

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ANA BEATRIZ GUEDES ALI

**ALTA PREVALÊNCIA DE GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA EM PACIENTES
ATENDIDOS NA UBS DO DISTRITO DE TOPÁZIO NO MUNICÍPIO DE TEÓFILO
OTONI - MG**

BELO HORIZONTE

2020

ANA BEATRIZ GUEDES ALI

**ALTA PREVALÊNCIA DE GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA EM PACIENTES
ATENDIDOS NA UBS DO DISTRITO DE TOPÁZIO NO MUNICÍPIO DE TEÓFILO
OTONI - MG**

Projeto de intervenção apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Tutora: Cristiane de Freitas Cunha Grillo

BELO HORIZONTE

2020

ANA BEATRIZ GUEDES ALI

**ALTA PREVALÊNCIA DE GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA EM PACIENTES
ATENDIDOS NA UBS DO DISTRITO DE TOPÁZIO NO MUNICÍPIO DE TEÓFILO
OTONI - MG**

Projeto de intervenção apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Tutora: Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Banca examinadora

Prof. Dra. Cristiane de Freitas Cunha Grillo – orientadora (UFMG)

Prof. (a).

Aprovado em Belo Horizonte, em: __/__/2020

Dedico este trabalho à minha família, aos meus amigos e à toda a equipe da Unidade Básica de Saúde do Distrito de Topázio em Teófilo Otoni – MG. A todos vocês que fizeram parte da minha vida e compartilharam comigo todos os momentos e alegrias e que contribuíram para que nosso trabalho fosse o melhor possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, por todo amor e carinho, pelos momentos juntos, pelos caminhos percorridos, pela compreensão e pelo amor a mim dedicado.

Aos meus amigos, pela convivência, pela troca de conhecimentos e experiências, por todos os momentos em que lutamos e conquistamos nossos sonhos.

A todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a construção deste estudo.

*E que o mais importante de tudo...
é que somos livres para as nossas escolhas!
Não podemos viver apenas para nós mesmos!
Mil fibras nos conectam com outras pessoas
e por essas fibras nossas ações vão como causas...
E voltam para nos como efeito!
Aproveite ao máximo cada instante de sua vida,
Pois ele é único!*

Autor desconhecido

RESUMO

Dados sobre a gravidez na adolescência vêm mostrando um aumento na taxa de fecundidade para esta população quando comparada a mulheres adultas, principalmente entre a população de baixa renda e baixo nível de escolaridade. A gravidez nesse momento de vida oferece implicações desenvolvimentais tanto para o adolescente quanto para aqueles envolvidos nessa situação. Os fatores de risco relacionam-se com eventos negativos de vida que, quando presentes, aumentam a probabilidade da pessoa apresentar problemas, mas reiteram que o risco deve ser visto como um processo e não uma única variável. Tal fato permite uma problematização do fenômeno da gravidez como risco e/ou proteção. O aumento nas taxas de gravidez na adolescência pode ser explicado por diferentes causas, podendo variar de país para país. Dentre a complexidade de fatores de risco para analisar esta questão, destacam-se os aspectos socioeconômicos, a falta de estrutura familiar, a falta de informação e acesso aos métodos contraceptivos adequados. Apesar de o fenômeno atingir todas as classes sociais, ainda há uma forte relação entre pobreza, baixa escolaridade e a baixa idade para gravidez. Além disso, fatores como a diminuição global para a idade média para menarca e da primeira relação sexual compõem um cenário de risco que colabora para o aumento dessas taxas. A maternidade adolescente é descrita como um produto de vários fatores de risco, nomeadamente, a história desenvolvimental dos pais, nível socioeconômico, redes de apoio, recursos psicológicos, idade dos progenitores, características de temperamento e desenvolvimentais do bebê. Outro fator de risco da parentalidade na adolescência é a imaturidade psíquica dos jovens pais, os quais se revelam pouco contingentes às necessidades desenvolvimentais do bebê, bem como, para educar e criar uma criança. Tal imaturidade pode deixar a criança mais propensa a contrair doenças infectocontagiosas ou, até mesmo, a sofrer acidentes. Diante deste contexto nos deparamos com uma situação bem complexa e que exige ações preventivas para que haja redução do número de casos de gestantes adolescentes atendidas na unidade, já que ficou constatado que o número de adolescentes gestantes é alto e tem aumentado gradativamente e em um espaço de tempo curto, o que justifica a necessidade de um projeto de intervenção que propicie esta redução na taxa de adolescentes grávidas. O objetivo deste projeto é diminuir a alta prevalência de gestação na adolescência das pacientes que frequentam a unidade básica de saúde Topázio em Teófilo Otoni em Minas Gerais. Na área de abrangência do PSF Indaiá, 64% das adolescentes frequentam a UBS. As adolescentes gestantes que estão cadastradas na UBS e não comparecem às consultas são avisadas do novo agendamento de exames e consultas através de telefonemas e/ou visitas domiciliares, onde são conscientizadas da necessidade de pré-natal. Para a realização deste estudo foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações. Foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde do NESCON e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e de outras fontes de busca para revisão bibliográfica.

Palavras-chave: Gravidez. Adolescência. Planejamento familiar. ISTs.

ABSTRACT

Data on teenage pregnancy have shown an increase in the fertility rate for this population when compared to adult women, especially among the population with low income and low level of education. Pregnancy at this time in life offers developmental implications for both adolescents and those involved in this situation. The risk factors are related to negative life events that, when present, increase the probability of the person having problems, but reiterate that the risk must be seen as a process and not a single variable. This fact allows a problematization of the phenomenon of pregnancy as risk and / or protection. The increase in teenage pregnancy rates can be explained by different causes, which may vary from country to country. Among the complexity of risk factors to analyze this issue, socioeconomic aspects, the lack of family structure, the lack of information and access to adequate contraceptive methods stand out. Although the phenomenon affects all social classes, there is still a strong relationship between poverty, low education and low age for pregnancy. In addition, factors such as the global decrease in the average age for menarche and the first sexual intercourse make up a risk scenario that contributes to the increase in these rates. Adolescent motherhood is described as a product of several risk factors, namely, the parents' developmental history, socioeconomic level, support networks, psychological resources, age of parents, temperament and developmental characteristics of the baby. Another risk factor for adolescent parenting is the psychic immaturity of young parents, who prove to be less contingent on the baby's developmental needs, as well as to educate and raise a child. Such immaturity can make the child more likely to contract infectious diseases or even to suffer accidents. In this context, we are faced with a very complex situation that requires preventive actions so that there is a reduction in the number of cases of pregnant adolescents attended at the unit, since it was found that the number of pregnant adolescents is high and has gradually increased and in a space of short time, which justifies the need for an intervention project that allows this reduction in the rate of pregnant adolescents. The objective of this project is to reduce the high prevalence of teenage pregnancy among patients who attend the basic health unit Topázio in Teófilo Otoni in Minas Gerais. In the area covered by PSF Indaiá, 64% of adolescents attend UBS. Pregnant teenagers who are registered at the UBS and do not attend the consultations are advised of the new scheduling of exams and consultations through phone calls and / or home visits, where they are made aware of the need for prenatal care. For the realization of this study, Situational Strategic Planning was used to quickly estimate the problems observed and define the priority problem, critical nodes and actions. The NESCON Virtual Health Library and documents from public agencies (ministries, secretariats, etc.) and other search sources for bibliographic review were consulted.

Keywords: Pregnancy. Adolescence. Family planning. STIs.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Aspectos demográficos – população atendida na área de abrangência UBS Topázio de Teófilo Otoni – MG.....	15
Quadro 2	Perfil Epidemiológico da população atendida na área de abrangência UBS Topázio de Teófilo Otoni – MG.....	15
Quadro 3	Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade da UBS Distrito Topázio da cidade de Teófilo Otoni – MG de 2019.....	21
Tabela 1	Número de nascimentos por ocorrência e idade da mãe segundo região do Brasil no ano de 2011.....	29
Quadro 4	Indicadores do problema selecionado.....	33
Quadro 5	Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta prevalência de gestação na adolescência na comunidade atendida na unidade básica de saúde - PSF Indaiá”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do município de Teófilo Otoni no estado de Minas.....	35
Quadro 6	Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta prevalência de gestação na adolescência na comunidade atendida na unidade básica de saúde - PSF Indaiá”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do município de Teófilo Otoni no estado de Minas.....	36
Quadro 7	Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta prevalência de gestação na adolescência na comunidade atendida na unidade básica de saúde - PSF Indaiá”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do município de Teófilo Otoni no estado de Minas.....	37

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	Aspectos Gerais do Município.....	12
1.2	Aspectos da Comunidade.....	14
1.3	Sistema Municipal de Saúde.....	16
1.4	Unidade Básica de Saúde.....	17
1.5	Equipe de Saúde da Família.....	18
1.6	O funcionamento da Unidade de Saúde da equipe.....	18
1.7	O dia a dia da equipe.....	19
1.8	Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....	21
1.9	Priorização dos problemas – a seleção de problemas para plano de intervenção.....	20
2	JUSTIFICATIVA.....	23
3	OBJETIVOS.....	25
3.1	Objetivo Geral.....	25
3.2	Objetivos Específicos.....	25
4	METODOLOGIA.....	26
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	27
5.1	Fase da adolescência e sua sexualidade.....	27
5.2	Gravidez na adolescência.....	28
5.3	Consequências e riscos da gravidez precoce.....	30
6	PLANO DE INTERVENÇÃO.....	32
6.1	Descrição dos problemas selecionados.....	32
6.2	Explicação dos problemas selecionados.....	33
6.3	Seleção dos Nós Críticos.....	33
6.4	Desenho das operações.....	34
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
	REFERÊNCIAS.....	39

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos Gerais do Município

A cidade de Teófilo Otoni é um município do interior do estado de Minas Gerais, região Sudeste do país, localizada no vale do Mucuri. Sua população foi estimada em 141 934 (censo IBGE 2017). O município foi fundado em 7 de setembro de 1853, inicialmente era chamado de Filadélfia, mais tarde passou a chamar-se Teófilo Otoni (PREFEITURA MUNICIPAL DE TEÓFILO OTONI, 2018).

O município possui seis distritos, sendo eles: Crispim Jaques, Mucuri, Pedro Versiani, Rio Pretinho, a Sede e Topázio. Tem como municípios limítrofes: Novo Oriente de Minas, a norte; Pavão, a nordeste; Carlos Chagas, a leste; Atalaia, a sudeste; Frei Gaspar, a sul; Itambacuri, a sudoeste; Poté e Ladainha, a oeste; e Itaipé e Catuji, a noroeste. O clima teófilo-otonense é caracterizado como tropical quente semiúmido com temperatura média compensada anual de 24 °C (PREFEITURA MUNICIPAL DE TEÓFILO OTONI, 2018).

A cidade é considerada hoje a "Capital Mundial das Pedras Preciosas", além de se destacar no setor de exploração mineral, Teófilo Otoni também possui alguns atrativos turísticos de valor cultural ou histórico, como o Prédio da CEMIG, que se revela pela sua arquitetura e história, tendo sido fundado em 29 de fevereiro de 1928; a Praça Germânica, onde o prédio situa-se, que foi construída em homenagem à imigração alemã na cidade; e a Igreja Matriz. Também há eventos de relevância regional ou mesmo nacional e internacional, como a Feira Internacional de Pedras Preciosas (FIPP), a Festa da Descendência Alemã e o Festival de Teatro de Teófilo Otoni (FESTTO).

A maioria dos teófilo-otonenses se declara católicos, apesar de que hoje é possível encontrar na cidade dezenas de denominações protestantes diferentes, assim como a prática do budismo e do espiritismo, entre outras.

No que tange a política, o atual prefeito municipal e líder do poder executivo é Daniel Batista Sucupira, do Partido dos Trabalhadores (PT), que venceu as eleições municipais de 2016 com 30 293 votos (45,53% dos eleitores) (PREFEITURA MUNICIPAL DE TEÓFILO OTONI, 2018).

O produto interno bruto (PIB) de Teófilo Otoni é um dos maiores de sua região, destacando-se na área de prestação de serviços. De acordo com dados do IBGE,

relativos a 2010, o PIB do município era de R\$ 1 281 417 mil, sendo que 113 053 mil eram de impostos sobre produtos líquidos de subsídios a preços correntes. O PIB per capita é de R\$ 9 510,79. Em 2010, havia 26 110 trabalhadores categorizados como pessoal ocupado total e 22 170 classificados como ocupado assalariado. Salários juntamente com outras remunerações somavam 261 250 mil reais e o salário médio mensal de todo município era de 1,8 salários mínimos. Havia 3 416 unidades locais e 3 274 empresas atuantes (IBGE, 2016).

Na área da educação, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) médio entre as escolas públicas de Teófilo Otoni era, no ano de 2009, de 4,8 (numa escala de avaliação que vai de nota 1 à 10), sendo que a nota obtida por alunos do 5º ano (antiga 4ª série) foi de 5,4 e do 9º ano (antiga 8ª série) foi de 4,1; o valor das escolas de todo o Brasil era de 4,0. O município contava, em 2009, com aproximadamente 32 728 matrículas nas redes públicas e particulares. Segundo o IBGE, naquele mesmo ano, das 97 escolas do ensino fundamental, 45 pertenciam à rede pública estadual, 36 à rede pública municipal e 16 eram escolas particulares. Dentre as 24 instituições de ensino médio, 17 pertenciam à rede pública estadual e 7 às redes particulares (IBGE, 2016).

Em 2000, 82% das crianças de 7 a 14 anos estavam cursando o ensino fundamental. A taxa de conclusão, entre jovens de 15 a 17 anos naquele ano, era de 51%. (Esse dado é muito importante considerando o tema da gravidez na adolescência) Teófilo Otoni também se inscreve no cenário mineiro como um polo universitário, contando com diversas instituições de ensino superior, como um campus da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri e um campus do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais (IFNMG) (IBGE, 2016).

Em 2011, 97,2% das crianças menores de 1 ano estavam com a caderneta de vacinação em dia. Em 2010 foram registrados 1 852 nascidos, sendo que o índice de mortalidade infantil a cada mil crianças menores de cinco anos de idade era de 17,4. Neste mesmo ano 21,0% do total de mulheres grávidas eram de meninas adolescentes que tinham menos de 20 anos; 0,8% do total de crianças pesadas pelo Programa Saúde da Família estavam desnutridos (IBGE, 2016).

As estratégias de saúde da contam com 21 equipes, entre a zona urbana e a zona rural, cobrindo uma porcentagem elevada da população.

1.2 Aspectos Gerais da Comunidade

Topázio é um distrito do município de Teófilo Otoni, situado no interior do estado de Minas Gerais. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população no ano de 2010 era de 4.524 habitantes, sendo 2278 homens e 2246 mulheres, possuindo um total de 1685 domicílios particulares. O município foi criado em 17 de dezembro de 1938, então com o nome de Jardinópolis. Pelo decreto-lei estadual nº 1058, de 31 de dezembro de 1943, passa a ter sua denominação atual.

O distrito de Topázio possui energia elétrica em toda a área urbana e maior parte da área rural, água potável na maioria dos domicílios, não tem clínicas médicas e hospitais.

Há um posto dos Correios, não há banco e só tem telefonia fixa e pública em alguns lugares. Além disso, tem várias igrejas dentro do distrito, evangélicas e católicas.

A maioria da população mora em condições adequadas, mas alguma população isolada em situação de risco por contaminação do solo e água, constatada devido grande demanda por comprovação laboratorial ou sintomatologia sugestiva de parasitose. Essa população ainda consome água de poços ou nascentes, utilizando por vezes como forma de tratamento da água, apenas a sua filtragem. Prevalece o sistema de fossas, quase sempre rudimentares, ou esgoto a céu aberto.

A economia do lugarejo advém da atividade agrícola, criação de gado de leite e corte e agricultura familiar. Na agricultura é bastante expressiva a cultura de feijão, milho, cana de açúcar, mandioca e hortifrutigranjeiros. Na pecuária o destaque é o gado leiteiro. A indústria existente é artesanal, como a fabricação de cachaça, queijo, requeijão e farinha de mandioca. Esses produtos são vendidos nas feiras livres. Muitas famílias vivem de aposentadoria, outras de agricultura e trabalhos em fazendas. Um fator que merece destaque é a migração da população para os centros urbanos em busca de melhores condições de vida.

A área adscrita à equipe de Saúde da Família atualmente abrange uma população de 3.182 pessoas cadastradas, distribuída em zona rural. Temos 746 famílias cadastradas pelo SUS, nelas 1.181(37,1%) pessoas são do sexo masculino e 2.001 (62,9 %) do sexo feminino, em cinco assentamentos e uma comunidade,

todas com agente comunitário de saúde. Segundo os aspectos demográficos, no quadro abaixo se tem a quantidade da população atendida nesta área de abrangência que estão distribuídas por faixa etária e gênero:

Quadro 1 – Aspectos demográficos da população, distribuída por faixa etária e sexo, atendida na área de abrangência ESF Indaiá no município de Topázio de Teófilo Otoni – MG no ano de 2019

FAIXA ETÁRIA/ANO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
< 1	21	31	52
1-4	29	35	64
5-14	180	188	368
15-19	162	170	332
20-29	187	202	389
30-39	220	223	443
40-49	194	202	396
50-59	151	156	307
60-69	124	132	256
70-79	141	148	289
≥ 80	140	146	286
TOTAL	1.549	1.633	3.182

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência (2019).

É possível conhecer o perfil epidemiológico da população da área de abrangência da ESF por meio da coleta de dados disponíveis no cadastro individual da população. Exemplos de dados disponíveis no cadastro:

Quadro 2 – Perfil Epidemiológico da população, distribuídos por condição de saúde, atendida na área de abrangência ESF Indaiá no município de Teófilo Otoni – MG no ano de 2019

Condição de Saúde	Quantitativo (nº)
Gestantes	97
Hipertensos	634
Diabéticos	589
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	106
Pessoas que tiveram AVC	29
Pessoas que tiveram infarto	25
Pessoas com doença cardíaca	146
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	29
Pessoas com hanseníase	06
Pessoas com tuberculose	02
Pessoas com câncer	08
Pessoas com sofrimento mental	108
Acamados	59
Fumantes	809
Pessoas que fazem uso de álcool	535
Usuários de drogas	N declarados

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência (2019).

1.3 Sistema Municipal de saúde

O modelo de atenção predominante no município de Teófilo Otoni é o Sistema Único de Saúde (SUS), concebido como um sistema nacional e público de saúde. A forma de organização do sistema de saúde do município é em rede, prestando uma assistência integral e contínua a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis.

Em 2009, o município possuía 74 estabelecimentos de saúde entre hospitais, pronto-socorros, postos de saúde e serviços odontológicos, sendo 32 deles públicos e 42 privados e que 29 dos públicos pertenciam à rede municipal, 2 eram da rede estadual e 1 era público federal, 18 estabelecimentos faziam parte do Sistema Único de Saúde (SUS) e no total existem 392 leitos para internação.

Pontos de Atenção à Saúde e Sistemas de Apoio e Logístico

- Atenção Primária à Saúde: Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), policlínica municipal, farmácia Distrital, vigilância Sanitária, vigilância Epidemiológica;
- Pontos de Atenção à Saúde Secundários: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Corpo de Bombeiros, Laboratório Municipal, Policlínica, Centro de Especialidades Médicas;
- Pontos de Atenção à Saúde Terciários: Hospital municipal, hospitais particulares conveniados ao Sistema único de Saúde (SUS), Unidade Básica de Saúde (UBS);
- Sistemas de Apoio: Diagnóstico e Terapêutico, Assistência Farmacêutica, Informação em Saúde;
- Sistemas Logísticos: Transporte em Saúde, Acesso Regulado à Atenção, Prontuário Clínico, Cartão de Identificação dos Usuários do SUS.

O Sistema de Referência e Contra-referência: funciona localmente com atendimento de demanda simples de especialistas existentes no município. Em casos mais complexos esse atendimento especializado é feito em Belo Horizonte, cidade referência regional, mas os sistemas de referência e contra-referência são

deficitários, pois é demorado o retorno no tempo adequado à necessidade das equipes e dos pacientes, pois, em Belo Horizonte a demanda é muito grande e geralmente não têm vagas nos hospitais e conforme o atendimento é necessário ficar aguardando em fila de espera.

Os principais problemas encontrados no sistema municipal de saúde são: queda do fundo de participação dos municípios; bloqueios de verba por parte do Estado que afetam seriamente o sistema de saúde; com isso a população sofre com dificuldade de acesso a medicamentos, exames, tratamento para doenças crônicas e também ocasionais; consultas e tratamentos fora do município tanto de baixa como de alta complexidade levam tempo para serem marcados e as demandas espontâneas só aumentam.

1.4A Unidade Básica de Saúde

A Unidade Básica de Saúde (PSF) Indaiá foi inaugurada há cerca de oito anos e está situada na rua principal do bairro que faz a ligação com o centro da cidade e outras cidades adjacentes. É uma casa alugada, adaptada para ser uma UBS. A casa é antiga, porém bem conservada.

A área destinada à recepção é espaçosa, atende bem as pessoas. Existem três consultórios (médico, enfermagem, dentista), uma sala de vacinação, dois banheiros (de pessoal e de pacientes), a cozinha e uma sala de triagem. Não existe sala de reuniões, razão pela qual a equipe utiliza a área destinada à recepção, onde não temos muita privacidade para discutir determinados assuntos.

Os consultórios contam com adequadas condições de iluminação e boa ventilação. As reuniões com a comunidade (os grupos operativos, por exemplo) são realizadas no salão da escola, que fica perto da unidade básica de saúde.

As principais causas de óbitos e internações na área de abrangência são complicações de HAS/DIA no decorrer do processo de envelhecimento. Alguns óbitos acontecem também em casos de nascimentos prematuros, principalmente por algumas famílias residirem em localidades de difícil acesso para a realização do pré-natal.

Pode-se observar também clara predominância de doenças crônicas degenerativas na população, e a existência de muitos fatores de risco de doenças

cardiovasculares, como maus hábitos alimentares, alcoolismo, tabagismo, obesidade, sedentarismo, entre outros.

Principais problemas relacionados à Unidade Básica de Saúde e problemas relacionados à situação de saúde da população adscrita à área de abrangência da sua equipe

A unidade de saúde não tem sala de reuniões, razão pela qual a equipe utiliza a área destinada à recepção; faltam alguns materiais e insumos; faltam materiais permanentes como remédios; trabalho ativo com grupos, mas mesmo com essas carências a equipe de saúde tem se desdobrado para ofertar um atendimento digno e com qualidade para os pacientes.

Em relação ao estado de saúde da população desta área, os problemas são: alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica; dislipidemia; esquistossomose; risco cardiovascular aumentado; gestação na adolescência; diabetes mellitus; falta de tratamento da água de consumo, que pode causar alguns problemas à saúde como as parasitoses; automedicação.

1.5 Equipe de Saúde da Família

Nossa equipe da saúde da família rural está composta por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar administrativo, uma cirurgiã dentista, uma vacinadora, uma recepcionista, uma auxiliar de saúde bucal, uma auxiliar de serviços gerais e seis agentes comunitários de saúde.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da equipe

A Unidade de Saúde funciona de 7:00 às 16:00 horas. Em atividades relacionadas à assistência é necessário o apoio dos agentes comunitários da região que conhecem muito bem o território.

O tempo da equipe está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da consulta espontânea (maior parte) e com o atendimento da demanda programada, com alguns programas, como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, acompanhamento de

hipertensos e diabéticos e acompanhamento de crianças desnutridas e crianças com obesidade infantil.

Como atividades de promoção realizadas por nossa equipe podem-se mencionar palestras sobre higiene ambiental e pessoal, importância de cumprir tratamento e controle de doenças crônicas, como hipertensão arterial, diabetes mellitus e dependência química. A adesão às palestras é baixa, porém, durante as visitas domiciliares os agentes de saúde buscam informar a população da importância das palestras e da adesão aos tratamentos, que também é baixa.

1.7 O dia a dia da equipe

A ESF tem se ocupado muito com atendimento da demanda espontânea, mas também realiza diversas atividades, dentre elas destacamos: ações voltadas para saúde da criança e do adolescente; enfrentamento de endemias (dengue, hanseníase, tuberculose, etc.); fortalecimento da atenção básica; divulgação e implementação da política nacional de promoção da saúde; atendimento as gestantes com pré-natal; alimentação saudável, prática corporal/ atividade física, prevenção e controle do tabagismo; cadastramento individual e familiar; consultas médicas; ações de saúde do homem e da mulher; consultas de enfermagem, agendamentos; visitas da equipe (encaminhamento de consultas com especialistas); saúde do idoso; redução da mortalidade materna e infantil; controle do câncer de colo de útero e mama; redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; prevenção de câncer de colo de útero; planejamento familiar; acompanhamento de crianças desnutridas; ações diversas a saúde bucal; atendimento a hipertensos e diabéticos.

Nos grupos de hipertensos e diabéticos temos trocados experiências e a população tem aderido às orientações.

Vale ressaltar que quase não sobra tempo para monitorar e avaliar o trabalho da equipe, mas temos nos esforçado para colocar em pratica e propor algumas motivações e mudança perante o fazer profissional.

O planejamento das ações é realizado mediante reunião da equipe, momento em que são definidas as ações prestadas para comunidade. A equipe conta com uma zona rural muito extensa, mas os ACS são grandes parceiros para estar fazendo esta cobertura de forma satisfatória.

Os atendimentos em escolas e visitas domiciliares são ferramentas importantes de que se valem a equipe para levantamento de problemas e planejamento de ações para amenizar os problemas. Porém, faltam incentivos financeiros e recursos humanos para mapear esses moradores e ofertar atendimento aos lugares mais distantes, que, muitas vezes, nem tem acesso por causa da precariedade das estradas rurais.

Principais problemas relacionados à organização do processo de trabalho da sua equipe

Falta de capacitação para os profissionais terem a oportunidade de abrirem os horizontes e realizarem o fazer profissional da melhor forma; instalações físicas adequadas para realizar reuniões com os pacientes; falta de materiais e insumos para trabalhar no dia a dia; os gestores nem sempre percebem que sua equipe não conta com ferramentas adequadas para executar o trabalho; manutenção das vias rurais.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

O primeiro passo da equipe foi detectar os problemas de saúde encontrados na comunidade para em seguida, trabalhar com os cuidados individualizados. Os problemas dentro de uma comunidade são inúmeros, é fundamental que a equipe de saúde da família (ESF) conheça sua área de abrangência como um todo, dando ênfase aos problemas de saúde, para que se possa realizar um planejamento de melhoria na qualidade de vida dos pacientes.

Desta forma os problemas de saúde do território e da comunidade encontrados foram:

- ✓ Alta prevalência de diabetes mellitus;
- ✓ Alta prevalência de hipertensão arterial;
- ✓ Alta prevalência de pacientes com aterosclerose;
- ✓ Aumento de risco cardiovascular;
- ✓ Alta prevalência de obesidade;
- ✓ Alto índice de gestação na adolescência;

- ✓ Alto índice de tabagistas;
- ✓ Baixa adesão ao pré-natal entre as adolescentes;
- ✓ Falta de adesão ao tratamento de algumas doenças como diabetes e hipertensão arterial;
- ✓ Alto índice de inatividade física;
- ✓ Dificuldade para realização de visitas domiciliares em locais de difícil acesso por causa das estradas rurais degradadas.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Dos problemas detectados, houve uma priorização das ações com o intuito de melhorar a qualidade de vida da população.

Quadro 3 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade da ESF Indaiá da cidade de Teófilo Otoni – MG no ano de 2019

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alto índice de gestação na adolescência	Alta	8	Parcial	1
Alta prevalência de diabetes mellitus	Alta	7	Parcial	2
Alta prevalência de hipertensão arterial	Alta	6	Parcial	3
Aumento de risco cardiovascular	Alta	5	Parcial	4
Alto índice de tabagistas	Alta	4	Parcial	5
Dificuldade para realização de visitas domiciliares em locais de difícil acesso por causa das estradas rurais degradadas.	Alta	3	Parcial	6

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência (2019).

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Segundo o quadro acima há uma alta prevalência de gestação na adolescência na unidade básica de saúde (ESF) Indaiá da cidade de Teófilo Otoni – MG. Tem-se também alto índice de hipertensos e diabéticos, muitos fazem uso de tabaco. Há um aumento dos riscos cardiovasculares e em alguns casos, dificuldade de acesso á unidade básica de saúde.

Todos os problemas apresentados no quadro acima são de extrema urgência, pois a intenção da unidade é trabalhar ao máximo para melhorar a qualidade de vida dos usuários.

A capacidade de enfrentamento destes problemas é parcial, pois, não dependem somente da equipe para resolver, é preciso que haja conscientização e compreensão da população para as estratégias de prevenção e para o tratamento de algumas doenças e agravos.

2 JUSTIFICATIVA

Dados sobre a gravidez na adolescência vêm mostrando um aumento na taxa de fecundidade para esta população quando comparada a mulheres adultas, principalmente entre a população de baixa renda e baixo nível de escolaridade.

A gravidez nesse momento de vida oferece implicações desenvolvimentais tanto para o adolescente quanto para aqueles envolvidos nessa situação.

A literatura tem tratado a gravidez na adolescência como um problema de saúde pública, especialmente pelo fato de propiciar riscos ao desenvolvimento da criança gerada e da própria adolescente gestante. No entanto, nem sempre a repercussão da gravidez pode ser identificada como um fator de risco. Os fatores de risco relacionam-se com eventos negativos de vida que, quando presentes, aumentam a probabilidade da pessoa apresentar problemas, mas reiteram que o risco deve ser visto como um processo e não uma única variável. Tal fato permite uma problematização do fenômeno da gravidez como risco e/ou proteção. São várias as adolescências e os riscos diferem muito. Não parece haver evidência de risco biológico relacionado à gestação na adolescência, sem outras questões implicadas

O aumento nas taxas de gravidez na adolescência pode ser explicado por diferentes causas, podendo variar de país para país. Dentre a complexidade de fatores de risco para analisar esta questão, destacam-se os aspectos socioeconômicos, a falta de estrutura familiar, a falta de informação e acesso aos métodos contraceptivos adequados. Apesar de o fenômeno atingir todas as classes sociais, ainda há uma forte relação entre pobreza, baixa escolaridade e a baixa idade para gravidez. Além disso, fatores como a diminuição global para a idade média para menarca e da primeira relação sexual compõem um cenário de risco que colabora para o aumento dessas taxas.

A maternidade adolescente é descrita como um produto de vários fatores de risco, nomeadamente, a história desenvolvimental dos pais, nível socioeconômico, redes de apoio, recursos psicológicos, idade dos progenitores, características de temperamento e desenvolvimentais do bebê. É importante destacar que não só a mãe adolescente, mas o pai adolescente também está incluso na problemática, já que ambos estão expostos aos fatores de risco e ambos estão gerando uma vida que estarão sob sua responsabilidade.

Outro fator de risco da parentalidade na adolescência é a imaturidade psíquica dos jovens pais, que é muito variável, mas que em sua maioria, revelam pouco contingentes às necessidades desenvolvimentais do bebê, bem como, para educar e criar uma criança. Tal imaturidade pode deixar a criança mais propensa a contrair doenças infectocontagiosas ou, até mesmo, a sofrer acidentes.

A interação que algumas mães adolescentes estabelecem com o seu bebê tem características específicas: dificuldade em apreender o bebê como uma entidade distinta de si, com comportamentos e necessidades próprias, o que leva ao estabelecimento de uma relação mais dirigida ao plano da fantasia que da realidade, o que vale lembrar não ocorre com todas, mas tem se revelado em algumas adolescentes.

Diante deste contexto nos deparamos com uma situação bem complexa e que exige ações preventivas para que haja redução do número de casos de gestantes adolescentes atendidas na unidade, já que ficou constatado que o número de adolescentes gestantes é alto e tem aumentado gradativamente e em um espaço de tempo curto, o que justifica a necessidade de um projeto de intervenção que propicie esta redução na taxa de adolescentes grávidas (PSF INDAIÁ, 2019).

Sem contar que, há também a necessidade de um processo educativo para estas adolescentes, pois ocorre aqui, além da necessidade de uma gravidez planejada, a necessidade de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

As ISTs são causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos transmitidos, principalmente, por meio do contato sexual sem uso de preservativos. Devido à grande preocupação da equipe de saúde com este contágio, é necessário abordar também dos adolescentes do sexo masculino com o objetivo de informar quanto aos perigos e consequências destas infecções. Assim, os jovens do sexo masculino necessitam de palestras e cursos sobre o tema com o intuito de prevenção de doenças e de uma gravidez precoce ou indesejada.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Investigar os fatores que contribuem para a gravidez indesejada na adolescência e fomentar ações de prevenção da mesma.

3.2 Objetivos Específicos

- Analisar os fatores de risco para gestação precoce na adolescência e para as ISTs na comunidade;
- Promover ações educativas para prevenção de ISTs;
- Promover ações educativas para adesão ao uso de contraceptivos e preservativos entre os adolescentes;
- Promover ações em parceria com a educação para investigar o vínculo com o saber, com a cultura e a construção de projetos de vida destes adolescentes;
- Promover ações educativas sobre planejamento familiar entre os adolescentes.

4 METODOLOGIA

Para a realização deste estudo foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde do NESCON e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e de outras fontes em busca para revisão bibliográfica, cujas bases de dados utilizadas foram: BVS, MEDLINE, CIELO.

Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações (CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A., 2017).

Foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde do NESCON e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e de outras fontes de busca para revisão bibliográfica.

Os artigos utilizados foram de estudos já efetuados sobre a temática proposta para embasamento teórico. Os artigos utilizados foram dos últimos cinco anos.

Antes de se desenvolver o projeto, vários textos sobre a temática proposta foram lidos e, em seguida foi feita uma análise interpretativa.

Esta análise propiciou um levantamento de dados através dos artigos lidos, que propiciaram uma discussão a cerca da temática proposta.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo: Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso.

Para a definição das palavras-chave e *keywords* utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde. Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)): Gravidez. Adolescência. Planejamento familiar. ISTs. Os artigos selecionados foram em língua portuguesa e inglesa dos últimos dez anos.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Fase da adolescência e sua sexualidade

A adolescência é uma fase do desenvolvimento do ser humano muito importante, onde novas descobertas são feitas, onde a necessidade de aprendizado se torna essencial e cada vez maior, onde o adolescente se descobre como pessoa e manifesta desejo e interesse pelo próprio corpo e pelo corpo do outro. É neste momento que o ser humano atinge a maturidade biopsicossocial, em que a sexualidade se manifesta em novas e surpreendentes necessidades e sensações corporais. É onde a linguagem corporal mais se manifesta de forma acelerada e até mesmo conturbada (SILVA, 2010).

Os adolescentes fazem parte de um grupo vulnerável e estão suscetíveis às ISTs, pelo fato de que estão descobrindo sua sexualidade e desejos incontrolados pelo ato sexual, próprios da idade, e inconsequentemente, podem fazer uso destes desejos de forma irresponsável, já que podem não fazer uso de preservativos, que podem ser preventivos contra as doenças como também de uma gravidez indesejada e (PIGNATEL, 2009).

As necessidades do adolescente vão muito além das descobertas, dos desejos e dos sonhos. Há uma transformação da mente e do corpo, o que determina a necessidade de atenção de forma mais abrangente e específica.

Segundo Indicadores Sociais de 2016, a população brasileira em 2015 era de 185,3 milhões de pessoas, sendo 35.029.705 composta por jovens de ambos os sexos com idades entre 10 e 19 anos. Estes dados são os de acordo com o último censo, mas acredita-se que estes números tenham aumentado em torno de 4%, principalmente em algumas regiões do país, onde o crescimento é desordenado, como nos grandes centros urbanos (SPINDOLA; SILVA, 2019).

A sexualidade é definida por Freitas e Dias (2019) como sendo o desejo de contato, calor, carinho ou amor, o que inclui o ato de olhar, beijar, inclui o autoprazer e produção de orgasmo mútuo.

Segundo as autoras acima citadas, o aspecto central do ser humano abrange o ato sexual, as identidades, os papéis sociais, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução. Segundo elas, a sexualidade também é percebida através dos pensamentos, fantasias, desejos, opiniões, atitudes, valores,

comportamentos. A interação dos fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais influenciam as práticas sexuais de cada grupo social. A sexualidade, pois, é um fenômeno da existência humana, presente na vida de adolescentes, é objeto de estudo e intervenção das políticas públicas, devido ao aumento dos índices de gravidez e incidência de AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis entre os jovens (FREITAS; DIAS, 2019).

Percebe-se, em vários estudos, que a formação de grupos na adolescência é, muitas vezes, responsável pelas suas atitudes, pois, acreditam os adolescentes, que fazer o que o grupo faz o identifica como parte deste contexto grupal e é daí que vem a sua aceitação, a sua autoafirmação como jovem, demonstrando que ele não faz mais parte da infância (FARIAS, 2010).

Freitas e Dias (2019, p. 353) citam que:

A formação de grupos é outra característica importante que ocorre na adolescência. Pertencer ao grupo é importante e os adolescentes justificam suas atitudes para garantirem sua permanência nesse grupo. Essa característica serve de busca de sustentação dos adolescentes, individual e coletiva, formando o mundo de transição entre a independência e a autonomia. Embora a formação de grupos seja a busca de autoafirmação de identidade do adolescente, também faz parte desse contexto a timidez que o leva a refugiar-se, a ter atitudes agressivas, provocativas, no intuito de camuflá-la.

As alterações hormonais da puberdade ocasionam a descoberta da sexualidade, de novas sensações corporais e a busca do relacionamento interpessoal entre os jovens. Neste quadro de modificações e experiências se dão os primeiros contatos sexuais e, muitas vezes, acontece uma gravidez não planejada (SPINDOLA; SILVA, 2019).

5.2 Gravidez na adolescência

Nos últimos anos, a incidência de gravidez na adolescência vem aumentando significativamente, tanto no Brasil como no mundo. No Brasil, observa-se que, apesar do declínio das taxas de fecundidade desde o início dos anos 70, é cada vez maior a proporção de partos entre as adolescentes em comparação com o total de partos realizados no País. Segundo dados estatísticos do SUS relativo a 2011, dos

2,5 milhões de partos realizados nos hospitais públicos do país, 689 mil eram de mães adolescentes com menos de 19 anos de idade. A maioria das adolescentes grávidas pertence às classes populares (DADOORIAN, 2013).

Spindola e Silva (2019) trazem dados mais recentes: dos 3 milhões de partos realizados em hospitais públicos no Brasil, 704 mil são de jovens em díade entre 10 a 19 anos de idade. A maioria continua sendo entre as classes populares. Os mesmos autores citam também que a cada dez partos de adolescentes de 10 a 19 anos pelo menos três passam por complicações, que em alguns casos geram o óbito do bebê.

A Tabela abaixo demonstra que as regiões Norte e Nordeste apresentam os maiores índices de gravidez entre adolescentes menores de 19 anos, como também com o maior percentual para gravidez em menores de 15 anos.

Tabela 1 - Número de nascimentos por ocorrência e idade da mãe segundo região do Brasil no ano de 2011

Região	Menor de 10 anos	De 10 a 14 anos	De 15 a 19 anos	De 20 a 49 anos	Total
Norte	1	5.115	77.857	230.057	313.029
Nordeste	0	10.819	177.607	662.754	851.181
Sudeste	0	7.090	174.628	962.495	1.144.213
Sul	0	2.682	61.899	313.419	378.000
Centro-oeste	0	2.079	41.112	183.546	226.737

Fonte: (DATASUS, 2012)

Dados sobre a gravidez na adolescência vêm mostrando um aumento na taxa de fecundidade para esta população quando comparada a mulheres adultas, especialmente nos países mais pobres, como a América Latina. Tem-se percebido que as adolescentes estão iniciando sua vida sexual cada vez mais cedo e seja por falta de informação, fatores ligados ao meio em que vivem ou mesmo situação familiar e socioeconômica (SANTOS et al, 2010).

O aumento nas taxas de gravidez na adolescência pode ser explicado por diferentes causas, podendo variar de país para país. Dentre a complexidade de fatores de risco para analisar esta questão, destacam-se os aspectos socioeconômicos. Apesar de o fenômeno atingir e estar crescente em todas as classes sociais, ainda há uma forte relação entre pobreza, baixa escolaridade e a baixa idade para gravidez. Além disso, fatores como a diminuição global para a idade média para menarca e da primeira relação sexual compõem um cenário de risco que colabora para o aumento dessas taxas. Estudos mostram, por exemplo,

que no estado de São Paulo, a idade média para a menarca diminuiu significativamente de 13 para 11 anos de idade em uma década e este fator tem ocorrido em todo o mundo (SANTOS et al, 2010; SPINDOLA, SILVA, 2019).

A gravidez nesse momento de vida oferece implicações desenvolvimentais tanto para o adolescente quanto para aqueles envolvidos nessa situação. A literatura tem tratado a gravidez na adolescência como um problema de saúde pública, especialmente pelo fato de propiciar riscos ao desenvolvimento da criança gerada e da própria adolescente gestante (ARAÚJO et al, 2016).

5.3 Consequências e riscos da gravidez precoce

A gestação na adolescência é uma grande preocupação para a Saúde Pública pelo fato de a atividade sexual desprotegida se relaciona tanto à gravidez precoce quanto às ISTs, que vem aumentando gradativamente entre os adolescentes. Em relação à infecção pelo HIV, os dados epidemiológicos mostram um aumento na faixa etária de 14 a 20 anos do percentual do número de casos, que passou de 0,09% em 2006 para 0,12% em 2011 e 0,16 em 2017 (data da última pesquisa realizada pelo DATASUS (TABORDA et al, 2014; SPINDOLA; SILVA, 2019).

O nível socioeconômico tem sido frequentemente descrito como um fator relacionado à ocorrência da gravidez na adolescência, no sentido de que as classes econômicas menos favorecidas vêm apresentando elevados índices deste evento (ARAÚJO et al, 2016).

A gravidez na adolescência gera consequências imediatas no emocional dos jovens envolvidos. Alguns sentimentos experimentados por estes jovens são: medos, insegurança, desespero, sentimento de solidão, principalmente no momento da descoberta da gravidez. No entanto, nem toda gravidez adolescente é indesejada. Em alguns casos, de adolescentes de classe socioeconômica elevada e classes de baixo nível socioeconômico, pode ser resultado de planejamento prévio, decorrente de vida afetiva estável (TABORDA et al, 2014).

Ainda segundo Taborda et al (2014), a gestação na adolescência, principalmente na idade entre 10 e 17 anos é classificada como de risco tanto para a mãe quanto para o bebê e, existem evidências de que este fenômeno ainda repercute negativamente nos índices de evasão escolar (tanto anterior como

posterior à gestação), impactando no nível de escolaridade da mãe, diminuindo suas oportunidades futuras e comprometendo sua qualidade de vida profissional e pessoal.

Costa e Heilborn (2016) citam seis complicações possíveis para a saúde da mãe e do bebê, em uma gravidez na adolescência: imaturidade anátomo-fisiológica (levando à maior incidência de baixo peso ao nascer e prematuridade); toxemia gravídica (principalmente na primeira gestação, podendo causar pré-eclâmpsia e eclâmpsia); problemas no parto (prematuro ou demorado); infecções urogenitais; anemia (por a gestante estar em fase de crescimento) e retardo do desenvolvimento uterino. Para as autoras, essa “rede de causalidade” poderia ser minimizada, caso as adolescentes procurassem assistência pré-natal, o que só acontece (quando ocorre) tardiamente, quando a jovem não pode mais esconder a gestação.

Estudos afirmam haver riscos na gravidez precoce nos casos em que a gestação ocorre antes da maturidade ginecológica (dois anos após a menarca). Outros estudos enfatizam a maior probabilidade das mães adolescentes gerarem filhos com baixo peso ao nascer (nascidos com menos de 2,5 kg), prematuros (nascidos antes de completar 37 semanas de gestação) ou que venham a falecer no período perinatal (natimorto ou morte nos primeiros sete dias de vida) (COSTA; HEILBORN, 2016).

As complicações maternas, repercutindo sobre a saúde do filho, são mais freqüentes nas gestações de adolescentes mais jovens. Entre os problemas mais comuns dessas gestantes, os autores destacam a pré-eclâmpsia, anemia, hemorragias, infecções, e nos bebês a prematuridade e baixo peso ao nascer, elevando as taxas de mortalidade perinatal (ARAÚJO et al, 2016).

Quando a gravidez ocorre durante esta fase da vida, as transformações biopsicossociais podem ser reconhecidas como um problema para os adolescentes, onde vão iniciar uma família que afetará especialmente a juventude e a possibilidade de elaborar um projeto de vida estável, tornando um prejuízo duplo, na qual nem a adolescência é plena e nem a adulta é inteiramente capaz. A gravidez sendo ela desejada ou não provoca um conjunto de impasses comunicativos a nível social, familiar e pessoal (ARAÚJO et al, 2016).

Os problemas emocionais e autoestima começam a afetar essas adolescentes logo após o parto, algumas apresentando rejeição do filho em alguma etapa da vida, geralmente, nos primeiros anos. O afastamento de grupos de amigos

e das festas as quais frequentavam as deixa em completa vulnerabilidade emocional e tudo parece uma bomba relógio. As perspectivas de futuro profissional parecem ter ficado distantes e elas começam um processo depressivo que pode se agravar com o tempo (ARAÚJO et al, 2016).

A família, a escola, os amigos e os pais adolescentes devem se unir e em conjunto traçar estratégias para ajudar esses menores a cuidar dos filhos, a resgatar a vida nos estudos e no convívio social. Essas ações, muitas vezes se tonam difíceis quando essas mães adolescentes vivem em situações socioeconômicas precárias (MAGALHÃES, 2009).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “alta prevalência de gestação na adolescência no PSF Indaiá do município de Teófilo Otoni – MG”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós crítico”, a (s) operação (ões), projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA: CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição dos problemas selecionados (Terceiro passo)

A adolescência é a idade compreendida, segundo a Organização Mundial da Saúde, entre 10 e 19 anos, e é uma época de várias descobertas. O pico nos níveis hormonais, por exemplo, pode levar ao início da vida sexual, que pode acontecer de forma desprotegida. É grande a parcela da população jovem que ignora a existência de métodos contraceptivos e não adota ou, simplesmente não os conhecem.

É importante destacar que, apesar de ocorrer em diferentes grupos, a gravidez na adolescência está associada diretamente com baixa renda, baixa escolaridade e pouca perspectiva de futuro, casos da ESF em que atuou.

Vale ressaltar que considerar a educação abordando sexualidade e saúde reprodutiva, tanto no meio familiar quanto na escola, com abordagem científica, e nos programas de promoção à saúde e de extrema importância para diminuir os altos índices de gravidez na adolescência.

Deve-se considerar que 62 gestantes adolescentes em uma comunidade com 3.182 pessoas são um número muito alto e devemos atentar para a prevenção, já que foram diagnosticados 16 adolescentes com doenças sexualmente transmissíveis e apenas 20 que usam contraceptivos orais.

A importância do tema da gravidez na adolescência é ressaltada pelo Ministério da Saúde, que constatou, em 2015, a ocorrência de 3.035.096 nascimentos com 21,8% de mulheres na faixa etária de 10 a 19 anos. Na região

Sudeste, houve o registro de 18% de nascimentos de filhos de mães adolescentes, com 19,1% no estado do Rio de Janeiro. O estado, no referido período, registrou 36.962 partos em mulheres adolescentes (15-19 anos) sendo 23.937 partos vaginais e 12.961 cesáreos. Deste total, 11.270 foram de moradoras do município do Rio de Janeiro. Houve o registro de 1.515 partos em mulheres de 10-14 anos de idade (SPINDOLA; SILVA, 219).

Segundo as autoras acima, a gestação nesta fase da vida apresenta um risco obstétrico aumentado, especialmente pela presença da doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), prematuridade, baixo peso ao nascer, anemia e complicações no parto.

Quadro 4 – indicadores do problema selecionado “Alta prevalência de gravidez na adolescência entre pacientes atendidas na ESF Indaiá do município de Teófilo Otoni – MG no ano de 2019”

Indicadores	Valores	Fonte
Total de pacientes atendidos pela ESF	3.182	Dados ESF
Pacientes adolescentes gravidas	62	Dados ESF
Adolescentes que usam contraceptivos	20	Dados ESF
Doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes	16	Dados ESF

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência (2019).

6.2 Explicação do Problema selecionado (Quarto passo)

No ESF durante a realização do diagnóstico situacional foi diagnosticado alto índice de gravidez na adolescência e constatou-se que as adolescentes tem vida sexual ativa e não usam nenhum tipo de método contraceptivo. Esse problema denota a falta de planejamento das escolas e da família em relação à educação sexual, principalmente pelo fato de que, além de uma gravidez indesejada e precoce, há riscos de doenças sexualmente transmissíveis entre esse público.

Diante da problemática se faz necessário realizar parcerias com as escolas e com as famílias, para juntos trabalharmos sobre este tema com o intuito de diminuir os índices de gravidez precoce e munir essas adolescentes de conhecimento sobre gravidez precoce e doenças sexualmente transmissíveis.

6.3 Seleção dos nós críticos (Quinto passo)

1. Baixo índice de conhecimento sobre sexualidade e prevenção a Gravidez;
2. A maioria das gestantes adolescentes é de família com baixo poder aquisitivo;
3. Grande índice de adolescentes com vida sexual ativa.

6.4 Desenho das operações

De acordo com os nós críticos selecionados, iniciou-se o desenho das operações.

Para o desenho das operações foi elaborado o diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas e a construção do plano de ação que segue abaixo de acordo com cada nó crítico encontrado:

Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ a alta prevalência de gestação na adolescência na comunidade atendida na unidade básica de saúde - PSF Indaiá”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do município de Teófilo Otoni no estado de Minas

Nó crítico 1	Baixo índice de conhecimento sobre sexualidade e prevenção a Gravidez
6º passo: operação (operações)	Aumentar índice de conhecimento sobre sexualidade e prevenção á gravidez nos adolescentes.
6º passo: projeto	Saúde Sexual na adolescência
6º passo: resultados esperados	Diminuir o número de adolescentes grávidas; aumentar o índice de conhecimento sobre sexualidade e prevenção de DST e gravidez precoce; Instruir sobre métodos anticoncepcionais e planejamento familiar.
6º passo: produtos esperados	Campanhas educativas sobre sexualidade e métodos contraceptivos; Programas de educação sexual para jovens nas escolas, na unidade de saúde da comunidade e reuniões com as famílias dos adolescentes.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação para o público alvo; adesão da equipe para educação sexual com adolescentes; Estrutural: conseguir espaço para as palestras; Político: Mobilização para as campanhas de educação sexual e métodos contraceptivos; Financeiro: Para recursos com panfletos, recursos multimidiáticos; minicursos, palestras e recursos humanos para auxiliar nas ações.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Adesão da equipe de saúde para a educação sexual com adolescentes; Estrutural: conseguir espaço para as palestras; Financeiro: recursos para os panfletos; recursos multimidiáticos, minicursos e palestras; Político: Conseguir investimento nos programas de saúde e adesão do gestor local nas ações de prevenção contra DST e gravidez precoce..
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretário Municipal de Saúde (motivação favorável) Secretário Municipal de Educação (motivação favorável); Diretor das UBS (motivação favorável). Diretores das escolas públicas da comunidade (motivação favorável) Reuniões com toda a equipe de saúde para decidir as ações voltadas para a educação sexual e prevenção de DST e gravidez precoce; reuniões com a associação da comunidade e diretores das escolas para um trabalho em conjunto. Reunião com a secretaria da saúde para desenho das metas a serem desenvolvidas.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médicos/ Enfermeiros/ Técnicos de Enfermagem/ Agentes comunitários. Três meses para o início das atividades e seis meses para o término.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Reuniões mensais com a equipe de saúde para verificar os resultados alcançados; reuniões com a secretaria de saúde para repasse dos relatórios dos resultados alcançados; reunião com a direção das escolas para traçar novas metas e avaliar o programa.

Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ a alta prevalência de gestação na adolescência na comunidade atendida na unidade básica de saúde - PSF Indaiá”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do município de Teófilo Otoni no estado de Minas

Nó crítico 2	A maioria das gestantes adolescentes é de família com baixo poder aquisitivo.
6º passo: operação (operações)	Aumentar índice de conhecimento sobre sexualidade e prevenção á gravidez nos adolescentes; criar cursos gratuitos de educação sexual para informar às adolescentes carentes sobre prevenção de DST e gravidez precoce. Distribuir contraceptivos orais e preservativos.
6º passo: projeto	Saúde Sexual na adolescência
6º passo: resultados esperados	Diminuir o número de adolescentes grávidas; aumentar o índice de conhecimento sobre sexualidade e prevenção de DST e gravidez precoce; Instruir sobre métodos anticoncepcionais; aumentar a adesão ao uso de contraceptivos orais e preservativos..
6º passo: produtos esperados	Campanhas educativas sobre sexualidade e métodos contraceptivos; Programas de educação sexual para jovens.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação para o público alvo; Estrutural: conseguir espaço para as palestras; mobilização para as campanhas de educação sexual e métodos contraceptivos; Financeiro: Para recursos com panfletos, recursos multimidiáticos; minicursos.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: aumentar o nível de informação das adolescentes e da família; Estrutural: conseguir espaço para as palestras; Financeiro: recursos para os panfletos; recursos multimidiáticos e minicursos; Político: Conseguir investimento nos programas de saúde e adesão do gestor local nas ações de prevenção contra DST e gravidez precoce..
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretário Municipal de Saúde (motivação favorável) Secretário Municipal de Educação (motivação favorável); Diretor das UBS (motivação favorável). Reuniões com toda a equipe de saúde para decidir as ações voltadas para a educação sexual e prevenção de DST e gravidez precoce; reuniões com a associação da comunidade e diretores das escolas para um trabalho em conjunto.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médicos/ Enfermeiros/ Técnicos de Enfermagem/ Agentes comunitários. Três meses para o início das atividades e seis meses para o término.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Reuniões mensais com a equipe de saúde para verificar os resultados alcançados; reuniões com a secretaria de saúde para repasse dos relatórios dos resultados alcançados; reunião com a direção das escolas para traçar novas metas e avaliar o programa.

Quadro 7 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “ a alta prevalência de gestação na adolescência na comunidade atendida na unidade básica de saúde - PSF Indaiá”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do município de Teófilo Otoni no estado de Minas

Nó crítico 3	Grande índice de adolescentes com vida sexual ativa.
6º passo: operação (operações)	Verificar a quantidade de adolescentes que têm vida sexual ativa; conscientizar as adolescentes dos problemas causados por uma gravidez precoce; instruir as adolescentes quanto aos métodos de prevenção de DST e gravidez precoce. Formação de grupos operativos e educação em saúde através das consultas.
6º passo: projeto	Saúde sexual na adolescência.
6º passo: resultados esperados	Compreensão e adesão aos métodos contraceptivos.
6º passo: produtos esperados	Campanhas educativas sobre sexualidade e métodos contraceptivos; Programas de educação sexual para jovens.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação para o público alvo; Estrutural: conseguir espaço para as palestras; mobilização para as campanhas de educação sexual e métodos contraceptivos; Financeiro: Para recursos com panfletos, recursos multimidiáticos; minicursos.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Adesão da equipe para trabalhar em conjunto com a família; Político: Conseguir espaço para as palestras; Financeiro: recursos para os panfletos; recursos multimidiáticos; cartilhas para serem distribuídas nas escolas para conscientizar os jovens quanto aos métodos contraceptivos e dos perigos das DST.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretário Municipal de Saúde (motivação favorável) Secretário Municipal de Educação (motivação favorável); Diretor das UBS (motivação favorável). Diretora da escola rural da região (motivação favorável). Reuniões com toda a equipe de saúde; reuniões com a associação da comunidade; reuniões com os educadores e direção das escolas da região; reuniões com os adolescentes e pais. Formação de grupos operativos.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médicos/ Enfermeiros/ Técnicos de Enfermagem/ Agentes comunitários. Dois meses para o início das atividades e seis meses para finalizar as estratégias.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Reuniões mensais com a equipe de saúde para verificar os resultados alcançados; reuniões com a secretaria de saúde para repasse dos relatórios dos resultados alcançados; reunião com a direção das escolas para traçar novas metas e avaliar o programa.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como foi visto, a adolescência é um período em que ocorre muitas transformações, sejam elas orgânicas e estéticas, emocionais ou psicossociais. Estas transformações se caracterizam principalmente pelo crescimento rápido e surgimentos das características sexuais, estruturação da personalidade, adaptação ambiental e integração social, ocorrendo então uma mudança do estado dependente para outro de relativa autonomia onde muitas coisas podem acontecer, entre elas uma gravidez não planejada que pode transformar a vida da adolescente e do filho.

Diante deste contexto, este trabalho busca o processo de prevenção, diminuindo assim a alta prevalência de gestação na adolescência na comunidade atendida pelo PSF Indaiá de Teófilo Otoni. Este estudo tem como base a formação e planejamento de ações que possam trabalhar de forma educativa com estes adolescentes, sejam eles do sexo feminino ou masculino para que possam repensar a vida sexual de forma sadia e com responsabilidades, e que esta seja planejada, cuidadosa e preventiva tanto para uma gravidez indesejada como das ISTs.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, R. L. D.; RODRIGUES, E. S. R. C.; OLIVERIA, G. G.; SOUSA, K. M. O. Gravidez da adolescência: consequências centralizadas para a mulher. **Revista Temas em Saúde**, v. 16, n. 2, 2016.
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A.. **Elaboração do plano de ação**. In: CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de SANTOS, Max André dos. Planejamento e avaliação das ações de saúde. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010.
- COSTA, T. J. N. M.; HEILBORN, M. L. 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**, v. 9, n. 1, 2016.
- DADOORIAN, D. Gravidez na adolescência: um novo olhar. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 21, n. 3, 2013.
- DATASUS, Ministério da Saúde. **Primeira infância e gravidez na adolescência**. Centro de Estudos Integrados, infância, adolescência e saúde, 2012.
- FARIAS, R. **Gravidez entre 12 e 14 anos: repercussões na vida de adolescentes em contexto de vulnerabilidade social**. Florianópolis, 265 p. 83 Dissertação de Mestrado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.
- FREITAS, K. R.; DIAS, S. M. Z. Percepções de adolescentes sobre sua sexualidade. **Revista Texto e Contexto em Enfermagem**, v. 19, n. 2, 2019.
- LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. 10 ed. Rio de Janeiro: atlas, 2014.
- MAGALHÃES, M. L. C. **A Adolescência e a Gravidez**. In: MONTEIRO, D. L. M, TRAJANO, A. J. B., BASTOS, A. C. (Org.). Gravidez e adolescência. RJ: Revinter, v. 1, p. 03-20, 2009.
- PIGNATEL, T. A. **Fatores que Influenciam a Incidência de Gravidez na Adolescência**. Monografia de bacharelado em Psicologia. Centro de Ciências da Saúde Universidade do Vale do Itajaí. Biguaçu/SC.2009.
- SANTOS, E. C.; PALUDO, S. S.; SCHIRO, E. D. B.; KOLLER, S. H. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. **Psicologia em estudo**, v. 15. N. 1, 2010.
- SILVA, A. M. **A gravidez na adolescência: família e serviço social**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, Brasília, 2010.
- SILVA, J. B. S. **Encontros e Desencontros na Trajetória Percorrida Pelos Adolescentes a Partir da Gravidez**. Tese de Mestrado em Saúde Pública. Programa de Pós- Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

SPINDOLA, T.; SILVA, L. F. F. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. **Escola Anna Nery Revista enfermagem**, v. 13, n. 21, 2019.

TABORDA, J. A.; SILVA, F. C.; ULBRICHT, L.; NEVES, E. B. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. **Caderno Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, 2014.