

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

YENIS MARTINEZ SILVA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA
DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS NA COMUNIDADE DE
CANSANÇÃO- EMBIRUÇU - MINAS NOVAS- MINAS GERAIS**

**DIAMANTINA - MINAS GERAIS
2015**

YENIS MARTINEZ SILVA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA
DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS NA COMUNIDADE DE
CANSANÇÃO- EMBIRUÇU - MINAS NOVAS- MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

DIAMANTINA - MNAS GERAIS

2015

YENIS MARTINEZ SILVA

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS NA COMUNIDADE DE CANSANÇÃO- EMBIRUÇU - MINAS NOVAS- MINAS GERAIS

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 16/08/2015.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a minha família por serem minha força motriz e apoiarem cada passo da minha vida.

A minha tutora e a todos os que tornaram possível a realização deste trabalho

"Muitas vezes devemos mudar nossos conceitos, não só os conceitos gerais, conceitos sociais e filosóficos, mas também, às vezes, conceitos médicos, e ver que nem sempre as doenças são tratadas como uma doença é tratada em um hospital, em uma cidade grande, vamos ver então como o médico tem de ser também um fazendeiro [...] um pouco de professor [...] como temos também de ser político, como a primeira coisa que você tem a fazer é não indo para fornecer a nossa sabedoria, mas ir para mostrar que nós temos o que aprender com o povo". [...] Temos de ir com esforço investigativo e espírito humilde, para aprender a grande fonte de sabedoria que é o povo.

Ernesto Che Guevara

RESUMO

A adolescência é um período de vida que merece atenção, pois ocorre transição entre infância e a idade adulta podendo resultar ou não em problemas futuros. Adolescência e gravidez, quando ocorrem juntas, podem acarretar sérias consequências para todos os familiares, mas principalmente para os adolescentes, pois podem envolver crises e conflitos. Este estudo objetivou elaborar um projeto de intervenção para diminuir a incidência de gravidez nas adolescentes dos PSF Cansanção e Embiruçu. O projeto foi feito com base no Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) e também realizada uma revisão narrativa da literatura sobre o tema, na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), com os descritores: Gravidez na adolescência, atenção primária à saúde e prevenção. Destaca-se, portanto, a necessidade de olhar a complexidade em torno desta temática, uma vez que a experiência da gravidez é vivida de diferentes formas o que significa levar em conta as relações familiares e projetos de vida de cada adolescente. Espera-se, assim, que com a implantação do projeto de intervenção e a partir de ações educativas possamos diminuir o número de adolescentes grávidas e ter uma equipe mais preparada para o trabalho com o grupo de adolescentes.

Palavras chave: Gravidez na adolescência. Prevenção. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

A adolescence is a period of life that deserves attention, as occurs transition between childhood and adulthood and may result in future problems. Adolescence and pregnancy, when they occur together, can lead to serious consequences for all the family, but especially for the teenagers involved, because they involve crises and conflicts. This study aimed to elaborate a project of intervention to reduce the incidence of pregnancy in adolescents of PSF Cansanção and Embiruçu. The project was done based on the Situational strategic planning method (PES) and held a narrative review of the literature on the subject, in the Virtual Health Library (VHL), with the keywords: Teen pregnancy and prevention. Stresses, therefore, the need to look at the complexity around this theme, since the experience of pregnancy is experienced in different ways which means take into account family relationships and life projects of every teenager. It is expected that with the implementation of the intervention project and from educational activities can reduce the number of teen pregnancies and have a team more prepared to work with the Group of teenagers.

Keywords: Pregnancy in adolescence. Prevention. Primary health care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO _____	9
2 JUSTIFICATIVA _____	13
3 OBJETIVOS _____	14
4 METODOLOGIA _____	15
5 REVISÃO DA LITERATURA _____	16
6 PLANO DE AÇÃO _____	20
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS _____	27
REFERÊNCIAS _____	29

1 INTRODUÇÃO

O município de Minas Novas encontra-se localizado na mesorregião do Jequitinhonha. Encontra-se situado a uma distância de 543 da capital do estado de Minas Gerais (Belo Horizonte). O município é constituído de cinco distritos: Minas Novas, Baixa Quente, Cruzinha, Lagoa Grande de Minas Novas e Ribeirão da Folha.

Em relação a sua história, Minas Novas, por volta de 1727, um grupo de bandeirantes, chefiados por Sebastião Leme do Prado, encontrou ouro em um dos afluentes do rio Fanado que, por essa razão, recebeu o nome de Bom Sucesso. A notícia de grandes jazidas atraiu os faiscadores. Entre o rio Fanado e o seu afluente Bom Sucesso, formou-se o primeiro núcleo populacional, em torno de uma capelinha, erguida em homenagem a São Pedro, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013).

Assim nasceu o arraial de São Pedro do Fanado, que rapidamente prosperou, recebendo, dois anos depois, o título de Vila do Bom Sucesso do Fanado de Minas Novas. O período de prosperidade foi relativamente curto. À medida que se esgotavam as reservas auríferas e de pedras preciosas, operou-se um gradativo esvaziamento populacional. Os habitantes passaram a ocupar-se, então, da lavoura de subsistência e da criação de gado (IBGE, 2013).

Dispondo de terras propícias à cultura do algodão, a antiga vila do fanado se converteu, em fins do século XVIII e início do XIX, em centro de exportação de algodão em rama, de cobertores e de outras confecções de tecidos grossos. Entretanto não só o algodão era de boa qualidade. A seda que se produzia, longa e macia, era apreciada nos grandes mercados europeus.

No ano de 1800, tendo em vista o grande progresso da região e as dificuldades administrativas foi proposta ao parlamento do império a instituição da província autônoma de Minas Novas.

É nesse município que realizamos nossas atividades profissionais e do Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família (CEESF) ofertado pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), da Faculdade de Medicina da UFMG.

O município de Minas Novas tem uma população estimada em 31.811 habitantes com um número aproximado de 7.923 domicílios segundo o último censo de 2013. A maioria deles encontra-se na zona rural. A distribuição da população, de acordo com a faixa etária, consiste em um predomínio da população rural com 18.213 habitantes sobre a área urbana com 13.427 habitantes. As idades prevalentes são de pessoas entre 25-39 anos e 40-59 anos, com 6.510 e 5.641, respectivamente (IBGE, 2013).

O município apresenta uma taxa de crescimento anual de 1,8 sendo a população na zona rural a que apresenta o menor crescimento

A principal atividade econômica do município é agricultura com os cultivos mais importantes: abacaxi, feijão, mandioca, milho; tem, ainda, grande quantidade de terra dedicada à plantação de eucaliptos para extração de madeira e produção de carvão.

Quanto ao Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do município, ele é financiado com recursos do orçamento do município, do estado, da união, da seguridade social, além de outras fontes, constituindo o fundo municipal de saúde. Este, para o ano 2014, destinado pela prefeitura, foi de R\$ 5.862.100,00.

O município tem duas escolas estaduais e seis municipais, duas creches, três associações comunitárias, oito igrejas, três campos de futebol, duas quadras esportivas e muitos pontos de comércio, lojas, bares, dentre outros serviços como luz elétrica, água, telefonia, correios, bancos.

Especificamente nas comunidades de Cansanção e Embiruçu, onde trabalhamos, encontram-se duas escolas estaduais, três municipais, duas creches, quatro igrejas, duas pousadas e vários comércios.

As ações e serviços de saúde integram uma rede unificada, regionalizada e hierarquizada e constituem o SUS organizado, no âmbito do município, de acordo com as seguintes características: municipalização dos recursos, serviços e ações; integralidade na prestação das ações de saúde adequadas às realidades epidemiológicas, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação de entidades representativas de usuários e profissionais de saúde na formulação, gestão, controle e avaliação da política

municipal e das ações de saúde através da constituição do conselho municipal de saúde, deliberativo e paritário.

A estrutura de saneamento básico na área de abrangência do PSF em nossa comunidade conta com saneamento básico, mas a rede ainda não está em funcionamento completamente e cerca de 30% das casas possuem poços artesianos e fossa comum. Apenas 5% dos domicílios têm coleta de lixo e o restante do lixo é queimado. Tem famílias em situações precárias de moradia.

Em relação ao Programa Saúde da Família, ele foi implantado no município no ano de 1990, possui uma cobertura que abarca 100% da população, com 11 equipes de saúde, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), uma policlínica municipal, um hospital, rede de farmácias comunitárias com uma farmácia principal na secretaria de saúde.

O município, para efeitos de utilização de equipamentos de maior complexidade em saúde, pode agregar-se a outros municípios passando a integrar um sistema distrital para execução de um âmbito maior das ações de saúde, ao nível hospitalar e de urgência.

Apresentando especificamente as Unidades de Saúde da Família, os PSF Cansanção e Embiruçu ficam próximos e têm como limite os PSF da Forquilha, Cruzinha e Paulinho, experimentando, nos últimos anos, um crescimento e aumento da população atendida na UBS.

Nosso PSF possui um total de 2.683 pessoas, com 655 famílias cadastradas e 51,39% da população são mulheres com uma densidade familiar de 5 a dez pessoas por família. A faixa etária predominante é 20 a 45 anos, sendo a taxa de natalidade anual e alta.

Quanto aos recursos humanos, nossa equipe de trabalho é composta de 14 pessoas lotadas em duas unidades de saúde: em cada uma delas ficam: um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, três Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), uma auxiliar de limpeza e um motorista que atende às duas unidades.

A área física de cada unidade é composta por várias dependências: uma sala de espera pequena e que nos horários de pico de atendimento não é suficiente para a

quantidade de pacientes que chegam a unidade, isso dificulta, sobremaneira, o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Conta também com sala de enfermagem, uma sala de vacinação, duas salas de consulta, para o médico e a enfermeira, uma sala de nebulização, uma sala de esterilização e apresenta ademais área de serviços com dois banheiros.

No que diz respeito aos aspectos epidemiológicos, as principais causas de óbito no município são as doenças do aparelho circulatório tanto em homens como em mulheres, seguidas pelas doenças endócrino metabólicas e nutricionais, e em último lugar as doenças infecciosas. Esse contexto se apresenta da mesma forma em nosso PSF. Ressalta-se que não temos óbitos neonatais, mas temos que continuar trabalhando para diminuir os baixos pesos ao nascer e suas complicações, diminuindo a incidência de gravidez na adolescência.

As principais causas de Internação no ano de 2013, segundo dados do SIH/DATASUS foram: complicações da Hipertensão (HAS), Diabetes *mellitus* (DM), Acidente Vascular Cerebral (AVC) e câncer.

O diagnóstico situacional feito atendendo à atividade do Módulo de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) revelou, dentre os problemas apresentado anteriormente, alto índice de gravidez na adolescência o que nos fez escolher esse problema como o prioritário para o desenvolvimento deste estudo.

2 JUSTIFICATIVA

O município conta com um total de 286 gestantes das quais 65 são adolescentes; 183 encontram-se entre 20-34 anos e 38 acima de 34 anos. Este trabalho se justifica pela alta incidência de adolescentes grávidas entre a população compreendida entre 10-19 anos.

Em nossa área de abrangência, temos cadastradas 100% das mulheres grávidas, correspondendo ao total de 20. Destas, oito são adolescentes entre 14 e 18 anos que representam 40% do total da população gestante, conferindo um alto índice de adolescentes grávidas.

Os dados foram tomados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) relativos às consultas de acompanhamento, do registro de cadastros de nossa área e do livro de cadastramento e cuidados das gestantes. Outros fatores estiveram associados em nossa pesquisa à gravidez adolescente: pressão social (baixo nível escolar das gestantes, desemprego, baixa renda); baixo nível de informação sobre planejamento familiar, desconhecimento dos riscos de gravidez nessa idade, pouco apoio e aceitação pela família.

As internações por complicações, óbitos maternos e fetais, também foram avaliados como fatores associados ao problema que ajuda a caracterizar nossas ações na equipe.

A falta de conhecimento sobre os fatores do risco, complicações e mudanças biopsicossociais influem na incidência da gravidez na adolescência. Assim, acredita-se que com a participação de nossa equipe de trabalho sobre os problemas identificados poderemos, mediante um bom planejamento, precavermos de variáveis negativas que possam interferir na gravidez e obtermos resultados positivos.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção para diminuir a incidência de gravidez nas adolescentes dos PSF Cansanção e Embiruçu.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme o texto da seção 2 do Módulo de Planejamento e avaliação das ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para fundamentar o plano foi realizada uma revisão narrativa da literatura sobre o tema, na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), com os descritores:.

Gravidez na adolescência.

Prevenção.

Atenção Primária à Saúde.

5 REVISÃO DA LITERATURA

No Brasil, 12% das adolescentes de 15 a 19 anos tinham pelo menos um filho em 2010, segundo o relatório anual Situação da População Mundial do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, 2011), organismo da Organização das Nações Unidas (ONU).

A gravidez indesejada na adolescência traz consequências para a saúde, educação, emprego e direitos de milhões de meninas em todo o mundo, e pode se tornar um obstáculo ao desenvolvimento de seu pleno potencial (UNFPA, 2011).

Muitas gravidezes de adolescentes e jovens não foram planejadas e são indesejadas; inúmeros casos decorrem de abusos e violência sexual ou resultam de uniões conjugais precoces, geralmente com homens mais velhos. Ao engravidar, voluntaria ou involuntariamente, essas adolescentes têm seus projetos de vida alterados, o que pode contribuir para o abandono escolar e a perpetuação dos ciclos de pobreza, desigualdade e exclusão (UNFPA, 2011).

Segundo Pereira (2005), a gravidez não planejada na adolescência pode ocasionar alto índice de mortalidade advinda de complicações durante a gestação e parto, em detrimento, possivelmente, da imaturidade fisiológica de um corpo que está em desenvolvimento e ao mesmo tempo compete com as necessidades hormonais do feto em formação. Sugere que desejos inconscientes de ser mãe intervêm em comportamentos sexuais e na fertilidade das adolescentes.

Castro, Abramovay e Silva (2004 p.127-128) comentam que

[...] os jovens racionalizam seus atos, não pelas gratificações que possam delas ter no momento, mas sim tendo como referência um futuro, um vir a ser” de maneira que o gerar filhos pode significar “para muitos, expressão de poder, de virilidade, compensação por outras faltas e exclusões.

Na nossa experiência, a grande maioria das adolescentes retorna para o acompanhamento pós-natal, mantendo um vínculo com a equipe, que passa a ser um ponto de referência. Na nossa equipe 60% das adolescentes amamentaram até

o terceiro mês; 30%, até o sexto mês; e apenas 10% tiveram filhos internados. É importante frisar que, ao se estimular a autoestima e reforçar o vínculo mãe/bebê, dando-se assistência médica, psicológica e social, é possível obter resultados bastante eficazes, não apenas no que se refere ao aleitamento materno, mas também ao bem-estar físico, psicológico e social da mãe adolescente e do seu filho.

Para evitar esse possível transtorno, é necessário existir confiança mútua no ambiente familiar, informações mais detalhadas sobre métodos contraceptivos, redução da ideologia impregnada da desvalorização do conceito sexual exposta às crianças, desmistificação de algumas ideias repassadas entre amigos e, acima de tudo, respeito e limite ao seu próprio tempo quanto ao início da atividade sexual.

As etapas de qualquer gravidez, seja ela planejada ou não, exigem cuidados importantíssimos à saúde da mãe e bebê. Os riscos são maiores nas gestantes adolescentes, por isso, elas necessitam de assistência médica o quanto antes.

Para Farias e Moré (2011), além dos impactos percebidos em curto prazo, a gravidez na adolescência também se associa às dificuldades que continuam a repercutir no desenvolvimento da adolescente e de sua família, ao longo dos anos. Essas dificuldades normalmente são: medo do descrédito por parte dos pais e profissionais em relação à capacidade de cuidar do filho, desemprego, acesso precoce no mercado de trabalho não qualificado, dificuldades para continuar os estudos, abandono escolar, tristeza, solidão e isolamento, maus tratos infantis e separação conjugal.

Nesse sentido, Gradim, Ferreira e Moraes (2010) relatam que a gravidez é vivenciada negativamente quando não se tem o apoio do parceiro, situação mais frequente entre as adolescentes menores de 16 anos.

Farias e Moré (2011), a partir em estudos realizados, mostram que as mães adolescentes sentem grande amor pelos o que as fez capazes de assumir a maternidade não só atendendo suas necessidades de cuidados bem como assumem a educação dos filhos para si.

Para facilitar a relação entre a equipe de saúde e o adolescente, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p.27) é preciso que:

1. O adolescente perceba que o profissional de saúde inspira confiança, que adota atitude de respeito e imparcialidade. Não emite juízo de valor sobre as questões emocionais e existenciais escutadas. Nesse terreno o profissional de saúde não deve ser normativo.

2. O adolescente precisa estar seguro do caráter confidencial da consulta, mas ficar ciente também das situações na qual o sigilo poderá ser rompido, o que, no entanto, ocorrerá sempre com o conhecimento dele. Essas situações estão relacionadas a riscos de vida do adolescente e de outras pessoas.

3. É importante estar preparado não só para ouvir com atenção e interesse o que o adolescente tem a dizer, mas também ter sensibilidade suficiente para apreender outros aspectos que são difíceis de serem expressos verbalmente por eles.

Pelo que consideramos muito importante para equipe de saúde da família o desenvolvimento de ações de atenção primária assim como promover articulações intra e intersetoriais, estabelecendo parcerias e corresponsabilidades para a elaboração, condução e avaliação de ações destinadas à prevenção de agravos, promoção e assistência à saúde de adolescentes e jovens. Sendo assim, propõem-se as seguintes orientações:

1. Participar e/ou desenvolver ações de promoção de saúde nos territórios, articulando e potencializando os diversos espaços e equipamentos comunitários, especialmente a escola.

2. Articular canais junto à população adolescente que facilitem a sua expressão e o reconhecimento de suas potencialidades por meio de atividades artísticas, esportivas e culturais, rádio ou jornal comunitário, campeonatos, gincanas, grupos de voluntários, palanque da cidadania, olimpíadas desportivas ou intelectuais.

3. Articular ações intra e intersetoriais fortalecendo uma intervenção mais coletiva, capaz de promover o desenvolvimento saudável de adolescentes e favorecer ambientes protetores.

4. Participar e/ou desenvolver ações de incentivo à participação juvenil, fortalecendo o protagonismo juvenil, identificando e valorizando lideranças estudantis e juvenis da comunidade para participarem na solução de problemas que impactam efetivamente a saúde pública, no âmbito de suas comunidades, e na promoção da educação em saúde entre pares para uma melhor qualidade de vida.

5. Articular parcerias e desenvolver ações de educação em saúde que valorizem a alimentação saudável, a prática de atividades de lazer, de esportes e culturais favorecendo hábitos saudáveis.

6. Articular parcerias e promover, junto às famílias, atividades de educação e saúde relacionadas ao crescimento e desenvolvimento de adolescentes, à saúde sexual e à saúde reprodutiva, à prevenção de violências e acidentes, à promoção da cultura de paz, à redução do uso abusivo de álcool e outras drogas, dando ênfase ao diálogo familiar como estratégia fundamental na melhoria das relações

afetivas entre pais, responsáveis e filhos e favorecendo comportamentos, hábitos e ambientes seguros e saudáveis para adolescentes.

7. Desenvolver ações educativas relacionadas à saúde sexual e saúde reprodutiva baseadas nas demandas e necessidades trazidas pelos adolescentes criando ambientes participativos de discussões em grupo que favoreçam o exercício das relações afetivas e fortaleçam o autoconhecimento, o auto-cuidado e o cuidado com o outro para tomadas de decisões esclarecidas e responsáveis.

8. Articular estratégias no território, em redes intra e intersetorial, para o desenvolvimento de ambientes protetores às adolescentes grávidas, mães e pais adolescentes, na garantia da sua permanência na escola, do acesso à profissionalização e ao primeiro emprego e do fortalecimento dos laços familiares.

9. Identificar, no território, os adolescentes em situação de vulnerabilidade social e pessoal, articulando as políticas sociais básicas e a sociedade para uma ampla intervenção que favoreça a melhoria da qualidade de vida e promova ações de apoio, inclusão social, proteção e garantia de direitos.

10. Construir espaços para troca de experiências, atualizações e estudos entre os profissionais, incluindo a intervenção e supervisão dos casos.

A revisão bibliográfica reafirma a importância de equipe de saúde buscar estratégias para contribuir na redução da gravidez na adolescência e destaca que somente as ações saúde não serão incapazes de resolver este problema, mas com as ações intersetoriais certamente pode-se minimizar o mesmo.

6 PLANO DE AÇÃO

Conforme descrito anteriormente, este plano foi orientado pelo PES e será, portanto, apresentado pelos passos que o compõem.

Primeiro passo: identificação dos problemas

Depois de reunir a equipe de saúde para discutir os principais problemas de saúde que atingem a nossa população apresentamos os vários problemas da comunidade

- Gravidez na adolescência.
- Alta quantidade de pacientes com doenças crônicas
- Droga dicção e alcoolismo.
- Abuso do uso de ansiolíticos

Segundo passo: priorização dos problemas

Para dar prioridade aos problemas usamos os seguintes itens:

Importância, Urgência do problema, Viabilidade do problema, Capacidade de enfrentamento pela equipe e Recursos necessários para resolver o problema conforme mostrado no Quadro 1

Quadro 1- Distribuição por pontos dos itens anteriores em relação aos problemas identificados

Problemas	Importância			Urgência		Viabilidade		Enfrentamento			Recursos			Total
	B	A	M	S	N	S	N	A	M	B	A	M	B	
1 Gravidez na adolescência	3	-	-	2	-	2	-	3	-	-	3	-	-	13
2. Alta quant. de pacientes com doenças crônicas	3	-	-	2	-	2	-	3	-	-		2	-	12
3.. Droga dicção e alcoolismo.	3	-	-	2	-	-	1	-		1	-	-	1	8
4. Abuso do uso de ansiolíticos	3	-	-	2	-	-	1	-	-	1	-	-	1	8

Os pontos são distribuídos de acordo com os valores expressos na legenda:

Importância: alta= 3 pontos media= 2 pontos baixa= 1 ponto nulo=0

Urgência: sim= 2 pontos não= 1 ponto

Viabilidade: sim= 2 pontos não= 1 ponto

Enfrentamento: alta= 3 pontos media= 2 pontos baixa= 1 ponto nulo=0

Recursos: alta= 3 pontos media= 2 pontos baixa= 1 ponto nulo=0

Terceiro passo: descrição do problema

O principal problema em nossa área de abrangência é a gravidez na adolescência, com ocorrência alta, atingindo 40% das mulheres grávidas.

Quarto passo: explicação do problema

O problema mais significativo em nossa comunidade é a alta incidência de adolescentes grávida sendo a maioria delas mães solteiras que interrompe seus estudos alterando por completo a dinâmica familiar com muitas repercussões econômicas e sociais e também biológicas, podendo acarretar muitas complicações para mãe e feto.

O desejo da maternidade nem sempre é o motivo principal, podendo, por exemplo, estar relacionado à vontade de perpetuação do namoro, à afirmação da fertilidade e à vontade de encontrar um objetivo para sua vida, entre outros. Além disso, a falta de perspectiva de vida da adolescente, a baixa autoestima, as más condições de educação e saúde e a falta de lazer contribuem para o aumento de casos de gravidez na adolescência.

Quinto passo: identificação dos nós críticos

Depois da análise com a equipe podemos dizer que os “nós críticos” desse problema priorizado se associam às seguintes condições:

- Baixo nível de informação.

- Pouco conhecimento e uso de métodos de anticoncepção.
- Pressão social (desemprego, baixo nível escolar, baixa renda).
- Estrutura dos serviços de saúde.
- Trabalho da equipe de saúde.

No Quadro 2 faremos a apresentação dos resultados e produtos esperados bem como os recursos necessários para cada “nó crítico” identificado.

Sexto passo: Desenho das operações

Quadro 2 - Desenho das operações.

Nó Crítico	Operação / Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
<i>Baixo nível de informação</i>	Conhecer +	Adolescentes com maior nível de informação relacionada à sexualidade e riscos de uma gravidez não planejada.	Palestras realizadas no clube de adolescentes grávidas. Palestras feitas nas aulas das escolas ACS capacitados Programas de saúde comunitária implantados	Organizacional: planejar mais ativ. de promoção e capacitações a ACS Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais e materiais para estas atividades Cognitivo: informações sobre gravidez na adolescência, riscos e consequências
<i>Pouco conhecimento e uso de métodos de anticoncepção</i>	Atendendo +	Adolescentes com maior conhecimento sobre métodos anticonceptivo Atendimento ampliado para as adolescentes	Consultas de planejamento familiar aumentadas. ACS capacitados sobre métodos anticonceptivos seu uso adequado e	Organizacional: planejar atividades de promoção e distribuição de métodos anticonceptivos (preservativos) Cognitivo: conhecimento sobre estratégias de

		na UBS	importância.	comunicação e pedagógicas
Pressão social (desemprego, baixo nível escolar, baixa renda).	Ampliando a visão	Adolescentes se sentindo mais valorizadas e capazes de planejar sua gravidez e brindar um futuro melhor para seus filhos	Palestras na comunidade Indicar a criação de centros recreativos e de promoção de saúde	Financeiro: Recursos audiovisuais, folhetos educativos Político: Articulação intersetorial e aprovação do projeto
Estrutura dos serviços de saúde.	Espaço de cuidados	Espaço e horários disponibilizados para atendimento específico às adolescentes grávidas e demais adolescentes.	Maior participação no grupo de adolescentes	Cognitiva: elaboração e estudo dos temas
Trabalho da equipe de saúde.	Linha de cuidado	Incidência de adolescentes grávidas diminuída.	ACS capacitados e intensificação de atividades de promoção da saúde do adolescente.	Cognitivo: Elaboração da linha de cuidados e de protocolos Político: Articulação entre os sectores da saúde e adesão dos profissionais

Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos

Os recursos críticos para o desenvolvimento das operações e do projeto estão refletidos no quadro 3

Quadro 3 - Recursos para cada operação a ser realizada

Operação/projeto	Recursos críticos
Conhecer +.	Cognitivo: conhecimento sobre estratégias de comunicação e pedagógicas
Atendendo +	Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos educativos Político: articulação intersectorial e aprovação do projeto
Espaço de cuidados	Cognitiva: elaboração e estudo dos temas
Linha de cuidado	Cognitivo: elaboração da linha de cuidados e de protocolos Político: articulação entre os sectores da saúde e adesão dos profissionais

Oitavo passo: Análise da viabilidade do plano

Para analisar a viabilidade do plano foram identificadas três variáveis fundamentais representadas no Quadro 4

- Quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano
- Quais recursos cada um desses atores controla
- Qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano

Quadro 4 - Viabilidade *do plano de intervenção*

Operações/Projeto	Recursos Críticos	Controle dos recursos Críticos	
		Ator que controla Ações estratégicas	Motivação
Conhecer +.	Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos educativos	Secretaria de Saúde, NASF (psicólogo, nutricionista) Médico	Favorável

	Político: Articulação intersectorial e aprovação do projeto	Enfermeira	
Atendendo +	Cognitivo: conhecimento sobre estratégias de comunicação e pedagógicas	Secretário de Saúde NASF (psicólogo, assistente social) Médico do ESF. Enfermeira do ESF.	Favorável
Espaço de cuidados	Cognitiva: elaboração e estudo dos temas	Secretário de Saúde, NASF (psicólogo) Médico e enfermeira do ESF	Favorável
Linha de cuidado	Cognitivo: elaboração da linha de cuidados e de protocolos Político: articulação entre os sectores da saúde e adesão dos profissionais	Secretário de Saúde NASF (psicólogo, assistente social) Médico do ESF. Enfermeira do ESF.	Favorável

Nono passo: Elaboração do plano operativo

O plano operativo apresenta como objetivos principais designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para execução das operações, o qual está descrito no Quadro 5.

Quadro 5 - Plano operativo do projeto de intervenção

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Conhecer +	Diminuir 50% o número de adolescentes grávidas	Programa de palestras Programa de campanha na radio local sobre hábitos saudáveis e métodos para evitar gravidez na adolescência	Formação de grupos operativos Palestras educativas	Equipe de saúde Médica da Unidade Enfermeira e Agentes comunitários de saúde NASF (psicólogo)	Dois meses para o início das atividades
Atendendo +	População mais informada sobre riscos da gravidez na adolescência	Aumento do nível de informação da população Campanha Educativa. Capacitação dos agentes de saúde	Reuniões periódicas Capacitações para a equipe de saúde Planejamento das ações da unidade	Médica Enfermeira NASF (nutricionista, psicólogo) e agentes comunitários	Três meses para o início das atividades
Espaço de cuidados	Garantir informação e métodos anticonceptivos neste grupo etária	Capacitação de pessoal	Planejamento das ações da unidade	Médica da Unidade Enfermeira	Quatro meses para o início das atividades
Linha de cuidado	Cobertura de 80% da população com capacitação e acerca de contraceptivos	Linha de Cuidado para risco de gravidez na adolescência Protocolos implantados Recursos humanos capacitados	Capacitações para a equipe de saúde Palestras educativas	Médica da Unidade Enfermeira Agentes comunitários de saúde	Um mês para o início das atividades

Gestão do plano

Todas as atividades serão discutidas a partir de sua implantação para detectar fragilidades e buscar sanha-las em equipe.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar a gravidez na adolescência, considerando as repercussões e as possibilidades que se evidenciam, em uma população cuja intervenção está ao alcance de nossas práticas cotidianas de trabalho, foi desafiador.

Resgatando as maiores evidências, podemos supor que o motivo pelo qual as adolescentes engravidam tão precocemente vem da falta de uma perspectiva de vida que determine uma visão mais ampla do futuro, de um nível educacional baixo e da visão equivocada de que assim conseguirão sua independência socioeconômica. São evidentes também fatores do tipo privação de informação sexual adequada e o desuso de métodos contraceptivos, assim como ideias erradas tais como manter a seu lado ao parceiro.

Na nossa área de abrangência, verificou-se que fatores como o baixo nível de informação, pouco conhecimento sobre o uso de métodos de anticoncepção, pressão social (desemprego, baixo nível escolar, baixa renda) e estrutura dos serviços de saúde são corresponsáveis pela gravidez na adolescência.

Percebemos, ainda, que a exposição à gravidez dessas adolescentes se deve, em parte, à falta de amor, intolerância e o respeito por aqueles que são sua referência e que também já foram adolescentes um dia, ou seja, a sua família. A família exerce influência poderosa no processo de amadurecimento da sexualidade dessas adolescentes. Como mantêm uma relação de interação afetiva e de diálogo muito fraca, estas terminam por apresentar dificuldades em assumir a sexualidade perante a família, ficando cada vez mais expostas a uma gravidez.

Os estudos atuais já comprovaram que o pré-natal consegue minimizar os riscos obstétricos da gravidez na adolescência, mas infelizmente o acesso das adolescentes aos serviços de pré-natal continua insuficiente.

É importante que os programas pré-natais implantem estratégias destinadas à captação precoce e ao atendimento adequado e oportuno das adolescentes brasileiras e que desenvolvam serviços destinados à prevenção da gestação na adolescência e à assistência à mãe e também ao pai adolescente e seu filho.

Com a proposta de ação aqui apresentada, pretendemos diminuir a incidência de adolescentes grávidas em nossa área de abrangência, incrementar o nível cultural da população em geral sobre os riscos e consequências não só para a mãe adolescente e seu futuro filho, mas também para a família.

Daí, a importância de intensificar nosso trabalho desde uma maior preparação para os ACS, assim como a elaboração do plano de ação e novas estratégias encaminhadas à promoção e prevenção de casos novos de adolescentes grávidas pela repercussão física psíquica e social que acarreta.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus, 2001. ([http://dtr2001.saude.gov.br/sps/ áreas técnicas/adolescente/doc/partos 93 a 2000.doc](http://dtr2001.saude.gov.br/sps/areas_tecnicas/adolescente/doc/partos_93_a_2000.doc)).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Anos 2002-2003 (Secretaria Municipal de Saúde - Axixá do Tocantins), 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente: competências e habilidades** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. NESCON/UFMG, 2010.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M.; SILVA, L. B. **Juventudes e Sexualidade**. Brasília: UNESCO Brasil, 2004.

GRADIM, C. V. C., FERREIRA, M. B. L.; MORAES, M. J. O perfil das grávidas adolescentes em uma unidade de saúde da família de Minas Gerais. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. v. 13, n. 1, p. 55-61, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades. Minas Novas. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/2013>. Acesso em 09 de 2014.

FARIAS, R.; MORÉ, C. O. O. Repercussões da Gravidez em Adolescentes de 10 a 14 Anos em Contexto de Vulnerabilidade Social. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.25, n. 3, p. 596-604, 2011.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório sobre a Situação da População Mundial 2011**. Divisão de Informações e Relações Externas do UNFPA, o Fundo de População das Nações Unidas, 2011.

PEREIRA, A. C. A. **O adolescente em desenvolvimento**. São Paulo: Marbra, 2005.