

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

ELSA AMARGO POL

**INCIDÊNCIA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DA COMUNIDADE DE AREIA**

MACEIO - ALAGOAS

2016

ELSA AMARGO POL

**INCIDÊNCIA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DA COMUNIDADE DE AREIA.**

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^aMs. Teresa Cristina Carvalho dos Anjos

ELSA AMARGO POL

**INCIDÊNCIA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DA COMUNIDADE AREIAS**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof^a.Ms. Teresa Cristina Carvalho dos Anjos
Secretaria de Estado da Saúde em Alagoas

Examinador 2 – Prof^a.Ms Kátia Ferreira Costa Campos - EEUFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em de 2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho:

A comunidade atendida pela Estratégia de Saúde da Família - ESF Areias, que me acolheu.

A equipe da ESF Areia que compartilhou comigo a busca pelo conhecimento e melhoria da atenção prestada.

A minha família, em especial meus filhos, Yaquima e Julio Yadier, por estarem sempre ao meu lado, me apoiando e incentivando a crescer pessoal e profissionalmente. Muito obrigada por tudo! Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Prof.^aMs. Teresa Cristina Carvalho Dos Anjos, pela dedicação.

A minha equipe pelo apoio.

A meus tutores presenciais e a distancia pela construção de um novo saber e amadurecimento profissional e pessoal.

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

RESUMO

A adolescência é uma importante etapa do desenvolvimento do indivíduo para a maturidade biopsicossocial. Na área de abrangência da Estratégia de Saúde Família - ESF Areias do município de Canapi- Alagoas, a gravidez na adolescência se apresenta como problema prioritário a sofrer intervenção. Num total de 14 gestantes, 42,8% eram adolescentes. Este trabalho visa contribuir para a redução da incidência da gravidez em adolescentes na comunidade atendida pela ESF Areias, por meio de um plano de intervenção educativa que envolve profissionais das áreas da saúde e educação. Foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional-PES para o diagnóstico/ análise situacional em saúde. O problema foi definido utilizando a Estimativa Rápida. Em seguida foi elaborado um plano de ação para intervenção e enfrentamento do problema. Este plano é aplicável, pois possui os recursos necessários para realização e superação dos nós críticos. A capacitação da equipe e a intersetorialidade serão fundamentais para implantação, continuidade e resultados do plano.

Palavras - chave: Adolescência. Adolescentes. Gravidez na Adolescência. Sexualidade. Atenção Primária. Promoção da Saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Adolescence and an important step in the development of the individual to the biopsychosocial maturity. In the area of the Family health strategy-ESF sands of municipality of Canapi-Alagoas, teenage pregnancy presents as a priority problem to suffer. A total of 14 pregnant women, 42.8 percent were teenagers. This work aims to contribute to reducing the incidence of teenage pregnancy in the community attended by ESF Sands, through a plan of educational intervention that involves professionals in the areas of health and education. We used the method of Situational strategic planning-PES for the diagnostic/situational analysis in health. The problem was defined using the rapid assessment. Then was drafted action plan for intervention and confrontation of the problem. This plan is applicable, because it has the resources needed for implementation and overcoming critical nodes. Team training and intersectoral approach will be founded.

Keywords: Adolescence. Teens.Teenage Pregnancy.Sexuality.Primary Attention.HealthPromotion.The Family Health Strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Humana
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DTS	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ME	Ministério de Educação
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde da Família
PSE	Programa Saúde na Escola
SESAU	Secretaria do Estado da Saúde em Alagoas
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único da Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância

UNFPA Fundo da População das Nacionais Unidas

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO-----	10
2. JUSTIFICATIVA-----	14
3. OBJETIVOS-----	17
4. METODOLOGIA-----	18
5. REFERENCIAL TEÓRICO-----	19
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO -----	22
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS-----	30
8. REFERÊNCIAS-----	31

| 1 INTRODUÇÃO

O município de Canapi está situado na região oeste do Estado Alagoas, limitando-se a norte com Itaíba e Manarino Estado de Pernambuco, a sul com os municípios de Inhapi, Senador Rui Palmeira e Poço das Trincheiras, a leste com Ouro Branco e Maravilha e a oeste com Mata Grande e Inhapi. O acesso a partir de Maceió é feito através da rodovia pavimentada BR-316, com percurso em torno de 251 km, treze dos quais em piçarra. Tem uma população de 15920 habitantes (2014) e um território de, aproximadamente, 574, 563 km². Está situado a uma altitude de 342 metros acima do nível do mar (IBGE 2013).

A população do município Canapi em 2014 foi 15920 habitantes, sendo 7940 homens e 7980 mulheres. Desse total, 5984 pessoas residem na área urbana (37,5%) e 9936 na área rural (62,4%) que corresponde a 3842 famílias (IBGE, 2014). A densidade demográfica é de 30,30 hab./km².

O município possui 01 maternidade que funciona como um centro de pronto atendimento, 05 Unidades de Saúde do PSF, sendo 04 na área rural e 01 na área urbana, todos financiados pelo Sistema Único da Saúde - SUS. A cobertura dos PSF em Canapi atingiu em 2014, aproximadamente 80% da população (DAB, SIAB, MS, 2014).

Na área educacional, existem 56 estabelecimentos de ensino fundamental, além de apresentar um alto nível de pessoas analfabetas acima dos 40 anos de idade (IBGE 2013).

A Coleta de lixo atende os domicílios com uma frequência de três vezes na semana, e em sua maioria, os domicílios não estão ligados à rede de esgotos. As atividades econômicas predominantes são a pecuária, agricultura e o comércio.

A rede pública de saúde dispõe de 11 unidades de saúde, destas, 04 possuem implantado o Programa Mais Médico, atendendo os sítios: Areia, Fonquiria, Cachoeiras e Carie atendidos por profissionais médicas cubanas que procuram dar repostas no campo da assistência, prevenção e promoção à saúde em parceria com a equipe multiprofissional, considerando as necessidades de saúde da população mais carente do município. Além das

Unidades Básicas citadas, possui 01 centro de atendimento a urgência e emergência que oferece serviços de Ginecologia, Pediatria, Clínica Geral, entre outras especialidades e 01 Centro de Atenção Psicossocial - CAPS. Não há hospital no município.

A Unidade Básica de Saúde Areia está localizada na comunidade de Areias, a uma distância de aproximadamente 15 km da cidade de Canapi, em região montanhosa. Sua estrutura é precária, funciona em local adaptado e atende uma população de 2550 habitantes, sendo 665 famílias. A Equipe de Saúde desenvolve ações no âmbito da promoção da saúde, prevenção e recuperação de doenças, objetivando proporcionar uma melhoria na qualidade de vida da população da área adstrita. A população feminina cadastrada na unidade é de 1309 mulheres, dentre elas 329 são adolescentes, com idade compreendida entre 10 e 19 anos, o que representa 25,1% do segmento feminino.

Dessa população de adolescentes, 42,8 % são adolescentes que engravidaram. O ambiente socioeconômico e cultural em que a comunidade está inserida influencia nos hábitos e estilos de vida, no nível de informação e na pressão social. Além disso, as políticas públicas, principalmente de assistência social determinada pelo desenvolvimento social e econômico influenciam no agravamento deste problema (IBGE 2013)

No Brasil a gravidez na adolescência figura como grave problema que atinge parcelas crescentes da população. A relação entre gravidez na adolescência e o abandono da escola é real, com as óbvias consequências para o futuro destas adolescentes e de seus filhos, e verificada cada vez mais no país.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, fundamentados em dados de pesquisas realizadas em 2007, houve um aumento significativo de adolescentes grávidas no período compreendido

entre 1996 a 2007 em todo o país, em 1996 do total de partos, 6,9% eram adolescentes, já em 2000, esse número subiu para 30%(IBGE, 2013).

Muitos estudos têm destacado fatores que podem influenciar a elevada incidência da gravidez na adolescência (YASLLE, 2006, VIEIRA et al,2007,OLIVEIRA,2008),sua ampla distribuição geográfica e sua grave repercussão em morbidade e mortalidade em diferentes regiões do mundo. Ressalta-se a necessidade de maior envolvimento de profissionais das áreas da saúde e educação, além dos familiares, com a finalidade de promover a saúde sexual e, principalmente no grupo das adolescentes, no qual a prevenção da gravidez poderia evitar as complicações e, conseqüentemente, melhor qualidade e valorização da vida, produzindo impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva, reconhecendo que as informações nem sempre são suficientes, fazendo-se necessárias a promoção da educação e a sensibilização para o exercício de uma sexualidade saudável, as quais são de responsabilidade do indivíduo, da família e dos profissionais da área da saúde e da educação.

Outro aspecto resultante dessa pesquisa está atrelado à formação acadêmica, que deveria estimular o comprometimento do estudante, futuro profissional, no desenvolvimento de habilidades relacionadas à abordagem do processo saúde-doença, enfocando entre outros assuntos àqueles relacionados à visão integral do indivíduo no tocante à sexualidade e à saúde reprodutiva, tema ainda pouco explorado nas graduações das profissões da área da saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde, os casos de gravidez em jovens com menos de 20 anos diminuíram em todo o Brasil entre os anos de 2000 e 2012. No início da década, cerca de 750 mil adolescentes foram mães no país. Em 2012, o número caiu para 536 mil. Como principais estratégias de prevenção e cuidado da gravidez na adolescência, destacam-se a Rede Cegonha, programa lançado em 2012, e o Programa Saúde na Escola, que funciona desde 2007 e é desenvolvido em conjunto com o Ministério da Educação (BRASIL, 2012).

Em diagnóstico situacional realizado na comunidade Areias, município de Canapi, Estado de Alagoas, os principais problemas de saúde identificados foram: 1.Incidência da Gravidez na Adolescência; 2.Prevalência de Enfermidades Crônicas não Transmissíveis: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus; 3.Incidência de Enfermidades Parasitarias. Na ordem de prioridades, a equipe elegeu para intervenção a incidência da gravidez na adolescência no Posto de Saúde de Areias.

A implantação do Programa Saúde na Escola - PSE, a partir de 2007, com certeza, teve sua importância para o decréscimo da gravidez, considerando que aborda também questões relacionadas à sexualidade dos adolescentes (BRASIL, 2007), mas não é suficiente para reduzir a vulnerabilidade das adolescentes em engravidar.

A Gravidez na Adolescência ocorre em jovens de 10 a 19 anos, momento em que estão em pleno desenvolvimento dessa fase de sua vida. A gravidez precoce é uma das ocorrências mais preocupante relacionada à sexualidade na adolescência a qual provoca conseqüências sérias para a vida dos adolescentes envolvidos nesse problema, de suas crianças, de sua família e da sociedade em geral. Há que considerar que esse tipo de gestação em sua grande maioria não foi planejada nem desejada e acontece, frequentemente, em presença de uma união não estável, além disso, existem alguns fatores que podem contribuir com essa ocorrência, por exemplo:

- A falta de orientação sobre educação sexual da família, escola e sociedade.
- A separação dos pais.
- Amigas da escola que engravidaram.
- A presença dos conflitos familiares.
- Famílias disfuncionais.
- Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema.
- Baixos níveis culturais.

O presente estudo tem como objetivo central sugerir um plano de intervenção com vista à diminuição da incidência da gravidez na adolescência a partir da bibliografia existente sobre o tema e fatores associados.

2 JUSTIFICATIVA

Através do levantamento de dados realizados no SIS pré-natal do município de Canapi, foram atendidas 194 gestantes no período 2013 - 2014, sendo 39 adolescentes. O número de jovens grávidas no município pode ser maior, pois muitas adolescentes não realizam o pré-natal como recomendado pelo protocolo da atenção básica.

Na área de abrangência do Programa de Saúde da Família – PSF Areias foram atendidas um total de 14 gestantes, delas 06 adolescentes, que representa 42,8% das gestantes. Observou-se que as mesmas não sabem como utilizar meios contraceptivos de forma correta, e apresentam instabilidade no relacionamento.

O alto índice de desemprego e subemprego e a falta de perspectiva de futuro também são questões que desencadeiam a gravidez na adolescência. Ainda, a falta de informação adequada, de planejamento familiar e a fragilidade da educação sexual contribuem para o levado número de mães jovens (UNFPA, 2013).

No cotidiano de atuação da Estratégia de Saúde da Família – ESF de Areias município de Canapi, AL, a gravidez na adolescência se mostrou como problema de alta importância a ser enfrentado pela equipe que lida com esses usuários, no sentido de se preparar para o manejo com os adolescentes melhorando o processo de trabalho, adequando o serviço para este atendimento e estruturando o planejamento familiar. Ademais, se faz necessário melhorar o nível de informação e transmiti-la se forma adequada

para contribuir na mudança de estilo de vida dos adolescentes e para o enfrentamento deste problema.

A implantação do Programa Saúde na Escola - PSE, a partir de 2007, com certeza, tiveram sua importância para o decréscimo da gravidez, considerando que aborda também questões relacionadas à sexualidade dos adolescentes (BRASIL, 2007), mas não é suficiente para reduzir a vulnerabilidade das adolescentes em engravidar.

A intenção de desenvolver ações que colaborem para a redução da gravidez se deve ao fato de durante a adolescência a gravidez ser considerada um evento que pode prejudicar o desenvolvimento da adolescente, tanto do ponto de vista pessoal quanto profissional e, por isso, se considera um desafio “A necessidade de conciliar a vivência da própria adolescência, considerada uma época de desafios e definições individuais, com o papel parental como a principal dificuldade” (KOLLER, 2013, p.187).

A gravidez neste grupo populacional vem sendo considerada, em alguns países, problema de saúde pública, podendo acarretar complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e o recém - nascido, bem como problemas psicossociais e econômicos (SCHIRO; KOLLER, 2013).

Portanto, devido à constante observação de adolescentes grávidas que são atendidas na UBS Areias, constatou-se a importância de melhor conhecer a incidência dessa ocorrência e assim propor estratégias que possam auxiliar na redução desse problema.

Além disso, vale ressaltar que a gravidez na adolescência também expõe outro problema de saúde pública: a disseminação de doenças sexualmente transmissíveis- DST entre os jovens, haja vista a associação com a não utilização de preservativos. Sendo assim, ao realizar um trabalho com o enfoque na prevenção da gravidez na adolescência, pode-se, concomitantemente, trabalhar a prevenção das DST/AIDS.

Nesse contexto, ressalta-se a importância da atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família, na promoção de medidas socioeducativas para reverter essa realidade.

Para entender a grandeza do problema e como este se apresenta no Posto de Saúde de Areias, descrevemos e fundamentamos a incidência da

Gravidez na Adolescência, considerando sua importância em relação aos outros problemas identificados. Destacam-se alguns problemas pertinentes a Gravidez na Adolescência:

- Número de adolescentes grávidas.
- Número de adolescentes que iniciaram o pré-natal no 1 trimestre de gestação.
- Número de adolescentes que iniciaram o pré-natal.
- Número de adolescentes que abandonaram os estudos para dar atenção à criança.
- Número de adolescentes com esquema de vacina completo.
- Número de adolescentes com união estável

Neste sentido, acreditamos que a formulação de estratégias capazes de reduzir a gravidez na adolescência contribui também para promoção da saúde dos jovens. Espera-se que o plano de intervenção proposto e colocado em prática possa contribuir para a diminuição do percentual de adolescentes grávidas no PSF Areias.

3 OBJETIVOS

Objetivo geral:

- Elaborar um plano de intervenção com vista à diminuição da incidência da gravidez na adolescência no Posto de Saúde de Areias.

| Objetivos específicos:

- Propor ações educativas voltadas para adolescentes que contribua para adoção de um comportamento responsável no que se refere a sexo seguro e a prevenção das doenças de transmissão sexual e a gravidez.
- Garantir material educativo com a finalidade de serem utilizados pelos usuários, estudantes, professores, profissionais de saúde e familiares.

4 METODOLOGIA

Para a realização desta proposta de intervenção foi utilizada o método de Planejamento Estratégico Situacional - PES, discutido na Disciplina Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, do Curso de Especialização em Atenção Básica, para a Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais.

Primeiramente foi realizado o diagnóstico /análise situacional em saúde fazendo o reconhecimento da Unidade Básica Areias do município de Canapi. Para definição do problema foi utilizado a Estimativa Rápida, identificando a Gravidez na Adolescência como agravo significativo para intervenção urgente da equipe. Em seguida foi elaborado um plano de ações para intervenção e enfrentamento do problema.

De posse dos dados buscou-se na literatura estudos que contribuíssem para sustentação teórica da proposta. As fontes de busca foram LILACS, SCIELO, MEDLINE e Google Acadêmico, por meio dos descritores: adolescência, adolescentes, gravidez na adolescência, sexualidade, atenção primária, promoção da saúde e estratégia saúde da família.

Foram consultados também documentos do Ministério da Saúde; do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS; do Fundo das Nações Unidas para Infância - UNICEF; do Sistema de Informação em Atenção Básica

- SIAB; do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas- SESAU; e do Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA.

Destaca-se que as publicações foram referentes ao período de 2000 a 2012, todas no idioma português.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

A palavra adolescência vem do latim “adolescere’ que significa ‘fazer-se homem/mulher’ ou crescer na maturidade sendo que somente a partir do século XIX foi vista como uma etapa distinta do desenvolvimento” (BUENO, 2006, p.1).

A adolescência se caracteriza como uma fase que ocorre entre a infância e a idade adulta, na qual há muitas transformações tanto físicas como psicológicas, possibilitando o surgimento de comportamentos desafiantes com outros. O questionamento dos modelos e padrões infantis que são necessários ao próprio crescimento. De acordo com a Organização Mundial da Saúde - OMS, corresponde a um período de 10 a 19 anos de idade, desencadeado por mudanças corporais e fisiológicas advindas da maturação fisiológica (LIRA&DIMENSTEIN, 2004).

A idade média em que os adolescentes veem entrando no processo de puberdade tem diminuindo consideravelmente, atingindo seu limite inferior. O entrar na puberdade, mais cedo, geralmente acarreta em amadurecimento biológico que não necessariamente coincide com o amadurecimento cognitivo e emocional o que se constitui, portanto, fator de risco para uma iniciação sexual prematura e suas negativas conseqüências (BORUCHOVICH, 2004).

A tendência de queda da idade média da menarca e da iniciação sexual aparece associada à gravidez na adolescência, assim como a falta de informação sobre métodos anticonceptivos e a dificuldade do acesso a estes.

Igualmente corrente é a assertiva de que a gravidez em mulheres menores de 20 anos tem incidência maior nas classes economicamente desfavorecidas (GOMEZ *et al*, 2012).

Geralmente na maioria dos casos, os homens ou adolescentes consideram que somente a mulher deve se proteger durante o ato sexual, tirando a responsabilidade de si, pensar nas conseqüências que isso pode trazer. Uma gravidez planejada faz com que o ambiente familiar e torne mais harmonioso. Quando isso não acontece, as conseqüências se tornam visíveis, começando pelos conflitos familiares que ocorrem com frequência, o abandono da criança e maus tratos, abandono do lar, dentre outros.

A gestação neste momento da vida envolve sérias implicações tanto biológicas, familiares, emocionais e econômicas para as adolescentes, limitando ou adiando o desenvolvimento e engajamento dessas jovens na sociedade. Nas diferentes regiões do mundo, meninas pobres, com baixa escolaridade e residentes nas áreas rurais têm maior probabilidade de engravidar do que suas contrapartes ricas, mais urbanas e com mais escolaridade. As minorias étnicas ou grupos marginalizados, e aquelas que têm pouco ou nenhum acesso à saúde sexual e reprodutiva, também estão em maior risco (UNFPA, 2013).

Os métodos contraceptivos não são utilizados de forma eficaz na adolescência, os motivos estão vinculados aos fatores psicológicos inerentes ao período, uma vez que as adolescentes negam a possibilidade de engravidar, além disso, o encontro sexual é mantido de forma eventual, não justificando o uso rotineiro do anticoncepcional. As adolescentes não assumem perante a família a sua sexualidade e a posse do contraceptivo seria a prova formal da vida sexual ativa. (VITALLE, 2001).

Segundo o relatório “Situação da População Mundial” do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, 2013) que discute a maternidade precoce, diariamente, nos países em desenvolvimento, “20 mil meninas com menos de 18 anos dão à luz e 200 morrem em decorrência de complicações da gravidez ou parto”.

Em todo o mundo, 7.3 milhões de adolescentes experimentam a maternidade a cada ano, sendo 2 milhões menores de 15 anos. Se for mantida

esta tendência, este número pode atingir 3 milhões até 2030 (UNFPA,2013, p.4).

A escolarização facilita o acesso das adolescentes a métodos contraceptivos por possibilitar conhecimento e informação. Além disso, a ascensão da escolaridade está cada vez mais valorizada no mercado de trabalho. Em 2011, percebeu-se que, entre as mulheres de 15 a 19 anos de idade com maior escolaridade (08 anos ou mais de estudo), 7,3% tinham filhos, enquanto entre as menos escolarizadas esta proporção aumenta para 18,3% (IBGE, 2012).

Os números que envolvem a gravidez precoce são alarmantes no Brasil, entre 28 e 30 % dos recém – nascidos são filhos de mães com idade inferior a 19 anos. Segundo a pesquisa divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, o número de adolescentes com idade de 10 a 14 anos que esperavam um filho ou estavam pós-parto quase dobrou, entre 2000- 2002 (SANTOS 2006).

A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública tanto no Brasil como em muitos outros países do mundo. Sua importância transcende a prática assistencial, dado seu aumento no final do século passado (LIRA&DIMENSTEIN, 2004).

Souza, Nóbrega e Coutinho (2012) consideram importante ampliar o debate acerca da gravidez na adolescência. Propõem que os adolescentes sejam ouvidos em suas histórias de vida, e que suas concepções, sugestões e representações sejam guias para a construção de políticas públicas voltadas para eles. Isto porque a gravidez na adolescência torna-se um expressivo campo de intervenção da saúde sexual e reprodutiva, tanto no plano da prevenção como no da assistência e da promoção da saúde.

Neste sentido, acreditamos que a formulação de estratégias capazes de reduzir a gravidez na adolescência contribui também para promoção da saúde dos jovens.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Entre os problemas identificados no diagnóstico situacional a incidência da gravidez na adolescência foi priorizada por precisar de intervenção urgente, visto que o percentual de gestantes atendidas na unidade menores de vinte anos é de 42,8%.

A gravidez na adolescência traz inúmeros transtornos para a vida da adolescente e para sua família como: abandono escolar, desestruturação familiar e obstáculos a concretização de projeto de vida.

Identificação dos nós críticos:

1. Falta de orientação adequada da família, escola e sociedade sobre educação sexual e métodos contraceptivos.
2. Conflitos familiares, separação dos pais, amigas da escola que tenham engravidado.
3. Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema.

Quadro 1– Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “gravidez na adolescência”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Comunidade Areias, em Canapi, Alagoas.

Nó crítico 1	Falta de orientação adequada da família, escola e sociedade sobre educação sexual e métodos contraceptivos.
Operação	Intensificar as ações educativas: Divulgar os métodos contraceptivos e os riscos na gravidez na adolescência
Projeto	Saber Mais.
Resultados esperados	População mais informada sobre os meios anticoncepcionais disponíveis e os riscos da gestação na adolescência.
Produtos esperados	Aumento do nível de informação da população sobre gravidez na adolescência e os métodos anticoncepcionais através de palestras educativas pela equipe sobre prevenção da gravidez na adolescência. Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS. Campanhas educativas na radio local; Programa de saúde reprodutiva na escola. Capacitação dos pais. Criar grupos de adolescentes.
Atores sociais/ responsabilidades	Medica e o enfermeiro da equipe do PSF
Recursos necessários	Estrutural: Organização da agenda Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. Político: Articulação intersetorial, parceria com a educação e mobilização social.
Recursos críticos	Estrutural: Organização da agenda Cartazes, vídeos, Panfletos, recurso humano, sala de aulas, folhas, canetas e mura.

	<p>Político: Articulação intersetorial (parceria com a educação) e mobilização social, conseguir o espaço na imprensa local Políticos parceiros</p> <p>Financeiros: Aquisição de recursos audiovisuais, folheto educativos.</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Ator que controla: Secretario de Educação. Secretario da Saúde. Setor comunicação social. Profissionais da ESF. Motivação: Favorável</p>
Ação estratégica de motivação	<p>Reuniões em espaço descontraído; Apresentar o projeto a equipe</p>
Responsáveis:	<p>A médica e o enfermeiro da Equipe do PSF.</p>
Cronograma / Prazo	<p>Três meses para inicio das atividades</p>
Gestão, acompanhamento e avaliação	<p>Avaliação após seis meses do inicio do projeto</p> <p>Avaliação do nível de informação da população sobre riscos da gravidez na adolescência e dos métodos anticoncepcionais sendo responsável a medica e o enfermeiro da equipe do PSF.</p> <p>Capacitação dos ACS sendo responsável a medica e o enfermeiro da equipe do PSF.</p>

Fonte: Autoria Própria (2016).

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “gravidez na adolescência”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Comunidade Areias, em Canapi, Alagoas.

Nó crítico 2	Conflitos familiares, separação dos pais, amigas da escola que tenham engravidado.
Operação	Melhorar os laços de aproximação com a família e amigas da escola, criar mais vínculos, melhorar o atendimento aos adolescentes e familiares. Melhorar a comunicações com os pais.
Projeto	Cuidar Melhor
Resultados esperados	Garantia de escuta qualificada através de um bom acolhimento, valorizando as queixas e tentando solucionar os problemas e conflitos familiares.
Produtos esperados	Capacitação de toda a equipe de saúde da família. Definição de grupos operativos direcionado aos jovens e familiares.
Atores sociais/ responsabilidades	Medica e o enfermeiro da equipe do PSF.
Recursos necessários	Estrutural: Organização da agenda e do espaço físico para as atividades. Cognitivo: Elaboração de um projeto voltado para a família Financeiro: Recursos para material informativo Político: Articulação intersetorial, mobilização social.
Recursos críticos	Estrutural: Organização da agenda e do espaço físico para as atividades. Cognitivo: Elaboração de um projeto voltado para a família Político: Articulação intersetorial, mobilização social. Financeiro: Recursos para material informativo.

Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Equipe de saúde. Setor de comunicação social. Secretário Municipal de Educação. Motivação: favorável
Ação estratégica de motivação	Conviver Melhor. Melhorar a relação existente no núcleo familiar. Sensibilizar os responsáveis quanto a importância do diálogo. Criar ambiente propícia para desenvolver Programa de Encontro de Casais.
Responsáveis:	Medica da PSF e equipe
Cronograma / Prazo	Inicia em três meses e termina em seis meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Capacitação de toda equipe de saúde da família.

Fonte: Autoria Própria (2016).

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “gravidez na adolescência”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Comunidade Areias, em Canapi, Alagoas.

Nó crítico 3	Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema.
Operação	Melhorar o acolhimento ao adolescente pela equipe de saúde Aplicar diretrizes clinica
Projeto	Linha de cuidado
Resultados esperados	Acolhimento do adolescente no PSF de forma adequada.
Produtos esperados	Linha de cuidado com saúde do adolescente implantada; Recursos humanos capacitados; Gestão da linha de cuidados implantada.
Atores sociais/ responsabilidades	Secretaria Municipal de Saúde
Recursos necessários	Cognitivo: Elaboração de projeto da linha de cuidado e acolhimento ao adolescente na atenção primaria. Político: Articulação intersetorial e mobilização dos profissionais.
Recursos críticos	Político: Articulação intersetorial e mobilização dos profissionais.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria Municipal de Saúde Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Reuniões para motivar e capacitar à equipe.
Responsáveis:	A autora deste trabalho e a coordenação de ABS.
Cronograma / Prazo	Três meses para início das atividades e finalização em doze meses.

Gestão, acompanhamento e avaliação	Avaliação após 6 meses do início do projeto Gestão da linha de cuidados implantada sob responsabilidade da coordenação da ABS
---	---

Fonte: Autoria Própria (2016).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez na adolescência é uma realidade que nos convoca a refletir e intervir, pois a magnitude deste problema vem aumentando muito nos últimos anos e cabe a nós, profissionais da saúde, junto com a sociedade, tentar alertar os jovens sobre os riscos vivenciados e os apoiar quando procuram métodos anticoncepcionais.

A equipe multidisciplinar deve intervir nesse período da vida da adolescente e auxiliá-la nos cuidados necessários para condução de uma gestação sem complicações.

Abordar essas adolescentes gestantes sobre os riscos de uma gravidez indesejável com ações educativas, esclarecedoras pode contribuir para impactar favoravelmente nas dimensões sócio culturais desta questão.

Sendo assim, é relevante que a abordagem do tema seja de iniciativa de uma equipe multidisciplinar, os quais têm um papel importante a fim de diminuir o número de casos de adolescentes grávidas no serviço. Apesar de reconhecer que muito ainda há que se fazer, acredita-se que os passos trilhados e os avanços alcançados sejam passíveis de ajustes, formulações e discussões, no sentido de aprimoramento.

REFERÊNCIAS

BORUCHOVITCH, E. Fatores associados a não utilização de anticoncepcionais na adolescência. **Revista de Saúde Pública**; São Paulo, v.26, n.6.2004. Disponível em <www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttest&pid=s1413-73722004000100006&ing=pt&nrm=isso>. Acesso em: 10 de maio 2009.

BUENO, G. M. **Variáveis de risco para a gravidez na adolescência**. 2006, Disponível em:<<http://www.webartigos.com/artigos/gravidez-na-adolescencia/115926/#ixz3z54Ox8id>>. Acesso em 01 de julho de 2013.

BRASIL. **Decreto Presidencial n. 6.286**, 05 de dezembro de 2007. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Brasília (DF), 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília: MS, 2006, 56p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e na assistência**. Área Técnica de saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: MS, 2009. 72p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Área Técnica de saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: MS, 2010 a. 132p.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em:<<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 10 jan.2013.

DINIZ, E; KOLLER, S. H. **Características associadas à gravidez em adolescentes brasileiros**. 2013. (Apresentação de Trabalho/Simpósio).

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - UNFPA. **Maternidade precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência**. Relatório Situação da População Mundial 2013. ONU, União das Nações Unidas. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/Gravidez%20Adolescente%20no%20Brasil.pdf>>. Acesso em: Nov. 2013.

GOMEZ. et al. A visão da pediatria acerca da gravidez. **Revista Latino Americana e enfermagem**. Ribeirão Preto, v.10, n.3, p.408-414, maio/jun.2012

KOLLER, S. **Jovem, Adolescente e Criança em contextos de proteção e de risco no Brasil**. 1ed. Rio de Janeiro: Editora da UFF, 2013, v. 1, p. 187-201.

LIRA, & DIMENSTEIN. Adolescentes avaliando um projeto social em uma unidade básica de saúde. **Psicol. estud.** [online]. 2004, vol.9, n.1, pp. 37-45. ISSN 1807-0329. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722004000100006>>.

SANTOS, M, M, J.F. Gravidez Precoce: matéria da capa. **Estado de Minas**, Belo Horizonte, p.4,5. 14de maio, 2006.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA-SIAB. **Informações estatísticas**. 2012 DISPONÍVEL em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>>. Acesso em: 10 abr.2013.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA. Situação de Saúde. - SIAB. **Informações estatísticas 2012**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>> Acesso em: Jun 2013

SOUZA, A.X. A; NOBREGAS, S.M; COUTINHO, P.L. Representações sociais de adolescentes grávidas sobre a gravidez na adolescência. **Psicologia Social**. Belo Horizonte, v.24, n.3, p.588-596, set/dez.2012.

VITALLE, M.S.S. **Adolescência e outros fatores de risco (nível econômico, cuidado pré-natal e tabagismo) como determinantes de prematuridade e baixo peso**. 2001. Tese doutorado. Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 147p.

YAZLLE, M.E.H.D. Gravidez na adolescência. **Rev.Bras.Ginecol.Obstet.** vol.28, no.8:p.443-445,ago 2006.