

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**TÚLIO CÉSAR DA SILVA GONTIJO**

**PROJETO BOM GESTAR:  
Plano de ação para reduzir a incidência e recorrência de gravidez não  
planejada no município de Ouro Branco**

**OURO BRANCO – MINAS GERAIS  
2014**

**TÚLIO CÉSAR DA SILVA GONTIJO**

**PROJETO BOM GESTAR:**

**Plano de ação para reduzir a incidência e recorrência de gravidez não planejada no município de Ouro Branco**

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

Orientadora: Profa. Ms. Roselane da Conceição Lomeo

**OURO BRANCO – MINAS GERAIS**

**2014**

**TÚLIO CÉSAR DA SILVA GONTIJO**

**PROJETO BOM GESTAR:**

**Plano de ação para reduzir a incidência e recorrência de gravidez não planejada no município de Ouro Branco**

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

Orientadora: Profa. Ms. Roselane da Conceição Lomeo

Banca examinadora

Profa. Ms. Roselane da Conceição Lomeo – Orientadora

Prof. Mr. Christian Emmanuel Torres Cabido

Aprovado em Belo Horizonte em; \_\_\_/\_\_\_/2014

## RESUMO

O alto índice de gestação não planejada, principalmente em adolescentes, no município de Ouro Branco - MG é preocupante. A precariedade das condições sanitário-comunitárias nos bairros da periferia e aglomerados, número elevado de dependentes químicos e baixo grau educacional são fatores envolvidos na reincidência dos casos. Baseado nos estudos de Brandão e Heilborn (2001), sobre abordagem e bases antropológicas da gravidez na adolescência, buscou-se elaborar um plano de ação para diminuir a incidência e recorrência destas gestações não planejadas, pelos trabalhos com grupos operativos, utilizando-se de palestras e descentralização da distribuição das medicações anticoncepcionais com acompanhamento de uma equipe multidisciplinar. Através das notificações em saúde e informações estatísticas coletadas pela equipe de saúde, poderemos documentar os resultados do plano de ação.

**Palavras-chave:** Gestação, Adolescência, Anticoncepção.

## **ABSTRACT**

The high rate of unplanned pregnancy, especially among adolescents in the city of Ouro Branco - MG is alarming. The precarious health conditions in community-outlying neighborhoods and clusters, large number of drug addicts and low educational level are factors involved in cases of recurrence. Based on studies Brandão and Heilborn (2001) on approach and anthropological bases of teenage pregnancy, we sought to develop an action plan to reduce the incidence and recurrence of these unplanned pregnancies, by working with operational groups, using the lectures and decentralized distribution of contraceptive medications with follow-up of a multidisciplinary team. Through notifications in health statistics and information collected by the health team, we will be able to document the results of the action plan.

**Keywords:** Pregnancy, Teenage, Contraception.

## SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	07
2.OBJETIVOS	09
2.1 Objetivo Geral	09
2.2 Objetivo Específico	09
3.REVISÃO DE LITERATURA	10
3.1 Gestação não Planejada	10
3.2 Gestação na Adolescência	11
3.3 Orientação e Organização Gestacional	12
4.METODOLOGIA	13
4.1 Sistematização e Explicação do Problema	13
4.2 Identificações dos Nós Críticos, Grau de Resolução e Propostas	14
4.3 Desenvolvimento do Plano de Ação	14
4.4 Recursos necessários	16
4.5 Viabilidade do plano	15
4.6 Plano operativo	16
5.CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19

## 1. INTRODUÇÃO

O município de Ouro Branco situa-se na região Sudeste do estado de Minas Gerais, há 100 km da capital Belo Horizonte, pela rodovia BR-040. Possui território de 260 km<sup>2</sup>, o que resulta numa densidade populacional de 135 habitantes por quilômetro quadrado. De acordo com o censo de 2010 a população estipulada foi em torno de 35.500.000 habitantes, com um total de dez mil famílias, distribuídas em, nove mil na zona urbana e mil na zona rural. A cidade possui um dos maiores Índices de Desenvolvimento Humano do estado (0,801), um Produto Interno Bruto de R\$ 2.533.698 gerando renda per capita de R\$ 72.331, ainda que com uma distribuição extremamente polarizada.

A chegada de grandes empresas mineradoras, como a Açominas em 1976, trouxe um grande crescimento econômico e os problemas típicos dessa instalação. A principal fonte de recursos da cidade é a atividade mineradora que atrai imigrantes de todo o país, principalmente do Nordeste. Os bairros periféricos e aglomerados se urbanizaram de maneira desordenada e sem infraestrutura. Muitas das habitações são precárias, sem água tratada e esgoto encanado.

Existem atualmente 23 serviços de saúde no município, sendo 18 municipais e cinco privados. Destes, 21 são destinados ao atendimento ambulatorial e apenas 2 são capazes de atender emergências, ainda assim, o município é centro de referência em saúde na região, atendendo a demanda de muitas outras cidades próximas, como Cristais, Santa Rita de Ouro Preto e Itatiaia, gerando uma demanda flutuante grande, mas difícil de mensurar.

Verifica-se no município de Ouro Branco alto índice de gestações não planejadas e sem acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, principalmente em mulheres menores de 18 anos. Este fato justifica a alta morbidade materna e fetal no município.

Julga-se que grande parte dos problemas relacionados a gestação não planejada e sem acompanhamento podem ser sanados com a realização de

campanhas de promoção da saúde e prevenção de agravos a saúde, através de informações e esclarecimentos à população de mulheres, principalmente as jovens, sobre os métodos contraceptivos.

De acordo com os dados epidemiológicos sobre gestação verificados no Sistema de Informação da Atenção Básica (DATASUS/SIAB) dos meses de junho, julho, agosto e outubro de 2013, verifica-se que existe um número considerável de gestantes menores de 20 anos e casos de internações por complicações obstétricas. Estes dados epidemiológicos reafirmam o problema existente no município, como demonstrado pelo DATASUS/SIAB de Ouro Branco (QUADRO 1).

Quadro 1- Dados epidemiológicos sobre Gestação

	Junho/2013	Julho/2013	Agosto/2013	Outubro/2013
<b>Número de Gestantes &gt;20a</b>	112	111	152	156
<b>Número de Gestantes &lt;20a</b>	19	32	17	18
<b>Total de Gestantes em Acompanhamento</b>	106	106	127	125
<b>Internações/Complicação Obstétrica</b>	15	25	25	14

Fonte: DATASUS/SIAB

Estes dados epidemiológicos corroboram com a urgência em se estabelecer um plano de ação que melhore a atenção obstétrica e ginecológica à mulher do município de Ouro Branco.



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Elaborar um plano de ação que permita diminuir a incidência de gestações não planejadas, principalmente em menores de idade, no município de Ouro Branco, MG.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Realizar diagnóstico situacional para entender os fatores contribuintes para o elevado número de gestações não planejadas;
- Descentralizar a distribuição de medicações anticoncepcionais para as usuárias e usuários;
- Organizar grupo multidisciplinar para o acompanhamento de adolescentes e mulheres em período fértil.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Gravidez Não Planejada

A gravidez não planejada, principalmente aquela na adolescência, não constitui um fenômeno novo no cenário brasileiro. Acompanhando uma tendência internacional, ela assume, entre nós, sobretudo nas últimas décadas, o estatuto de problema social.

Sob o termo *gravidez não planejada* define-se como aquela que ocorre sem a preparação e predeterminação dos cônjuges e abriga uma faixa etária extensa, na verdade, todo o período fértil da mulher (HEILBORN; BOZON, 2001).

A gravidez não planejada deve ser enquadrada na cena da transição demográfica brasileira, caracterizada no final da década de 90 por uma redução expressiva da taxa de fecundidade e pelo aumento da taxa do uso de contracepção (BEMFAM, 1999). Entre 1965 e 1995, a fecundidade declina de quase 6 crianças por mulher para um pouco mais de 2 (BERQUÓ, 1998). A fecundidade adolescente, ao contrário, vem aumentando sua participação relativa na fecundidade total, passando de 7,1%, em 1970, para 14,1%, em 1991, considerando-se que a fecundidade nos demais grupos etários declinou no período analisado (BOZON; ENOCH, 1999). O fato de a fecundidade adolescente ir em direção inversa da transição demográfica gera o aumento de sua visibilidade e a torna intrigante. Estudar alguns dos fatores determinantes desse aumento é um dos objetivos desse trabalho.

Deve-se considerar, por último, a identificação corrente entre gravidez não planejada e parentalidade ou gestação levada a termo. Esse deslize subestima a magnitude da *gravidez na adolescência*, porque desconsidera os casos em que as gestações foram interrompidas de modo espontâneo ou provocadas. Certamente, o fato de o aborto ser uma prática ilegal no país dificulta sua mensuração, mas o tema merece, sem dúvida, ser contemplado no contexto desse complexo problema que é a gravidez não planejada.

### **3.2 Gravidez na adolescência**

No Brasil, nos últimos anos, tem ocorrido um aumento na proporção de gestantes com idades abaixo dos 20 anos. De acordo com Heilborn e Salem (2002), esse incremento, contudo, não é significativo por si só para justificar o caráter corrente como problema sociológico. Melo (1996) indica que, entre 1970 e 1991, houve pouca variação nas taxas específicas de fecundidade entre as mulheres de 15 a 19 anos no Brasil. O envolvimento e poder de enfrentamento da sociedade diante de um problema não emulam, na maioria das vezes, a dimensão desse problema: mudanças nas correntes de pensamento, na estrutura social e contexto onde se insere, são mais importantes para a determinação do impacto que ele provoca. Assim, além de determinar os fatores que levaram ao aumento do número de gravidezes na adolescência, torna-se necessário entender o porquê da maior visibilidade deste fato nos dias de hoje.

Este fenômeno é importante, como cita Heilborn e Salem (2002), pois está centrado em transformações na percepção social das faixas etárias e do gênero que cerceiam as expectativas sobre a juventude, principalmente quando se trata de adolescentes do sexo feminino. As novas concepções e oportunidades que se abrem à essas jovens em relação a escolarização, independência profissional, liberdade sexual, geram uma percepção diferente aos moldes de gerações posteriores, por exemplo, em relação à idade ideal para a primeira gestação.

Nesta nova realidade, a gravidez na adolescência muitas vezes é vista como um desvio, um desperdício dessas novas oportunidades "conquistadas". Todavia, conforme Heilborn e Salem(2002), esse ponto de vista não leva em conta a desigualdade com que tais oportunidades são oferecidas e supõe como valor unívoco essa nova visão do papel feminino.

### **3.3 Orientação e organização Gestacional**

A gravidez é, sem dúvida, um evento de grande significância na vida da mulher e permeia valores e transformações que se constituem como ímpares, sendo experimentados de formas diferentes por cada mulher (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011).

A gestação é caracterizada como um período de mudanças físicas e emocionais que deve ser acompanhado pelo pré-natal, dando prioridade ao acolhimento da mulher, oferecendo informações importantes para uma gestação saudável e, minimizando os sentimentos de medo, dúvidas e angústias.

Evidentemente, os profissionais de saúde são coadjuvantes desta experiência por desempenharem importante papel, sendo capazes de reconhecer momentos críticos e intervir com seu conhecimento que pode ser decisivo no bem estar da mulher e do bebê. A equipe de saúde ao realizar a assistência, precisa priorizar a humanização durante o atendimento aos distintos grupos populacionais e, em particular, a mulher gestante. Pois, humanização é uma prática pautada em princípios da integralidade e equidade das ações, evidenciando os usuários como sujeitos de direitos e participantes ativos do processo saúde/doença.

D acordo com Souza, Roecker e Marcon (2011), a equipe de saúde deve estar atenta às necessidades da comunidade, em especial, das gestantes. Os autores salientam, ainda, que é importante a criação de vínculo com a gestante, sensibilizando-a sobre os cuidados durante a gestação e os riscos do não acompanhamento do pré-natal através de ações de educação em saúde.

Pensar a educação em saúde como um processo transformador da realidade inserido em todo o momento do atendimento a gestante exige dos profissionais envolvidos com o pré-natal um olhar diferenciado para a

assistência. Quando a gestante é incluída neste contexto viabiliza-se a oportunidade do diálogo e permite à mesma ser multiplicadora de saúde no seu coletivo, propicia ainda a socialização com seus pares e promoção da conscientização e participação nas decisões, com vistas à transformação das suas limitações.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Sistematização e Explicação do Problema**

A gestação não planejada foi o problema eleito a partir da observação situacional do município e através da análise de dados referentes às consultas de pré-natal feitas nas dez Unidades Básicas de Saúde (UBS) e no hospital de referência (Hospital Raimundo Campos, HRC). Para definição das prioridades foram analisados os determinantes do problema e escalonados pela capacidade de enfrentamento possuído pela equipe de saúde junto à prefeitura.

A gênese do problema de gestações não planejadas e do alto índice de fecundidade em menores de idade em Ouro Branco possui, é claro, seus determinantes em diversos outros problemas: sociais, demográficos e políticos.

Alguns fatores podem ser mais facilmente identificáveis em relação a sua casuística. O grau elevado de pobreza em algumas regiões, as acomodações com condições sanitárias precárias, o baixo grau instrucional dessa população e acesso dificultado à assistência médica e farmacológica, são determinantes ao agravo do problema. O abuso de álcool e dependência química são também fatores associados. Além do fator da migração apresentado por inúmeras gestantes vindo de regiões mais pobres que buscam no município melhor atendimento obstétrico.

## 4.2 Identificações dos Nós Críticos, Grau de Resolução e Propostas

Dividindo as causas base do problema gestação não planejada, temos os itens Condições Sociais, Abuso Psicotrópicos, Imigração, Nível de Informação como nós críticos a serem analisados. O quadro 2 apresenta os nós críticos, o grau de resolução e as propostas para resolução dos nós.

Quadro 2 - Nós críticos, o grau de resolução e as propostas para resolução.

<b>Nós Críticos</b>	<b>Grau de resolução</b>	<b>Propostas</b>
<b>Condições Sociais</b>	Baixo	- Fomento da Educação - Melhor distribuição de renda - Programas relacionados à empregabilidade e inserção da mulher no mercado de trabalho.
<b>Abusos Psicotrópicos</b>	Médio	- Instauração de programas de reabilitação de dependentes.
<b>Imigração</b>	Baixo	- Melhor distribuição macrorregional dos postos de atendimento obstétrico, diminuindo a centralização do atendimento à gestante.
<b>Nível de Informação</b>	Alto (Prioridade)	- Promover o cuidado à saúde da gestante, utilizando cartilhas, pôsteres e palestras (Informação sobre seus direitos e, cuidados). - Fomentar o uso de métodos anticonceptivos para mulheres que já iniciaram a atividade sexual e não desejam engravidar.

## 4.3 Desenvolvimento do Plano de Ação

Considerando a relevância do problema e definição do maior poder de atuação e governabilidade, foram criadas metas para definir o plano de ação.

Primariamente se faz necessária a criação de um grupo operativo com as mulheres interessadas, principalmente as gestantes adolescentes que vivem a experiência de uma gestação não planejada. Através do grupo, essas mulheres poderão sanar suas dúvidas e discutir os principais problemas que concernem à gestação. Com o uso de cartilhas e pôsteres informativos de fácil interpretação, orientaremos sobre anticoncepção, riscos gestacionais e o abortamento induzido.

Atualmente, a distribuição das medicações anticoncepcionais (orais e injetáveis) é restrita ao Hospital Municipal Raimundo Campos. Este fato, em nosso entendimento, dificulta o acesso a estes medicamentos. Será negociada, junto à prefeitura, a descentralização desta distribuição, de modo que sejam entregues nas Unidades Básicas de Saúde.

Será formado um grupo multidisciplinar, com profissionais de diversas esferas da saúde (ginecologia, psicologia, instrutor físico e assistência social) para melhor acompanhar e acolher as gestantes em necessidade (QUADRO 3).

Quadro 3 – Desenho das Operações

<b>OBJETIVO</b>	<b>DEFINIÇÃO</b>	<b>PRAZO ESTIMADO</b>
<b>Formar grupo operativo com gestantes e não gestantes</b>	- Definição dos indivíduos acompanhados. - Esclarecimento de dúvidas, discussão dos principais fatores relacionados à gestação não planejada. - Propostas para diminuição da incidência do problema.	- De Maio à Julho
<b>Divulgar as orientações</b>	-Plotagem de cartilhas e pôsteres com fácil interpretação, sobre os temas: anticoncepção, doenças gestacionais e risco do aborto induzido.	- De Julho à Agosto
<b>Facilitar acesso à medicação anticoncepcional</b>	- Distribuição descentralizada de medicação oral ou injeções mensais na Unidade Básica, para facilitar o acesso das mulheres.	- Após Outubro (Devido às reformas do hospital)
<b>Conseguir apoio multidisciplinar</b>	- Criar um grupo com profissionais das áreas de ginecologia, psicologia, enfermagem e de apoio social para acompanhamento e abordagem das mulheres participantes.	Entre Agosto e Setembro

#### 4.4 Recursos necessários

Quadro 4 - Identificação dos Recursos Críticos

<b>RECURSO NECESSÁRIO</b>	<b>DIFICULDADE</b>
Humano	Defasagem em número de Agentes Comunitários de Saúde, para o cadastramento das gestantes e recolhimento dos dados.
Físico	Ausência de instalações adequadas para a organização do grupo operativo.
Cognitivo	Contratação de um profissional capacitado para a criação e edição gráfica do material.
Financeiro e Político	Sensibilização da Secretaria de Saúde em relação ao projeto e auxílio monetário.

#### 4.5 Viabilidade do Plano

Arregimentação e distribuição das ações do plano operativo.

Quadro 5 - Identificação das ações e atores responsáveis

Secretaria de Saúde	Controla a totalidade dos recursos financeiros e do recurso político. Sua motivação de ingresso e investimento no projeto é a promoção da saúde pública, prevenção de agravos em saúde e diminuição de gastos com internação e complicação de gestações em menores e tentativas de aborto.
Equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde	Recurso humano responsável pelo recurso cognitivo, com adesão por parte da enfermagem e das agentes comunitárias.
Grupo Multidisciplinar	Responsáveis por instrumentar os recursos cognitivos, material didático, coordenação das



	reuniões e instruir os usuários/pacientes.
--	--

#### 4.6 Plano Operativo

Quadro 6 – Divisão de Funções

PARTICIPANTES	DESIGNAÇÃO
Túlio César Gontijo	Gerenciamento, Elaboração do Material Didático
Michelle Silva Ferreira	Gerenciamento, Gestora de Recurso Político e Financeiro
Agentes Comunitários de Saúde	Cadastramento das Gestantes e Divulgação do Projeto
Thiago Ribeiro	Formalização da Parceria com o Hospital, Coordenação do Grupo Operativo

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Visa-se com a execução deste trabalho, conhecer e compreender melhor os determinantes da gravidez não planejada como um problema social, além de diminuir a sua incidência, e as complicações decorrentes do problema.

A mensuração dos resultados poderá ser realizada em longo prazo, com a coleta de informações estatísticas fornecidas pelas UBS de Ouro Branco, assim como, pelo Hospital Raimundo Campos.

Espera-se conseguir a partir da iniciativa do projeto, a facilidade de aquisição dos medicamentos anticoncepcionais, a divulgação ampla de informações sobre gestação e, o envolvimento de um grupo multidisciplinar da UB, focado na atenção à mulher.

## REFERÊNCIAS

- BEMFAM.** *Adolescentes, jovens e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Um estudo sobre fecundidade, comportamento sexual e saúde reprodutiva.* Rio de Janeiro, 1999.
- BERQUÓ, E.** Arranjos familiares no Brasil: uma visão demográfica. *Contrastes da intimidade contemporânea.* São Paulo: Companhia das Letras, 1998.
- BOZON, M., ENOCH, E.** Brésil: la transition démographique rapide d'un pays hétérogène. *Population et Sociétés*, n. 345, abril 1999
- BRANDÃO, E; HEILBORN, M. L.** *Gravidez na adolescência: juventude contemporânea e laços familiares.* Rio de Janeiro, 2001.
- HEILBORN, M. L.; BOZON, M.;** *Por uma abordagem sócio antropológica dos comportamentos sexuais e reprodutivos da juventude no Brasil: a construção da pesquisa GRAVAD.* 2001.
- HEILBORN, M. L.; SALEM, T.** Aproximações sócio antropológicas sobre gravidez na adolescência. In: *Horizonte Antropológico*, v.8, no.17, Jun. 2002.
- MELO, A. V.** Gravidez na adolescência: uma nova tendência na transição da fecundidade no Brasil. Trabalho apresentado ao X Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Caxambu, MG, 1996.
- SOUZA, V.B.; ROECKER, S.; MARCON, S.S.** *Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica.* Ver. Eletr. Enf. 2011 abr/jun, 13(2): 199-210.