

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

MARIANA IMBROISI DOS SANTOS

APRIMORAMENTO DO CONHECIMENTO SOBRE MÉTODOS
CONTRACEPTIVOS DA POPULAÇÃO DA EQUIPE 20 DA UNIDADE DE
SAÚDE ESTRELA DALVA, CONTAGEM-MG

BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

2015

MARIANA IMBROISI DOS SANTOS

**APRIMORAMENTO DO CONHECIMENTO SOBRE MÉTODOS
CONTRACEPTIVOS DA POPULAÇÃO DA EQUIPE 20 DA UNIDADE DE
SAÚDE ESTRELA DALVA, CONTAGEM-MG**

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.
Orientador: Prof^a. Kátia Ferreira Costa
Campos

BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

2015

MARIANA IMBROISI DOS SANTOS

**APRIMORAMENTO DO CONHECIMENTO SOBRE MÉTODOS
CONTRACEPTIVOS DA POPULAÇÃO DA EQUIPE 20 DA UNIDADE DE
SAÚDE ESTRELA DALVA, CONTAGEM-MG**

Banca Examinadora

Examinador 1: Prof. _____ - UFMG

Examinador 2: Prof^a Kátia Ferreira Costa Campos - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em ____/____/____

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	5
2- JUSTIFICATIVA.....	13
3- OBJETIVO GERAL.....	14
4- METODOLOGIA	15
5- CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA.....	17
6- PLANO DE INTERVENÇÃO E RESULTADOS	19
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
REFERÊNCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

O município de Contagem está localizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte, fazendo limites com os municípios de Belo Horizonte, Betim, Esmeraldas, Ribeirão das Neves e Ibité. Sua privilegiada localização geográfica, a região central do estado mineiro, permitiu ao município transformar-se num importante centro urbano polarizador de atividades industriais, de comércio e serviços. (CONTAGEM, 2009).

FIGURA 1 Localização espacial de Contagem



Fonte: Prefeitura Municipal de Contagem. Atlas Escolar, 2009

O Município de Contagem abriga um contingente populacional da ordem de 603 mil habitantes (dados para o censo demográfico de 2010). Em termos populacionais, destaca-se, regionalmente como o terceiro município mais populoso do Estado de Minas Gerais. Em termos de ocupação territorial, Contagem ocupa apenas 2% do território metropolitano e absorve 12,3% do total do seu contingente populacional; registra a segunda maior aglomeração urbana da região, ficando apenas abaixo de Belo Horizonte: 99,1% de sua população vivem em áreas urbanizadas; a urbanização média metropolitana registrada no último censo foi de 97,2%. Sua densidade demográfica alcançou 3.093 habitantes por km² em 2010, enquanto que a densidade média metropolitana registrada no último censo demográfico foi de 516 habitantes por km². A Tabela 1 mostra os principais indicadores de Contagem nos contextos metropolitano e do Estado de Minas Gerais (IBGE, 2010).

TABELA 1

Evolução da População e de indicadores demográficos selecionados nos dois últimos censos demográficos para Contagem, RMBH e MG 2000/2010

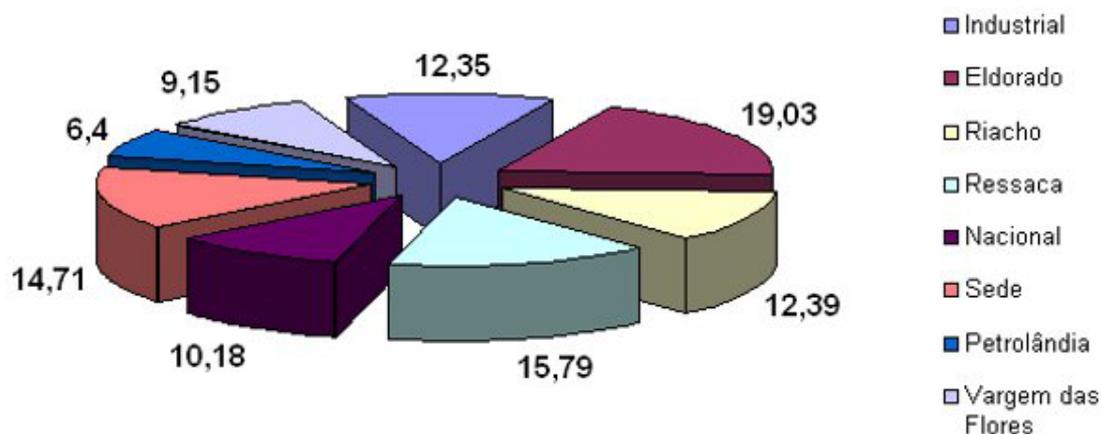
INDICADOR	Contagem	RMBH	Minas Gerais
ÁREA (km ²)	195	9.461	588.528
POP. TOTAL 2000	538.017	4.357.942	17.900.000
POP. TOTAL 2010	603.048	4.882.977	19.595.309
DENSIDADE DEMOGRÁFICA 2000	2759,1	460,6	30,4
DENSIDADE DEMOGRÁFICA 2010	3.093	516	35
TAXA DE CRESC. TOTAL 2000/2010	1,15	1,15	0,91
TAXA DE CRESC. URBANA 2000/2010	1,21	1,21	1,31
TAXA URBANIZAÇÃO 2010	99,10%	97,50%	81,90%
TAXA ALFABETIZAÇÃO 2010 (pop 5 a mais)	94,80%	94,20%	78%

Fonte: IBGE, Censos Demográficos 2000 e 2010.

Elaborado por: Prefeitura do Município de Contagem/SEPLAN/COMODER/DITEC

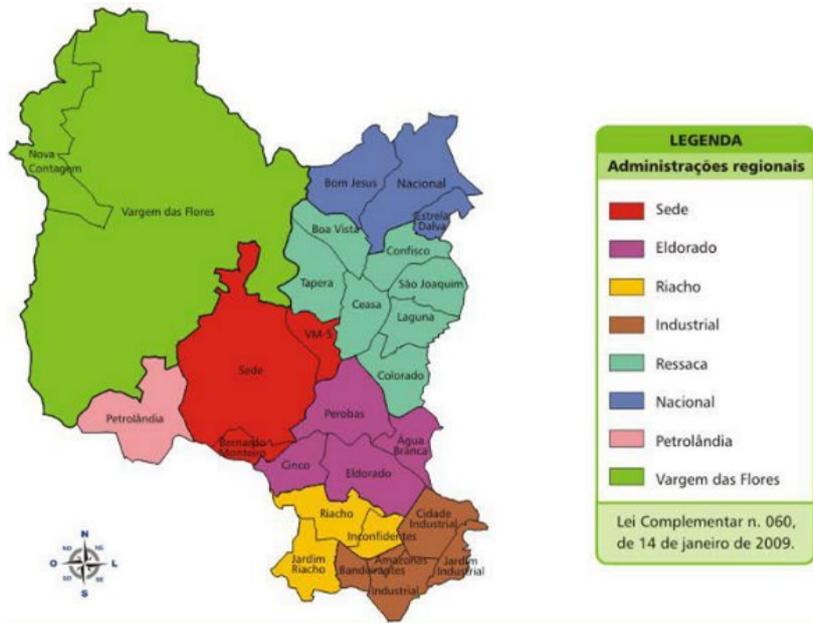
Na atualidade a população de Contagem está distribuída entre oito centros de uso residencial e misto. O gráfico 1, abaixo, apresenta a distribuição da população nas oito Regionais Administrativas em 2010. Contribuem para a conformação e ocupação dos espaços urbanos a existência, ou não, de barreiras físicas, de infra-estrutura viária e de serviços urbanos do município. (CONTAGEM, 2009).

GRÁFICO 1 Distribuição percentual (%) da população residente de Contagem por Regionais Administrativas em 2010.



Fonte: IBGE, 2010

FIGURA 2 Regionais de Contagem



Fonte: IBGE, 2010

Abaixo é apresentada a pirâmide etária do município de Contagem de acordo com o Censo Demográfico 2010. A população de Contagem em 2000 era formada por 538.017 pessoas e em 2010 formada por 603.442 pessoas, crescimento de 1,15% ao ano.

FIGURA 3 Pirâmide etária por sexo, segundo os grupos de idade, Contagem.



QUADRO 1 Perfil Municipal de Contagem

População Censo 2010	603.048 habitantes
Crescimento Anual da População 2000-2010	1,15%
Natalidade 2010	8245 nascidos vivos
Urbanização 2010	99,66%
IDH 2000	0,789
Área	195km ²
Densidade demográfica 2010	3.090,33hab/km ²

Fonte: www.portaldom.com.br

Em Contagem, de 1991 a 2010, a proporção de pessoas com renda domiciliar per capita de até meio salário mínimo reduziu em 46,6%; para alcançar a meta de redução de 50%, deve ter, em 2015, no máximo 17,7%. No Estado, a proporção de pessoas com renda domiciliar per capita de até meio salário mínimo passou de 53,5%, em 1991, para 27,6% em 2010 (IBGE, 2010).

GRÁFICO 2 Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza e indigência – 2010



Fonte: IBGE, 2010

No município, em 2010, 18,5% das crianças de 7 a 14 anos não estavam cursando o ensino fundamental. A taxa de conclusão, entre jovens de 15 a 17 anos, era de 60,3%. O percentual de alfabetização de jovens e adolescentes entre 15 e 24 anos, em 2010, era de 99,2%. No Estado, em 2010, a taxa de frequência líquida no ensino fundamental era de 83,0%. No ensino médio, este valor cai para 51,0%. (IBGE, 2010).

Neste Município, em 2010, 99,3% dos domicílios tinham acesso à rede de água geral e 92,6% possuíam formas de esgotamento sanitário consideradas adequadas. No Estado, em 2010, o percentual de moradores urbanos com acesso à rede geral de abastecimento, com canalização em pelo menos um cômodo, era de 86,3%. Com acesso à rede de esgoto adequada (rede geral ou fossa séptica) eram 78,6% (IBGE, 2010).

Em 2010, últimos dados disponíveis, Contagem registrou um PIB da ordem de 18.539.693 mil reais, que corresponde a um PIB per capita de 30.743,31 reais. Da perspectiva regional e tomando-se como base o ano de 2010, seu produto interno contribuiu com 15,34% para formação do PIB metropolitano e 5,3% estadual, conferindo-lhe a terceira posição no contexto metropolitano e no âmbito estadual (IBGE, 2010).

Com relação ao Programa Saúde da Família, ele foi instituído em Contagem pela Lei número 3154, de 22 de dezembro de 1988 com os objetivos de: ampliar o acesso da população ao sistema de saúde, aumentar a cobertura assistencial, promover a equidade na atenção à saúde, melhorando a qualidade da atenção. Em Contagem, o Conselho Municipal de Saúde é composto por 16 conselheiros, sendo oito titulares, quatro trabalhadores e quatro gestores, além de 16 suplentes. A eleição da mesa diretora do Conselho Municipal de Saúde acontece uma vez por ano (CONTAGEM, 2009).

FIGURA 4 Entrada da UBS Estrela Dalva



Fonte: www.folhadecontagem.com.br

A Unidade de Saúde do Estrela Dalva começou a funcionar em 1999. A equipe Lua Nova Pampulha (equipe 20) faz divisa com outras equipes de saúde (28, 29, 95, 30 e 54). Abrange: Estrela Dalva, Recanto da Pampulha, Tijuca. Ao lado do Estrela Dalva

A equipe possui 03 agentes comunitários de saúde, 01 técnica de enfermagem, 01 enfermeira e 01 médica. Faltam 03 agentes comunitários de saúde para completar a equipe.

Em relação aos indicadores populacionais contamos com 1139 famílias cadastradas, 71,14% de crianças de 07 à 14 anos que frequentam escola; 96% de alfabetizados; 10,98% de pessoas cobertas com plano de saúde; 100% de abastecimento de água; 99,93% das famílias com coleta pública do lixo; 98,59% de famílias com sistema de esgoto e 99,93% com energia elétrica.

A população cadastrada da USF (SIAB 2014) abrange uma população cadastrada de 3313 usuários e 1139 famílias. Após último relatório enviado ganhamos mais uma microrregião, atualmente são cerca de 4100 pessoas. Há predominância de população jovem na faixa entre 20 e 39 anos e predominância da população feminina (1716) contra a masculina (1587).

QUADRO 2 População feminina e masculina segunda faixa etária pertencentes à Equipe Lua Nova Pampulha

Faixa Etária	Feminina	Masculina	Total
<de 1 ano	15	23	38
1 a 4 anos	94	94	188
5 a 6 anos	48	54	102
7 a 9 anos	63	71	134
10 a 14 anos	149	124	273
15 a 19 anos	140	163	303
20 a 39 anos	547	607	1154
40 a 49 anos	230	233	463
50 a 59 anos	125	195	320
>de 60 anos	126	171	297

Temos 315 hipertensos e 60 diabéticos. São preconizadas 10 consultas por ano para o hipertenso (4 médicas e 6 de enfermagem).

Existem atualmente 36 gestantes cadastradas. São ofertadas 40 consultas por mês divididas entre consultas médicas e de enfermagem.

Existem 73 crianças menores de 2 anos. São preconizadas: 06 a 9 consultas para menores de 01 ano; 02 consultas para crianças entre 01 ano e 02 anos.

O preventivo é feito pela enfermeira da equipe. São feitos 6 as quintas feiras e dependendo da demanda também as quartas sob regime de agendamento. Existem 1128 mulheres na faixa etária indicada a realização do exame. Número mulheres que deveriam ser atendidas por mês é 34.

Além disso, somos responsáveis pelo atendimento de 52 usuários de saúde mental grave e 17 deficientes físicos.

São vários os problemas que enfrentamos no dia a dia do atendimento da Equipe 20 da Unidade Básica de Saúde Estrela Dalva. Podemos citar entre eles o número elevado de cidadãos com problemas crônicos em saúde, sobretudo HAS; os problemas sociais graves como violência, pobreza e uso/abuso de álcool e drogas; os problemas de saúde mental, envolvidos com os problemas sociais da comunidade; número grande de mulheres na menarca, que necessitam de prevenção para CA de colo de útero e mama; falta de conceitos básicos sobre hábitos de higiene corporal e domiciliar e grande dependência dos usuários da UBS, de modo que não compreendem o funcionamento das redes de atenção, primigestas jovens e mulheres com mais de três filhos.

Dentre os problemas citados, em reuniões com a equipe de saúde chegamos à conclusão que muito pode ser feito em relação à falta de conhecimento da população sobre os métodos anticoncepcionais o que tem como consequência a gravidez na adolescência, as gestações de risco e o grande número de filhos por mulher. Ao realizar a priorização dos problemas a equipe de saúde levou em consideração a importância, urgência e capacidade de enfrentamento.

Apesar do índice de natalidade estar caindo na maior parte do Brasil e das mulheres estarem tendo cada vez menos filhos, observa-se na Equipe 20 da Unidade de Saúde Estrela Dalva um padrão um pouco diferente deste.

Acompanhamos semanalmente dezenas de consultas de pré-natal e puericultura, inclusive de mães muito jovens e/ou com mais de três filhos.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica ao considerar a alta prevalência de mães jovens na comunidade, de mulheres com três filhos ou mais e de gestações seguidas sem respeitar o período de resguardo do puerpério, de modo que a melhor informação sobre os métodos contraceptivos pode mudar esta realidade.

A relevância deste estudo se dá devido ao fato da gravidez na adolescência causar grandes prejuízos na vida particular, social e educacional da adolescente. Além disso, ela estará submetida aos riscos da gestação e do parto. Em relação à puérpera nova gestação pode acarretar danos a ela e ao feto. Além do mais, diante do contexto atual e da situação de pobreza da comunidade, três ou mais filhos por mulher aumenta a possibilidade de déficits alimentares, educacionais e de saúde.

Nesse sentido a divulgação sobre anticoncepção na comunidade merece uma abordagem diferenciada, devido à alta prevalência de gestações de risco, seja na adolescência ou no puerpério e devido ao ônus social que pode gerar o grande número de filhos por mulher.

Destaca-se que Equipe de Saúde participou da análise dos problemas levantados e considerou que no município de Contagem existem recursos humanos e materiais para se desenvolver um Projeto de Intervenção junto à população, portanto a proposta é viável.

Por essas considerações justifica-se a realização deste estudo para propor ações que possam ser implantadas ou implementadas, a fim de melhorar a divulgação e o conhecimento da comunidade sobre as possibilidades de anticoncepção em todas as fases da vida do homem e da mulher de modo a diminuir a incidência de gravidez na adolescência, puerpério e gestações indesejadas.

3 OBJETIVO GERAL

Elaborar um projeto de intervenção visando diminuir a incidência de gravidez na adolescência, no período puerperal e de gestações indesejadas.

4 METODOLOGIA

Para contextualizar o tema foi realizada uma busca bibliográfica, utilizando sites de busca, como: Scientific Electronic Library Online (Scielo), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), edições do Ministério da Saúde e outros. A busca será guiada utilizando-se os seguintes descritores: anticoncepção, gravidez de alto risco, gravidez na adolescência, estratégia saúde da família, período pós parto, esterilização tubária, vasectomia. O período de busca foi de publicações entre 2000 e 2014, exceto legislações e outras publicações básicas anteriores. Por fim, o levantamento bibliográfico subsidiará a contextualização do tema e junto com os dados do diagnóstico situacional servirão de base para o desenvolvimento do plano de ação.

Sendo assim, para o plano de ação, adotou-se o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) sendo desenvolvidos os dez passos propostos no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, descritos a seguir:

- a) Primeiro passo: definição dos problemas (o que causou os problemas e suas conseqüências);
- b) Segundo passo: priorização dos problemas (avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios);
- c) Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização quanto a dimensão do problema e sua quantificação);
- d) Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);
- e) Quinto passo: seleção dos “nós críticos” (causas mais importantes a serem enfrentadas);

- f) Sexto passo: desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);
- g) Sétimo passo: identificação dos recursos críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);
- h) Oitavo passo: análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição);
- i) Nono passo: elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações);
- j) Décimo passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

5 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, a adolescência compreende indivíduos entre 12 e 18 anos de idade, já para a Organização Mundial de Saúde (OMS) adolescente é todo indivíduo entre 10 e 19 anos de idade. A adolescência envolve um período de grandes modificações biopsicossociais, incluindo a maturação sexual e a busca pela identidade adulta. A gravidez neste período da vida pode causar grandes problemas não só para a adolescente, mas para todos os envolvidos, inclusive os pais e a criança. (GUIMARÃES, 2001).

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 subdesenvolvidos ou em desenvolvimento (CERQUEIRA SANTOS ET AL, 2010).

A gravidez na adolescência pode ser explicada por diferentes causas. Dentre os diversos fatores de risco o mais importante é o socioeconômico. O fenômeno tem atingido todas as classes sociais, mas ainda possui estreita relação entre pobreza, baixa escolaridade e baixa idade para gravidez. Menarca e primeira relação sexual cada vez mais precoce também colaboram para o aumento dos índices de gravidez na adolescência (CARVALHO & BARROS, 2000).

Tomando em conta outras pesquisas à falta de informação sobre meios contraceptivos e à deficiência de programas de apoio ao adolescente também são fatores de risco relevantes para a gravidez na adolescência (DYTZ & ROCHA, 2000). Estudos mais recentes descrevem o fenômeno como resultante de múltiplas variáveis, tais como nível socioeconômico, falhas nas redes de apoio, recursos psicológicos e idade dos pais. (CERQUEIRA SANTOS ET AL, 2010).

Segundo a Constituição Federal e a Lei nº 9.263, de 1996, o planejamento familiar é um conjunto de ações que auxiliam as pessoas que pretendem ter filhos e também quem prefere adiar a função de serem pais. No Brasil, a Política Nacional de Planejamento Familiar surgiu em 2007. Ela compreende oferta gratuita de oito métodos contraceptivos e também a venda dos mesmos a preços reduzidos nas Farmácias Populares. (MOREIRA & ARAÚJO, 2004).

A Lei estabelece que todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), devem garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção seguindo o princípio da atenção integral ao indivíduo. Uma questão fundamental desta Lei é a inserção das práticas da laqueadura de trompas e da vasectomia dentro das possibilidades de anticoncepção, definindo critérios para sua utilização e punições para os profissionais de saúde que as realizarem de maneira inadequada. (MOREIRA & ARAÚJO, 2004).

Essa medida democratiza o acesso aos métodos anticoncepção nos serviços públicos de saúde e regulamenta essas práticas na rede privada, devendo ser, o Planejamento Familiar ser tratado como direito com o objetivo de garantir o direito de cidadania à mulher respeitando sua decisão de ter ou não ter filhos. (MOREIRA & ARAÚJO, 2004).

Os serviços de saúde devem fornecer todos os métodos anticoncepcionais recomendados pelo Ministério da Saúde e a atuação dos profissionais de saúde na assistência à anticoncepção envolve atividades educativas, aconselhamento e atividades clínicas. Essas atividades devem ser desenvolvidas de forma integrada, tendo sempre em mente que toda visita ao serviço de saúde constitui-se numa oportunidade para a prática de ações educativas que não devem se restringir apenas às atividades referentes à anticoncepção, mas sim abranger todos os aspectos da saúde sexual. Deve-se, ainda, promover a interação dos membros da equipe de saúde, de forma a permitir a participação de todos os membros nessas atividades, de acordo com o nível de responsabilidade necessário para cada situação (BALEEIRO ET AL, 1999).

Baleeiro et al (1999), acrescenta que as atividades educativas devem ser desenvolvidas com o objetivo de oferecer aos pacientes os conhecimentos necessários para a escolha e utilização do método anticoncepcional mais adequado, assim como propiciar o questionamento e reflexão sobre a prática da anticoncepção e a sexualidade. O aconselhamento pressupõe a identificação e acolhimento da demanda do indivíduo ou casal, como suas necessidades, dúvidas e preocupações. É necessário o reconhecimento pelo profissional de que o sucesso depende da ação conjunta da equipe de saúde e dos pacientes envolvidos.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO E RESULTADOS

Segue abaixo plano, com destaque aos dez passos seguidos para a elaboração do mesmo de acordo com o Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CAMPOS, FARIAS, SANTOS, 2010), além do plano de intervenção e seus resultados já alcançados ou a serem obtidos.

a/b) Primeiro e Segundo passos: definição e priorização dos problemas.

Em reuniões com a equipe de saúde enumeramos vários problemas a serem enfrentados na UBS Estrela Dalva, mas chegamos à conclusão que muito pode ser feito em relação à falta de conhecimento da população sobre os métodos anticoncepcionais o que tem como consequência a gravidez na adolescência, as gestações de risco e o grande número de filhos por mulher. Ao realizar a priorização dos problemas a equipe de saúde levou em consideração a importância, urgência e capacidade de enfrentamento.

c/d) Terceiro e Quarto passos: descrição e explicação do problema selecionado.

Acompanhamos semanalmente dezenas de consultas de pré-natal e puericultura, inclusive de mães muito jovens e/ou com mais de três filhos. Em nossa população adscrita uma porcentagem importante das mulheres é do lar e ficam responsáveis pelo cuidado na casa e dos filhos enquanto os maridos trabalham. Além disso, muitas delas não têm acesso aos estudos e à formação profissional. Sabe-se que a escolaridade e a ascensão das mulheres do mercado de trabalho diminuem a natalidade e o número de filhos por mulher.

Outro fator relevante é o desconhecimento e os mitos a cerca dos métodos anticoncepcionais. Muitas das mulheres utilizam apenas métodos comportamentais, como a tabelinha e o coito interrompido. Isto envolve além da falta de informação questões religiosas. As mulheres, muitas vezes, também desconhecem seu direito a anticoncepção cirúrgica e a possibilidade de vasectomia pelo SUS e as leis que envolvem estes procedimentos.

Observamos, além disso, o baixo número de consultas no período da adolescência e por outro lado, um número relevante de gravidez na adolescência. Isto

indica uma sexualidade precoce e a ausência de busca por conselhos médicos para iniciar a vida sexual com segurança.

Outra condição é a gestação sucessiva com menos de dois anos de intervalo. Podemos relacionar esta questão ao controle inadequado do puerpério e a falta de conhecimento das mulheres sobre a anticoncepção no pós-parto.

e) Quinto passo: seleção dos “nós críticos”.

Em relação aos nós críticos podemos citar a falta de informação sobre métodos anticoncepcionais de barreira e hormonais, além da possibilidade gratuita pelo SUS de métodos cirúrgicos (laqueadura e vasectomia), o baixo grau de instrução e escolaridade, a formação na família com base patriarcal, a sexualidade precoce, a ausência de proteção sexual no período puerperal, a falta de interesse do homem sobre o planejamento familiar, o baixo número de consultas na adolescência, período em que se inicia a vida sexual. No presente trabalho foram escolhidos os seguintes nós críticos para intervenção: falta de informação sobre os métodos anticoncepcionais, ausência de proteção sexual no período puerperal, falta de interesse do homem no planejamento familiar e baixo número de consultas no período da adolescência.

f)Sexto passo: o desenho das operações

Nó crítico	Operação	Resultados	Produtos	Recursos
Base patriarcal	<u>Homens Também</u> Envolver os homens na anticoncepção	Responsabilidade compartilhada do casal	Palestras para casais Cartazes e folhetos informativos	Elaboração e gestão do projeto Mobilização social Recursos audiovisuais e folhetos
Falta de informação	<u>Saber Mais</u> Aumentar o nível de informação da população sobre métodos	População mais informada sobre anticoncepção Diminuição de gravidez indesejada ou de	Avaliação do nível de informação da população Palestras, cartazes e folhetos	Conhecimento sobre o assunto Mobilização social Recursos audiovisuais e folhetos

	contraceptivos	risco	educativos	
		Acesso aos métodos cirúrgicos de anticoncepção		
Proteção no puerpério	<u>Saúde pós parto</u> Consultas de puerpério Orientações adequadas de anticoncepção em cada fase	Diminuição de gravidez indesejada e de risco	Acompanhamento adequado da puérpera	Conhecimento sobre o assunto Envolvimento da equipe Mobilização social Organização da agenda para atendimento das puérperas
Saúde do adolescente	<u>Grupo de jovens</u> Grupos para adolescentes – tira-dúvidas sobre sexualidade e anticoncepção Abordar sobre sexualidade em consultas esporádicas Orientações nas escolas Distribuição e facilidade de	Jovens mais informados Garantia de anticoncepção de acordo com a necessidade Diminuição de gravidez na adolescência Aumento das consultas com jovens Diminuição de DSTs	Abordagem do jovem no ambiente escolar Envolvimento do jovem com sua saúde e sexualidade Cartazes e folhetos informativos	Conhecimento sobre o assunto Aceitação do projeto nas escolas Tempo disponível Capacitação e envolvimento da equipe Recursos audiovisuais

	acesso aos métodos anticoncepcionais			
--	--------------------------------------	--	--	--

g) Sétimo passo: identificação dos recursos críticos.

Os recursos com dificuldade de obtenção são os audiovisuais, mas como são de custo baixo a própria equipe se disponibilizou a ajudar.

h) Oitavo passo: análise de viabilidade do plano.

A equipe de saúde é muito ativa e mobilizada. Facilmente interage com as solicitações e dificuldades e faz de tudo para solucioná-las. São todos interessados em aprender e a ajudar a população o que torna possível realizar o plano de ação.

i) Nono passo: elaboração do plano operativo

OPERAÇÃO	PRAZOS	RESPONSÁVEIS
Homens Também	Fevereiro/2015	Toda a equipe de saúde será envolvida.
Saber Mais	Fevereiro/2015	Toda a equipe de saúde será envolvida.
Saúde Pós Parto	Fevereiro/2015	Médico e enfermeiro da equipe serão envolvidos.
Grupo de Jovens	Fevereiro/2015	Médico enfermeiro e técnico da equipe serão envolvidos.

j) Décimo passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

O acompanhamento do plano será através de reuniões mensais com a equipe de saúde para discussões sobre a prática do projeto, novas técnicas e recursos, erros e acertos, modificações necessárias. Também abriremos a possibilidade da população dar a sua opinião através de caixas de sugestões e críticas de modo que possamos melhorar o trabalho. Em médio/longo prazo será feita análise de prontuário para verificar se houve queda dos números de casos de gestação na adolescência o no período de resguardo do puerpério.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de serem vários os nós críticos presenciados no dia a dia da Unidade de Saúde Estrela Dalva em Contagem, consideramos a organização e divulgação do planejamento familiar como uma de nossas prioridades. A gestação indesejada e de risco tem sido uma constante, o que causa incômodo a toda equipe de saúde. Com medidas simples, sobretudo no que diz respeito à informação adequada e acompanhamento dos pacientes acreditamos que podemos mudar esta realidade.

A aplicação do método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) nos possibilitou realizar o passo a passo do projeto de intervenção e obtermos resultados interessantes, sobretudo no que diz respeito à participação popular para a redução dos casos de gravidez na adolescência, no período de resguardo do puerpério, e de gestações indesejadas.

REFERÊNCIAS

BALEEIRO, M.C. et al. **Sexualidade do adolescente: Fundamentos para uma ação educativa**. São Paulo: Fundação Odebrech, 1999.

CAMPOS, F. C. C. de ; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CARVALHO, G.M., BARROS S.M.O. Fatores psicossociais relacionados à gravidez na adolescência. **Acta Paul Ent.** v. 13, n. 1. São Paulo. Janeiro/Abril. 2000. 9 a 17p.

CAVALCANTI, A.L.S.; et al. Aspectos psicossociais de adolescentes gestantes atendidas em serviço público da cidade de Recife. **Revista Projeto Acolher: Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília. 2000. – 112 a 118p.

CERQUEIRA-SANTOS, Elder et al . Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. **Psicol. estud.**, Maringá , v. 15, n. 1, Mar. 2010

CONTAGEM. **Atlas Escolar Histórico, Geográfico e Cultural do Município de Contagem**. Secretaria Municipal de Educação e Cultura, 2009.

DYTZ, J.L.G.; ROCHA, S.M.M. O modo de vida e seu impacto na saúde reprodutiva da adolescente de baixa renda. **Revista Projeto Acolher: Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília. 2000. – 79 a 93p.

GUIMARÃES, E.B. **Gravidez na adolescência: Fatores de risco**. São Paulo. Atheneu. 2001.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**. Rio de Janeiro, 2010.

MOREIRA, M.H.C.; ARAÚJO, J.N.G. Planejamento familiar: autonomia ou encargo feminino? **Psicol. estud.**, Maringá , v. 9, n. 3, set/dez 2004.