

O programa de saúde da família e a gravidez na adolescência em São Bernardo do Campo

The family health program and the teenage pregnancy in São Bernardo do Campo

Fabiana Otsuka, Juliana Narahara, Letícia Ayabe, Milena Caccelli, Valéria Salina, Viviane Molinos, Lourdes C.

Martins, Olinda C. Luiz

Recebido: 19/9/2005

Aprovado: 03/11/2005

Resumo

O PSF/PACS (Programa Saúde da Família) foi criado em 1994 quando se formaram as primeiras equipes de saúde da família com o propósito de reorganizar a prática da atenção à saúde. Dentre as atuações do PSF/PACS está a prevenção da gravidez na adolescência. A gravidez na adolescência é motivo de preocupação das organizações de saúde nacionais e internacionais pelas repercussões físicas, psicológicas e sociais deste fenômeno na sociedade atual. O objetivo do presente trabalho foi comparar a proporção de gravidez na adolescência entre a população total de São Bernardo do Campo e a população coberta pelo PSF/PACS na mesma cidade. A população menor de 20 anos coberta pelo PSF/PACS de São Bernardo do Campo apresentou uma porcentagem de gravidez na adolescência significativamente menor que na população de São Bernardo sem assistência do PSF/PACS nos anos de 1999 a 2002. Isso indica que possivelmente o PSF/PACS, através de seus mecanismos de prevenção da gravidez na adolescência, esteja obtendo resultados positivos. No entanto, faz-se necessário acompanhamento prolongado para uma conclusão mais definitiva.

Unitermos

Avaliação de políticas públicas de saúde; gravidez na adolescência; saúde da família; epidemiologia de serviços de saúde.

Abstract

The Family Health Program was initiated in 1994 when the first family health teams were formed with the goal of reorganizing the practice of attention towards health. Within the actions of the PSF/PACS the prevention of teenage pregnancy is involved. The teenage pregnancy is a great concern for the national and international organizations due to its physical, psychological and social repercussions into the ongoing society. The main goal of this work was to compare the proportion of teenage pregnancy among the total population of São Bernardo do Campo and the population covered by PSF/PACS in the same city. The population under 20 years old covered by PSF/PACS in São Bernardo do Campo showed a teenage pregnancy percentage significantly smaller than the

population from São Bernardo without the assistance from PSF/PACS from 1999 to 2002. It shows that possibly the PSF/PACS through its mechanisms of teenage pregnancy prevention has been reaching positive results. However, a longer accompaniment is necessary in order to obtain a more definite conclusion.

Keywords

Public health policies evaluation; teenage pregnancy; family health; services epidemiology.

Introdução

O PSF (Programa Saúde da Família) foi criado em 1994 quando se formaram as primeiras equipes de saúde da família com o propósito de reorganizar a prática da atenção à saúde, com o intuito de substituir o modelo tradicional para levar a saúde mais próxima da família e melhorar a qualidade de vida dos brasileiros^{1,2,3}.

São prioridades do PSF/PACS a prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos de forma integral e contínua. O atendimento é feito na unidade básica de saúde da família (UBSF) ou no domicílio, buscando criar vínculos entre profissionais e a comunidade.

Os princípios básicos do PSF/PACS são os seguintes:

1. Integridade e hierarquização sendo a Unidade de Saúde da Família o primeiro nível de ação denominado atenção básica (capaz de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade) que deve assegurar a referência e contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade.
2. Territorialização e cadastramento da clientela cujo trabalho abrange uma área definida e é responsável por cadastrar e acompanhar a população vinculada a esta área (é recomendado um máximo de 4500 pessoas por equipe)
3. Equipe multiprofissional composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde (ACS).

Cada membro tem determinadas atribuições. O médico atende todos os integrantes de cada família e desenvolve ações preventivas e de promoção de qualidade de vida; o enfermeiro supervisiona o trabalho dos ACS e do auxiliar de enfermagem, faz consultas na unidade de saúde e assiste pessoas nos domicílios. O auxiliar de enfermagem realiza procedimentos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde visitam cada domicílio pelo menos uma vez por mês. Cada equipe deve ter capacidade para conhecer a realidade das famílias por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, conhecer características demográficas e epidemiológicas, identificar os principais problemas de saúde e situações de riscos existentes na população atendida, elaborar um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, prestar assistência integral, desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados.

Dentre as atuações do PSF/PACS está a prevenção da gravidez na adolescência. A competência profissional no campo da anticoncepção deve incluir os conhecimentos técnicos, científicos e culturais atualizados, direcionados ao atendimento das necessidades de saúde sexual e reprodutiva dos usuários. Portanto, é necessário ter habilidade para dar orientação, informar e comunicar-se adequadamente, participando da tomada de decisões quanto aos métodos anticoncepcionais⁴.

A atuação dos profissionais de saúde no campo do planejamento deve permear uma assistência embasada no princípio da paternidade responsável e no direito à livre escolha, tendo como pressuposto a oferta dos métodos anticoncepcionais aprovados no país. Os métodos atualmente disponíveis e autorizados no Brasil incluem os comportamentais, hormonais orais e injetáveis, preservativo masculino e feminino, diafragma, espermicida, DIU, laqueadura e vasectomia⁴. Portanto, uma adequada política de planejamento familiar envolve a atuação educativa direta do profissional de saúde, mas também um fornecimento regular dos métodos contraceptivos e o acesso aos serviços de saúde, garantidos através de uma adequada gestão em saúde.

O período da adolescência envolve profundas transformações físicas e psicológicas. É nessa fase que ocorrem processos relacionados à busca da identidade, à formação de valores e do projeto de vida. A fase da adolescência comumente compreende o período dos dez aos vinte anos incompletos e é caracterizada por etapas de desenvolvimento físico, mental, emocional e social; quando o indivíduo passa de uma fase de dependência socioeconômica total a outra de relativa independência. Essa transição da infância para a fase adulta é um processo lento; quando ocorre a gravidez, muitas etapas são transpostas aos saltos, ao mesmo tempo em que a adolescente ainda está se adaptando às transformações que estão ocorrendo em seu corpo⁵.

São de diversas ordens os motivos que levam uma adolescente a engravidar, desde o início da atividade sexual

precoce sem o uso adequado de contraceptivos até a busca de uma identidade relacionada à maternidade numa realidade em que as opções são restritas. O desejo da maternidade nem sempre é o motivo principal. Pode estar relacionado à vontade de perpetuação do namoro, à afirmação da feminilidade através da fertilidade, à vontade de encontrar um objetivo para a vida nos cuidados com o filho, à necessidade de companhia para lidar com a solidão através do relacionamento com o filho etc⁶. Assim, a gravidez pode significar realização e felicidade para muitas adolescentes quando esta é desejada. Mas para a maioria delas significa tristeza, medo, insegurança e até mesmo desespero, pois a gravidez não estava nos seus planos e a responsabilidade pela maternidade recai totalmente sobre elas⁷.

A literatura, no entanto, é unânime na afirmação de que a gravidez ocorre em situação de falta de informação tendo como conseqüências muitas vezes a prática do abortamento⁵.

Duarte⁸, em revisão de literatura, salienta que muitos estudos abordam os fatores relacionados à gravidez nessa faixa etária do ponto de vista orgânico, comportamental e educacional. O início das relações sexuais em idade mais precoce, as relações sexuais não protegidas, a falta de conhecimento do corpo e dos métodos contraceptivos e a falta de acesso a estes e condições socioeconômicas seriam alguns dos fatores apontados como predisponentes a uma gravidez não planejada.

As mudanças relativas ao comportamento sexual a partir da década de 60 tiveram como conseqüência o aumento da atividade sexual entre os adolescentes. O exercício da sexualidade desprotegida está relacionado aos hábitos sexuais, às relações afetivas, ao namoro, ao "ficar" e às relações desvinculadas do casamento.

As adolescentes muitas vezes enfrentam sozinhas essa situação e, invariavelmente, têm dificuldades familiares e sociais. A necessidade de esconder a gestação faz com que deixem de buscar os serviços de pré-natal, tornando-as mais propensas à morbi-mortalidade perinatal e a mortalidade materna. Concomitantemente, ainda enfrentam o afastamento da escola, a perda do emprego, casamentos prematuros ou o estigma de mãe solteira, mudando seu projeto de vida e sua potencialidade individual⁷. As alterações biológicas, psicológicas e culturais podem levar à ocorrência de uma série de complicações para a mãe e para o feto. Por isso, a gravidez na adolescência é sempre considerada de alto risco e é motivo de preocupação das organizações de saúde nacionais e internacionais.

Há ainda uma preocupação adicional que envolve a repetição da gravidez. O perfil biopsicossocial das adolescentes que tiveram mais de uma gestação tem como características principais: a menarca precoce, a primeira relação sexual após curto intervalo de tempo da menarca, a repetência ou o abandono escolar, a ausência de ocupação remunerada, a baixa renda familiar, a união com parceiros mais velhos, a realização de aborto anterior e a ausência de acompanhamento no pós-parto anterior⁹.

No entanto, as conseqüências de uma gestação na adolescência não são diretamente determinadas. Elas dependem das possibilidades e expectativas que originariamente tinha a adolescente e também das oportunidades que a sociedade oferece. A atenção no pré-natal é uma importante oportunidade de minimizar os fatores de risco e proteger a saúde da adolescente e seu bebê.

Muitas pesquisas têm sido produzidas nos últimos anos sobre a saúde dos adolescentes e jovens. Esse conhecimento tem influenciado potencialmente as ações de saúde dirigidas para esta faixa etária. Apesar disso, o impacto necessário ainda não foi alcançado⁸.

Tendo por referência os princípios do Programa de Saúde da Família e o problema da gravidez na adolescência, a presente pesquisa teve como objetivo comparar a proporção de gravidez na adolescência na população geral de um município (São Bernardo do Campo) e a mesma proporção na população coberta pelo Programa de Saúde da Família nessa cidade.

Material e métodos

A proporção de gravidez na adolescência foi calculada a partir dos dados de dois sistemas de informação: o SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos) e o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) da Secretaria Municipal de São Bernardo do Campo.

Do SINASC utilizou-se o número de nascidos vivos com idade materna até 20 anos incompletos dividido pelo total de nascidos vivos. Este é o único sistema de informação que possibilita a desagregação dos dados sobre gravidez na adolescência até municípios. No entanto, ele não permite obter informações sobre subdivisões intramunicipais.

Do SIAB foi utilizada a porcentagem de gestantes acompanhadas com até 20 anos incompletos dividida pelo total de gestantes acompanhadas pelo programa. Neste caso, ao contrário da informação sobre nascidos vivos, utilizou-se diretamente o número de gestantes. O SIAB refere-se somente à população coberta pelo Programa de Saúde da Família, e quando a cobertura não alcança 100%, como no caso de São Bernardo do Campo, ele não permite análise da totalidade da população.

Foi realizada a análise descritiva das variáveis do estudo em termos de seus valores absolutos e relativos. Para comparar a porcentagem de gravidez na adolescência do município de São Bernardo do Campo com a mesma porcentagem na população coberta pelo PSF na mesma cidade no período de 1999 a 2002, foi utilizado o teste de comparação entre duas proporções. O nível de significância foi de 5% e o pacote utilizado foi Primer.

Resultados

A análise da Tabela 1 mostra que houve diferença significativa nos anos 1999, 2000 e 2001. No ano de 2002, embora não tenha havido significância, notamos uma tendência diferente entre as duas populações.

Isso significa que em São Bernardo do Campo, a proporção de gravidez na adolescência é menor na população coberta pelo PSF quando comparada com toda a população da cidade.

Discussão

A população menor de 20 anos coberta pelo PSF/PACS de São Bernardo do Campo apresentou uma porcentagem de gravidez na adolescência menor que a população de São Bernardo sem assistência do PSF/PACS. Isso indica que possivelmente o PSF/PACS, através de seus mecanismos de prevenção da gravidez na adolescência, esteja obtendo resultados positivos, embora esta proporção já fosse menor no início do programa. Por outro lado, observa-se que a mesma porcentagem mostra uma tendência de aumento na população coberta pelo PSF, o que não ocorre na população total de São Bernardo do Campo.

Moura e Silva afirmam que há lacunas na competência profissional da equipe de saúde da família em anticoncepção que, associadas à falta de sistematização do trabalho, geram distorções na qualidade da atenção. O trabalho em equipe foi caracterizado pela indefinição de atribuições e tarefas dos seus membros⁴. Apesar dessa afirmação, acredita-se que, pela natureza do modelo de atenção, algum efeito do Programa de Saúde do Adolescente está acontecendo na proporção de gravidez na adolescência em São Bernardo do Campo.

Ainda em relação à porcentagem de gestantes adolescentes na população coberta pelo PSF/PACS, houve um crescimento significativo de 1999 para 2000. Esse aumento é esperado, uma vez que o número de gestantes cadastradas no serviço triplicou, demonstrando um aumento da cobertura, aproximando mais a porcentagem da realidade.

Durante o período de 1999 a 2002, os dados indicam primeiramente uma tendência de aumento no número do índice de nascidos vivos por mãe com idade inferior a 20 anos. Posteriormente, ocorre um declínio, até que o índice tende a se tornar moderadamente constante. Embora a mudança de tendência possa ser atribuída ao trabalho pre-

Tabela 1.
Número e porcentagem de gravidez na adolescência em São Bernardo do Campo e na população coberta pelo PSF no mesmo município – 1999 a 2002

Ano	PSF N (%)	S.Bernardo N (%)	p
1999	52 (9,33)	2327 (17,14)	p<0,001
2000	194 (12,62)	2122 (16,46)	p<0,001
2001	216 (14,22)	1931 (16,63)	p=0,019
2002	172 (13,59)	1776 (15,63)	p=0,062

Fonte: SINASC-DATASUS, SMS, São Bernardo do Campo

ventivo do PSF/PACS, ainda é necessária uma observação mais prolongada para uma conclusão mais definitiva sobre a eficiência deste serviço nas comunidades.

Dados adicionais são necessários para se obter comparações e conclusões mais definitivas, principalmente aqueles relacionados ao PSF/PACS. Porém, a implantação do programa é muito recente. Nos próximos anos, com o amadurecimento do serviço e maior acesso aos seus dados, será possível identificar resultados mais consistentes e direcionar o seu desenvolvimento.

No trabalho aqui realizado, foram utilizadas fontes de informações de naturezas diversas (SINASC e SIAB) para avaliar as duas situações. A diferença no fluxo de informações dos dois sistemas pode ocultar uma realidade diferente daquela aqui encontrada. No entanto, estas são as únicas fontes de informações atualmente disponíveis para os objetivos desta pesquisa. Acredita-se ser necessária sua utilização até mesmo

para problematizar a qualidade na produção dos dados, com a qual o presente trabalho pretende contribuir. Para além dos resultados encontrados, outra contribuição consistente é a apresentação de critérios objetivos para a avaliação de políticas públicas; a aplicação dos instrumentos da epidemiologia na abordagem do impacto de modelos e serviços de saúde.

Não se pode esquecer que a proporção de gravidez na adolescência em uma população depende de trabalho educativo sobre sexualidade, riscos e complicações da gravidez e do aborto, do acesso a contracepção e de uma ampla política de planejamento familiar. Além disso, o tratamento humanizado pelos profissionais de saúde é imprescindível. Estes são aspectos que também devem ser objetos de avaliação e pesquisas ulteriores, cuja abordagem requer referencial metodológico diferente do utilizado, mas que poderá aprofundar os resultados aqui encontrados.

Referências bibliográficas

1. Brasil. Guia prático do programa de saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, s/d.
2. Santana ML, Carmagnani MI. Programa de saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde Soc* 2001;10:33-54.
3. Marques RM, Mendes A. Atenção básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003;8:403-15.
4. Moura ERF, Silva RM. Competência profissional e assistência em anticoncepção. *Rev Saúde Pública*. 39(5):795-801.
5. Souza VLC, Correa SM, Souza SL, Beserra MA. O aborto entre adolescentes. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2001;9(2): 42-7.
6. Moreira CC. Fique alerta quando a adolescente engravida. *Pediatr Mod* 1997;33(5):320.
7. Freitas GVC, Botega NJ. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Rev Assoc Med Bras* 2002;48(3):245-249.
8. Duarte CM. Gravidez na adolescência e seus diferenciais intra-urbanos no município de Santo André. (Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina do ABC). Santo André, SP, 2003.
9. Persona L, Shimo AKK, Tarallo MC. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. *Latino-am Enfermagem*. 2004;12(5):745-750.

Endereço para correspondência

Olinda do Carmo Luiz
Rua Loefgreen, 1241 - casa 4, V. Clementino - São Paulo, SP
CEP: 04040-031, Tel.: 5571 7618/9742 2460
E-mail: olindaca@uol.com.br