

JAMILLE ISABELLE SANTOS SEMBER^{1*}, JEANNE SEABRA NEGRÃO LIMA DA SILVA¹, RENATO DA SILVA PUJADAS¹, DEUSA MERIAM DA SILVA BRITO¹.

¹Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ). Belém – Pará.

*E-mail: isabelleseember@gmail.com

RESUMO

A gravidez na adolescência é um dos maiores problemas de saúde pública tanto nacional como internacional, que possui influências sociais, econômicas e culturais. Por este fato, a pesquisa procurou relacionar a gravidez na adolescência com a implantação da estratégia saúde da família, considerando que por meio de políticas socioeducativas é possível reduzir o índice de gravidez precoce. O estudo é observacional, transversal, retrospectivo e quantitativo, sendo utilizado para isto dados secundários obtidos no Sistema de Informação do SUS – DATASUS/ SISPRENATAL e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Através dos relatórios desses sistemas obteve-se acesso aos casos de gravidez na adolescência e ao número de equipes de Saúde da Família, sendo que esses dados foram cruzados com o objetivo de aferir o possível impacto positivo na redução do índice de gravidez na adolescência com a implantação e ampliação da cobertura da estratégia de saúde da família. A pesquisa obteve como resultados a confirmação do aumento da incidência de gravidez na adolescência, assim como da implantação de equipes de saúde da família no período de 2012 a 2014, entretanto, pela inconsistência dos dados obtidos no sistema não foi possível avaliar o impacto da estratégia de saúde da família na situação estudada.

Palavras-chave: Gravidez na Adolescência, Atenção Básica em Saúde, Estratégia Saúde da Família.

A INCIDÊNCIA DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELÉM-PARÁ

INTRODUÇÃO

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei n.º 8069/90, adolescente é todo indivíduo com idade entre 12 e 18 anos (DINIZ NC, 2010). Entretanto, para a Organização Mundial de Saúde (OMS) esse período envolve indivíduos com idades entre 10 a 19 anos e cerca de 16 milhões de meninas se encontram nessa faixa etária, e 1 milhão

delas, menores de 15 anos, dão à luz todos os anos, principalmente em países com renda baixa e média (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Conforme a OMS, as complicações durante a gestação e o parto constituem a segunda principal causa de morte entre meninas de 15 a 19 anos em todo o mundo. No Brasil, de acordo o Ministério da Saúde em 2013 foram registrados 300.000 partos de adolescentes totalizando 31% dos partos realizados pelo SUS, portanto a gravidez na adolescência é um problema de saúde pública comum em todo o mundo, pois o crescimento e desenvolvimento humano é uma fase marcada por intensas transformações físicas e biológicas, que se associam a outras de âmbito social, emocional, cultural e psicológico (MARTINES, et al, 2011).

A gravidez precoce pode estar associada a diversos fatores sendo os principais: a falta de apoio familiar e de expectativas de vida, perda da autoestima, baixo rendimento escolar, maus exemplos familiares, carência afetiva, a falta de informação ou utilização incorreta dos métodos contraceptivos e a necessidade de autoafirmação perante a sociedade e os pais (SANTOS, et al, 2009; RODRIGUES, 2010).

Em decorrência desta gestação prematura, os profissionais da área da saúde em todo o mundo vêm discutindo sobre as complicações médicas dela sem chegarem a conclusões definitivas. Porém, sabe-se que o pré-natal tardio ou ausência deste, implica em consequências fisiológicas negativas tanto para mãe como para o filho (COSTA, et al, 2011).

As consequências mais incidentes para a mãe são as doenças hipertensivas específicas da gravidez (pré-eclâmpsia), de morbidade e mortalidade no parto e no puerpério, desproporção feto-pélvica, partos prematuros, anemia e baixo ganho de peso. Para o filho, os maiores índices são de natimortos, mortes perinatais, recém-nascidos de baixo peso, síndrome da morte súbita, hospitalizações por infecções e acidentes durante toda a infância (HEILBORN, 2006).

No quesito social, percebem-se altos índices de abandono escolar e da profissionalização após a gestação. E por fim, do ponto de vista psíquico, é comum encontrar jovens inseguras e com receio perante seu futuro como mães (YAZLLE, 2006; MARTINS, 2011).

O Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994, atualmente considerado como estratégia de reorganização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, é capaz

de desenvolver ou ampliar as estratégias de prevenção e promoção de saúde, inclusive da saúde reprodutiva e o programa pré-natal, portanto, deve também atuar na prevenção da gravidez precoce desenvolvendo várias estratégias de informação e educação na comunidade, incluindo o planejamento familiar com fornecimento de medicamento e orientação quanto a métodos anticoncepcionais (YAZLEE, 2006).

Considerando o contexto de causas e consequências da gravidez prematura, suas repercussões sociais e o fato da ampliação da estratégia da saúde da família, a qual tem entre as suas competências a responsabilidade de investir na promoção e proteção da saúde nas áreas de atuação, essa justifica-se o estudo dos indicadores de gravidez na adolescência em Belém do Pará no período 2011 a 2014, e sua relação com o aumento da cobertura de equipes de saúde da família no município.

O objetivo do presente estudo foi Identificar a incidência de gravidez na adolescência em Belém do Pará no período de 2011 a 2014, e comparar os resultados com o aumento do número de Equipes de Saúde da Família.

METODOLOGIA

O projeto desse trabalho, por se tratar de dados públicos, não precisou ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). A presente pesquisa é de cunho observacional, transversal, retrospectivo e quantitativo, sendo utilizado para isto dados secundários obtidos no Sistema de Informação do SUS – DATASUS/ SISPRENATAL e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) através de relatórios desses sistemas, os quais possibilitaram identificar os casos de gravidez na adolescência e o número de equipes de Saúde da Família implantados no Município de Belém-PA.

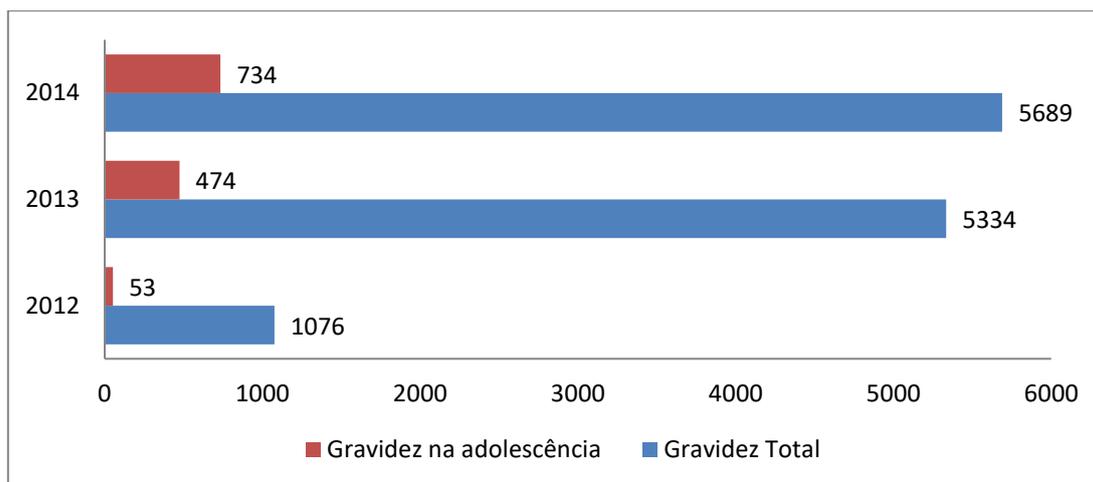
Como critério de inclusão, foram incluídos os dados do E SUS/ SISPRENATAL, referentes as gestantes na faixa etária de 10 a 19 anos, independentemente de terem ou não concluído o pré-natal. Inicialmente, pretendia-se trabalhar com 100% das gestantes que foram identificadas no período de 2011 a 2014, porém, em razão da não existência de dados, foi necessário excluir o ano de 2011.

Os dados referentes às características sociodemográficas e clínicas foram tratados utilizando-se a estatística descritiva, expressos na forma de Média = Desvio Padrão, Mediana e Percentis e frequências absolutas e relativas, conforme o caso, e apresentados em tabelas e/ou gráficos. Foram computados como pré-natal completo os casos que realizaram 6 ou mais consultas, por gestantes captada até a 12^a semana de gestação.

RESULTADOS

Em 2012 foram notificados 1076 casos de gravidez em Belém, sendo que destes, 53 foram durante a adolescência. Em 2013 estes números aumentaram subindo para 5334 gestações totais sendo 474 durante a adolescência. Já em 2014, o número total de gestações notificadas foi de 5689 sendo destas, 734 durante a gestação (**Figura 1**).

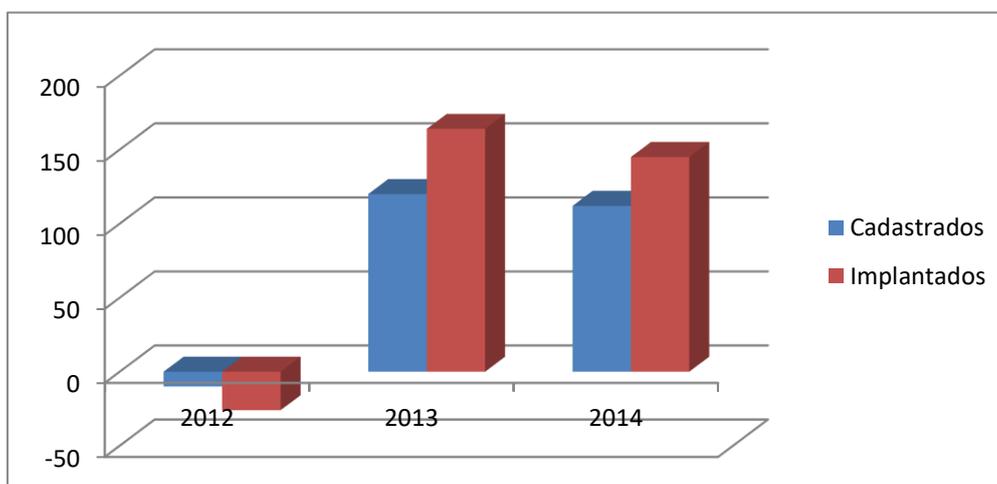
Figura 1 - Gravidez na adolescência comparada a gravidez total em Belém de 2011-2014.



Fonte: DATASUS/SISPRENATAL, 2014.

Em relação à implantação de equipes de saúde da família, em 2012 houve uma diminuição da quantidade em 10 cadastradas e 26 implantadas, em 2013 houve um aumento de 120 cadastradas e 164 implantadas, no último ano foram cadastradas 112 e implantadas 145 equipes (**Figura 2**).

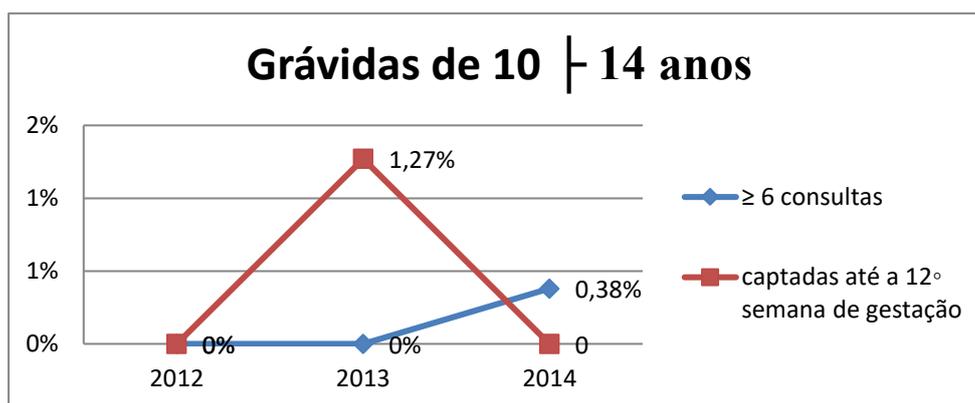
Figura 2 - Equipes de saúde da família em Belém implantadas de 2012 a 2014.



Fonte: DATASUS/CNES, 2014.

Quanto ao acompanhamento de gestantes de 10-14 anos cadastradas no SISPRENATAL, em 2012 não havia número de gestantes desta idade, em 2013 1,27% do total de adolescentes estavam entre 10-14 anos e foram captadas até a 12ª semana de gestação sendo nenhuma com mais de 6 consultas de Prenatal. Em 2014, 0% foram captadas até 12ª semana, mas 0,38% tiveram mais de 6 consultas (**Figura 3**).

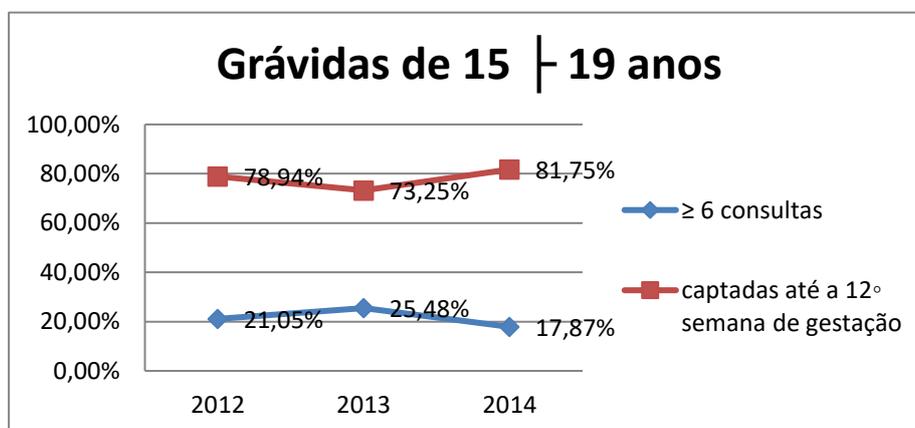
Figura 3 - Gestantes de 10-14 anos cadastradas no SISPRENATAL em Belém de 2012-2014.



Fonte: DATASUS/SISPRENATAL, 2014.

Em 2012, 78,94% das gestantes de 15-19 anos foram captadas até a 12ª semana de gestação, contudo apenas 21% delas fez mais de 6 consultas, este número manteve-se com 73% das gestantes desta idade captadas na idade gestacional e 25% tiveram mais de 6 consultas. No último ano, 81,75% das gestantes foram captadas até 12 semanas, mas apenas 17% tiveram mais de 6 consultas.

Figura 4 - Acompanhamento de gestantes de 15 a 19 anos cadastradas no SISPRENATAL no Município de Belém, PA, no período de 2012-2014.



Fonte: DATASUS/SISPRENATAL, 2014.

DISCUSSÃO

Analisando a **Figura 1** percebeu-se que o número de gravidez na adolescência e gravidez total no município de Belém no período de 2012 a 2014 aumentou de forma significativa diferente ao que foi encontrado pela Unbehaum (2004) no mesmo município, no período de 1992 a 2002, em que houve aumento e diminuição da gravidez na faixa etária de 10 a 14 anos, prevalecendo a redução desse número. Segundo esse estudo, o ano de 1992 é o que aponta o maior índice de todo o período (775,9 por 100.000), enquanto o de 1995 registra a menor taxa (525,2 por 100.000).

Apesar da taxa de crescimento observada neste estudo, em Belém, ser oficial, uma vez que os dados acessados são do sistema público de informação, esse número, aparentemente, não demonstra a proporção correta, visto que há dados insuficientes nos períodos analisados semelhante ao estudo da Unbehaum (2004), no qual, segundo uma entrevistada, que coordena um serviço municipal de atenção à saúde da mulher em Belém, a rede de hospitais que cobre os partos de baixo risco na cidade, em sua grande maioria, é privada e os serviços particulares ainda apresentam resistência e dificuldade em registrar os procedimentos realizados para encaminhar a informação para o SUS. Dessa forma, é possível que haja sub-registro nos dados levantados e apontados nessa discussão, fato corroborado pela ausência de dados no ano de 2011.

Quanto a estratégia de saúde da família foram implantadas, no período, 283 equipes, sendo desativadas 26 em 2012, e implantadas 164 em 2013 e 145 em 2014, havendo um crescimento real do número de equipes, semelhante ao que vem ocorrendo em todo o Brasil. Na **Figura 2** nota-se esse aumento significativo de 39,67% no decorrer dos anos analisados no município de Belém. Segundo Informes Técnicos Institucionais (2000), o número de equipes de Saúde da Família continua crescendo, até junho de 2000 trabalhavam 7.991 equipes de Saúde da Família, distribuídas em 2.614 municípios brasileiros, nas 27 unidades federadas, conferindo cobertura a mais de 27,5 milhões de habitantes (PARIZ, et al., 2012).

Apesar da informação, que entre os objetivos da estratégia saúde da família incluem-se: a prestação da assistência integral e contínua de boa qualidade à população, elegendo a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde e intervenção sobre os fatores de risco a que esta população está exposta, observa-se que não houve essa correlação entre o aumento do número de equipes e a redução da gravidez na adolescência, visto que ambos estão aumentando, o que pode ser observado na **Figura**

3. Isto talvez se deva ao fato de que o aumento aparente do índice talvez reflita apenas um número maior de registros dessas ocorrências porque há um maior acesso da população ao serviço de saúde (PARIZ J et al, 2012).

Quanto a realização do pré-natal segundo os parâmetros do Ministério da Saúde, encontrou-se pouca adesão por parte das adolescentes grávidas, o que pode ser observado na **Figura 4**, os quais estão de acordo com o que Goldenberg, et al. (2005) encontraram em Monte Claros – Minas Gerais, relatando presença maior de inadequação do pré-natal entre as adolescentes devido aos problemas não somente de acesso, mas também as dificuldades específicas observadas entre as adolescentes para a procura de serviços médicos, como o medo de procedimentos obstétricos, vergonha dos pais, assim como de abordagem sobre práticas sexuais.

Segundo o estudo de Goldenberg, et al. (2005) a proporção de frequência de pré-natal acima de seis consultas entre as adolescentes de Monte Claros – MG, principalmente as de 10 a 14 anos, é inferior a 40%. Tal informação esta em concordância com a **Figura 4**, o qual é possível notar a pouca adesão ao pré-natal das adolescentes grávidas nesta mesma faixa etária. A partir dessa figura também é possível observar números extremamente baixos de gravidez, inclusive igual a 0 em alguns anos, o que leva ao questionamento sobre a densidade e coerência dos dados apresentados.

O Ministério da Saúde (2005) preconiza a realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação, para considerarmos um pré-natal qualificado. Entretanto, observou-se na **Figura 4** o grande número de adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos, que realizaram menos de seis consultas pré-natais, o que representa risco tanto para adolescente quanto para a criança gerada.

CONCLUSÃO

Conclui-se, pelos dados disponibilizados e analisados, que houve aumento da incidência de gravidez na adolescência, assim como da implantação de equipes de saúde da família no período de 2012 a 2014. Este aumento de gravidez na adolescência foi de 894% de 2012 para 2013 e de 154% de 2013 para 2014. Apesar da inconsistência observada nos dados disponibilizados pelo DATASUS, presume-se que esteja havendo um aumento de notificações, pelo fato de ter aumentado o acesso ao pré-natal, mas a qualidade ainda está aquém do esperado, considerando o número de equipes de saúde da

família implantadas no Município que tem a capacidade de fazer melhor acompanhamento dos casos na comunidade. Não é possível inferir se a estratégia de saúde da família, a qual teve aumento de equipes implantadas em Belém, resultou em impacto na incidência da gravidez na adolescência no período estudado.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5. Brasília – DF 2005.
2. COSTA EL, et al. Gravidez na adolescência - determinante para prematuridade e baixo peso. Com. Ciências Saúde - 22 Sup1:S183-S188, 2011.
3. DINIZ NC. Gravidez na adolescência: um desafio social, 2010.
4. GOLDENBERG P, Figueiredo MCT, Silva RS. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, jul-ago, 2005; 21(4):1077-86.
5. HEILBORN ML, et al. Gravidez na adolescência e fatores de risco entre filhos de mulheres nas faixas etárias de 10 a 14 e 15 a 19 anos em Juiz de Fora, MG. Revista APS, 2006; 9(1): 29-38.
6. MARTINEZ EZ, et al. Gravidez na adolescência e características socioeconômicas dos municípios do Estado de São Paulo, Brasil: Análise espacial. Cad. Saúde Pública 2011 maio [Acesso em: 2015 10 de janeiro]; 27 (5): 855-867.
7. MARTINS MG, et al. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. Rev. Bras. Ginecol. Obste. 2011; 33(11): 354-60
8. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. A gravidez na adolescência. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>
9. PARIZ J, et al. A atenção e o cuidado à gravidez na adolescência nos âmbitos familiar, político e na sociedade: uma revisão da literatura. Saúde soc. São Paulo July/Sept. 2012; 21(3)
10. RODRIGUES RM. Gravidez na adolescência: contracepção e gravidez na adolescência. Rev. Nascer e Crescer do hospital de crianças Maria Pia ano 2010, vol XIX, n.º 3.
11. SANTOS CAC, et al. Gravidez na adolescência: falta de informação. 2009; 6(1):48-56.
12. UNBEHAUM S. Gravidez de Adolescentes entre 10 e 14 anos e vulnerabilidade social: estudo exploratório em cinco capitais brasileiras. São Paulo – Março 2004
13. YAZLLE MEHD. Gravidez na adolescência. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2006; 28 (8): 443-5.