

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

**Barbara Cristina Silveira De Oliveira**

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE GRAVIDEZ NA  
ADOLESCÊNCIA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE 31 DA UNIDADE  
BÁSICA DE SÁUDE ALTO SÃO COSME, SANTA LUZIA- MINAS GERAIS**

**Belo Horizonte - Minas Gerais  
2020**

**Barbara Cristina Silveira De Oliveira**

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE GRAVIDEZ NA  
ADOLESCÊNCIA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE 31 DA UNIDADE  
BÁSICA DE SÁUDE ALTO SÃO COSME, SANTA LUZIA- MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Dra. Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira

**Belo Horizonte – Minas Gerais**

**2020**

**Barbara Cristina Silveira De Oliveira**

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE GRAVIDEZ NA  
ADOLESCÊNCIA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE 31 DA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE ALTO SÃO COSME, SANTA LUZIA- MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Banca examinadora

Professor (a). Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira – UFMG.

Professora Maria Marta Amancio Amorim. Doutora em Enfermagem. Centro Universitário Unifacvest

Aprovado em Belo Horizonte, em – de ----- de 2020.

Agradeço à Deus pela graça infinita, meus pais, Geraldo e Aneta, minhas irmãs, Deborah e Hellen e meu namorado Luiz pelo apoio e incentivo.

Ao Programa Mais Médicos pela oportunidade de desenvolvimento intelectual durante a prática da medicina.

À minha orientadora pelo apoio na elaboração deste trabalho.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

## **RESUMO**

A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública devido aos inúmeros riscos para a saúde da mãe e do bebê. A incidência de gravidez na adolescência na Unidade Básica de Saúde Alto São Cosme está significativamente acima da média, por isso propôs-se desenvolver um plano de ação com o objetivo de diminuir a incidência de gravidez na adolescência, na UBS Alto São Cosme, no município de Santa Luzia, Minas Gerais. Para tanto, foi elaborado o diagnóstico situacional utilizando-se o método de estimativa rápida, com a obtenção de dados por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. A revisão bibliográfica, a respeito do tema proposto, foi realizada na *Scientific Electronic Library Online* e Biblioteca Virtual de Saúde. Os seguintes nós críticos foram identificados: falta de informação sobre métodos contraceptivos/ sobre vida sexual e planejamento familiar; falta de oferta de métodos contraceptivos; falta de projeto de vida criado pelos próprios adolescentes; e falta de opções de lazer. É essencial a criação e aprimoramento de políticas de saúde tanto de âmbito nacional como local, voltadas para o combate da gravidez na adolescência.

Palavras-chave: gravidez na adolescência, adolescente, planejamento familiar.

## **ABSTRACT**

Pregnancy in adolescence is a public health issue due to the numerous health risks for both mother and baby. The incidence in area 31 of UBS Alto São Cosme is significantly above average, thus, it was proposed to develop an action plan with the objective of reducing the incidence of teenage pregnancy, at UBS Alto São Cosme, in the city of Santa Luzia, Minas Gerais. For this, proceeded with the elaboration of situational diagnosis using the method of rapid estimation, obtaining data through Informatics Department of the Brazilian Unified Health System and Brazilian Institute of Geography and Statistics. The bibliographic review on the proposed theme was executed at Scientific Electronic Library Online e Virtual Health Library. The following critical nodes can been identified: Lack of information about contraceptive methods / about sexual life and family planning; Lack of supply of contraceptive methods; Lack of life project created by the adolescents themselves; Lack of leisure options. It is essential to create and improve health policies both nationally and locally, aimed at combating the issue of pregnancy in adolescence.

Keywords: pregnancy in adolescence, adolescent, family planning

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID	Código internacional de Doenças
CEMIG	Companhia Energética de Minas Gerais
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
DST	Doença Sexualmente Transmissível
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Simplificado
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Scielo	Scientific Electronic Library Online
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES.

<b>Quadro 1-</b> Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da Equipe 31 da UBS Alto São Cosme, Santa Luzia/Minas Gerais	19
<b>Quadro 2-</b> Porcentagem de mãe adolescentes em 2008 no estado de Minas Gerais.	29
<b>Quadro 3-</b> Porcentagem de mães adolescentes em 2008 no município de Santa Luzia, MG.	29
<b>Quadro 4-</b> Porcentagem de mães adolescentes em 2008 na equipe de Saúde 31, Unidade Básica de Saúde Alto São Cosme 1.3.1 Pontos de Atenção à Saúde e Sistemas de Apoio e Logístico	30
<b>Quadro 5 –</b> Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Nível de informação”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 31, da UBS Alto São Cosme do município Santa Luzia, estado de Minas Gerais	31
<b>Quadro 6 –</b> Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ Falta de opções de lazer/atividades ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 31, da UBS Alto São Cosme do município Santa Luzia, estado de Minas Gerais	32
<b>Quadro 7 –</b> Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “ Acesso/ Oferta de métodos contraceptivos ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 31, da UBS Alto São Cosme do município Santa Luzia, estado de Minas Gerais	34
<b>Quadro 8 –</b> Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Falta de projeto de vida ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 31, da UBS Alto São Cosme do município Santa Luzia, estado de Minas Gerais	35

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
1.1 Aspectos gerais do município .....	11
1.2 O sistema municipal de saúde .....	11
1.2.1 Pontos de Atenção à Saúde e Sistemas de Apoio e Logístico ....	12
1.2.2 Organização dos Pontos de Atenção à Saúde .....	14
1.3 Aspectos gerais da comunidade da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 31 .....	14
1.3.1 Aspectos socioeconômicos .....	15
1.3.2 Aspectos demográficos .....	15
1.3.3 Aspectos epidemiológicos .....	15
1.4 A Unidade Básica de Saúde Alto São Cosme .....	16
1.5 A Equipe de Saúde da Família 31, da Unidade Básica de Saúde Alto São Cosme .....	17
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe 31 .....	17
1.7 O dia a dia da equipe 31 .....	17
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo) .....	18
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo) .....	18
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>20</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>21</b>
3.1 Objetivo geral .....	21
3.2 Objetivos específicos .....	21
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>22</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>23</b>
5.1 Estratégia Saúde da Família .....	23
5.2 Atenção Primária à Saúde .....	23
5.3 Adolescência .....	24
5.4 Gravidez na adolescência .....	25

<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>29</b>
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo) .....	29
6.2 Explicação do problema (quarto passo) .....	30
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo) .....	30
6.5 Desenho das operações (sexto passo) .....	31
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>37</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>38</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos gerais do município

Santa Luzia é um município brasileiro do Estado de Minas Gerais, pertencente à Região Metropolitana de Belo Horizonte, com área territorial de 235.076 km<sup>2</sup>. Sua população, em 2016, segundo dados estimados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é de 217.610 habitantes. (MINAS GERAIS, 2019)

Segundo dados do IBGE (2010), Santa Luzia apresenta uma população estritamente urbana (99,7%). Apresenta água tratada em 97,6% das residências, 85,1% com coleta regular de esgoto e 96,8% com coleta regular de lixo doméstico. (MINAS GERAIS, 2019)

O município possui 42 unidades escolares de ensino pré-escolar, 59 de ensino fundamental e 25 de ensino médio, tanto públicas quanto privadas; apresentando, aproximadamente, 40 600 alunos matriculados. (MINAS GERAIS, 2017)

O início da ocupação de Santa Luzia data de 1692, mas seu grande crescimento populacional só aconteceu no século XX, com o desenvolvimento de Belo Horizonte e a confirmação das cidades vizinhas como periferia da capital. O crescimento foi intensificado principalmente no Distrito de São Benedito, nos anos 50, com aprovação dos bairros São Benedito e São Cosme, impulsionados pela tentativa do Estado de criar, em Santa Luzia, uma Nova Cidade Industrial, maior que a já existente em Contagem. Porém, esse projeto não vingou por questões políticas e geográficas. Mas isso não desanimou a ocupação, pois, nos anos 80, foram criados dois grandes conjuntos habitacionais, o Cristina e o Palmital, que juntos formaram o maior conjunto habitacional da América Latina. (MINAS GERAIS, 2017)

O abastecimento de água é feito pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA). Já o serviço de fornecimento de energia elétrica é feito pela Companhia Energética de Minas Gerais (CEMIG).

### 1.2 O sistema municipal de saúde

Santa Luzia possuí 61 estabelecimentos de saúde, sendo 22 deles privados e 39 municipais, entre hospitais, prontos-socorros, postos de saúde e serviços odontológicos. A cidade possui, ainda, cerca de 96 leitos para internação em estabelecimentos de saúde. Existe um único hospital geral, o Hospital Municipal Madalena Parrillo Calixto, inaugurado em 2015. (MINAS GERAIS, 2017)

#### 1.2.1 Pontos de Atenção à Saúde e Sistemas de Apoio e Logístico

A Atenção Básica é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

O município de Santa Luzia conta com 26 Unidades de Saúde da Família (USF), 45 equipes de Estratégia Da Saúde da Família (ESF), sendo composta por médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), em todas as unidades, a coordenação é realizada por um gerente. Os principais serviços oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) são acolhimento; consultas médicas, de enfermagem e odontológicas; agendamento para especialidades; pré-natal; puericultura; exame de Papanicolau; vacinação; curativos; administração de medicamentos; visita domiciliar; formação de grupos operativos; vigilância em saúde, atuando no controle de doenças como tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis (DST), outras doenças infecto-contagiosas em geral, doenças crônicas não transmissíveis, enfermidades relacionadas com o trabalho e o meio ambiente, entre outras.

Os casos mais graves e/ou urgências, emergências, são encaminhando diretamente a um pronto-socorro (ou unidade de pronto-atendimento- UPA), onde há recursos adequados para tais serviços.

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) é composto pelos seguintes profissionais: Psicólogo, Fisioterapeuta, Assistente Social, Educador Físico, Fonoaudiólogo, Nutricionista, contando com duas equipes em atuação com horário de funcionamento de 08:00 horas às 17:00 horas.

A Gerência de Vigilância em Saúde é o órgão da Secretaria de Saúde encarregado de integrar as Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica, Ambiental, Saúde do Trabalhador e Zoonoses, para o desenvolvimento de uma nova prática sanitária na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), fomentando a intersetorialidade e a integração destas atividades com todo o sistema de saúde municipal.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Santa Luzia estão organizados nas modalidades: 1. CAPS III - atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes. 2. CAPS I - atualmente está em sede própria, construída com essa finalidade e mantém atendimento ambulatorial, permanência dia e sala de observação. Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas.

Santa Luzia conta um Centro Odontológico Municipal que atende encaminhamentos das UBS e cinco Equipes de Saúde Bucal implantadas na ESF. Ainda conta com duas UPAS/24hs para equacionamento das demandas de Urgência e Emergência do Município; a UPA Pediátrica e a UPA adulto no Distrito de São Benedito, realizando por dia uma média de 500 procedimentos.

O Hospital Municipal está localizado no bairro Centro, Santa Luzia, Minas Gerais e atende à população municipal sendo referência microrregional para cirurgias. Além disso, presta serviços de retaguarda de urgência/emergência 24 horas/dia com atendimentos de clínica médica e cirúrgica em regime de plantão 24 horas e dimensionamento do corpo clínico adequado, ofertando 43 leitos.

O Serviço de atendimento móvel de Urgência (SAMU), atualmente, é realizado por duas UBS, sendo reguladas por Belo Horizonte.

### 1.2.2 Organização dos Pontos de Atenção à Saúde

As Consultas/Exames especializados são marcados pela Central de Regulação de acordo com a demanda e cota de prestadores municipais.

A adequação do agendamento e da oferta e a realização de mutirões de consultas são os fatores que apresentam resultados satisfatórios, possibilitando o primeiro acesso às consultas especializadas com maior rapidez e contribuindo para a redução das filas de espera.

Por outro lado, verifica-se que muitos usuários não comparecem as consultas agendadas devido a falhas de comunicação entre todos os atores envolvidos. Observa-se, também, a necessidade de elaborar mecanismos junto à comunidade visando a diminuição do absenteísmo.

Alguns motivos que podem contribuir para demanda reprimida gerada no sistema são: o excesso de subespecialidades e a não qualificação da fila. Diariamente são encontradas, no sistema, solicitações não adequadas, com Código Internacional de Doenças (CID) incompatíveis e incompletos.

O Centro de Consultas Especializadas conta hoje com mais de 27 profissionais de diversas especialidades e realizam aproximadamente 3 mil consultas por mês.

Os principais problemas relacionados ao Sistema Municipal de Saúde em Santa Luzia podem ser citados: 1. demora de consultas especializadas; 2. falta de tecnologias de informação para coleta de dados, como prontuário eletrônico, encaminhamentos digitais; 3. faltam algumas ESF; 4. falta articulação entre centro de regulação e porta de entrada.

## 1.3 Aspectos gerais da comunidade da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 31

O Bairro Alto São Cosme faz parte do Bairro São Cosme que foi dividido em Alto São Cosme e São Cosme de Baixo, ambos pertencentes ao distrito de São Benedito. O distrito de São Benedito é o mais conhecido da cidade de Santa Luzia e engloba vários bairros da cidade. Apesar de possuir uma rede de comércio bem ativa, existem mais de 6 mil moradias em favelas ou vilas.

#### 1.3.1. Aspectos Socioeconômicos

A comunidade Alto São Cosme abrange uma área de aproximadamente 4000 habitantes. A principal atividade socioeconômica da região é o comércio. Atualmente o número de desempregados é alto. Há também muitos subempregos na área de construção civil e de serviços domésticos. Como a região é circundada por periferia de alta vulnerabilidade, ocorre também comércio de drogas ilícitas.

Na comunidade há uma escola de Ensino Fundamental, não contando com creche. A taxa de analfabetismo é alta entre adultos, porém a imensa maioria das crianças frequenta a escola. Existem 3 igrejas na comunidade.

A água é tratada e fornecida pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (Copasa). O tratamento de esgoto é deficiente, chegando a 60% da comunidade fazer uso de fossas.

#### 1.3.2 Aspectos demográficos

De acordo com o cadastro da população realizado pelos (ACS), a área de abrangência da Equipe de Saúde da família 31 apresenta um total de 4600 pessoas. Sendo que 703 (15,28%) é composto por crianças, 842 (18,30%) por adolescentes, 2661 (57,85%) por adultos e 383 (8,33%) por idosos. A proporção entre homens e mulheres é de 1: 1,1.

#### 1.3.3 Aspectos epidemiológicos

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.

Porém, comparando-se com a média nacional infere-se que os dados estejam subnotificados.

Segundo o cadastro das famílias, a equipe 31 possui 16 gestantes. 114 pessoas apresentam hipertensão, 58 possuem diagnóstico de diabetes, 2 apresentam doença renal crônica, 6 estão em acompanhamento para câncer, 12 possuem alguma doença psiquiátrica, 5 pessoas já apresentaram evento cardiovascular no passado, 3 estão restritos ao leito. A respeito de hábitos de vida, a equipe possui 80 tabagistas, 10 etilistas e 90 usuários de outras drogas.

Dentre as causas de óbitos da população, em Santa Luzia, pode-se destacar as Doenças do Aparelho Circulatório, responsável por 26,5% das mortes; as Neoplasias (tumores estômago e pulmão), com 16,9%; as causas externas (homicídios e acidentes), com 14,3% e com 9,2% as doenças do aparelho respiratório.

A mortalidade infantil está em torno de 9,68 por mil nascidos vivos, podendo sofrer alterações devido à acertos nos bancos de dados Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). A Taxa de Mortalidade Geral está estabilizada em torno de 5,4 óbitos para cada grupo de mil habitantes.

#### 1.4 A unidade básica de saúde Alto São Cosme

A UBS Alto São Cosme está localizada na Rua Poti, 489, no bairro Alto São Cosme, tendo sido inaugurada em 2014. Está em uma região de fácil acesso, plana e com calçamento. Possui área externa com jardim gramado, sala de espera, recepção, quatro consultórios, sala de observação, sala de vacina, sala de curativos e cozinha.

A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, porém faltam instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias e curativos, alguns medicamentos de urgência, estesiômetro, prontuário eletrônico.

Os principais problemas relacionados à UBS são: 1. falta sala para ACS; 2. falta sala para o NASF dar palestras; 3. não há salas próprias para reuniões com equipes ou

grupos operativos; 4. não há prontuário eletrônico; 5. ACS com muitas demandas administrativas.

### 1.5 A Equipe de Saúde Da Família 31, da Unidade básica de saúde Alto São Cosme

A Equipe de saúde 31 é composta por uma médica, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, três (ACS). Além desses profissionais, trabalham na unidade, a outra equipe de saúde composta por uma medica, uma enfermeira e dois ACS.

### 1.6 Funcionamento da Unidade de Saúde

A Unidade de Saúde funciona das 8:00 horas às 17:00 horas. Os ACS, se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades, como recepção e arquivo. Além disso, fazem alguns trabalhos de gestão como protocolos de referência e contra referência.

### 1.7 O dia a dia da Equipe 31

O processo de trabalho na UBS Alto São Cosme é organizado através de agendamentos de consultas programadas e atendimento a demandas espontâneas. A demanda espontânea ocorre todos os dias no turno da manhã. Todos os usuários que chegam à unidade são acolhidos pela equipe de técnicos de enfermagem e enfermeiros.

Apesar de ser papel da equipe de enfermagem fazer uma triagem objetiva de casos agudos, urgência e casos crônicos, muitas vezes casos crônicos são encaminhados para os médicos em meio a diversos casos agudos. Isso acaba atrasando os casos agudos e de urgência que demandam resposta rápida, além de impossibilitar uma consulta completa nos casos crônicos, que poderiam ser facilmente agendados para outra ocasião. Uma alternativa encontrada foi a criação de dois horários de consulta agendada no turno da manhã, antes do início do acolhimento. Além disso, algumas consultas são compartilhadas entre o médico e o enfermeiro, otimizando o atendimento.

No turno da tarde, as agendas se dividem entre: Pré-natal, Puericultura, Visita domiciliar, Grupo operativo Hipertensão e diabetes, Procedimentos, Saúde do Idoso, Exame preventivo, Testes rápidos.

É importante registrar que falta a organização de grupos operativos. Atualmente, existe, apenas, o dia de troca de receitas, que, geralmente, são de hipertensos, diabéticos e saúde mental. Não há outros grupos como, por exemplo, gestantes e saúde mental. Há apenas o grupo de planejamento familiar que ocorre uma vez por mês. Não há planejamento ou avaliação das ações ofertadas pela unidade, assim não há espaço para discussões, reflexões e aprimoramentos.

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

Na reunião com minha equipe listamos os seguintes problemas da nossa área e ordenamos pela seguinte ordem de prioridade.

- Falta de pavimentação das ruas.
- Saneamento básico precário (esgoto).
- Desemprego.
- Violência.
- Gravidez na adolescência.
- Demora de consultas especializadas.
- Falta de maternidade na cidade.

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

O quadro 1 representa a listagem dos problemas identificados na área 31 da UBS Alto São Cosme e foram classificados de acordo com a importância, urgência, capacidade de enfrentamento e seleção/priorização.

**Quadro 1** - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da Equipe 31 da UBS Alto São Cosme, Santa Luzia/Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Falta de pavimentação das ruas	Alta	6	Fora	3
Saneamento básico precário (esgoto)	Alta	6	Fora	4
Desemprego	Alta	5	Fora	5
Violência	Alta	5	Fora	5
Gravidez na adolescência	Alta	4	Parcial	1
Demora de consultas especializadas	Alta	2	Parcial	2
Falta de maternidade na cidade.	Alta	2	Fora	6

Fonte: Própria autora (2020)

#### Legenda:

\* Alta, média ou baixa

\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

\*\*\* Total, parcial ou fora

\*\*\*\* Ordenar considerando os três itens

## 2 JUSTIFICATIVA

A iniciativa de se fazer o trabalho veio através do diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe, que mostrou alta incidência de gravidez na adolescência. Segundo os dados coletados pelos ACS, atualmente há 16 gestantes na equipe, sendo que quatro são adolescentes, correspondendo a 25%. Comparando-se com a estatística do estado e da cidade de Santa Luzia, 18% e 18,3% respectivamente, a incidência na comunidade encontra-se significativamente acima da média.

Sabe-se que a gestação na adolescência é considerada uma situação de risco biológico tanto para as adolescentes como para os recém-nascidos. Há evidências de que gestantes adolescentes podem sofrer mais intercorrências médicas durante gravidez que gestantes de outras faixas etárias. Podem ocorrer complicações como: anemia, desnutrição, sobre peso, hipertensão, (pré) eclampsia, desproporção céfalo-pélvica e depressão pós-parto. Além disso, em relação à saúde do bebê, a gestação na adolescência encontra-se associada a prematuridade, baixo peso ao nascer, morte perinatal, epilepsia, deficiência mental, transtornos do desenvolvimento, cegueira e surdez. O bebê prematuro apresenta maiores riscos na adaptação à vida extrauterina e assim, maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de doenças (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Dessa forma, é de substancial importância criar estratégias para mitigar esse problema e ajudar na redução da incidência de gravidez na adolescência na comunidade.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Desenvolver um plano de ação com o objetivo de diminuir a incidência de gravidez na adolescência, na UBS Alto São Cosme, no município de Santa Luzia, Minas Gerais.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Realizar uma revisão de literatura sobre o tema.
- Identificar os principais fatores causais de gravidez na adolescência na comunidade.
- Criar campanhas educativas em grupos operativos e organizar oficinas de educação sexual nas escolas para diminuir a desinformação entre os adolescentes.
- Aumentar oferta de atividades e opções de lazer para os adolescentes para diminuir estimulação sexual precoce
- Facilitar o acesso e disponibilizar mais métodos anticoncepcionais para prevenir gravidez indesejada.

#### **4 METODOLOGIA**

Através de reuniões com a equipe, foi feito o diagnóstico situacional utilizando-se o método de estimativa rápida que possibilitou encontrar o problema prioritário da área de abrangência da equipe. Após isso, foram definidas as prioridades, os nós críticos e o plano de intervenção para alcançar os objetivos propostos de acordo com o planejamento estratégico simplificado – PES, dos autores Campos; Faria, e Santos (2018).

Concomitantemente, dados foram obtidos através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e revisão bibliográfica extensa a respeito do tema proposto nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (Scielo), base de informações médicas Uptodate, além de consulta à Biblioteca Virtual de Saúde. Para a definição das palavras-chave e keyboards utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (BRASIL, 2017b): gravidez na adolescência, adolescente, planejamento familiar.

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 (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2017).

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Estratégia Saúde da Família

A (ESF) visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (BRASIL, 2017a).

A implantação da (ESF), como eixo estruturante da reorganização do (SUS), baseado na Atenção Primária à Saúde (APS), favorece grandes avanços no que se refere a maior extensão do acesso, maior qualidade dos serviços e reconfiguração nas maneiras de produzir cuidado em saúde no território. No território brasileiro, a ESF deve constituir a principal porta de entrada para o serviço de saúde. (LAVRAS, 2011)

A (ESF) apresenta capacidade em orientar a organização do sistema de saúde, buscar respostas para todas as necessidades de saúde da população e contribuir na mudança do modelo assistencial vigente. Para isso, a ESF baseia-se em princípios norteadores para o desenvolvimento das práticas de saúde, como a centralidade na pessoa/família, o vínculo com o usuário, a integralidade e a coordenação da atenção, a articulação à rede assistencial, a participação social e a atuação intersetorial. (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016)

### 5.2 Atenção Primária à Saúde

De acordo com a Declaração de Alma-Ata, de 1978, a (APS) ou atenção básica à saúde (ABS) é a atenção essencial à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de autor responsabilidade e autodeterminação (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1978).

Segundo Bispo *et al* (2020), a APS é o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, que somente refere os casos muito incomuns que exigem atuação mais especializada. A APS coordena, ainda, os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção.

Conclui-se que a APS comprehende um conjunto articulado e integrado de atributos inerentes aos serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária, e competência cultural (LAVRAS, 2011).

### 5.3 Adolescência

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência corresponde ao período da vida entre os 10 e 19 anos, no qual ocorrem profundas mudanças, caracterizadas principalmente por crescimento rápido, surgimento das características sexuais secundárias, conscientização da sexualidade, estruturação da personalidade, adaptação ambiental e integração social (YAZLLE, 2006).

Entretanto, segundo Sawyer *et al* (2012), essa definição da adolescência em termos de idade e papéis sociais tem pouca consistência entre os países. Isso se deve ao fato de que apesar de as sequências biológicas da puberdade serem tecnicamente objetivas, as mudanças psíquicas no momento da puberdade, os papéis sociais e as esperanças e aspirações dos adolescentes em diferentes lugares do mundo são amplamente afetados por fatores econômicos e socioculturais.

Os autores ainda definem que, historicamente, o início da puberdade é considerado como o ponto de partida da adolescência e as importantes transições de papéis sociais, como conclusão da educação, emprego, casamento e a criação de filhos é definida como o fim.

Entretanto, atualmente a maioria dos jovens passa mais tempo investindo na educação e casam-se e tem filhos mais tarde, fazendo com que o início e o fim da adolescência sejam cada vez menos definidos e lineares do que eram historicamente.

Essa combinação de puberdade mais precoce e assumpção de papéis adultos em uma idade mais avançada, tem aumentado o período da adolescência e de fato mudado sua forma e características (SAWYER *et al*, 2012).

Além disso, o aumento da industrialização, globalização, urbanização e acesso à mídia digital estão reduzindo a influência que as famílias e comunidades tradicionalmente tinham na transição para idade adulta, diminuindo o controle dos pais e o apoio social familiar, contribuindo ainda mais para novas transformações no período da adolescência (SAWYER *et al*, 2012).

A atual geração de pessoas na adolescência é a maior da história. O crescimento nas populações adolescentes coincide com a redução de doenças infecciosas, desnutrição e mortalidade na primeira infância, mudando a atenção para uso indevido de substâncias, saúde mental, acidentes externos, obesidade e outras doenças crônicas e a saúde sexual e reprodutiva (VINNER *et al*, 2012).

#### 5.4 Gravidez na adolescência

A gravidez na adolescência permanece como um problema de saúde pública complexo com múltiplas causas e apresenta elevada incidência em países em desenvolvimento como o Brasil. São inúmeros os riscos e consequências a curto e a longo prazo da gestação no período da adolescência, tanto para a mãe quanto para o recém-nascido (SANTOS *et al*, 2014). Dessa forma, políticas públicas são necessárias para mitigar esse problema e diminuir a incidência no país.

De acordo com Williamson *et al* (2013), cerca de 19% das mulheres jovens nos países em desenvolvimento engravidam antes dos 18 anos. Dos 7,3 milhões de nascimentos que ocorrem de meninas adolescentes com menos de 18 anos todos os anos nos países em desenvolvimento, 2 milhões ocorrem de meninas menores de 15 anos

Segundo o Ministério da Saúde, embora na última década o Brasil tenha conseguido reduzir em 30% o número de partos em adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos, a faixa etária de 10 a 15 anos permanece inalterada, apresentando o número de 27

mil partos a cada ano, o que representa 1% do total de partos no Brasil (BRASIL, 2017a).

O estudo de Chacko (2020) estabelece que os adolescentes parecem estar em maior risco de resultados adversos na gravidez, como pré-eclâmpsia, parto prematuro, crescimento fetal restrito, depressão pós-parto e óbito neonatal. Ainda segundo o autor, estudos mostraram que os efeitos a longo prazo para a mãe adolescente incluem: menor probabilidade de receber um diploma do ensino médio, maior probabilidade de viver na pobreza e receber assistência pública por longos períodos e maior risco de sofrer violência pelo parceiro. Já para a criança os impactos são: maior probabilidade de ter distúrbios cognitivos e de saúde, maior risco de que seja negligenciado ou abusado, maior chance que tenha baixo desempenho acadêmico e repita uma série ou abandone o ensino médio, as meninas têm maior probabilidade de engravidar na adolescência e os meninos têm possibilidade alta de encarceramento durante a vida.

As causas da gravidez na adolescência são abrangentes e estão relacionadas aos aspectos sociais, econômicos, pessoais, ao exercício da sexualidade, ao desejo da maternidade e às múltiplas relações de desigualdade que constituem a vida social e cultural no Brasil. Além disso, a falta de informações quanto à sexualidade e aos métodos contraceptivos, o baixo acesso aos serviços de saúde e a falta de comunicação entre pais e filhos são outros aspectos no contexto da gravidez. O início cada vez mais precoce da puberdade e o decréscimo da idade da primeira menstruação são fatores que estão favorecendo o começo prematuro da idade reprodutiva de adolescentes, além da erotização precoce, favorecida pelos meios de comunicação (BRASIL, 2017a).

Para enfrentamento da gravidez na adolescência é preciso levar-se em conta os determinantes sociais no nosso meio. O primeiro é a falta de informação. Diversos estudos mostram que a melhoria da educação das mulheres tem substanciais benefícios para a saúde das crianças em todo o mundo. Somente a conclusão do ensino médio por si só, já oferece grandes benefícios para as adolescentes, como melhoria da saúde e do bem-estar, aumentando sua capacidade e motivação para prevenir a gravidez precoce, capacitando-as a assumir responsabilidade por suas

próprias vidas. A maioria das escolas possuem em seu currículo tópicos sobre saúde sexual e reprodutiva (VINNER *et al.*, 2012).

No que diz respeito aos métodos contraceptivos, são da responsabilidade dos profissionais da atenção primária a orientação e o esclarecimento sobre todos os métodos contraceptivos disponíveis, inclusive os naturais, para que as jovens e seus companheiros possam fazer escolhas livres e informadas. Da mesma forma, na abordagem e disponibilidade dos métodos, sempre deve ser incluída a contracepção de emergência, quando houver falha ou acidente relativo ao método escolhido e em uso. É preciso ressaltar o comprometimento da interação medicamentosa e da eficácia dos métodos contraceptivos utilizados em relação ao uso de outros medicamentos e drogas lícitas e ilícitas (BRASIL, 2017a).

Similarmente, a promoção do autoconhecimento do corpo atua como facilitador do uso de métodos contraceptivos, aumentando sua eficácia e melhorando sua adesão (BRASIL, 2017a).

Em relação à participação ativa dos adolescentes no combate à gravidez na adolescência, segundo Cappa *et al.* (2012), o incentivo a um maior envolvimento dos jovens, seja como consumidores de serviços de saúde ou beneficiários dos programas de intervenção, ajudará a garantir a eficácia de intervenções que visam atingir essa população diversificada. Se os adolescentes tiverem voz envolvendo-se na identificação de seus problemas de saúde e no desenvolvimento de soluções adequadas, eles também terão maior visibilidade em suas comunidades e nos governos locais.

Por fim, a respeito de atividades de lazer como forma de prevenção à gravidez precoce, sabe-se que a prática de atividades físicas na adolescência é necessária para a prevenção de diversos agravos à saúde, além de ser importante para o desenvolvimento pleno e exercer efeitos psicossociais positivos (GARCIA; FISBERG 2011).

Os autores Miller *et al* (1998), apontam que para as mulheres, a participação em atividades esportivas foi associada à menor frequência de relação sexual, menor

número de parceiros e idade mais avançada para o início de atividade sexual. A justificativa deve-se ao fato que a participação em esportes poderia auxiliar na melhor inserção social no grupo de amigos e na resistência de pressões para as práticas sexuais.

O estudo de Kulig, Brener e Mcmaus, (2003) averiguou como o engajamento em atividades físicas vigorosas se associa ao uso de drogas e comportamento sexual entre adolescentes americanos. Como resultado, homens que participaram de treinamento esportivo evidenciaram menor uso de álcool e menor taxa de iniciação sexual precoce.

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Gravidez na adolescência”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do PES (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018).

### 6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Das 16 gestantes da equipe 31 da UBS Alto São Cosme, quatro estão entre a faixa etária de 15 a 19 anos, o que corresponde a 25%. Após analisar os problemas e a capacidade de enfrentamento de cada um deles, a gravidez na adolescência foi caracterizada como prioridade 1. Para descrição do problema utilizou-se dados do TABNET/SIAB (BRASIL, 2010) e dados coletados pelos ACS.

Nos quadros 2 a 4, apresentam-se um comparativo entre os dados do estado de Minas Gerais, Santa Luzia e da Equipe 31.

**Quadro 2-** Porcentagem de mãe adolescentes em 2008 no estado de Minas Gerais.

<b>Minas Gerais</b>	
Condições	2008
% mães de 10-19 anos	18
% de mães de 10-14 anos	0,7

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC (2019). Situação da base de dados nacional em 14/12/2019.

**Quadro 3-** Porcentagem de mãe adolescentes em 2008 no município de Santa Luzia, Minas Gerais.

<b>Município de Santa Luzia</b>	
Condições	2008
% mães de 10-19 anos	18,3
% de mães de 10-14 anos	0,5

Fonte: SINASC (2019). Situação da base de dados nacional em 14/12/2019.

**Quadro 4 - Porcentagem de mãe adolescentes em 2019 na equipe 31 da UBS Alto São Cosme, Santa Luzia, Minas Gerais**

<b>Equipe 31 UBS Alto São Cosme</b>	
Condições	2019
% mães de 10-19 anos	25%
% de mães de 10-14 anos	6,25%

Fonte: Dados de cadastro dos ACS.

#### 6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A principal causa de gravidez na adolescência é o fato de que os adolescentes mantêm relações sexuais sem proteção contraceptiva. A iniciação sexual na adolescência vem ocorrendo em idades cada vez mais precoces, e a atividade sexual regular faz parte de uma grande parcela da população adolescente. Sabe-se também que adolescentes possuem personalidade impulsiva e alguns têm dificuldade em avaliar a extensão e o impacto das consequências do próprio comportamento (DIAS; TEIXEIRA, 2010)

#### 6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Foram selecionados os seguintes nós críticos.

- 1 Falta de informação sobre métodos contraceptivos/ sobre vida sexual e planejamento familiar.
- 2 Falta de oferta de métodos contraceptivos.
- 3 Falta de projeto de vida criado pelos próprios adolescentes.
- 4 Falta de opções de lazer.

#### 6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

O desenho das operações está representado nos quadros a seguir, 5 a 8.

**Quadro 5 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Nível de informação”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 31, da UBS Alto São Cosme do município Santa Luzia, estado de Minas Gerais**

Nó crítico 1	Nível de informação
6º passo. Operação (operações)	Aumentar nível de informação dos adolescentes sobre métodos contraceptivos/vida sexual e planejamento familiar
6º passo. Projeto	Educação afetivo sexual e planejamento familiar
6º passo. Resultados esperados	Adolescentes mais informados sobre prevenção da gravidez na adolescência
6º passo. Produtos esperados	Avaliação do nível de informação dos adolescentes Capacitação da equipe e dos professores Campanha de educação sexual nas escolas Criação de Grupo de educação sexual no centro de saúde
6º passo. Recursos necessários	Político: articulação intersetorial, com escolas etc Financeiro: recursos gráficos e audiovisuais Estrutural: organizar espaço Cognitivo: Preparar pessoas responsáveis pelo grupo
7º passo. Viabilidade do plano. Recursos críticos	Político: articulação intersetorial, com escolas etc Financeiro: recursos gráficos e audiovisuais Estrutural: organizar espaço Cognitivo: Preparar pessoas responsáveis pelo grupo
8º passo. Controle dos recursos críticos. Ações estratégicas	Gerente e Chefe de distrito. Favorável Discutir viabilidade com gestor Reuniões com diretores e professores
9º passo. Acompanhamento do plano. Prazo e Responsável (eis)	5 Meses Médica/ Enfermeira
10º passo. Gestão do plano. Monitoramento e avaliação das ações	Médica/Enfermeira Questionários para avaliação do nível de informação dos adolescentes. Capacitação da equipe e professores. Grupo operativo na UBS.

Fonte: Própria autora (2020).

**Quadro 6** – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ Falta de opções de lazer/atividades ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 31, da UBS Alto São Cosme do município Santa Luzia, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Falta de opções de lazer/atividades
6º passo. Operação (operações)	Aumentar oferta de atividades e opções de lazer para os adolescentes
6º passo. Projeto	Lazer para adolescentes
6º passo. Resultados esperados	Adolescentes mais ocupados e engajados em outras atividades que não envolvam estimulação sexual precoce
6º passo. Produtos esperados	Criação de centros de convivência e lazer. Criação de rede de esportes. Estimular convênios com projetos que podem empregar pequenos aprendizes.
6º passo. Recursos necessários	Político: articulação intersetorial, aprovação dos projetos, convênios com empresas, ceder espaços físicos Financeiro: financiamento dos projetos Organizacional: organização social para redes de esportes Cognitivo: Capacitar profissionais
7º passo. Viabilidade do plano. Recursos críticos	Político: ceder espaços físicos Financeiro: financiamento dos projetos Organizacional: organização social para redes de esportes Cognitivo: Capacitar profissionais
8º passo. Controle dos recursos críticos. Ações estratégicas	Prefeito/ indiferente Apresentação de projeto em conselhos de saúde Reunião com vereadores
9º passo. Acompanhamento	12 meses

do plano. Prazo e Responsável (eis)	
10º passo. Gestão do plano. Monitoramento e avaliação das ações	Médica/Enfermeira Questionários para avaliação do nível de informação dos adolescentes. Capacitação da equipe e professores. Grupo operativo na UBS.

Fonte: Própria autora (2020).

**Quadro 7 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “ Acesso/ Oferta de métodos contraceptivos ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 31, da UBS Alto São Cosme do município Santa Luzia, estado de Minas Gerais**

Nó crítico 3	Acesso/ Oferta de métodos contraceptivos
6º passo. Operação (operações)	Facilitar o acesso e disponibilizar mais métodos anticoncepcionais
6º passo. Projeto	Métodos anticoncepcionais para todos
6º passo. Resultados esperados	Métodos contraceptivos sempre expostos e com acesso facilitado
6º passo. Produtos esperados	Manter preservativos grátis sempre expostos nos centros de saúde e em outros pontos estratégicos Criar cadernetas do adolescente com anotações do nome do anticoncepcional oral, periodicidade de uso e a próxima data para renovação de receita Facilitar renovação de receita Disponibilizar opções de anticoncepcionais orais e injetáveis na farmácia publica
6º passo. Recursos necessários	Político: articulação intersetorial Financeiro: disponibilizar medicamentos e recursos para confecção das cadernetas Organizacional: organizar agendas do centro de saúde para facilitar renovação de receita de anticoncepcional Cognitivo: Capacitar profissionais
7º passo. Viabilidade do plano. Recursos críticos	Político: articulação intersetorial Financeiro: disponibilizar medicamentos e recursos para confecção das cadernetas Organizacional: organizar agendas do centro de saúde para facilitar renovação de receita de anticoncepcional Cognitivo: Capacitar profissionais
8º passo. Controle dos recursos	Gerente/favorável Reuniões com distrito, diretoria das escolas, farmácias.

críticos.	Ações estratégicas
9º passo. Acompanhamento do plano. Prazo e Responsável (eis)	2 meses
10º passo. Gestão do plano. Monitoramento e avaliação das ações	Médica/ Enfermeira/ACS Manter preservativos grátis sempre expostos nos centros de saúde e em outros pontos. Criar cadernetas do adolescente com anotações do nome do anticoncepcional oral, periodicidade de uso e a próxima data para renovação de receita. Checar oferta e disponibilidade de anticoncepcionais nas farmácias públicas.

Fonte: Própria autora (2020).

**Quadro 8 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Falta de projeto de vida”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 31, da UBS Alto São Cosme do município Santa Luzia, estado de Minas Gerais**

Nó crítico 4	Falta de projeto de vida
6º passo. Operação (operações)	Orientar mais os adolescentes na transição da infância para vida adulta
6º passo. Projeto	Meu projeto de Vida
6º passo. Resultados esperados	Adolescentes protagonistas de suas vidas, projetando seu futuro e analisando consequências de seus próprios comportamentos
6º passo. Produtos esperados	Criação de oficinas nas escolas que estimulem os adolescentes a criar seu projeto de vida Parceria com psicólogos do NASF para criação de oficina para adolescentes no centro de saúde.

6º passo. Recursos necessários	Político: articulação intersetorial, com escolas etc Financeiro: recursos audiovisuais para oficinas Organizacional: parceria com NASF Cognitivo: Capacitação dos profissionais
7º passo. Viabilidade do plano. Recursos críticos	Político: articulação intersetorial, com escolas etc Financeiro: recursos audiovisuais para oficinas Organizacional: parceria com NASF Cognitivo: Capacitação dos profissionais
8º passo. Controle dos recursos críticos. Ações estratégicas	Gerente/favorável Reunião com NASF e diretores das escolas
9º passo. Acompanhamento do plano. Prazo e Responsável (eis)	4 meses
10º passo. Gestão do plano. Monitoramento e avaliação das ações	Médica/ Enfermeira/ACS/NASF Reunião com NASF e escolas. Criação de oficinas na escola e na UBS.

Fonte: Própria autora (2020).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a gravidez na adolescência é de fato um problema de saúde pública e que apesar de a taxa de gravidez precoce no mundo e no Brasil ter diminuído consideravelmente nos últimos anos, as estatísticas estão distantes do ideal, principalmente na área de abrangência da equipe estudada no município de Santa Luzia.

As consequências da gestação na adolescência extrapolam gerações do ponto de vista físico e social, pois as evidências indicam riscos para a saúde relacionados com a gravidez na adolescência, tanto para a mãe quanto para o bebê. Sabe-se, também, que a gravidez precoce leva ao absenteísmo escolar e, portanto, a maiores riscos de empobrecimento nas perspectivas de escolarização, trabalho e renda das adolescentes e suas famílias.

Ao analisar-se os determinantes sociais para a gravidez na adolescência, ressaltam-se: a associação entre gravidez na adolescência e educação, acesso a serviços de saúde, participação ativa e possibilidade de atividades de lazer.

Diante disso, é essencial a criação e aprimoramento de políticas de saúde voltadas para o combate da gravidez precoce levando-se em consideração seus determinantes sociais, para tanto, é imprescindível o comprometimento de toda a equipe de saúde bem como dos gestores para que as ações de enfrentamento desse problema sejam eficientes.

## REFERÊNCIAS

ARANTES, L.J., SHIMIZU, H. E. E. MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016.

BISPO, G.M.B *et al.* Avaliação do acesso de primeiro contato na perspectiva dos profissionais. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, n. 3, e20180863, 2020. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672020000300173&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000300173&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Gravidez na adolescência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf). Acesso em 05 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Brasília, [online] 2017(b). Disponível em: <http://decs.bvs.br/homepage.htm>

CAMPOS, F.C.C; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/>. Acesso em 10 de dezembro de 2019.

CAPPA, C *et al.* Progress for children: a report card on adolescents. **Lancet**, v. 379, p. 2323–2325, 2012.

CHACKO, M. R. **Pregnancy in adolescents**. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. 2020. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-in-adolescents?search=pregnancy%20adolescence&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-in-adolescents?search=pregnancy%20adolescence&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1) Acceso em 05 de maio de 2020.

CORRÊA, E. J. ; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia:** Trabalho de Conclusão de Curso. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>)

DIAS, A. C.G.; TEIXEIRA, M. A. P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. Paidéia (Ribeirão Preto), v. 20, n. 45, p. 123-131, Apr. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103863X2010000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103863X2010000100015&lng=en&nrm=iso). Acesso em 20 de maio de 2020.

GARCIA, L.; FISBERG, M. Physical activities and barriers reported by adolescents attending a health service.. Brazilian **Journal of Kinanthropometry and Human Performance**, [S.I.], v. 13, n. 3, p. 163-169, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/rbcdh/article/view/14789>>. Acesso em 18 de maio de 2020.

IBGE. Censo 2010. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/Sao\\_paulo.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/Sao_paulo.pdf). Acesso em: 02 jun. 2020.

KULIG, K.; BRENER, N.D.; MCMAUS, T. Sexual Activity and Substance Use Among Adolescents by Category of Physical Activity Plus Team Sports Participation. **Arch. Pediatr. Adolesc. Med.**, v. 157, p. 905-912, 2003. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/481419> Acesso em 05 de maio de 2020.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude Soc**, v. 20, n.4, p 867-874, 2011. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sausoc/2011.v20n4/867-874/>. Acesso em 01 de maio de 2020.

MILLER, K.E et al. Athletic Participation and Sexual Behavior in Adolescents: The Different Worlds of Boys and Girls. **J. Health Soc. Behav.**, v. 39, n. 2, p. 108-123, jun. 1998. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2676394?seq=1> Acesso em 05 de maio de 2020.

MINAS GERAIS. **Prefeitura Municipal de Santa Luzia**. Disponível em: <https://www.santaluzia.mg.gov.br/v2/> Acesso em 14 de dezembro de 2019.

MINAS GERAIS. Secretaria Municipal de Saúde de Santa Luzia. Plano Municipal De Saúde 2018 – 2021. 2017. Disponível em: <https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=31&codTpRel=01>. Acesso em 10 de dezembro de 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019. DATASUS. Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Declaração Alma-Ata**. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; 1978 Set 6-12; Alma-Ata, URSS. Alma-Ata (URSS): OPAS; 1978 [acesso em 2007 Jan 15]. Disponível em: [www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf](http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf). Acesso em 01 de maio de 2020.

SANTOS, N.L.A.C. et al. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 719-726, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.18352013>. Acesso em 05 maio de 2020.

SAWYER, S.M. et al. Adolescence: a foundation for future health. **Lancet**, v. 379, p.1630–1640, 2012. Disponível em: [10.1016/S0140-6736\(12\)60072-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60072-5) Acesso em 01 de maio de 2020.

VINER, R.M. et al. Adolescence and the social determinants of health. **Lancet**, v. 379, p.1641–52, 2012. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60149-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60149-4) Acesso em 05 de maio de 2020.

WILLIAMSON N. et al. **Motherhood in childhood: facing the challenge of adolescent pregnancy.** New York, United Nations Population Fund, 2013. Disponível em: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN-SWOP2013.pdf> Acesso em 05 de maio de 2020.

YAZLLE, M.E.H.D. Gravidez na adolescência. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 28, n. 8, p. 443-445, 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-2032006000800001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-2032006000800001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05 de maio de 2020