasileiras com filhos não estudam nem trabalham.

Podemos perceber que para podermos constituir políticas públicas para atender à gravidez na adolescência se faz necessária uma atuação intersetorial, ou seja, considerando o envolvimento da saúde e da educação, com o qual cada uma dessas áreas possa dispor. Os métodos contraceptivos como as pílulas anticoncepcionais, programas de planejamento familiar e um controle definitivo sobre o número de filhos, com a realização de esterilizações de homens e mulheres jovens, surgem como as estratégias mais executadas, porém, apesar de todos os esforços e discurso médico, percebe-se que o principal desafio para as políticas públicas nesta área está em atingir um número considerável de adolescentes a cada estratégia planejada. Diante disso, a escola torna-se um local privilegiado para expansão da educação sexual.

Na maioria dos casos os pais não têm conhecimento da vida sexual ativa dos seus filhos, e as políticas de prevenção são voltadas aos adultos. Nesse sentido, percebe-se que existe de fato um problema para as políticas públicas. Diante das contradições existentes e de tantos preconceitos que surgem quando o tema da gravidez na adolescência é tratado, faz-se necessário encarar a questão do ponto de vista das opções apresentadas aos jovens e de suas escolhas. Se, de certa forma, a escolha de uma jovem em ser mãe não pode ser de antemão

criticada, de outra, é fundamental que alternativas sejam apresentadas a esta jovem ao longo de sua vida para que a maternidade não represente a única forma de autoafirmação e construção da identidade. Assim, o fato de a maior parte dos jovens que se tornam pais abandonarem os estudos parece comprovar um fato em que não há perspectiva de uma vida melhor, com uma qualificação profissional, não havendo mais vínculos com a escola, isto é, um contexto no qual as *opções* de uma formação profissional ou o reconhecimento social são bastante reduzidas. Por fim, pode-se destacar que o debate da gravidez na adolescência implica também analisar as convenções de gênero existentes em nossa sociedade. No caso da paternidade e da maternidade, as tradicionais convenções de gênero reforçam-se na responsabilidade atribuída ao pai de prover seu filho - e a consequente necessidade de trabalhar e ter renda - e a responsabilidade exclusiva da mãe pelos cuidados cotidianos.

Para as mães beneficiárias do Programa Bolsa Família existe também a possibilidade de receber o Benefício Variável vinculado à Gestante e o Benefício Variável vinculado à Nutriz, estes são benefícios temporários integrados por valores adicionados ao PBF para as mulheres identificadas pelo acompanhamento da saúde como gestante e pela inclusão do recém-nascido no Cadastro Único, respectivamente.

Em novembro de 2004 o Ministério da Saúde promoveu com a participação de jovens a I Oficina de Elaboração do Marco Teórico-Referencial da Sexualidade e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens. Em 2005, segundo JAGE et.al., (2014, p. 215) foi criado um “Marco Legal da Saúde dos Adolescentes” (Brasil, 2005a) e “Saúde Integral de Adolescentes e Jovens – orientações para a organização dos serviços de saúde” (Brasil, 2005b). Nesse conjunto de orientações alguns parâmetros são relevantes de destacar: “a) saúde como um direito dos adolescentes; e b) o atendimento do adolescente realizado de forma integral, resolutiva e participativa” com base na constituição e no ECA.

É em 2006, que o Ministério da Saúde dá outro passo relevante para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, com a formulação do “Marco Teórico e Referencial da Sexualidade e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens”.

Existem programas que orientam a promoção da saúde na sexualidade dos adolescentes: as Diretrizes Nacionais para Atenção Integral a Adolescentes e Jovens (2010); o Programa de Saúde na Escola (PSE), que acontece no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dedica parte de suas ações à promoção da saúde sexual e reprodutiva dos escolares (VEIGA E PEREIRA, 2017).

## 2.3 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA- PSE

Os dados da edição de 2015 da Pesquisa Nacional Saúde do Escolar (PeNSE) mostram que 72,1% das entrevistadas que se relacionaram sexualmente declararam ter usado algum método para evitar gravidez e/ou infecções sexualmente transmissíveis. No entanto, o alto índice de gravidez apresentadas apontam que o acesso à informação e a conscientização do adolescente sobre as responsabilidades e riscos ainda são desafios a serem superados.

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma estratégia de integração da saúde e Educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras. É uma política intersetorial que foi instituído em 2007. Nesse programa, as políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral dos estudantes da rede pública de ensino. Foi a partir de 2013 que puderam fazer parte do PSE as creches (incluindo as conveniadas), pré-escolas, Ensino Fundamental, Ensino Médio, Educação de Jovens e Adultos (EJA). Todos os municípios brasileiros possuem Atenção Básica em saúde que pode ser composta por: Equipes de Unidades Básicas de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Agentes Comunitários de Saúde. Assim, cada Escola indicada passa a ter uma Equipe de Saúde da Atenção Básica de referência para executar conjuntamente as ações.

O PSE se dá com a interação dessas Equipes de Saúde da Atenção Básica com as Equipes de educação, no planejamento, execução e monitoramento de ações de prevenção, promoção e avaliação das condições de saúde dos educandos.

O programa tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, visando o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. Com a dimensão do Programa Saúde na Escola, esses grupos atuam nas três esferas governamentais: federal, estadual e municipal.

O Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) Federal- diz da articulação dos Ministérios no âmbito Federal. **O GTI Estadual trata do** apoio institucional nos territórios, prevendo a construção de espaços coletivos, trocas e aprendizagens contínuas. **O GTI Municipal** composto de gestores das secretarias de saúde e educação, de representantes das equipes de Saúde da Família, dos educadores e das escolas, além de atores sociais das comunidades.

### 2.3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO, DIRETRIZES E OBJETIVOS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

As ações utilizadas na educação e na saúde devem considerar os inúmeros contextos com o objetivo de realizar construções compartilhadas de saberes sustentado pelas histórias individuais e coletivas, com diferentes papéis sociais, professores, estudantes, porteiros, pais, mães, entre outros sujeitos, produzindo aprendizagens significativas e reafirmando uma ética inclusiva. Desse modo, dimensionando a participação ativa de diversos interlocutores/sujeitos em práticas cotidianas, é possível vislumbrar uma escola que forma cidadãos críticos e informados com habilidades para agir em defesa da vida e de sua qualidade e que devem ser compreendidos pelas equipes de Saúde da Família (ESF) em suas estratégias de cuidado.

Dessa forma, o Programa Saúde na Escola (PSE), do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, foi instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286. Um resultado do empenho do governo federal em construir políticas intersetoriais para que a população brasileira tenha uma qualidade de vida melhor. Nesse contexto, as políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira estão unindo-se para promover o desenvolvimento pleno desse público.

O Programa Saúde na Escola (PSE) contribui para consolidar ações a partir do desenvolvimento integral oferecendo à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação, para o enfrentamento das fragilidades que possam vir a afetar o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros. Essa ideia identifica e apoia as ações de inclusão entre saúde e educação já existentes e traz grandes mudanças na qualidade de vida dos estudantes.

A escola é um espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos à saúde e de doenças. O trabalho entre escola e unidade de saúde é, portanto, uma importante demanda do Programa Saúde na Escola.

Na esfera do SUS, a Saúde da Família tem como estratégia principal a reorganização da atenção básica. As ações do PSE, em todas as dimensões, devem estar inseridas no projeto político pedagógico da escola, levando-se em consideração o respeito à competência político executiva dos Estados e municípios, à diversidade sociocultural das diferentes regiões do País e à autonomia dos educadores e das equipes pedagógicas. A importância do apoio dos gestores da área de educação e saúde, estaduais e municipais se faz necessário, por se tratar de um processo de adesão que objetiva a melhoria da qualidade da educação e saúde dos educandos, que se terão compromissos e pactos estabelecidos em ambos os setores.

No âmbito escolar, o trabalho de promoção da saúde com os educandos, e também com professores e funcionários, deve ter início com questionamentos como: “o que eles sabem?” e “o que eles podem fazer?”. É preciso estimular a capacidade de cada um

desenvolver a capacidade de interpretar o dia a dia e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida. Desse modo, profissionais de saúde e de educação devem assumir um perfil permanente de emponderamento dos princípios básicos de promoção da saúde por parte dos educandos, professores e funcionários das escolas.

De acordo com o artigo 2º do Decreto 6.286/07, os principais objetivos do PSE são:

- I- Promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;
- II- Articular as ações do Sistema Único de Saúde – SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- III- Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
- IV- Contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
- V- Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VI- Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes;
- VII- Fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo (BRASIL, 2007, p. 3).

O PSE é um programa criado para atender a todos os municípios que tenham equipes de Saúde da Família, conforme a Política Nacional de Atenção Básica, que é vinculada aos Estados e ao Distrito Federal. O êxito desse programa depende da junção desses Estados e do compromisso entre todos os setores, o da Saúde e o da Educação. Porém, é de suma importância a participação da comunidade escolar, dos profissionais da saúde e principalmente, dos adolescentes e jovens na construção desse projeto.

### 2.3.2 AS DIRETRIZES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)

- I – Tratar a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos;
- II – Permitir a progressiva ampliação intersetorial das ações executadas pelos sistemas de saúde e de educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes;
- III – Promover a articulação de saberes, a participação dos educandos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na

construção e controle social das políticas públicas da saúde e educação;

IV – Promover a saúde e a cultura da paz, favorecendo a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;

V – Articular as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) às ações das redes de educação pública de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos educandos e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis; VI – Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;

VII – Promover a comunicação, encaminhamento e resolutividade entre escolas e unidades de saúde, assegurando as ações de atenção e cuidado sobre as condições de saúde dos estudantes;

VIII– Atuar, efetivamente, na reorientação dos serviços de saúde para além de suas responsabilidades técnicas no atendimento clínico, para oferecer uma atenção básica e integral aos educandos e à comunidade. (passo a passo PSE,2011, p. 7)

Os serviços de Saúde e Educação devem ser garantidos à todos, o apoio dos Estados aos municípios tem uma grande importância para que a implementação do PSE no Brasil e a qualidade da saúde e da educação tenham evolução em sua execução.

### 2.3.3 INTEGRAÇÃO DO SUS COM O SISTEMA EDUCACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL DO ADOLESCENTE

O serviço de saúde não está geralmente preparado para atender a esse público com a devida cautela, costuma-se agir como se a adolescente, ao engravidar, se tornasse adulta. Até hoje, não existe um serviço especializado para essas jovens, como um pré-natal para mães adolescentes, um serviço que possa lhes preparar para essa grande mudança em suas vidas. De acordo com Paiva et. al. (2008), ao abordar sobre questões de iniciação da vida sexual e do uso de preservativos, destaca-se o crescente esforço brasileiro, desde 1990, para se pensar Políticas Públicas vinculadas à Educação Sexual de crianças, adolescentes e jovens especialmente no âmbito escolar.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é uma Política Pública voltada para a infância e para adolescência muito importante em vários sentidos, principalmente referentes ao reconhecimento de que crianças e adolescentes sejam prioridade absoluta, bem como são sujeitos que têm direitos e responsabilidades. O artigo 11 destaca o direito de crianças e adolescentes à saúde integral (BRASIL, 1990). Neste sentido, o acesso aos diversos serviços de saúde, dentre eles, aqueles relacionados aos cuidados com a sexualidade, é garantido legalmente aos adolescentes.

Existe uma política estadual intitulada como política de superação, esta política localiza os problemas e dificuldades e depois são apresentados planos de superação que são feitos através de um conjunto de ações que proporciona à população jovem as necessárias condições de acesso e permanência no âmbito educacional. Nesta política está incluída a educação sexual, porém não inclui o tema da diversidade sexual. As autoridades reconhecem que a política oficial de educação sexual nem sempre é colocada em prática nas escolas. O tema da sexualidade nas escolas pode ser abordado com total autonomia, tanto pelas escolas quanto pelos educadores, esses têm a liberdade de fazê-lo da maneira que considerarem apropriadas.

Em 2008, durante uma pesquisa entre estudantes, pais e professores sobre a educação sexual nas escolas, para o planejamento dos próximos anos, percebeu-se que e os alunos tinham uma preocupação maior sobre os temas considerados tabus como: virgindade, tamanho do pênis e gravidez, entre os pais, ficou clara, a dificuldade de conversar com os filhos sobre o assunto e o desejo de que a escola fosse o espaço adequado para a formação e informação e entre os professores, a maioria concordou que o assunto da educação sexual deveria ser responsabilidade do professor de ciências por sentirem dificuldades de abordar o tema.

Por fim, ficou explícito que os principais empecilhos para que esse trabalho de educação sexual na escola tenha êxito, foram o despreparo, a falta de tempo dos educadores, a falta de materiais e o medo da reação dos pais, pois a maioria deles não aceita sequer que a escola aborde esse tema com seus filhos.

Para trabalhar esse tema da sexualidade se faz necessário a participação de todos os órgãos públicos como a saúde, educação, governantes, pais e a própria sociedade. É bastante comum a jovem grávida fazer o pré-natal e não se ter a preocupação dos profissionais sobre o que a levou a essa situação, se ela sabia dos riscos de doenças sexualmente transmissíveis, se conhece os métodos contraceptivos, se a gravidez era desejada, se ela tem uma família estruturada, enfim, uma preocupação com essas mães na hora do pré-natal e do parto, pois essas são experiências das quais nunca tiveram e que com certeza se sentem com medo, frágeis e vulneráveis e na maioria das vezes não tem nenhum apoio, e em alguns casos, nem mesmo do companheiro, que também, é um adolescente. Sendo assim, não se podem responsabilizar apenas os obstetras ou a enfermagem, essas futuras mães necessitam de um acompanhamento de multiprofissionais para que possam ter a consciência das consequências que uma gravidez precoce possa ter e também para que se tornem mães amorosas,

psicologicamente saudáveis e responsáveis. Este é um desafio encontrado pela saúde e atores sociais envolvidos nesse cenário.

Podemos perceber que para podermos constituir políticas públicas para atender à gravidez na adolescência se faz necessária uma atuação intersetorial, ou seja, considerando o envolvimento da saúde e da educação, com o qual cada uma dessas áreas possa dispor. Os métodos contraceptivos como as pílulas anticoncepcionais, programas de planejamento familiar e um controle definitivo sobre o número de filhos, com a realização de esterilizações de homens e mulheres jovens, surgem como as estratégias mais executadas, porém, apesar de todos os esforços e discurso médico, percebe-se que o principal desafio para as políticas públicas nesta área está em atingir um número considerável de adolescentes a cada estratégia planejada. Diante disso, a escola torna-se um local privilegiado para expansão da educação sexual.

O PCN trata da abordagem da inserção do tema de Orientação Sexual na escola a partir de uma perspectiva problematizadora e dialogada.

A escola deve informar e discutir os diferentes tabus, preconceitos, crenças e atitudes existentes na sociedade, buscando, se não uma isenção total, o que é impossível de se conseguir, uma condição de maior distanciamento pessoal por parte dos professores para empreender essa tarefa. Por exemplo, na discussão sobre a virgindade entre um grupo de alunos de oitava série com seu professor abordam-se todos os aspectos e opiniões sobre o tema, seu significado para meninos e meninas, pesquisam-se suas implicações em diferentes culturas, sua conotação em diferentes momentos históricos e os valores atribuídos por distintos grupos sociais contemporâneos. Após essa discussão é uma opção pessoal do aluno tirar (ou não) uma conclusão sobre o tema virgindade naquele momento, não sendo necessário explicitá-la para o grupo. Já no espaço doméstico o mesmo tema, quando abordado, suscita expectativas e ansiedades dos pais, questões muito diferentes das discutidas em sala de aula.

O tema exige uma relação de confiança e diálogo entre alunos e professor, com informações sobre a sexualidade para que o jovem possa ampliar a consciência corporal, a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, a gravidez indesejada e situações de violência sexual.

## 2.4 DIRETRIZES NACIONAIS PARA ATENÇÃO INTEGRAL DE ADOLESCENTES E JOVENS NA PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE

As Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, criada em 2010 é parte do Pacto pela Saúde e do Programa Mais Saúde: Direito de Todos.

Criança e adolescente desde o Estatuto da Criança e Adolescente passaram a ser vistos e tratados como de prioridade absoluta. Segundo o Estatuto dos Direitos da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 a atenção em saúde deve ocorrer de forma universal e integral no Sistema único de Saúde (SUS). A promoção de saúde de adolescentes e de jovens requer processos de intervenção intersetoriais e interdisciplinares, de ampliação e diversificação das práticas sanitárias, de mudanças na gestão e no trabalho das equipes de saúde para a construção complementar e de intercâmbio entre esses dois campos da atenção à saúde.

É importante envolver sujeitos e coletivos, para que haja o desenvolvimento da autonomia e a participação simultânea na construção de ambientes saudáveis, que o adoecimento possa ser diminuído e o desenvolvimento das ações de promoção, favoreçam a sustentabilidade e a efetividade das ações intersetoriais que podem ser configuradas, no SUS. A garantia da atenção integral às pessoas jovens é condição primordial para a assistência desse grupo populacional compreendendo os aspectos biológicos, psicológicos e sociais da saúde do sujeito inseridos em contextos social, cultural e familiar e em um território.

Para a adoção de um olhar diferenciado para com a população adolescente e jovem é necessário, segundo as Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde (2010), exige:

- a) Atenção humanizada em saúde com melhoria do acolhimento e a formação de vínculos como recurso terapêutico, com uma equipe de saúde;
- b) Melhoria do acesso e dos resultados dos serviços de saúde;
- c) Consideração das diversidades individuais, sociais, étnicas e territoriais;
- d) Ter uma percepção da pessoa jovem em sua integralidade de seu ser e de sua vida, buscando o bem-estar e a inserção em outros serviços locais para além dos serviços de saúde;
- e) Percepção da condição de vulnerabilidade de adolescentes e jovens, principalmente daqueles privados de condições básicas de vida;

As Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde (2010) possui três eixos essenciais de modo a promover e proporcionar atenção integral à saúde de adolescentes e jovens:

- a) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento;
- b) atenção integral à saúde sexual e saúde reprodutiva e;
- c) atenção integral no uso abusivo de álcool e outras drogas por pessoas jovens.

Segundo dados do SUS, de 1996 a 2006, “o percentual de mulheres em idade reprodutiva que recorrem ao SUS para a contracepção, aumentou de 7,8% para 21,3%” (BRASIL, 2010, p. 37).

Os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006 (PNDS), realizada com mulheres, evidenciam no Gráfico 10 (valores sobre o total da amostra) que, a partir dos 12 anos, a curva da idade da primeira relação sexual inicia uma forte ascensão (n=247), com pico nos 16 anos de idade (n=1976). Depois, reduzem-se levemente até os 18 anos (n=1897), caindo intensamente até os 21 anos de idade (n=512). Em 2006, ressalta-se que até os 15 anos 33% das mulheres pesquisadas já haviam tido relações sexuais, o triplo das relações ocorridas em 1996, na mesma faixa etária. (BRASIL, 2010, p. 32)

Com a liberdade sexual um padrão social em relação a sexualidade tem mudado na sociedade, pois como reflete as Diretrizes Nacionais tem revelado que “45% dos casos, os homens jovens iniciaram sua atividade sexual com a namorada, 50% com parceira eventual e 5% com profissionais do sexo”. (BRASIL, 2010, P. 33). A busca gratuita pelos métodos contraceptivos na rede de saúde pública tem aumentado segundo dados oficiais, entretanto tem ocorrido uma queda na fecundidade em todo o Brasil.

No Brasil, a análise sobre partos atendidos no SUS em 2007, em evidência no Gráfico 14, aponta que o total de partos de mulheres adolescentes e jovens de 10 a 24 anos, a prevalência foi de 56,19% , em jovens de 20 a 24 anos, nas adolescentes de 15 a 19 anos o percentual foi de 42,43% e na faixa etária de 10 a 14 foi de 2,23% . (BRASIL, 2010, p. 37)

Em relação ao percentual de partos por região, os dados revelam que “Nas idades de 15 a 19 anos os partos apreçam com um percentual de 44,43% no Sul, 44% no Norte e 41,55% no Centro-Oeste. Para as adolescentes de 10 a 14 anos, a prevalência é de 3% no Norte; 2,37% no Nordeste e 2,28% no Sul”.

As Diretrizes Nacionais para Atenção Integral a Adolescentes e Jovens criada em 2010 chama atenção que a intervenção em saúde e educação do adolescente deve ser de natureza

intersetorial e interdisciplinar com enfoque no território sanitário ou região de saúde articulando o setor escolar que concentra grande proporção de jovens, promovendo a participação juvenil e a convivência comunitária. A abordagem dos temas devem considerar a transversalidade dos recortes de raça, etnia, gênero e orientação sexual.

A equipe de Saúde da Família precisa de construir um processo de trabalho que encontre Estratégias de Saúde da Família preventivas. A Política Nacional de Atenção Básica para promover a atenção integral em saúde de adolescentes e jovens propõe a reorientação dos serviços de saúde a partir dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) englobando ações de promoção e proteção de saúde.

Define as Diretrizes um olhar diferenciado na abordagem do adolescente e jovem considerando a necessidade de ações humanizantes e de acolhimento, bem como, a melhoria do acesso aos serviços de saúde com sensibilidade para com as necessidades das diversidades individuais, sociais, étnicas e territoriais e para as situações de vulnerabilidade de adolescentes e jovens.

### **3. ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE EM ADOLESCENTES GRÁVIDAS NA USF CRUZ DAS ARMAS-PB**

O capítulo 3 apresenta o resultado do registro da experiência realizada durante Estágio Supervisionado em Serviço Social na Unidade da Saúde da Família localizada no bairro de Cruz das Armas em João Pessoa.

### 3.1 A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO DE CRUZ DAS ARMAS EM JOÃO PESSOA-PB

Cruz das Armas é um bairro criado nos anos 20 na região oeste da cidade quando a cidade expandia em direção à saída da cidade. Recebe esse nome do saber popular a partir dos caixeiros viajantes em face do medo de almas. Recentemente é um território com uma população de 25.000 pessoas. Tem mercado, igreja e maternidade própria, além do quartel do exército 15º RI.

Segundo Rafael Júnior anuncia duas versões ao nome do bairro, a primeira refere-se a uma cruz que se localizava na divisa das Capitanias de Itamaracá e Paraíba, a segunda, o nome de Cruz das Almas, concebe que nas margens do rio Gramame existia um núcleo de negros “arapuás” que ao amedrontar os viajantes (BERNARDINO, 2017).

O bairro de Cruz das Armas possui três Unidades de Saúde da Família (USF) isoladas, duas integradas e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para atender o universo de 25.549 habitantes.

A Unidade de Saúde da Família de Cruz das armas (integrada II) é composta por três unidades (equipes) e contém: três médicas, três enfermeiras, três técnicas de enfermagem, três dentistas, três auxiliares de saúde bucal (ASB), duas recepcionistas, uma atendente de farmácia, duas auxiliares de serviços gerais, um vigia, uma gerente, uma farmacêutica e vinte e quatro agentes comunitários de saúde (ACS's), totalizando quarenta e sete funcionários da saúde, o prédio está localizado na Rua Tomás Gomes da Silva, S/N no bairro de Cruz das Armas, João Pessoa-PB.



### 3.2 O PERFIL DA ADOLESCENTE NA USF CRUZ DAS ARMAS-PB

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa sobre a caracterização do perfil de gestantes adolescentes e mães adolescentes com idades entre 15 e 19 anos, pertencentes a uma Unidade Básica de Saúde no bairro de Cruz das Armas, em João pessoa-PB. O motivo da escolha da Unidade Básica de Saúde (UBS) para o estudo foi devido ao fato de eu ter feito o meu estágio na maternidade Cândida Vargas, pelo tema do meu TCC que é sobre a gravidez na adolescência e também por fazer parte do quadro de multiprofissionais da citada unidade.

O perfil das adolescentes que são atendidas na USF foi estruturado a partir das fichas do prontuário da UBS, com os seguintes indicadores quantitativos:

Tabela 01: Perfil das Adolescentes atendidas da USF de Cruz das Armas (2019)

IDENTIFICAÇÃO	DATA DE ENTRADA	CIDADE	IDADE	GRAU DE INSTRUÇÃO	FREQUÊNCIA A ESCOLA	MORA COM O COMPANHEIRO
A	15/06/20	JOÃO PESSOA	15 ANOS	FUNDA MENTA L INCOMP.	SIM	SIM
B	10/07/20	JOÃO PESSOA	16 ANOS	FUNDA MENTA L IMCOMP.	NÃO	SIM
C	15/07/20	JOÃO PESSOA	19 ANOS	FUNDA MENTA L	SIM	NÃO

				IMCOMP		
D	08/05/20	JOÃO PESSOA	15 ANOS	FUNDA MENTA L INCOMP.	SIM	NÃO
E	13/01/20	JOÃO PESSOA	16 ANOS	FUNDA MENTA L IMCOMP	NÃO	SIM

Fonte: Prontuário USB cruz das ARMAS, 2020

As adolescentes em processo de acompanhamento da gestação na USF cruz das Armas apresentam um quadro de saúde regular, são orientadas e encaminhadas aos serviços necessários como a realização de exames e vacinas. É imprescindível que essas adolescentes tenham todo o acompanhamento gestacional e todos os exames em dia, assim como as vacinas.

A Unidade Básica de Saúde no bairro de Cruz das Armas, em João Pessoa-PB é um ponto de referência relevante para a região sul da cidade, pois fica localizada num bairro que tem condições de ligação com vários bairros e conjuntos habitacionais. É imprescindível que essas adolescentes tenham todo o acompanhamento gestacional e todos os exames em dia, assim como as vacinas. Que receba orientação sobre alimentação, cuidados com higiene e saúde mental uma vez que a gestação mobiliza todos os componentes fisiológicos e psicológicos da futura mãe. A tabela 02 confere como os serviços de saúde acompanham os aspectos de peso e pressão, assim como atua no controle das doenças sexualmente transmissíveis.

Tabela 02: Perfil das Adolescentes atendidas da USF de Cruz das Armas (2019)

IDENTIFI	PESO	PRESSÃO	PERÍODO	VACINAS	DSTS
----------	------	---------	---------	---------	------

CAÇÃO		ARTERIA L	DE GESTAÇÃO		
A	73,550	120X80	25 SEMANAS	DTA/HEP B 15/06/20- 13/07/20	NÃO
B	64 KG	90X50	12 SEMANAS	DTA/HEP B 25/07/20	NÃO
C	59.950	120X70	32 SEMANAS	DTA/HEP B 28/07/20	NÃO
D	70 KG	110X70	21 SEMANAS	-	NÃO
E	75.500	100X60	34 SEMANAS	DTA/HEP B 18/05/20- 10/08/20	NÃO

Fonte: Prontuário USB Cruz das Armas, 2020.

Do ponto de vista socioeconômico, umas das adolescentes é diarista, sendo as demais do Lar, de modo que depende da renda familiar, justamente esta que trabalha que não depende do Programa Bolsa Família. A renda familiar encontra-se entre R\$400,00 –R\$1.045,00.

Tabela 03: Perfil das Adolescentes atendidas da USF de Cruz das Armas (2019)

IDENTIFICAÇÃO	OCUPAÇÃO	RENDA FAMILIAR	BENEFICIÁRIA DE BF

A	DO LAR	400,00	SIM
B	DO LAR	780,00	SIM
C	DIARISTA	1045,00	NÃO
D	DO LAR	1045,00	SIM
E	DO LAR	650,00	SIM

Fonte: Prontuário USB Cruz das Armas, 2020.

O SUS através da USF tem como público prioritário famílias nesse padrão econômico vulnerável, exposto a condições vulneráveis de moradia, trabalho, escolarização e saúde. Por estarmos em tempos de pandemia não podemos ampliar o perfil a partir de entrevistas e rodas de diálogos como pretendia-se no início do TCC.

### 3.3 AÇÃO EDUCATIVA EM SAUDE NA USF CRUZ DAS ARMAS-PB ANTES E DURANTE APANDEMIA

As ações educacionais voltadas para as gestantes antes da pandemia aconteciam na unidade de saúde da família no bairro de Cruz das Armas em João Pessoa-PB, em algumas datas simbólicas como por exemplo, no mês outubro, (o mês da mulher), ou mês de maio (comemorando-se o dia das mães), quando fazíamos algumas atividades voltadas para mulheres em especial para as mães de primeira viagem.

No entanto, as ações educacionais em saúde não foram especificamente concentradas para o público de adolescentes, mas para todas as gestantes que eram atendidas USF de Cruz das Armas.

Neste trabalho de prevenção em saúde foram realizadas rodas de conversa com o apoio de alguns profissionais de saúde, como médico, enfermeira e dentista, assim como alguns outros profissionais do NASF, entre eles nutricionista, psicólogo e assistente social. Nessas rodas de conversa, os profissionais orientavam o público presente sobre saúde da mulher, a importância da saúde bucal, da alimentação saudável, da saúde psicológica. A saúde psicológica da mulher em processo de gestação é fundamental para saúde da mesma e do filho, elas precisam dialogar sobre a saúde física e psicológica para ter uma boa gestação. Nesse sentido, elas ainda precisam acessar um

conjunto de informações sobre os direitos da criança, das mães e das mulheres.

Durante as rodas de conversas informais realizadas anteriormente ao período da pandemia, as mulheres presentes interagiram, ouvindo as exposições, fazendo questionamentos e tirando algumas dúvidas durante a conversa. Durante essas ações eram usados como recursos educativos como dinâmicas de grupo de modo a promover um processo participativo e dialógico. Após as palestras eram oferecidas outras ações, como cortes de cabelos, massagens, testes rápidos de sífilis e HIV/AIDS, limpeza de pele, lanches e lembrancinhas para todas as presentes; atividades essas que valorizavam a autoestima das mesmas.

Com a chegada da pandemia, essas ações presenciais foram suspensas, assim como o acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no domicílio. No entanto, para que eu não houvesse o distanciamento entre o serviço e o público, e as mesmas não ficassem totalmente desinformadas nesse longo tempo de quarentena, resolvi fazer um grupo de whatsapp com o objetivo de promover um acompanhamento à distancia. A unidade de saúde, está ainda, realizando um acompanhamento da enfermeira nas consultas de pré-natal, onde estão sendo feitas as orientações, os encaminhamentos e requisições de exames. Durante essas consultas de pré-natal, a enfermeira tem o espaço e a oportunidade de fazer um atendimento mais detalhado, e um olhar mais especial para a adolescente gestante, fazendo assim um acolhimento mais humanizado.

A pandemia é um momento crítico para toda a sociedade pois todo o sistema de saúde fica em alerta permanente oferecendo serviços de urgência emergenciais de modo a tentar evitar um maior número de mortes na população. Com isso gera muita ansiedade na sociedade como um todo, especialmente nas gestantes que devem ter melhor atenção das famílias e autoridades de saúde.

Nesse tempo de pandemia, precisamos ter um cuidado maior para com todos os usuários que chegam até a unidade de saúde, nesse caso, o cuidado é maior ao recebermos a adolescente em processo de gestação, pois ao vir à unidade para fazer o pré natal, nós procuramos tomar alguns cuidados como: agendar as consultas visando o menor tempo possível de espera, proceder com todas as normas e protocolos de assistência, assegurando-lhes a distancia em relação aos usuários com suspeita de covid-19, oferecendo as orientações devidas com os cuidados de saúde, como a necessidade do distanciamento social, o uso de máscara e a higienização necessária das mãos e do corpo.

Diante dessa situação social crítica ainda enfrentamos outros problemas no tocante a assistências as gestantes, pois algumas adolescentes não vão à unidade de saúde e não querem iniciar o pré-natal, mesmo sendo orientadas quanto aos riscos. A educação em saúde da mulher é fundamental para que as adolescentes gestantes tenham consciência com as mudanças que seu corpo e sua vida estão vivendo, de modo que nem sempre a sensibilização e a informação não as convencem da necessidade da assistência pré-natal.

Em alguns momentos chamamos atenção para as responsabilidades de uma jovem gestante, durante e depois do parto, de modo a cobrir o vazio de desinformação que não é assegurado durante a educação familiar e escolar. Algumas das vezes, precisamos ser enérgicos e mostrar aos pais que eles podem ser responsabilizados caso aconteça algo à adolescente em questão.

Com o quadro atual de pandemia a assistência as gestantes piora na medida em que se interrompe um processo educativo e de assistência médica e socioassistencial. Na USF de Cruz das Armas existem cinco adolescentes grávidas, das quais duas ainda não iniciaram o pré-natal, motivo de preocupação constante. Não se sabe se desinformação e ou descaso e negligência dos pais.

#### 4. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Diante do presente estudo sobre a temática da “gravidez na adolescência”, pode-se perceber que apesar do avanço das discussões sobre o assunto, ainda há muitos desafios a percorrer, desde a prevenção até a assistência integral de adolescentes em período de gestação, além da família. A inserção de jovens nos serviços de saúde para lidar principalmente com a temática da gravidez é um fenômeno de saúde coletiva que deve ser abordado pela família, a escola e a rede de serviços de saúde e de proteção social.

Existe uma necessidade de estudos e pesquisas que busquem entender como as adolescentes estão sendo incorporadas na sociedade e quais as suas maiores angústias e dificuldades ao lidar com a condição de estudante e gestante, já que a sociedade ainda coloca o tema da sexualidade e da saúde reprodutiva da mulher como tabu, muitas das vezes, espaço da violência.

Durante o Estágio Supervisionado em Serviço Social junto a Unidade de Saúde durante a pesquisa percebi que a adolescência apresenta pouco conhecimento no assunto da “sexualidade” e os que têm, tem informações distorcidas do assunto. Esses jovens embora possuem grandes curiosidades em relação à sexualidade e a relação com os parceiros, não encontram espaço de respostas dos “porquês” da vida. Em grande parte as informações esparsas do assunto vem dos amigos, de vídeos pornográficos e da mídia em geral. Não vem de revistas especializadas em saúde da mulher.

É necessário entender os motivos que levam as jovens a iniciarem a vida sexual precocemente, sem nenhum preparo ou orientação profissional dos pais e educadores, o porquê de não haver nenhum diálogo a esse respeito entre pais e filhos entre educandos e educadores e entre os pares nas relações afetivas e sexuais.

No entanto, apesar desse assunto ainda ser um tabu, é necessário que os pais entendam o seu papel como provedor e protetor de seus filhos e reconheçam que há uma carência muito grande de diálogo entre pais e filhos. A escola e os serviços de saúde coletiva podem aproximar-se no sentido de promover ações educativas e preventivas de saúde. O Serviço Social na Escola e nos Serviços Públicos de Saúde Coletiva podem fazer a diferença como educadores da cidadania, rompendo com a ignorância e o preconceito que só afetam a vida da adolescente.

Nas ações educativas, (interrompidas pela pandemia), eram realizadas rodas de conversas, onde eram esclarecidas algumas dúvidas, palestras com outros profissionais

de saúde, orientações quanto aos direitos e deveres esclarecidos pela assistente social, assim como dinâmicas para envolvê-las na atividade.

Quanto ao perfil das adolescentes percebe-se que a maioria é beneficiária do bolsa família, ainda estuda e convive com o pai da criança. Também pode-se perceber que a faixa etária vai dos 15 aos 19 anos e ambas são usuárias da UBS de Cruz das Armas, portanto, as informações médicas foram adquiridas a partir de seus prontuários.

Esse estudo foi uma importante ferramenta para o conhecimento das reais necessidades e expectativas dos adolescentes, assim como o que eles esperam dos familiares e sociedade.

## 5. REFERÊNCIAS

BRASIL. **Cuidando de adolescentes**: Orientações Básicas para a Saúde Sexual e a Saúde Reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. MDS. Informativo Gravidez na Adolescência Impacto na vida das Famílias e das Adolescentes e Jovens Mulheres. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/informe/Informativo%20Gravidez%20adolesc%C3%Aancia%20final.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/informe/Informativo%20Gravidez%20adolesc%C3%Aancia%20final.pdf). Acessado em: 12/03/2020.

BRASIL. **Programa Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde; Ministério da Educação, 2011.

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

BRASIL. Lei nº 13.798 de 03 de janeiro de 2019, que institui a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2019/Lei/L13798.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13798.htm). Acessado em: 04/12/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Passo a passo PSE- Programa Saúde na Escola - Tecendo caminhos da intersetorialidade**, 2011. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/passo\\_a\\_passo\\_pse.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/passo_a_passo_pse.pdf). Acessado em 27/05/20

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 que dispõe do Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/28317-gravidez-na-adolescencia-tem-queda-de-17-no-brasil>. Acessado em: 12/03/2020.

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. In: **Cad. Saúde Pública**. 2018; 34(3), p. 1-14.

COELHO, E. A. C. et al. O planejamento familiar no Brasil contexto das políticas de saúde: determinantes históricos. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 1, p. 37-44, mar. 2000.

DEPARTAMENTO CIENTIFICO DE ADOLESCÊNCIA. Guia Prático de Atualização Prevenção da gravidez na adolescência. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, dezembro 2018, v. 15, supl. 1, p. 86-94.

GUANABENS, Marcella Furst Gonçalves; GOMES, Alessandra Miranda; MATA, Maria Elizete da; REIS, Zilma Silveira Nogueira. Gravidez na adolescência: um desafio à promoção da saúde integral do adolescente. **Rev. bras. educ. med.** [online]. 2012, vol.36, n.1, suppl.2, pp.20-24.

JARDIM, Dulcilene Pereira. Educação em saúde na adolescência: uma experiência acadêmica na Estratégia Saúde da Família. In: **Adolescência & saúde**. Rio de Janeiro, out/dez 2012, v. 9, n. 4, p. 63-67.

LABOISSIÉRE, Paula. Governo lança diretrizes para reduzir procedimentos desnecessários no parto. Agência Brasil, publicado em 08/03/2017 - 12:55. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-03/governo-lanca-diretrizes-para-reduzir-procedimentos-desnecessarios-no-parto>. Acessado em: 04/12/2019.

MONTEIRO, C. F.. A violência intra-familiar contra adolescentes grávidas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2007, v. 60, n. 4, p. 373-6.

MOREIRA, T. M. et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 312-20, 2008.

NICOLINO, Aline da Silva; LEITE, Jaciara Oliveira e WANDERLEY, Lara. **Educação Sexual em Goiás**. Goiás: PUC-GO, 2013, p 52-53.

OLIVEIRA, M. W. *Gravidez na adolescência*: dimensões do problema. **Cadernos CEDES**, Campinas, SP, v. 19, n. 45, p. 48-70, 1998.

OPAS. **Construindo equidade no SUS**. Brasília, DF: OPAS, MS, 2017.

OPS. **Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe**. Informe de consulta técnica. Washington, 2018.

PARIZ, Juliane; MENGARDA, Celito Francisco; FRIZZO, Giana Bitemcourt. A Atenção e o Cuidado à Gravidez na Adolescência nos Âmbitos Familiar, Político e na Sociedade: uma revisão da literatura. In: **Saúde Soc. São Paulo**, 2012, v.21, n.3, p.623-636.

SANTOS, Juliana Rocha dos; SOUZA, Samia Tahís Almeida de; GRAMACHO, Rita de Cássia Calfa Vieira . Depressão pós-parto em adolescentes. Disponível em: <https://www.repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/bitstream/bahiana/732/1/Tcc.pdf>. Acessado em: 12/03/2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia Prático de Atualização - Departamento Científico de Adolescência**, nº 11, janeiro de 2019. Disponível em: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=763](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=763). Acessado em: 12/03/2020.

SOUZA, Leilane Barbosa de; FERNANDES, Janaína Francisca Pinto; Barroso, Maria Grasiela Teixeira. Sexualidade na adolescência: análise da influência de fatores culturais presentes no contexto familiar. *Acta Paul Enferm* 2006. 19(4), p. 408-13.

SOUZA, Natalie Silva e CINTRA, Soraia Veloso. **Gravidez e os impactos sociais na adolescência**. VI Semana Pontal e V Encontro do Ensino de História. De 25 a 28 de setembro de 2018. Disponível em: [http://www.eventos.ufu.br/sites/eventos.ufu.br/files/documentos/natalie\\_silva\\_de\\_souza.pdf](http://www.eventos.ufu.br/sites/eventos.ufu.br/files/documentos/natalie_silva_de_souza.pdf). Acessado em: 12/03/2020.

UFJF. Taxa de gravidez adolescente no Brasil está acima da média latino-americana e caribenha. (6 de março de 2018) Juiz de Fora: Laboratório de Demografia e Estudos Populacionais do Departamento de Geociências da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2018. Disponível em: <http://www.ufjf.br/ladem/>. Acessado em: 04/12/2019.