

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

**STÉFANI BERTOLUCCI ESTEVAM FERREIRA**

**GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Campos Gerais -MG  
2015

STÉFANI BERTOLUCCI ESTEVAM FERREIRA

## **GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO**

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<sup>a</sup> Dra. Patrícia Monica Ribeiro

Campos Gerais -MG  
2015

STÉFANI BERTOLUCCI ESTEVAM FERREIRA

GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO.

Banca examinadora

Examinador

Examinador

Aprovado em

## RESUMO

A iniciação sexual precoce está associada a uma menor probabilidade do uso de métodos contraceptivos e, conseqüentemente, maiores são as probabilidades de ocorrer uma gravidez não planejada. A prevenção da gravidez precoce carece de conhecimento, diálogo e uma orientação bem direcionada pelas equipes de saúde como um todo, além dos papéis desempenhados pelo Estado e pelas famílias. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) Dom Bosco I está inserida em um bairro de classe média baixa na cidade de Poços de Caldas, Minas Gerais. Após a realização do Diagnóstico Situacional, o problema eleito como de maior prioridade foi gravidez na adolescência, devido à falta de informação por parte da população de meios que visem prevenir uma gravidez não desejada. Tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção para prevenção da gravidez na adolescência em sua área de abrangência. Utilizou-se o diagnóstico situacional e Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional-PES. Como medidas implementadas destacam-se as visitas e palestras semanais na escola do bairro; e, a consulta com o adolescente separado dos pais, conseguindo, assim, um relacionamento mais verdadeiro, um diálogo mais próximo à realidade. Essas ações visam a Promoção da Saúde dos Adolescentes, com incentivo e resgate da participação da comunidade como parceiros no trabalho da equipe, o que pode resultar na configuração de uma rede de conhecimento e informação. Auxiliar o planejamento familiar é de fundamental importância para a experiência de vida sexual e reprodutiva saudável, sobretudo entre adolescentes e jovens que, devido aos comportamentos de risco, estão mais expostos às conseqüências negativas de práticas sexuais inseguras.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde; Gravidez na Adolescência; Educação em Saúde; Gravidez de Alto Risco.

## ABSTRACT

Premature sexual behavior is associated with a minor probability of use of contraceptives methods, and consequently, big the probabilities are bigger than that a non-planned pregnancy can happen. The premature pregnancy's prevention needs knowledge, conversation, and a good orientation by the Health Team as a whole, besides the role developed by family and government. The "Dom Bosco I Health Family Strategy" is inserted in a lower medium class neighborhood in the city of Poços de Caldas, Minas Gerais State, Brazil. After the execution of a situational diagnosis, the problem elected as the most importante one was the teenage pregnancy, caused by the lack of information to the teenagers about ways to prevent pregnancy. The goal is to develop a Intervention Project to prevent teenager's pregnancy in the Health Team area of work. It was used the Situational Diagnoses and the Planejamento Estratégico Situational's Simplified Method -PES. As implemented measures we highlight the visits and weekly lectures in neighborhood school; and the doctor's appointment with the teenagers alone, obtaining therefore a more true relationship, a dialog closest to reality. These actions aim the Promotion of Adolescent's Health, encouraging and redeeming the community participation as partners in Health Team's work which can result in setting up a network of knowledge and information. To assist family's planning is a very fundamental importance for sexual's life experience and reproductive health, especially among adolescents and young people who, due to risk behavior, are more exposed to the negative consequences of unsafe sexual practices.

Keywords: Health Primary Care; Pregnancy in Adolescence; Health Education; Pregnancy, High-Risk.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Estrutura etária da população de Poços de Caldas – MG .....	8
Quadro 2: Distribuição da população de Poços de Caldas – MG .....	9
Quadro 3: Nível Educacional da População Adulta com mais de 25 anos, 1991 a 2000 .....	10
Quadro 4: População residente por faixa etária da ESF Dom Bosco I .....	18
Quadro 5: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade Dom Bosco I .....	19
Quadro 6: Dados do Datasus .....	20
Quadro 7: Desenho das Operações para os “nós” críticos do problema agravos à saúde da mulher .....	23
Quadro 8: Identificação dos recursos críticos .....	24
Quadro 9: Propostas de ações para a motivação dos atores .....	25
Quadro 10: Plano Operativo .....	26
Quadro 11: Acompanhamento do Plano de Ação .....	27

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>14</b>
<b>3.OBJETIVO.....</b>	<b>15</b>
<b>4.METODOLOGIA.....</b>	<b>16</b>
<b>4.1 Diagnóstico Situacional da Esf Dom Bosco .....</b>	<b>16</b>
<b>4.2 Fundamentação Teórica .....</b>	<b>17</b>
<b>4.3 Plano de Ação .....</b>	<b>17</b>
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>18</b>
<b>5.1. Diagnóstico Situacional da ESF .....</b>	<b>18</b>
<b>5.2 Plano de Intervenção .....</b>	<b>18</b>
<b>5.2.1 Primeiro passo .....</b>	<b>18</b>
<b>5.2.2 Segundo passo .....</b>	<b>19</b>
<b>5.2.3 Terceiro passo .....</b>	<b>20</b>
<b>5.2.4 Quarto passo .....</b>	<b>20</b>
<b>5.2.5 Quinto passo .....</b>	<b>22</b>
<b>5.2.6 Sexto passo .....</b>	<b>22</b>
<b>5.2.7 Sétimo passo .....</b>	<b>24</b>
<b>5.2.8 Oitavo passo .....</b>	<b>25</b>
<b>5.2.9 Nono passo .....</b>	<b>26</b>
<b>5.2.10 Décimo passo .....</b>	<b>26</b>
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>28</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>30</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>31</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O município de Poços de Caldas está localizado na mesorregião do Sul e Sudoeste do Estado de Minas Gerais. É o 15º município mais populoso do estado. Tem privilegiada localização em relação aos grandes e importantes centros do país: São Paulo (260 km), Rio de Janeiro (470 km), Belo Horizonte (460 km) e Campinas, que tem um dos melhores aeroportos do Brasil, fica a apenas 170 km. Atualmente, o corpo administrativo municipal conta com um prefeito, uma Secretária Municipal de Saúde, e uma Coordenadora da Atenção Básica. A população compõe-se de 161.025 habitantes, sendo que o município possui um dos mais baixos índices de criminalidade do Estado. Tem área total de 547,26 Km<sup>2</sup>, com 278,54 hab/km<sup>2</sup> e um número aproximado de domicílios e famílias com cerca de 58.824 moradias (PMPC, 2014).

A história de Poços de Caldas começou a ser escrita a partir da descoberta de suas primeiras fontes e nascentes, no século XVII, encontradas no fundo de um vulcão desde 85 milhões de anos atrás. As águas raras e com poderes de cura foram responsáveis pela prosperidade do município desde os seus primórdios, quando as terras começaram a ser ocupadas por ex-garimpeiros, desiludidos com o declínio da atividade aurífera na região das minas. Eles passaram a se dedicar, sobretudo, à criação de gado, sendo obrigados a percorrer longas distâncias em busca de pasto para os animais.

Poços de Caldas se caracteriza como *Capital Regional* em função da centralidade que a cidade desempenha sobre outros municípios da região no processo de distribuição de bens e serviços, e polariza diretamente outras 23 pequenas cidades no entorno. A atividade industrial representa hoje cerca de 57,26% da arrecadação municipal, contra 18% do setor primário e 18% do terciário, sendo hoje a cidade mais desenvolvida do Sul de Minas Gerais. É uma estância balneária e climática, conhecida nacionalmente onde nas Termas Antônio Carlos, Balneário Mário Mourão, Palace Hotel e Condomínio Quisisana (sendo esses dois últimos privados) são encontradas as fontes de águas medicinais e equipes especializadas de médicos e enfermeiras, que controlam os respectivos tratamentos de saúde(SMSPC,2014).

Em relação aos aspectos socioeconômicos, o município apresenta alta taxa de urbanização, que se acelerou em um crescimento explosivo entre os anos 1960 e 1980, causou distorções com relação ao acesso universal à infraestrutura urbana. A renda per capita média de

Poços de Caldas cresceu 64,29% nas últimas duas décadas, passando de R\$580,65 em 1991 para R\$867,68 em 2000 e R\$953,96 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 49,43% no primeiro período e 9,94% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 2,63% em 1991 para 1,10% em 2000 e para 0,32% em 2010. E ainda, 99,06% do município contam com abastecimento de água tratada e 99,92% com recolhimento de esgoto por rede pública(PMPC,2014).

Na área de assistência social, Poços de Caldas conta com uma extensa rede de instituições que desenvolvem programas de atendimento à infância e à adolescência, aos deficientes, à mulher, ao desempregado, ao idoso, ao portador de HIV, ao migrante, aos dependentes químicos, produtor rural, a pacientes com necessidade de tratamento fora do município, dentre outras atividades(SMSPC,2014).

Os aspectos demográficos são apresentados a seguir:

Quadro 1: Estrutura etária da população de Poços de Caldas – MG

<b>Estrutura Etária da População - Poços de Caldas - MG</b>						
<b>Estrutura Etária</b>	<b>População (1991)</b>	<b>% do Total (1991)</b>	<b>População (2000)</b>	<b>% do Total (2000)</b>	<b>População (2010)</b>	<b>% do Total (2010)</b>
Menos de 15 anos	32.561	29,57	33.246	24,51	30.227	19, 8383
15 a 64 anos	71.346	64,79	92.898	68,50	108.444	71, 1414
População de 65 anos ou mais	6.216	5,64	9.483	6,99	13.764	9,0303
Razão de dependência	54,35	0,05	45,99	0,03	40,55	0,03,03
Taxa de envelhecimento	-	5,64	-	6,99	-	9,0303

Quadro 2: Distribuição da população de Poços de Caldas – MG

<b>População Total, por Gênero, Rural/Urbana e Taxa de Urbanização - Poços de Caldas – MG</b>						
População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
População total	110.123	100,00	135.627	100,00	152.435	100,00
População residente masculina	53.607	48,68	66.190	48,80	73.680	48,34
População residente feminina	56.516	51,32	69.437	51,20	78.755	51,66
População urbana	105.205	95,53	130.826	96,46	148.722	97,56
População rural	4.918	4,47	4.801	3,54	3.713	2,44
Taxa de Urbanização	-	95,53	-	96,46	-	97,56

No censo de 2004 a população estimada era de 148.700,12 habitantes: 96,5% na área urbana. O município apresentou grande crescimento demográfico nos últimos 40 anos. O incremento no período foi de 203%. A dimensão que mais cresceu em termos absolutos no município foi a Educação (com crescimento de 0,132), seguida por Longevidade e por Renda. Quanto à taxa de escolarização, tem-se que, no período de 2000 a 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola cresceu 14,77% e no de período 1991 e 2000, 58,02%. A proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do Ensino Fundamental cresceu 12,97% entre 2000 e 2010 e 40,64% entre 1991 e 2000. A proporção de jovens entre 15 e 17 anos com Ensino Fundamental completo cresceu 12,87% no período de 2000 a 2010 e 84,16% no período de 1991 a 2000. E a proporção de jovens entre 18 e 20 anos com Ensino Médio completo cresceu 42,92% entre 2000 e 2010 e 130,62% entre 1991 e 2000 (PMPC,2014). Ao todo a cidade oferece 91 instituições de ensino, onde estão matriculados mais de 49.000 alunos. A cidade tem a tradição de ser um dos mais ativos centros culturais do estado e uma excelente oferta de instituições educacionais. Estão disponíveis todos os níveis de ensino, o pré-escolar, primeiro e segundo graus, o profissionalizante e o universitário. O Ensino Superior é oferecido por grandes universidades como a Pontifícia Universidade Católica (PUC-MG), a Universidade Estadual de Minas Gerais (UEMG), a Universidade de Alfenas (UNIFENAS) e a Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL). O município possui instalações do Serviço Social da Indústria (SESI),

Sistema Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), Serviço Social do Comércio (SESC), Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) e Serviço Social de Transporte / Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte (SEST/SENAT) com cursos profissionalizantes em diversas áreas.

Quadro 3: Nível Educacional da População Adulta com mais de 25 anos, 1991 a 2000.

	1991	2000
Taxa de analfabetismo	11,6	7,3
% com menos de 4 anos de estudo	33,3	21,9
% com menos de 8 anos de estudo	70,4	59,2
Média de anos estudo	5,5	7,3
Número de família e de habitantes	891 famílias	2806 habitantes

Em relação à Taxa de Emprego e principais postos de trabalho, entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 70,37% em 2000 para 71,23% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 10,83% em 2000 para 5,67% em 2010. Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais, 4,61% trabalhavam no setor agropecuário, 1,61% na indústria extrativa, 13,26% na indústria de transformação, 8,45% no setor de construção, 1,15% nos setores de utilidade pública, 15,73% no comércio e 46,85% no setor de serviços (PMPC, 2014)..

Em relação à mortalidade, a maior parte da população morre por problema cardiovascular. A comunidade apresenta como referência o Hospital da Zona Leste, que é um centro de especialidades médicas, ponto de distribuição de medicamentos e local de coleta de exames laboratoriais. Também possui creches, escolas e academia. Todas as residências apresentam luz, água e esgoto. Não há bancos na região.

Na assistência à saúde, o município conta com uma rede hierarquizada e organizada para atenção especializada, de urgência e emergência, e atenção básica. Na rede especializada são cinco hospitais Santa Casa de Misericórdia, Santa Lúcia, São Domingos, Pedro Sanches e

Unimed, além de várias clínicas especializadas e modernos equipamentos, estando a medicina amplamente difundida e atuante no Município e região. Os atendimentos de Urgência e Emergência ocorrem no Pronto Socorro Municipal /Policlínica.

De acordo com os dados do DATASUS de abril/2014, 85.100 pessoas estão cadastradas no sistema de Atenção Básica. O Sistema Municipal de Saúde está atualmente estruturado para oferecer programas específicos voltados à saúde preventiva e curativa, dirigidos às várias faixas e grupos distintos, como gestantes, diabéticos, hipertensos, saúde mental, HIV/AIDS e saúde bucal, oferece todo apoio necessário aos munícipes carentes dispondo de 02 Pronto-Atendimentos 24 horas/dia - Policlínica Central e Hospital Margarita Morales (Zona Sul), 23 Unidades do Programa Saúde da Família, 03 Unidades Básicas de Saúde e 04 Núcleos de Especialidades Médicas-Zona Leste, Central, Conjunto Habitacional e Parque Esperança.

Além disso, conta com diversos programas ou serviços Materno Infantil, Saúde da Criança e Adolescente, Centro Municipal de Assistência ao Distúrbio da Aprendizagem-CEMADA, Programa Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Centro de Referência Saúde do Trabalhador - CEREST, Centro de Especialidades Odontológicas - CEO, além de 02 unidades volantes equipada com consultório odontológico, Programa DST/AIDS e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU - com 4 equipes. Tem-se ainda os setores que compõem o Departamento de Vigilância em Saúde, como a Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Ambiental. O Município conta com vários laboratórios de análises clínicas e um vasto atendimento na área de odontologia.

Na Atenção Básica temos 31 Unidades de Saúde da Família, com 28 Equipes de Saúde da Família, quatro equipes de Saúde Bucal e três equipes do Núcleo Apoio a Saúde da Família-NASF; Três Unidades Básicas de Saúde-UBS; Programa Materno Infantil; Equipe de Atenção Domiciliar (para a população fora de área de cobertura) e Consultório volante de odontologia.

Na Atenção Especializada são três núcleos de especialidades, com atendimento médico e de fisioterapia (Núcleo de Especialidades Centro), o Núcleo de Especialidades do Hospital Margarita Morales/HMM; o Núcleo de Especialidades do Hospital da Zona Leste/HZL os quais realizam exames de radiodiagnóstico e ultrassonografia.

O modelo assistencial predominante nas Unidades de Saúde da Família do município de Poços de Caldas, Minas Gerais, é o Integrado de Atenção à Saúde, “organizado através de uma

rede horizontal integrada de pontos de atenção à saúde que presta uma assistência contínua e integral a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção à saúde” (MENDES, 2009, p.3), tendo como base os princípios do SUS e a Clínica Ampliada, onde são considerados os aspectos subjetivos e sociais de cada usuário, que podem interferir em sua patologia. A atenção básica à saúde é o principal elo entre a população e o sistema de saúde, sendo a porta de entrada e saída do sistema, demonstrando uma maior capacidade de resolutividade e corresponsabilidade em saúde da comunidade. Os usuários são identificados pelos cartões do SUS e seus prontuários clínicos são armazenados na Unidade.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de gravidez na adolescência entre as adolescentes assistidas pela ESF Dom Bosco I. Tratando-se de um bairro de classe média baixa, a gravidez na adolescência acarreta à gestante e sua família gastos excessivos e anos potenciais de vida perdidos por deixar de lado os estudos e o trabalho; perpetuando assim, o ciclo da pobreza. Considerando também ser uma gravidez de alto risco pela idade, muitas complicações pré e pós-natais podem ocorrer, complicando ainda mais o futuro dessa adolescente.

### **3. OBJETIVO**

Elaborar um projeto de intervenção para prevenção da gravidez na adolescência na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Dom Bosco I.

## 4. METODOLOGIA

Para a execução da proposta de intervenção foram realizadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação.

### 4.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ESF DOM BOSCO I

O Método da Estimativa Rápida (CAMPOS *et al.*, 2010) foi o meio utilizado para se fazer o diagnóstico situacional em saúde, da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Dom Bosco I de Poços de Caldas.

[..]A Estimativa Rápida constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é envolver a população na identificação de suas necessidades e problemas e também os atores sociais – autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais, etc. – que controlam recursos para o enfrentamento dos problemas (CAMPOS *et al.*, 2010, p.36).

As fontes utilizadas no método foram:

- Registros escritos existentes: Análise dos prontuários dos pacientes atendidos nos últimos seis meses na ESF Dom Bosco I, observando os principais problemas de saúde da população.
- Fontes secundárias: Análise dos dados dos consolidados mensais do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).
- Observação ativa da área: A equipe de saúde realizou observação do ambiente no qual a ESF está inserida, buscando encontrar as causas e possíveis soluções dos problemas encontrados.

A coleta de dados foi realizada no período de junho/2014 a novembro/2014.

Os principais problemas da comunidade identificados foram: discernimento da população sobre o que é consulta de emergência/urgência e o que é acompanhamento no PSF, alto índice de síndrome metabólica na população, uso inadequado de medicamentos, uso abusivo de medicamentos controlados, alto índice de gravidez na adolescência. Sendo este último o problema eleito como de maior prioridade.

A identificação dos “nós críticos” (Campos *et al.*, 2010), ou seja, causas de um problema que possam sofrer intervenção da equipe de saúde dentro de seu espaço de governabilidade são essenciais para resolução da questão abordada (Campos *et al.*, 2010). No caso em questão, os “nós críticos” encontrados foram: a falta de informações, questões socioeconômicas, questões familiares e do relacionamento afetivo das adolescentes.

## **4.2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Na segunda etapa, foi realizada a Revisão da literatura em bases de dados eletrônicas: Literatura latino-americana e do Caribe (LILACS); Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECS); e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), sendo considerados os seguintes critérios:

- Estudos científicos (teses, monografias, artigos)
- Idioma – Português
- Período: de 2003 a 2013
- Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Gravidez na Adolescência, Gravidez de Alto Risco.

Os estudos selecionados serviram de referência para a contextualização do estudo e para a discussão.

## **4.3 PLANO DE AÇÃO**

Na terceira etapa, a elaboração da proposta de intervenção foi realizada utilizando-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado (CAMPOS *et al.*, 2010).

Segundo Campos *et al.* (2010), o PES se baseia em três fundamentos teóricos:

- Projeto de governo: Plano que a equipe pretende realizar para alcançar seus objetivos.
- Governabilidade: Recursos que a equipe controla ou não e que são necessários para execução do plano.
- Capacidade de governo: Experiência e acúmulo de conhecimento da equipe, que são necessários para implementação do plano.

## 5. RESULTADOS

### 5.1. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DOM BOSCO I

Foram consideradas como fontes principais: registros escritos existentes, fontes secundárias e observação ativa da área.

### 5.2 PLANO DE INTERVENÇÃO

Conforme descrito na Metodologia, a proposta de intervenção para a Dom Bosco I foi elaborada por meio do Planejamento Estratégico Simplificado, de acordo com os dez passos a seguir:

#### 5.2.1 Primeiro passo

Nesse primeiro momento, foi possível identificar, utilizando a estimativa rápida, os principais problemas da área de abrangência.

A população residente na área de abrangência é de 2739 habitantes, divididos segundo a faixa etária mostrada no quadro abaixo. Observa-se que a população é formada principalmente por adultos jovens na faixa de 20-39 anos, predominando o sexo feminino.

Quadro 4: População residente por faixa etária da ESF Dom Bosco I

Faixa etária (anos)	<1	1-4	5-6	7- 9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	>60	Total
Sexo Masc.	12	66	34	45	100	122	392	194	149	230	1344
Sexo Fem.	4	63	29	49	98	109	439	185	183	236	1395
Total	16	129	63	94	198	231	831	379	332	466	2739

Dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) de abril de 2014

De acordo com os registros escritos existentes e principalmente através da observação ativa da área, pode-se observar que os principais problemas eram: discernimento da população sobre o que é consulta de emergência/urgência e o que é acompanhamento no PSF, alto índice de síndrome metabólica na população, uso inadequado de medicamentos, uso abusivo de medicamentos controlados, e alto índice de gravidez na adolescência.

No caso em questão, os “nós críticos” encontrados foram:

- Insegurança no relacionamento, como medo de perder o parceiro.
- Falta de projetos para o futuro, sendo o filho uma esperança.
- Falta de conhecimento das consequências da atividade sexual.

### 5.2.2 Segundo passo

No segundo passo foi realizada a priorização de problemas. Após a devida identificação fez-se necessária a priorização dos problemas que seriam enfrentados, porque dificilmente todos poderiam ser resolvidos simultaneamente.

Como critérios para seleção dos problemas, a ESF considerou a importância do problema, sua urgência e a capacidade para enfrentá-los, conforme descrito no quadro 2:

Quadro 5: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade Dom Bosco I.

PROBLEMAS	URGÊNCIA	PONTOS		PRIORIDADE
Gravidez Adolescência	Alta	9	Parcial	1
Síndrome Metabólica	Alta	7	Parcial	2
Uso Inadequado de Medicamentos	Alta	5	Parcial	3
Abuso Medicamentos Controlados	Alta	5	Parcial	4

O problema eleito como de maior prioridade foi a gravidez na adolescência devido à falta de informação por parte da população de meios que visem prevenir gravidez não desejada.

### 5.2.3 Terceiro passo

Neste momento, ainda explicativo, ocorreu a descrição do problema selecionado.

Segundo a OMS gravidez na adolescência é aquela que acontece entre os 10 e 20 anos que se encontram, portanto, em plena fase de desenvolvimento. Esse tipo de gravidez não foi desejada e nem tão pouco planejada e acontece em relacionamentos sem estabilidade.

Todos os dias, 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 se tornam mães a cada ano, das quais 2 milhões são menores de 15 anos – número que pode aumentar para 3 milhões até 2030, se a tendência atual for mantida. A gravidez na adolescência na maioria dos casos é uma gravidez inesperada e não planejada causando sérias consequências à adolescente e sua família. Muitos planos futuros são adiados e muitas vezes eliminados em prol do cuidado com a criança. Muitos anos de estudo são perdidos, a melhora no aspecto financeiro e profissional também são deixados para trás. Com isso, o ciclo da pobreza persiste.

Quadro 6: Dados do Datasus.

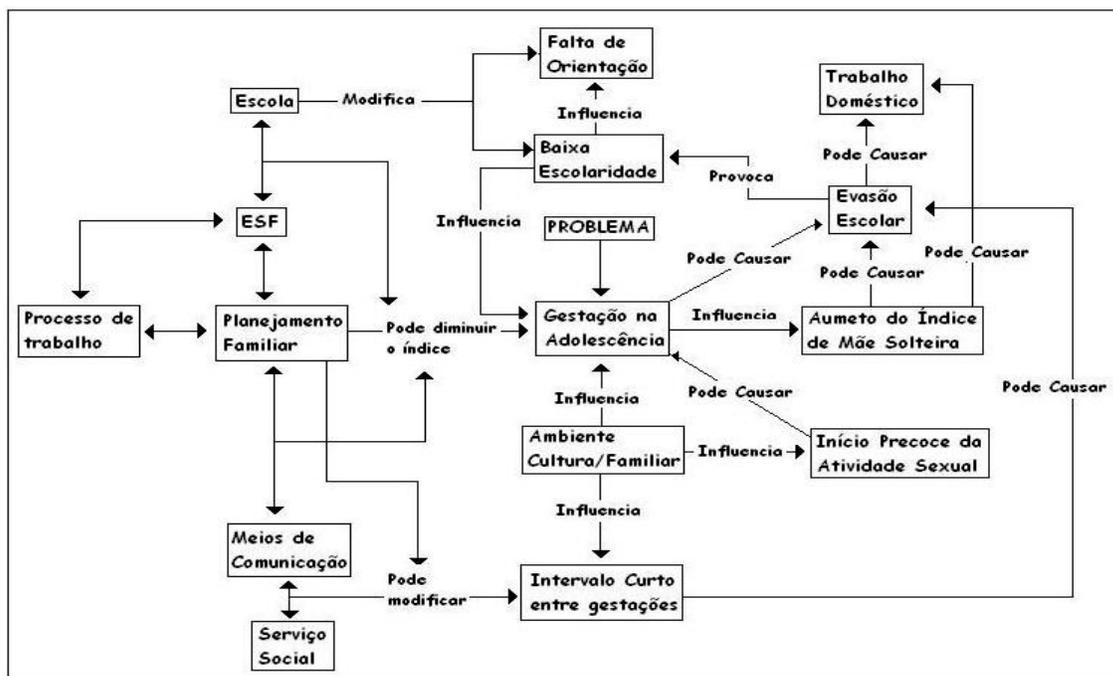
<b>Descritores</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Fonte</b>
Gestação na adolescência	43 (22,27%)	DATASUS
Adolescentes gestantes solteiras	40 (93,02%)	DATASUS
Adolescentes gestantes casadas	2 (6,98%)	DATASUS
Partos cesárea de gestantes adolescentes	24 (55,81%)	DATASUS
Partos vaginal de gestantes adolescentes	19 (44,19%)	DATASUS
Peso ao nascer 1500-2499 de mães adolescentes	4 (9,30%)	DATASUS

### 5.2.4 Quarto passo

Tem como objetivo entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas. A gravidez na adolescência não é uma situação isolada no contexto familiar. Muitas das vezes, a mãe da adolescente também foi mãe na juventude. É importante

avaliar o grau de informação que essa menina recebeu, seja em casa seja na escola, em relação à educação sexual – conhecimento do seu corpo, conhecimento do parceiro, uso correto e contínuo de métodos anticoncepcionais, métodos para prevenir as DSTs, consequência inerentes ao ato desprotegido e atitudes promíscuas. Avaliar o contexto em que essa criança foi gerada: como maneira de “segurar o namorado”, casamento com marido mais velho, gravidez fruto de abuso sexual ou mesmo o real desejo de gestar. Muitas vezes a condição familiar em que vive essa gestante não costuma lhe causar orgulho ou sensação de elo com aquela família. Por exemplo, mãe com vários filhos de pais diferentes, irmãos usuários de drogas, irmãs prostituindo-se. Sendo assim, a gravidez é vista muitas vezes como a única maneira de ser importante, de trazer a atenção para si. A presença da gravidez em uma adolescente traz mudanças importantes, não só em seu corpo, mas em sua vida e principalmente no seu futuro. É alto o índice de desistência dos estudos e trabalho nas mães jovens.

A explicação do problema pode ser demonstrada através da árvore explicativa A seguir:



### **5.2.5 Quinto passo**

Neste momento, foi necessário realizar uma análise capaz de identificar entre as várias causas aquelas mais importantes, na origem do problema, e que precisam ser enfrentadas. Para isso, utilizou-se o conceito de “nós críticos”, ou seja, causas de um problema que possam sofrer intervenção da equipe de saúde dentro de seu espaço de governabilidade, proposto pelo PES (Campos *et al.*, 2010).

Muitas são as causas que levam uma adolescente a engravidar apesar das informações presentes em meios de comunicação, unidades de saúde e profissionais da saúde. Os “nós críticos” encontrados foram:

NC 1: Medo de perder o namorado.

NC 2: Imaturidade

NC 3: Abuso de álcool

NC 4: Uso incorreto de pílulas anticoncepcionais

NC 5: Uso de métodos contraceptivos de baixa eficácia

NC6: Falta de comunicação com os pais e os profissionais de saúde

NC7: Estrutura familiar comprometida

NC8: Apelação sexual nos meios de comunicação

### **5.2.6 Sexto passo**

Nesta etapa, denominada normativa, foi realizado o desenho das operações. Esse passo tem como objetivos:

- Descrever as operações para o enfrentamento dos “nós críticos”;
- Identificar os produtos e resultados para cada operação definida;
- Identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

Quadro 7: Desenho das Operações para os “nós” críticos do problema agravos à saúde da mulher.

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
<p>a) Medo de perder o namorado.</p> <p>b) Imaturidade</p> <p>c) Abuso de álcool</p> <p>d) Uso incorreto de pílulas anticoncepcionais</p> <p>e) Uso de métodos contraceptivos de baixa eficácia</p> <p>f) Falta de comunicação com os pais e os profissionais de saúde</p> <p>g) Estrutura familiar comprometida Apelação sexual nos meios de comunicação</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primordial: através de fatores protetores: bom relacionamento família; acesso a educação, à cultura, ao esporte, ao lazer.</li> <li>• Primária: A educação que se inicia na família deve ser prolongada na escola e nos serviços de saúde. Ouvir a família e os adolescentes. Ser continente para suas angústias. Nas consultas, discutir sobre a masturbação, eliminando os mitos e preconceitos.</li> <li>• Secundária: Dirigidas àqueles que já têm vida sexual ativa. Deve contemplar, além da educação sexual, o acesso aos serviços médicos e aos métodos anticoncepcionais.</li> <li>• Terciária: As que já engravidaram devem ter garantido a assistência pré-natal, ao parto, ao puerpério, o RN em serviços especializados e a prevenção de nova gravidez.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição das taxas de gestação na adolescência.</li> <li>• Uso correto de métodos anticoncepcionais</li> </ul>	<p>Palestras educativas, reuniões de grupos de gestantes adolescentes</p>	<p>Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas.</p> <p>Econômico: Para confecção de material educativo.</p> <p>Organizacional: Organização da agenda</p> <p>Político: Decisão de liberar recursos para confecção dos materiais necessários.</p> <p>Estrutural: PSF, locais comunitários.</p> <p>Financeiro: usar métodos existentes no PSF</p>

O ponto de partida é fazer os adolescentes refletirem sobre o futuro. Eles se imaginam com um filho daqui a um ou dois anos? Provavelmente não. Então é bom que tomem as medidas necessárias para evitar uma gravidez indesejada. A partir dessa reflexão, pode-se passar para uma fase de orientação: como evitar uma gravidez? Quais são os principais métodos contraceptivos e como eles funcionam? Essas questões podem - e devem - ser debatidas na sala de aula e nas unidades de saúde por todos os profissionais da equipe. O uso de método anticoncepcional mais adequado para a idade e objetivos é muito importante. É necessário uma correta explicação de uso e tirar as dúvidas da menina que está iniciando sua vida sexual. Salientar sempre que a pílula anticoncepcional tem alta eficácia desde que corretamente usada e não protege contra DSTs.

### 5.2.7 Sétimo passo

Tem como objetivo identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação, de acordo com o Quadro 5.

Quadro 8: Identificação dos recursos críticos.

Projeto	Recursos Críticos
Aumentar a informação sobre o correto uso dos anticoncepcionais.	Financeiro: folhetos educativos, aulas aos profissionais de saúde, aulas para os adolescentes do território.
Modificar hábitos e estilos de vida.	Político: mobilização social, comunicação em rádio e tv.
Vínculo com as famílias, melhora dos atendimentos dos adolescentes.	Profissionais de saúde bem orientados na conversa e explicação das dúvidas que poderão surgir.
Implantar a linha de cuidado sobre o risco de gravidez na adolescência.	Político: articulação dos variados profissionais de saúde.

### 5.2.8 Oitavo passo

Nesse momento estratégico foi realizada a análise da viabilidade do plano. A ideia central é realizar uma análise da viabilidade do plano, isto é, o plano é entendido como um instrumento para ser utilizado em situações de baixa governabilidade. Assim, é necessário que o ator que planeja identifique outros atores que controlem os recursos críticos, porque através da análise do posicionamento desses atores em relação ao problema poderá definir as operações ou ações estratégicas capazes de construir a viabilidade ao plano.

Quadro 9: Propostas de ações para a motivação dos atores.

<b>Projeto</b>	<b>Recursos Críticos</b>	<b>Ator que controla</b>	<b>Motivação</b>	<b>Estratégia</b>
Aumentar a informação sobre o correto uso dos anticoncepcionais.	Financeiro: folhetos educativos, aulas aos profissionais de saúde, aulas para os adolescentes do território.	Profissionais de saúde, mídia e cartazes educativos.	Evitar gravidez precoce. Favorável	Consultas explicativas, grupo com adolescentes, aulas nas escolas e igrejas.
Modificar hábitos e estilos de vida.	Político: mobilização social, comunicação em rádio e tv.	Campanhas nacionais, informativos em rádios e tv	Atentar os adolescentes para outras atividades. Favorável	Grupos, atividades fora da unidade de saúde e escolas.
Vínculo com as famílias, melhora dos atendimentos dos adolescentes.	Profissionais de saúde bem orientados na conversa e explicação das dúvidas que poderão surgir.	Integralidade do atendimento.	Favorável	Incentivar a presença dos pais em caso de dúvida no manejo do adolescente.
Implantar a linha de cuidado sobre o risco de gravidez na adolescência.	Político: articulação dos variados profissionais de saúde.	Integralidade e equidade.	Favorável	

### 5.2.9 Nono passo

No nono passo, ainda momento estratégico, foi elaborado o plano operativo. Os objetivos deste passo são: designar os responsáveis para cada operação e os prazos para execução das operações. O prazo proposto para a implementação do projeto foi de três meses e o plano operativo está descrito no quadro 7.

Quadro 10: Plano Operativo.

<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações Estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
Busca ativa por meninas sexualmente ativas.	Maior cobertura anticoncepcional.	Pílulas e preservativos.		Equipe	Contínuo

### 5.2.10 Décimo passo

Nesse momento tático-operacional descreve-se a gestão do plano. Os objetivos desse passo são: desenhar um modelo de gestão do plano de ação, discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Durante a fase de implantação do projeto de intervenção serão realizadas reuniões mensais com a ESF para avaliação e será utilizado o Quadro 8 como o cronograma de atividades.

Quadro 11: Acompanhamento do Plano de Ação.

Operação	Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Apresentação do Projeto	Permitir a implantação do projeto e realização das atividades	Equipe de saúde	3 meses	Dentro do prazo	Difundir informações	3 meses
Elaborar agenda programada	Permitir o maior controle das consultas de pré-natal e realização de preventivos	ACS	3 meses	Dentro do prazo	Controle das gestantes da área	3 meses
Implantar acolhimento	Aproveitar todo contato com as mulheres que frequentam a ESF para abordagem do problema	Equipe de saúde	3 meses	Dentro do prazo	Sempre informar e esclarecer prováveis dúvidas	3 meses
Utilizar Protocolos	Melhorar abordagem de gestantes adolescentes e mulheres portadoras de DST	Enfermeira e Médica	3 meses	Atrasado	Secretaria de Saúde está atualizando protocolos	3 meses
Implantar busca ativa de gestantes adolescentes	Iniciar pré-natal no primeiro trimestre	ACS	3 meses	Dentro do prazo	Prevenção de possíveis complicações da gestação na adolescência	3 meses
Implantar busca ativa de mulheres portadoras de DST	Prevenir a transmissão de DST	ACS	3 meses	Dentro do prazo	Tratamento precoce evitando piores prognósticos	3 meses

## 6. DISCUSSÃO

A fase de adolescência é compreendida como etapas de desenvolvimento físico, emocional, mental e também social, que leva o indivíduo a passar de uma fase de dependência socioeconômica total para caminhar para sua independência (SOUZA *et al.*,2001).

Em nossa atualidade é possível perceber uma prematuridade quanto ao início da vida sexual, infelizmente acompanhada de desinformação no que diz respeito aos métodos contraceptivos ou seu uso adequado, bem como uma deficiência nos programas de assistência ao adolescente. Estes são alguns dos quesitos que podem ser apontados como responsáveis pelo aumento da gravidez, abortamento e doença sexualmente transmissível na fase de adolescência. Indica-se também uma antecipação da idade da menarca, que contribui para a precocidade das gestações (SABROZA *et al.*, 2004).

A ocorrência de gravidez na adolescência apresenta aumento progressivo nos últimos anos (PELLOSO *et al.*,2002). Determinadas variáveis podem ser associadas à fecundidade mais elevada no período, como o início precoce da vida sexual (oferecendo maior tempo de exposição à concepção), nível socioeconômico, escolaridade, desconhecimento da fisiologia reprodutiva e incapacidade de identificação do período fértil. Precariedade no acesso ou no entendimento de informações e programas de saúde relativos à vida sexual e reprodutiva, principalmente destinados a adolescentes, são fatores determinantes que acarretam riscos para a saúde. A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública, tanto no Brasil como em muitos outros países do mundo (BELO; SILVA, 2004).

Para Moreira et al (2008, p.315)

[..]Esse despertar da sexualidade na adolescência é acompanhado por uma grande leva de desinformação. Os pais, por não disporem de informação ou por constrangimento em falar sobre sexo com seus filhos, acabam não cumprindo seu papel de educador. Assim, as famílias não transmitem a orientação sexual adequada, deixando o jovem em desvantagem.

No intuito de conter o crescimento desse número, no ano de 1996 foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pela Presidência da República um Projeto de Lei que

regulamenta o Planejamento Familiar. Esta Lei estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS) como instância gestora, em todos os níveis, estando este obrigado a garantir a todos os cidadãos do Brasil a assistência necessária à contracepção, concepção e todas as demais ações necessárias para assistência integral à saúde (BRASIL, 2002).

Atividades de cunho educativo precisam ser desenvolvidas com a finalidade de proporcionar aos indivíduos o conhecimento indispensável para fundamentar sua escolha e posterior emprego do método anticoncepcional mais adequado, bem como conduzir ações de questionamento e reflexão sobre os temas relacionados com a prática da anticoncepção, inclusive a sexualidade (BRASIL, 2002).

Há em nosso país uma falta de acesso a informações e programas de saúde relativos à vida sexual e reprodutiva, sobretudo dedicados a adolescentes. Falta essa que se constitui como um fator determinante para acarretar riscos para a saúde das adolescentes. Ressalta-se que, quanto mais precoce a iniciação sexual, menores são as chances de uso de métodos contraceptivos e, conseqüentemente, maiores são as probabilidades de ocorrer uma gravidez não planejada. A prevenção da gravidez precoce carece de conhecimento, diálogo e uma orientação bem direcionada pelas equipes de saúde como um todo, além dos papéis desempenhados pelo Estado e famílias (MAGALHÃES *et al.*, 2006).

Uma medida já implementada na ESF junto com a equipe do NASF são as visitas e palestras semanais na escola do nosso bairro, composta por alunos do Ensino Fundamental da quinta à oitava série e no Ensino Médio. O tema exposto foi educação sexual, com uma abordagem diferenciada, isto é, desde temas básicos como anatomia e fisiologia dos órgãos sexuais; diferença entre os sexos; sexualidade; e, por solicitação dos adolescentes, práticas sexuais seguras. Consideramos como um momento muito interessante a leitura das perguntas feitas pelos próprios adolescentes (perguntas escritas em papel depositadas em um caixa, mantendo dessa forma o anonimato dos participantes). Outra medida implementada foi a consulta médica com a adolescente sozinha (com livre consentimento dos pais). Por meio da implementação dessas atividades, conseguimos um relacionamento mais verdadeiro, um diálogo mais próximo à realidade vivenciada pelas adolescentes.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Auxiliar o planejamento familiar é de fundamental importância para a experiência de vida sexual e reprodutiva saudável, sobretudo entre adolescentes e jovens que, devido aos comportamentos de risco, estão mais expostos às consequências negativas de práticas sexuais inseguras. Faz-se necessário sua inserção nos serviços de planejamento familiar antes da ocorrência e recorrência de gravidez.

Essas ações visam também à promoção da saúde, que pede um incentivo e resgate da participação da comunidade, com formação e incentivo aos grupos assistidos pela ESF. Além da promoção da saúde dos membros do grupo, estes se tornam parceiros no trabalho da equipe e da comunidade. Desse modo, toda a comunidade se envolve no trabalho e cria-se uma cadeia de conhecimento e informação, desencadeando maior acesso às formas de contracepção e planejamento, bem como promoção de saúde.

É preciso inovar, mas também valorizar os espaços disponíveis e melhor aproveitá-los, ultrapassando assim os limites físicos das ESF, indo ao encontro dos sujeitos e suas necessidades.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência em Planejamento Familiar**: Manual Técnico. 4ª Ed. Brasília(DF):Ministério da Saúde, 2002.

BELO, M. A. V.; SILVA, J. L. P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 479-487, 2004.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Elaboração do plano de ação**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

IBGE. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=315180&search=minas-gerais|pocos-de-caldas>. Acesso em 10 set 2014.

MAGALHÃES, M. L. C. *et al.* Gestação na adolescência precoce e tardia – há diferença nos riscos obstétricos? **Revista Brasileira de Ginecologia Obstétrica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 446-452, 2006.

MOREIRA, T. M. M. *et al.* Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev Esc. Enferm. USP**. v. 42, n. 2, p. 312-320, 2008.

PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.; VALSECCHI E. A. S. S. O vivenciar da gravidez na adolescência. **Revista Acta Scientiarum**.v. 24, n. 3, p. 775-781, 2002.

PMPC. Prefeitura Municipal de Poços de Caldas. Dados históricos de Poços de Caldas. Disponível em <http://www.pocosdecaldas.mg.gov.br>. Acesso em 10 set 2014.

SABROZA, A. R. *et al.* Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. S1(12)-S(12), 2004.

SMSPC. Secretaria Municipal de Saúde. Dados de Poços de Caldas. Disponível em: <http://www.pocosdecaldas.mg.gov.br>. Acesso em 10 set 2014.

SOUZA, V. L. C. *et al.* O aborto entre adolescentes. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 9, n. 2, p. 42-47, 2001.