

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

JOEL ROBLEJO TORRES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO DE GRAVIDEZ
NA ADOLESCÊNCIA NA ÁREA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
MARIA AMÉLIA DA CONCEIÇÃO EM OURO BRANCO - ALAGOAS**

**MACEIÓ - ALAGOAS
2018**

JOEL ROBLEJO TORRES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO DE GRAVIDEZ
NA ADOLESCÊNCIA NA ÁREA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
MARIA AMÉLIA DA CONCEIÇÃO EM OURO BRANCO - ALAGOAS**

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

Orientadora: Profa. Ms. Maria Quitéria Pugliese de Moraes Barros.

MACEIÓ - ALAGOAS

2018

JOEL ROBLEJO TORRES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO DE GRAVIDEZ
NA ADOLESCÊNCIA NA ÁREA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
MARIA AMÉLIA DA CONCEIÇÃO EM OURO BRANCO - ALAGOAS**

Banca examinadora

Profa. Ms. Maria Quitéria Pugliese de Moraes Barros – FAMED/UFAL

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 2018.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais pelo amor dedicado em todos os momentos da minha vida.

Ao meu irmão por seu apoio mesmo estando longe.

Aos amigos de Ouro Branco que me fizeram sentir bem recebido.

AGRADECIMENTOS

Aos meus companheiros de trabalho da Unidade de Saúde Maria Amélia da Conceição pela ajuda nesse período.

A minha equipe de saúde que participou da elaboração desse trabalho em especial a enfermeira Elida Sabrina.

A professora Maria Quitéria Pugliese de Moraes Barros pela sua orientação e contribuições certeiras.

A todos que me ajudaram nesse trabalho, principalmente aos adolescentes.

RESUMO

A adolescência é um período marcado por profundas transformações biológicas, sociais emocionais e psicológicas. Durante esse período surgem novos desejos, dúvidas, curiosidades e descobertas. Dentre essas novidades está a descoberta do próprio corpo e do prazer sexual, que pode acarretar em uma gravidez indesejada. Há décadas a gravidez na adolescência é considerada um problema de saúde pública, que tem mobilizado diversos setores da sociedade na tentativa de sua prevenção. Apesar de muitos esforços esse problema ainda mostra-se como um desafio a ser vencido, pois o número de gestações precoces continua elevado. Este trabalho tem como objetivo propor um plano de intervenção visando a prevenção da gravidez em adolescentes residentes no território da Unidade de Saúde da Família Maria Amélia da Conceição, na cidade de Ouro Branco, Alagoas. Para contribuir na elaboração do plano de intervenção foi feita uma revisão bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde. O problema prioritário a ser abordado foi a falta de orientação sobre gravidez na adolescência e foram identificados quatro nós críticos em relação ao problema, que são: pouco conhecimento sobre sexualidade e gravidez; falta de vínculo entre os profissionais de saúde e os adolescentes; início da vida sexual precoce e frequente troca de parceiros sexuais e afetivos. Para cada nó crítico foi feita uma operação, que contém os resultados esperados, os produtos, ações estratégicas necessárias para resolução do problema, com descrição dos responsáveis, prazo, acompanhamento e avaliação. O plano de intervenção foi elaborado seguindo os passos do planejamento estratégico situacional. Por fim, com essa intervenção pretende-se diminuir o número de gravidezes precoces e principalmente contribuir com a saúde dos adolescentes de Ouro Branco.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência. Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Adolescence is a period marked by profound biological, social, emotional and psychological transformations. During this period new desires, doubts, curiosities and discoveries arise. Among these new discoveries are the body's own discoveries and sexual pleasure, which can lead to an unwanted pregnancy. For decades, teenage pregnancy has been considered a public health problem that has mobilized several sectors of society in an attempt to prevent it. Despite many efforts this problem still proves to be a challenge to be overcome, since the number of early pregnancies remains high. This study aims to propose an intervention plan aimed at preventing pregnancy in adolescents living in the territory of the Family Health Unit Maria Amélia da Conceição, in the city of Ouro Branco, Alagoas. In order to contribute to the elaboration of the intervention plan a bibliographic review was made in the databases of the Virtual Health Library. The priority problem to be addressed was the lack of counseling on teenage pregnancy and four critical nodes were identified in relation to the problem, which are: little knowledge about sexuality and pregnancy; lack of linkage between health professionals and adolescents; early sexual life and frequent exchange of sexual and affective partners. For each critical node, an operation was carried out, containing the expected results, the products, strategic actions needed to solve the problem, with a description of those responsible, deadline, follow-up and evaluation. The intervention plan was elaborated following the steps of situational strategic planning. Finally, this intervention intends to reduce the number of early pregnancies and mainly contribute to the health of adolescents in Ouro Branco

Keywords: Teenage pregnancy. Primary health care. Health education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CREAS	Centro de Referência Especializado de Serviço Social
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EJA	Educação de Jovens e Adultos
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGE	Hospital Geral do Estado
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONU	Organização das Nações Unidas
PSF	Programa Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1** - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família PSF 2, Unidade Básica de Saúde Maria Amélia da Conceição, município de Ouro Branco, estado de Alagoas. 19
- Quadro 2** - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “pouco conhecimento sobre sexualidade e gravidez”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família PSF 2, do município Ouro Branco, estado de Alagoas. 36
- Quadro 3** - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “falta de vínculo entre os profissionais de saúde e os adolescentes”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família PSF 2, do município Ouro Branco, estado de Alagoas. 37
- Quadro 4** - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “início da vida sexual precoce”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família PSF 2, do município Ouro Branco, estado de Alagoas. 38
- Quadro 5** - Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “frequente troca de parceiros sexuais e afetivos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família PSF 2, do município Ouro Branco, estado de Alagoas. 39

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Aspectos gerais do município	11
1.2 Aspectos da comunidade	12
1.3 O sistema municipal de saúde	13
1.4 A Unidade Básica de Saúde Maria Amélia da Conceição	14
1.5 A Equipe de Saúde da Família PSF 2, da Unidade Básica de Saúde Maria Amélia da Conceição	15
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe de Saúde da Família PSF 2	16
1.7 O dia a dia da Equipe de Saúde da Família PSF 2	16
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
2 JUSTIFICATIVA	20
3 OBJETIVOS	22
3.1 Objetivo geral	22
3.2 Objetivos específicos	22
4 METODOLOGIA	23
5 REVISÃO DE BIBLIOGRÁFICA	24
5.1 Adolescência: conceitos e definições	24
5.2 Gravidez na adolescência	26
5.3 Problemas associados à gravidez na adolescência	28
5.4 Atenção primária de saúde frente à saúde sexual e reprodutiva	31
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	33
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	33
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	34
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	34
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	35
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

O município de Ouro Branco está situado no Médio Sertão de Alagoas e surgiu por volta de 1830, mas só em 1881, quando Domingos Gomes construiu uma capela de pedra, foi que moradores das regiões vizinhas começaram a imigrar para lá. Em 1901, foi elevado à categoria de vila e chegando a sofrer ataques dos bandos de Lampião e Antônio Purcino (BRASIL, 2018a).

Anos mais tarde, chegou à vila um líder comunitário que se impressionou com a brancura das imensas plantações de algodão, escolhendo o nome Ouro Branco para a futura cidade. A partir dessa época, a cidade não parou de crescer, incentivando moradores locais a iniciarem o movimento pela emancipação. Entretanto, isso só ocorreu em 1962, através da Lei 2.445 de 17 de maio (BRASIL, 2018a).

Ouro Branco chamou a atenção da comunidade científica, que tem realizado estudos geológicos em dois de seus pontos atrativos: a Pedra da Capelinha e o Lajedo Grande. Entre as festividades destacam-se a festa do padroeiro (01 a 13 de junho), a festa do dia da Independência (sete de setembro) e a da Emancipação Política (21 de junho) (BRASIL, 2018a).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Ouro Branco foi 0,547, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Baixo (IDHM entre 0,5 e 0,599). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,211), seguida por renda e por longevidade. Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi longevidade (com crescimento de 0,117), seguida por educação e por renda (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e a renda *per capita* de Ouro Branco em ano 2010 foi de R\$ 227,56, muito inferior à média nacional (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013). Outros dados estimados em 2010, o abastecimento de água tratada, 54,67% das famílias de Ouro Branco a

tem e 0,0% de recolhimento de esgoto por rede pública. As principais atividades econômicas são: agricultura de feijão, milho e mandioca que acontece em pequenas propriedades rurais e também do comércio local, distribuídos de estabelecimentos comerciais. O município não dispõe de indústrias. Ainda contribuem para a economia local a Prefeitura Municipal, os benefícios do INSS, como também dos programas de benefícios sociais do Governo Federal (BRASIL, 2018a).

A população de Ouro Branco em 2010, num total de 10.912 habitantes, 5.437 são homens e 5.475 mulheres. Desse total, 6.880 pessoas residem na área urbana e 4.032 na área rural. O município conta com oito igrejas católicas e evangélicas, uma Escola Estadual que oferece ensino fundamental e médio e Educação de Jovens e Adultos (EJA) e duas escolas municipais de ensino fundamental e uma creche (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013).

1.2 Aspectos da comunidade

Segundo os dados obtidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2010 a cidade é considerada pouco desenvolvida e pobre tendo como salário médio mensal para os trabalhadores formais 1,9 salários mínimos e 53% da população vivia com apenas meio salário mínimo. Ainda segundo o censo de 2010 a taxa de mortalidade infantil média na cidade era de 12,99 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias eram de 0.5 para cada 1.000 habitantes (BRASIL, 2018a).

Por todos esses dados podemos considerar a cidade vulnerável em vários aspectos. Cada um desses pontos citados, como saúde, educação, renda, permite que nós possamos entender outras coisas que acontecem no município e que fazem parte do contexto social da cidade. A presença de muitas mulheres dependentes dos maridos, a ocorrência de gravidez na adolescência, situações de violência, o uso abusivo de álcool, casos de HIV devido à promiscuidade, entre outras particularidades.

A comunidade possui coleta de lixo três vezes por semana realizada pela própria prefeitura, embora não haja coleta especial para material hospitalar. A cidade de forma geral não possui rede de esgoto sanitário.

Em relação à comunidade da Unidade Básica de Saúde (UBS) em que eu trabalho existe em torno de 6500 pessoas no geral, sendo apenas 2700 estão cadastradas. A mesma possui um aspecto interessante que é o fato de ser bastante dinâmico, com isso o número de pessoas oscila muito, no entanto sempre com a tendência ao crescimento. É uma comunidade onde a maioria depende do serviço público de saúde e por isso estão sempre presentes em busca dos serviços ofertados. Também é uma área que possui características particulares, como exemplo a presença do lixão da cidade, sindicato dos trabalhadores de saúde, posto policial e da maior parte das escolas da cidade. Além disso, apesar de ser uma unidade considerada urbana, atende uma pequena área rural por ser mais próxima da mesma.

1.3 O sistema municipal de saúde

Com base no Plano Diretor de Regionalização de Saúde do estado de Alagoas em 2011, o município de Ouro Branco pertence a 2ª Macrorregião, com sede em Arapiraca, abrange quatro Regiões de Saúde (da 7ª a 10ª Região com uma população de 1.026.693 habitantes). Ouro Branco faz parte da 9ª região de saúde, que é formada por 14 municípios e tem um total de 226.824 mil habitantes (ALAGOAS, 2013).

O município de Ouro Branco registra 100% de cobertura da sua população com a estratégia saúde da família. Além disso, possui uma Casa Maternal localizada na zona urbana, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Centro de Referência Especializado de Serviço Social (CREAS).

O CAPS existente no município atende a população de Ouro Branco e também do município de Maravilha. Esse projeto foi feito em conjunto, pois precisava da junção das duas populações para poder ser construído o serviço de saúde mental. O CAPS é tipo 1 e funciona diariamente de segunda a sexta.

Uma das dificuldades existentes no município de Ouro Branco é a falta de laboratório capaz de garantir com rapidez os exames para realizar uma adequada avaliação do paciente. Dispõe apenas de laboratórios clínicos particulares. No município existe um sistema de redes de atenção à saúde, mas com deficiências.

Dispõe de uma Base Descentralizada do Serviço Médico de Atendimento de Urgência (SAMU), utilizando os serviços da UPA 24h de Delmiro Gouveia, os casos de maior gravidade são referenciados para o Hospital Regional Dr. Clodolfo Rodrigues de Mello, em Santana do Ipanema e o Hospital Geral do Estado (HGE) em Maceió.

Ouro Branco não dispõe de leito hospitalar para assistência materno infantil, maternidade de referência para o risco habitual no Hospital Regional Santa Rita, em Palmeira dos Índios e alto risco são referenciados para o Hospital Regional de Arapiraca, em Arapiraca.

O município não possui Academia de Saúde que é um espaço dotado de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados, voltado à promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população e não conta com pontos de acesso ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, importante estratégia de teleconsultoria, telediagnóstico e tele-educação. Conta com a atuação de profissionais do Programa Mais Médicos. Também não possui Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) e nem consultório na Rua.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Maria Amélia da Conceição

A Unidade Básica de Saúde Maria Amélia da Conceição fica localizada à Rua Presidente Médici, é de fácil acesso para a população. Apesar de ser uma unidade considerada urbana, atende uma pequena parcela da população rural, por ficar mais próxima da unidade referida, como citado anteriormente.

A unidade possui uma boa infraestrutura contando com recepção, sala de arquivo, sala de triagem, sala de curativo, sala de nebulização, farmácia, expurgo, copa, almoxarifado, consultório médico com banheiro, consultório de enfermagem com

banheiro. Além disso, no mesmo local existe atendimento com pediatra, assistente social e fisioterapeuta cada um em uma sala específica.

Infelizmente não existe sala de vacina e consultório odontológico, apesar de existir o espaço para tal esses serviços são centralizados na outra unidade urbana da cidade. Também não existe sala de reunião, que é feita ora no consultório de enfermagem ora no consultório médico.

O processo de trabalho existe de forma natural, porém se torna um pouco complexo devido a algumas dificuldades que aparecem diariamente. Existem problemas relacionados a equipamentos, materiais, cultura popular, gestão municipal, entre outros, mas apesar disso consegue-se fazer o planejamento das ações conforme o que é disponibilizado.

É certo que esses problemas atrapalham o cumprimento dos atributos de qualidade do cuidado, pois os mesmos ficam comprometidos.

1.5 A Equipe de Saúde da Família PSF 2, da Unidade Básica de Saúde Maria Amélia da Conceição

A Equipe de Saúde da Família (ESF) é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem e nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo responsável pela maior área de saúde do município. Há um cirurgião dentista, porém o mesmo fica lotado na outra unidade de saúde urbana.

Na atenção básica o trabalho da eSF é bem mais amplo do que somente curar as doenças individuais, de acordo com o Ministério da Saúde (MS) no documento Política Nacional de Atenção Básica de 2012, esse serviço é um conjunto de ações de caráter individual e coletivo que contempla a promoção e proteção da saúde, a prevenção dos agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde com a intenção de desenvolver um atendimento integral, que tenha resultado tanto na saúde das pessoas como nos condicionantes e determinantes da saúde (BRASIL, 2012).

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS) são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam o aparecimento de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; FILHO, 2007, p. 76).

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe PSF 2

O trabalho da equipe é desenvolvido de acordo com os conceitos citados acima, a equipe se preocupa em dar assistência de forma integral às pessoas em todas as faixas etárias. Por ser uma unidade de atenção básica, o trabalho de promoção e proteção da saúde são desenvolvidos, embora muitas pessoas só nos procurem quando está com uma doença instalada.

A equipe trabalha de forma harmônica, e cada um sabe o papel e a importância que tem para o desenvolvimento da assistência da melhor forma possível. Dentro da unidade há poucos conflitos e desentendimentos.

O trabalho em rede também acontece de uma boa maneira, sempre que os pacientes são encaminhados, os mesmos são atendidos pelas referências e na maioria das vezes voltam para UBS para dar continuidade do tratamento.

Ao longo do ano, a eSF desenvolve trabalhos intersetoriais, com as escolas, maternidade de referência, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centro de Referência da Assistência Social (CRAS). Alguns desses trabalhos são desenvolvidos de acordo com datas específicas e outros acontecem de maneira fixa, como é o caso das visitas das gestantes à maternidade de referência que acontece todos os meses.

1.7 O dia a dia da Equipe PSF 2

A unidade funciona de segunda a sexta-feira nos dois horários, sendo que atualmente os dias de trabalho do médico e da enfermeira são de segunda a quinta-feira nos dois turnos. No cronograma da equipe, há consulta programada de

puericultura, pré-natal, hipertenso, diabético, citologia e visitas domiciliares. Além disso, atendimento para consultas diversas. Todos os dias são feitos acolhimento e atendimento à demanda espontânea, resolvendo os casos que são urgentes e dando as orientações para os demais casos.

Há reunião de planejamento do serviço todas as semanas, como a área é grande sempre tem algum tema para discutir a respeito do próprio trabalho ou discussão de caso de pacientes. Mensalmente nós temos o compromisso de abordar temas importantes na saúde com os ACS e com a técnica em enfermagem para a realização de educação permanente, no entanto essa educação ocorre de forma diária durante as atividades. Também realiza atividades educativas com os pacientes sobre diversos assuntos. Não tem grupos formados, mas sempre a população é convidada para atividades desse tipo.

No município existem profissionais de outras especialidades, como assistente social, fisioterapeuta, educador físico, psicólogo, cirurgião dentista, além dos médicos especialistas. No entanto, não se consegue com tanta facilidade o trabalho conjunto e isso dificulta que ocorra matriciamento, consulta compartilhada e projeto terapêutico singular. Durante as reuniões mensais são discutidos casos específicos de pacientes e da necessidade de outros profissionais para a melhoria do paciente, porém ainda existe uma dificuldade de trabalho em equipe.

Atualmente a equipe de saúde da família consegue apoio da assistente social que discute alguns casos e ajuda bastante a equipe, no entanto há falta de um trabalho com presença de mais profissionais para ser melhor articulado.

Outra dificuldade é a falta de apoio da gestão para trabalhos em grupo, sempre há dificuldades para disponibilidade de material educativo, transporte para as atividades entre outros. Não existem grupos formados na unidade, isso é um ponto negativo que precisa ser melhorado, mas as atividades em grupo são realizadas de forma pontual com gestantes, idosos, adolescentes, entre outros grupos.

Um das maiores dificuldades é a quantidade de atendimento de demanda espontânea para o médico, pois a unidade fica ao lado da Casa Maternal, que funciona com médicos somente no período noturno.

Durante o período de minha atuação nesta unidade os profissionais de nível médio e superior não foram convidados para participar de cursos ou capacitações, o que seria de grande importância para o aprimoramento da assistência.

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

A equipe de saúde da unidade, ao discutir o diagnóstico de saúde entre todos seus membros, indicou os problemas que achavam mais presentes na comunidade:

- Gravidez na adolescência.
- Falta de controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM).
- Uso indiscriminado de psicotrópicos.
- Maus hábitos alimentares.

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

O problema escolhido foi a gravidez na adolescência porque nas consultas de pré-natal observa-se que muitas delas são gestantes menor de idade, que ficam grávidas sem planejamento e desconhecem os riscos e todas as transformações de vida que uma gravidez na adolescência pode acarretar. Como também já foi dito a área conta com a maioria das escolas da cidade, o que facilitaria o contato com as adolescentes.

Assim, considera-se um problema de caráter urgente, pois não existem ações de promoção e prevenção de saúde direcionada às adolescentes. No caso dos outros problemas citados, os profissionais ainda conseguem chegar ao encontro dos pacientes, mas trabalhar com adolescentes exige uma maior dedicação e isso demanda mais tempo e preparação dos profissionais. Ademais, a equipe estava

passando por o problema de rotação constante de médico, então não se conseguia fazer um trabalho que exigisse continuidade.

Esse mesmo problema também é falado pelos profissionais de saúde das outras unidades e pode-se perceber que realmente é uma característica geral da cidade.

Quadro 1 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família PSF 2, Unidade Básica de Saúde Maria Amélia da Conceição, município de Ouro Branco, estado de Alagoas.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Gravidez na adolescência	Alta	10	Total	Gestação na adolescência
Falta de controle de HAS e DM	Alta	10	Parcial	Falta de controle de HAS e DM
Maus hábitos alimentares	Média	5	Parcial	Uso indiscriminado de psicotrópicos
Uso indiscriminado de psicotrópicos	Alta	5	Parcial	Maus hábitos alimentares

Fonte: Elaborado pela ESF 2, em 2017.

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

JUSTIFICATIVA

Esse trabalho se justifica pelo fato da equipe perceber que o número de adolescentes grávidas é bastante alto e é um fenômeno que acontece de forma constante, não somente na área da abrangência da equipe, mas é um problema relacionado com toda a cidade.

Até o momento nunca foi desenvolvida uma atuação efetiva dos profissionais de saúde para os adolescentes na unidade. As ações realizadas aconteceram de forma pontual e não surtiram efeitos em longo prazo, tanto pela falta de adesão dos adolescentes quanto pela falta de continuidade das ações pelos profissionais.

Embora os outros problemas sejam também de grande importância a escolha pelo tema gravidez na adolescência foi entendido como urgente por essa unidade ter um alto número de gestantes nessa fase.

De acordo com os prontuários, durante o mês de junho de 2018 foram cadastradas 40 gestantes, dentre as quais 17 tinham idade entre 15 a 19 anos, representando 42,5% do total de gestantes da área de abrangência. Além das adolescentes o número de mulheres jovens grávidas também é alto sendo que de 21 a 25 anos são 12 gestantes, 26 a 30 anos são 11 gestantes, de 31 a 35 anos são 4 gestantes e entre 36 a 40 anos somente 1 gestante.

Vale destacar que é de competência da rede de atenção básica, principalmente da Estratégia Saúde da Família de articular parcerias e promover, junto aos familiares, ações de educação em saúde relacionadas ao crescimento e desenvolvimento de adolescentes, à saúde sexual e à saúde reprodutiva, com base nas demandas e necessidades identificadas com os adolescentes possibilitando espaços participativos de discussões sobre as relações afetivas, o autoconhecimento, o autocuidado e o cuidado com o próximo, bem como as tomadas de decisões esclarecidas e responsáveis (BRASIL, 2013c).

Durante o atendimento clínico dos adolescentes nas unidades de saúde esses jovens devem ser acolhidos e avaliados de forma integral. Os atendimentos são desde acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, saúde bucal, imunização, saúde sexual e reprodutiva, saúde mental até abordagem de prevenção de violência e acidentes. Dentro do atendimento de saúde sexual e reprodutiva os temas devem ser diversos e assuntos como violência sexual e outros tipos de violência, gravidez, doença sexualmente transmissível, entre outros devem ser tratados pela equipe. O adolescente tem direito a privacidade no momento da consulta, garantia de sigilo, consentir ou recusar atendimento, atendimento à saúde desacompanhado dos pais e informação do seu estado de saúde (BRASIL, 2013c).

As formas de enfrentamento para uma gravidez precoce são as informações e ações educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva, os métodos contraceptivos e preservativos, serviços de contracepção e planejamento familiar que devem ser disponibilizados, com acesso facilitado a adolescentes e jovens, acrescidos de ações educativas que também abranjam as famílias e as comunidades (BRASIL, 2010).

Portanto, é motivo de preocupação para os profissionais de saúde, uma vez que a gestação pode ocasionar grandes transtornos nas adolescentes, em seus filhos, suas famílias e na comunidade em geral. Apesar de agora ser um problema, a equipe percebe que essa situação pode ser modificada, através da criação de um espaço para atender as necessidades das adolescentes, fazendo com que elas passem da fase de criança para a fase adulta da forma mais natural possível, sem pular etapas da sua vida.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Propor um plano de intervenção que diminua o número de adolescentes grávidas na Unidade Básica de Saúde Maria Amélia da Conceição na cidade de Ouro Branco em Alagoas.

3.2 Específicos

Melhorar o nível de conhecimento dos adolescentes e seus familiares sobre educação sexual visando a prevenção de gravidez na adolescência.

Criar um espaço permanente na unidade básica de saúde Maria Amélia da Conceição voltada à saúde do adolescente.

Incentivar modos e estilos de vida saudáveis para os adolescentes, seus familiares e comunidade.

4 METODOLOGIA

Inicialmente foi realizado um diagnóstico situacional para identificar os principais problemas relacionados à área de abrangência da unidade básica de saúde Maria Amélia da Conceição, através do Planejamento Estratégico Situacional que possibilita levantar de forma rápida os problemas existentes na comunidade e definir o problema prioritário, os “nós críticos” e as ações necessárias (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Após a escolha do tema a ser tratado a equipe organizou as ações que deveriam ser desenvolvidas para que o plano de intervenção tivesse viabilidade para a sua realização.

Foi realizada uma revisão de literatura por meio de pesquisa nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde. Foram utilizados os seguintes descritores para a busca dos artigos: Gravidez na adolescência. Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde.

Para a 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, 2018).

As ações educativas contempladas no plano de intervenção serão realizadas através de consultas e reuniões presenciais que irão abordar temas sobre sexualidade e gravidez na adolescência de forma dinâmica contando com a presença dos profissionais de saúde da equipe, bem como dos adolescentes e também seus familiares sempre que puderem estar presentes.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Adolescência: conceitos e definições

Segundo o Ministério da Saúde, no livro intitulado de Marco Legal: saúde, um direito dos adolescentes, a adolescência é uma etapa da vida do ser humano que fica entre a infância e a vida adulta, ou seja, é um período de transição, marcado por um processo complexo de crescimento e desenvolvimento biológico, psicológico e social (BRASIL, 2005a).

Sem dúvida todos os adolescentes e as pessoas que já passaram por essa fase sabem o quanto é complicado. Nessa fase qualquer problema pequeno se torna bem maior porque o mundo em que se estava acostumado a viver está sendo deixado para trás. É uma transformação de vida, pois as brincadeiras, o comportamento, a relação entre você e as demais pessoas muda totalmente para se iniciar um mundo diferente e cheio de responsabilidades. Apesar dos adolescentes sofrerem com bastantes mudanças o que faz perceber que essa fase chegou é a mudança corporal e a partir disso tudo é um novo desafio.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera o período da infância e da adolescência uma condição especial, pois estão em fase de desenvolvimento. Esse documento define que criança é a pessoa que tem até doze anos incompletos, já o adolescente aquele tem entre 12 a 18 anos. (BRASIL, 1999). O mesmo documento relata que em casos excepcionais considera-se adolescente a pessoa com até vinte e um anos (BRASIL 1999).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a) a faixa etária da adolescência é de 10 a 19 anos, utilizada no documento Caderneta de Saúde do(a) adolescente onde cita que é um período marcado por diversas transformações tanto corporais como psicológicas e sociais. Relata também que é uma fase de autoconhecimento e autocuidado, já que a pessoa está deixando de depender de outros para cuidar dela própria, e a partir disso adquirir aos poucos sua responsabilidade.

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria a adolescência envolve a faixa etária de 10 a 20 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2000 *apud* EISENSTEIN, 2005).

De maneira geral as faixas etárias são bem parecidas, no entanto a Organização das Nações Unidas (ONU) usa como limite cronológico para definir adolescência a idade entre 15 a 24 anos, mas esse critério é usado principalmente para fins estatísticos e políticos (EISENSTEIN, 2005).

Para as meninas a adolescência é caracterizada com o aparecimento de broto mamário, pelo nascimento de pelos na vulva e nas axilas. A área dos quadris aumenta e fica mais arredondada e a cintura mais fina. É nessa época também que a menina tem sua primeira menstruação, fato muito importante na vida de uma mulher. Ocorre o aumento da transpiração e dos odores, principalmente nas axilas e nos pés. Uma das maiores preocupações das adolescentes são as espinhas, que aparecem devido ao aumento hormonal que deixa a pele mais oleosa e pode até causar cicatrizes (BRASIL, 2013a).

Os meninos também sofrem várias mudanças durante a adolescência. O aumento dos estímulos hormonais faz com que haja alterações no tom da voz, aumento dos testículos e do pênis. Há surgimento de pelos pelo corpo inteiro, mas principalmente na genitália, nas axilas e no rosto. Ocorre o aumento da transpiração, igual como nas meninas, e conseqüentemente aparecem os odores nas axilas e nos pés. O aparecimento de espinhas também é um fato comum entre homens e mulheres, devido ao aumento da oleosidade (BRASIL, 2013b).

Em Ouro Branco no ano de 2010, o número de adolescentes era de 2466, que significa 22,6% de toda a população. Dentre o número total, 1185 eram meninas adolescentes, o que representava 10,8% da população (BRASIL, 2018a).

Como foi visto a adolescência é um momento marcado por várias transformações e para um profissional de saúde saber qual é o período de idade que se define essa fase é importante, no entanto é mais relevante entender que ao passar por esse

momento o adolescente precisa do apoio de todos que estão a sua volta, para fazer com que ele consiga passar por esse período da melhor forma possível.

É uma fase de mudanças onde o menino ou menina está tentando entender a si próprio, tentando conseguir a aprovação dos amigos e isso pode trazer vários problemas. Muitas vezes os adolescentes se envolvem em diversas experiências que não deveriam para tentar se encaixar em um mundo que não pertence e a gravidez na adolescência é uma dessas experiências, que traz consequências tanto para os adolescentes, os familiares e a sociedade como um todo. E o adolescente que poderia passar por essa fase de uma maneira mais leve, acaba se envolvendo em novo turbilhão de novidades precoces.

5.2 Gravidez na adolescência

A gravidez na adolescência é considerada como um problema de saúde pública desde o final da década de 40 do século XX, tendo mais intensidade no início da década de 60, sendo uma mudança muito importante nessa época, pois foi um marco sociocultural na vida das mulheres. As mulheres conseguiram várias conquistas nessa época e dentre elas a separação entre a prática sexual, casamento e reprodução a partir do uso de métodos contraceptivos pode ser considerada uma das mais importantes no processo de construção da autonomia e da liberdade reprodutiva (MELO; COELHO, 2011).

Em 2007 foram aproximadamente três milhões de nascimentos no país, dentre os quais 594.205 correspondiam a 21,3% das mães entre as idades de 10 e 19 anos. Os dados do censo realizado pelo IBGE em 2010 mostram um alto índice de gravidez na adolescência e que o maior número de casos aconteceu com meninas que estavam na faixa etária entre 15 e 19 anos, com mais de 400 mil casos registrados. Segundo a pesquisa nas duas últimas décadas a incidência de casos aumentou significativamente e em contrapartida a idade diminuiu (BRASIL, 2018b).

Dentre as cinco regiões do Brasil, o Nordeste apresenta o maior número de mães adolescentes 180.072 (32%). Em segundo lugar está o Sudeste (179.213 – 32%). Em seguida a região Norte com 81.427 (14%) nascidos vivos de mães entre 10 e 19

anos, em quarto lugar a região Sul (62.475 – 11%) e por último o Centro Oeste (43.342 – 8%) (BRASIL, 2018b).

No entanto nos últimos anos houve uma diminuição do número de gestantes adolescentes grávidas, segundo dados preliminares do Sinasc (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) do Ministério da Saúde (2004 a 2015). Essa mudança tem relação com a melhoria do Programa de Saúde da Família, maior acesso aos métodos contraceptivos e a implantação do Programa Saúde na Escola que orienta os jovens sobre diversos temas ofertando a educação em saúde (BRASIL, 2018b).

De acordo com o IBGE o fato de a mulher engravidar adolescente tem relação com a pouca escolaridade e baixa inserção no mercado de trabalho. A maioria das adolescentes é preta ou parda (69% das meninas com filho), não completou o ensino médio (85,4%), é dona de casa (92,5%) e não estuda nem trabalha (59,7%). (BRASIL, 2016).

Em um estudo realizado no Rio Grande do Norte em 2012, foi observado que a timidez por parte dos jovens e a falta de diálogo entre eles e os pais foi a maior causa de gravidez na adolescência não planejada. Nessa mesma pesquisa foi mostrado que a maioria das jovens não queria, mas ficaram grávidas por causa do inadequado conhecimento sobre anticoncepção (LIMA; NASCIMENTO; ALCHIERI, 2015). Dessa forma percebe-se como é importante que os profissionais tratem sobre esse tema com os adolescentes, já que eles não sentem que tem espaço de falar com seus pais sobre isso, a escola e os serviços de saúde se tornam responsáveis para orientar esses jovens, como forma principal de conscientização.

Em concordância com o que foi citado anteriormente, Fernandes; Santos; Gualda (2012) elaboraram uma pesquisa que mostrou a figura materna era muito importante para as adolescentes no ciclo gravídico puerperal, pois era a mãe que dava o apoio emocional necessário para tudo o que as adolescentes estavam vivendo naquele momento. Dessa forma percebe-se que a proximidade dos pais é crucial para que a adolescente tenha uma gestação mais tranquila.

Certamente os profissionais da saúde sabem que não é aconselhável uma gravidez na adolescência, por isso deve-se sempre buscar alternativas para nos aproximar desse público e orientá-los sobre esse assunto. A família é o apoio principal e sem ela o cuidado dos adolescentes se torna um pouco mais difícil. Quando as adolescentes ficam grávidas precisam de uma rede de apoio bastante sólida para que todas as suas ansiedades, medos e dúvidas sejam amenizados por pessoas que passem confiança e as deixem mais tranquilas.

Um exemplo na prática de que as adolescentes precisam muito do apoio familiar e profissional é a amamentação foi citado na pesquisa de Santos *et al.* (2016) que concluíram a importância da troca de orientações entre as adolescentes grávidas ou no puerpério, pois esse contato facilitava a aproximação entre mãe adolescente e profissional e incentivava a participação dos pais e companheiros nessa e em outras práticas próprias da gestação, parto e pós parto.

Outro ponto bastante importante é o fato de que muitas vezes a gravidez na adolescência se configura como um problema apenas para a menina, no entanto pesquisa realizada por Terrible *et al.* (2017) destaca a ausência de espaço para homens de qualquer idade nos serviços de saúde, mas principalmente para meninos que se tornam pais na adolescência. Relata a importância de a gravidez ser enxergada como uma responsabilidade de ambas as partes e que os pais dos meninos também devem participar de forma ativa do processo.

Assim a gravidez na adolescência é um momento ímpar que requer a participação e dedicação de vários atores como: gestante, companheiro, pais, profissionais de saúde, professores, enfim, como é um evento que provoca mudanças em uma sociedade precisa do apoio de toda a sociedade tanto para a prevenção quanto para orientação.

5.3 Problemas associados à gravidez na adolescência

A gravidez na adolescência traz muitos desfechos consigo, Dias e Teixeira (2010) mostraram exatamente que a gestação em fase precoce pode trazer consequências positivas e negativas, no entanto a maioria das vivências é negativa, desde a

perspectiva biológica quanto social e psicológica. Nessa pesquisa foi explicado que as consequências de uma gestação na adolescência não são homogêneas e sim dependia do contexto econômico no qual as adolescentes estavam inseridas. Dessa forma, as meninas que faziam parte de uma classe social mais alta não eram afetadas tão profundamente quanto meninas de classe social baixa.

Ainda segundo os dados que falam da parte positiva em ser mãe na adolescência, alguns autores afirmam que a gravidez na adolescência pode ser um evento bem aceito desde que essas gestantes recebam uma adequada assistência de pré-natal, sendo que as consultas aconteçam de forma regular e o mais precoce possível e que elas sejam acompanhadas por todo o ciclo de gravidez e puerpério (LAO, 1997 apud YAZLLE, 2006).

No entanto a realidade das meninas da área de abrangência da minha UBS em Ouro Branco corrobora com as pesquisas que mostram a parte negativa de uma gravidez na adolescência, pois a maioria delas é de classe baixa, que iniciaram sua vida sexual muito cedo e que não planejaram sua gestação e isso faz com que as consequências sejam inúmeras e percebidas de maneira mais negativa por nós profissionais.

O Ministério da Saúde trata a fenômeno gravidez na adolescência como sendo de alto risco devido ao fato de maior probabilidade de acontecer complicações biológicas e sociais para mãe e filho. As adolescentes com menos de 14 anos de idade têm uma probabilidade de cinco a sete vezes maior de falecer durante a gravidez do que mulheres que são mães com mais idade, e seus filhos, com frequência, nascem com peso inferior a 2.500 g e prematuros (BRASIL, 2005b).

Quando uma adolescente engravida, geralmente ela se vê numa situação não planejada e até mesmo indesejada. Estudo mostrou que as adolescentes engravidam entre a primeira e a quinta relação sexual na maior parte dos casos. A ocorrência de gravidez na adolescência também tem a ver com a pouca escolaridade e baixa renda e é nove vezes maior entre meninas que tem menos anos de estudo do que entre as mais instruídas e com melhor renda. A maternidade

precoce é desaconselhável por sua falta de maturidade física, funcional e emocional (LIMA; MELO; ESTHER, 2013).

Dentre os maiores problemas sociais relacionados com a gravidez na adolescência destaca-se a descontinuidade dos estudos, já que tanto o menino quanto a menina se vê obrigado a deixar a escola para procurar emprego e sustentar sua família. Outros problemas podem surgir durante uma gestação na adolescência, como abortamento espontâneo, maior número de cesárias, dificuldades na amamentação, transmissão de doença sexualmente transmissível e outros (LIMA; MELO; ESTHER, 2013).

É importante mencionar que o mundo está passando por grandes transformações e o excesso de informação e a liberdade que os adolescentes recebem faz com que eles não valorizem certos assuntos, como por exemplo, o sexo. Essa liberação sexual, junto com certa falta de limite e responsabilidade inerente a maioria dos adolescentes, é um dos motivos que favorecem a incidência de gravidez (SANTOS; NOGUEIRA, 2009). Ainda na mesma pesquisa os autores demonstraram que os adolescentes possuíam informação sobre a existência de anticoncepcional, porém não sabiam utilizá-los corretamente apresentando muitas dúvidas e ideias erradas sobre os mesmos.

Mesmo com muitas informações disponíveis sobre sexualidade e contracepção os adolescentes continuam tendo gravidez precoce e isso causa problemas psicossociais e econômicos para eles e suas famílias. Dentre esses problemas podem ser citados como exemplo: o abandono dos estudos, o fato dos jovens ainda não estarem psicologicamente preparados para assumir tal responsabilidade e o gasto que um novo integrante pode causar para os mantenedores dos lares dos adolescentes, já que em sua maioria eles ainda não possuem emprego (SANTOS; NOGUEIRA, 2009).

A partir do que foi exposto percebe-se como o papel do médico é importante para tentar prevenir gravidez na adolescência e seus problemas relacionados. Dessa maneira, no contexto do serviço de saúde, a equipe deve tentar ao máximo promover espaços que possibilitem diálogos com os adolescentes e tentar fazer com

que os pais também se aproximem dos seus filhos nessa fase para que dessa forma eles possam ser orientados e fazer as melhores escolhas possíveis.

5.4 Atenção primária de saúde frente à saúde sexual e reprodutiva

Ao longo dos anos o Ministério da Saúde vem construindo propostas para atender melhor os adolescentes. Podemos perceber que através dos estudos e reuniões foram elaborados documentos importantes para esse público e que discutem temas variados para a saúde deles. Sem dúvidas a atenção primária a saúde tem papel importante para os adolescentes nesse sentido, pois é a porta de entrada para os demais serviços e, além disso, quem deve trabalhar com os adolescentes desde o início de suas vidas.

Existem vários materiais interessantes com os quais podemos trabalhar com os adolescentes, e tudo teve início a partir de um documento chamado Marco Legal Saúde, um direito de adolescentes de 2005. Depois disso as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde de 2010 foram estabelecidas. Através desses documentos todos os demais foram elaborados e de tempos em tempos essas propostas vão sendo avaliadas e outras novas vão sendo feitas (BRASIL, 2005b).

A cada documento feito são discutidos os principais temas que envolvem a saúde dos adolescentes e novos temas são incorporados. A saúde sexual e reprodutiva são temas importantes e que são inerentes à vida do adolescente e desde 2013 com o Caderno de Atenção Básica que tratava sobre saúde sexual e reprodutiva o MS incluía os adolescentes nos serviços da atenção primária (BRASIL, 2013d).

Mesmo com todo esse apoio do Ministério da Saúde trabalhar com adolescentes é um desafio diário para os profissionais e a inserção dos programas propostos se torna difícil. Em um estudo realizado no Rio de Janeiro em 2009 mostra que os jovens tem pouco acolhimento nos serviços de saúde e escolas para tratar sobre tema de sexualidade e que existe descontinuidade no uso dos métodos contraceptivos, tendo em vista que os relacionamentos entre adolescentes são marcados por forte hierarquia de gênero e pela ausência de uma formação

adequada sobre sexualidade no contexto familiar e escolar (ALVES; BRANDÃO, 2009).

Além disso, existem impedimentos de ordem cultural que faz com que o tema sexualidade não seja discutido de forma aberta com os adolescentes, sendo visto de forma preconceituosa e com reprovações pelos adultos (ALVES; BRANDÃO, 2009). Pela minha experiência o jovem adolescente normalmente só procura um serviço de saúde quando está passando por um problema grave. Muitas vezes não se interessam em grupos que discutem promoção de saúde e poucas vezes procuram o serviço para problemas que são menores.

A gravidez na adolescência, quando não desejada, é uma situação desconfortável para os jovens porque eles geralmente têm receio do que vão enfrentar biologicamente, psicologicamente e das críticas sociais. Existem situações onde a jovem só conta para os pais sobre a gravidez quando já estão com a gestação bem avançada ou perto de ganhar o bebê. Algumas jovens ficam grávidas, mas não tem o apoio do pai da criança. Muitas sabem que aquela gravidez não foi desejada e que vai causar um problema no orçamento na família. Enfim, são várias situações que deixam os jovens constrangidos e impedem de procurarem um serviço de saúde.

Os materiais mais recentes que discutem sobre a saúde do adolescente são o Proteger e Cuidar da Saúde dos Adolescentes na Atenção Básica e Saúde e Sexualidade de Adolescentes, ambos de 2017. Nos dois documentos percebe-se que a atenção primária continua sendo a principal forma de aproximação dos jovens e que a promoção de saúde a principal estratégia de orientação para eles, no entanto mostra uma lacuna na formação dos profissionais e que esses precisam de capacitação para melhor receber esses adolescentes nas unidades para que dessa forma seja criado um vínculo e os adolescentes se sintam seguros de procurarem esses serviços (BRASIL, 2017; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

A proposta deste trabalho é apresentar algumas intervenções para tentar diminuir ou acabar com o problema escolhido como prioridade: gravidez na adolescência. Para esse problema foram definidos quatro nós críticos, que são pontos que facilitam a ocorrência do problema escolhido. A intenção é tentar desatar esses nós e assim resolver ou minimizar esses problemas.

Para cada nó crítico foi feita uma operação, que contém os resultados esperados, os produtos, ações estratégicas necessárias para resolução do problema, com descrição dos responsáveis, prazo, acompanhamento e avaliação.

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Dentre os problemas selecionados o escolhido como prioridade foi gravidez na adolescência porque durante as consultas de pré-natal foi notado que o número de gestantes menores que 19 anos era alto. De acordo com o relato dos demais profissionais da unidade isso era um problema comum na cidade e não somente da área de abrangência em que eu estou trabalhando.

Segundo dados coletados para o trabalho nos prontuários, em junho de 2017 existiam 28 gestantes das quais 18 eram adolescentes, correspondendo assim a 64,2% do número total. Já no mês de junho de 2018 tinham 40 gestantes cadastradas, dentre as quais 17 tinham idade entre 15 a 19 anos, representando 42,5% do total de gestantes da área de abrangência da eSF.

Em conversas com as adolescentes grávidas a equipe de saúde da família percebeu que os fatores de riscos para a gravidez foram a iniciação da vida sexual cedo, baixa escolaridade, baixa renda, o desejo de manter o relacionamento com o parceiro, falta de orientação entre outros.

Atualmente na unidade não existem ações voltadas para os adolescentes, então esse público deixa de ter cobertura e vários problemas acontecem devido a ausência de assistência. Dessa forma isso se torna bastante preocupante não só pela

gestação precoce, mas também pelos demais problemas que podem existir devido à relação sexual desprotegida, como por exemplo, doenças sexualmente transmissíveis.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

De acordo com a experiência da eSF na cidade e através dos diálogos entre os profissionais e as jovens grávidas foi possível identificar que a gravidez na adolescência tem sua causa em uma cadeia de situações, que podem variar em alguns pontos, mas tem a maior parte semelhante. Segue abaixo os pontos principais dessa cadeia de eventos:

- Baixa renda: os responsáveis pela família priorizam o trabalho ao invés do estudo para manter a renda mínima garantida para o sustento familiar.
- Baixa escolaridade: já que os pais priorizam o trabalho, normalmente os filhos não enxergam o estudo como parte importante da sua vida e aos poucos acontece evasão escolar.
- Instabilidade familiar: uma família com baixa renda e baixa escolaridade tende a ter conceitos de vida variados do que normalmente uma família que tem bom estudo e boa renda.

A relação entre estes três pontos com a gravidez na adolescência tem origem na falta de orientação sobre gravidez na adolescência, que acontece devido à ausência de oportunidade dos pais irem para escola, e conseqüentemente dos seus filhos também, criando uma instabilidade familiar que facilita a formação de conceitos sociais enfraquecidos que podem proporcionar certas escolhas precipitadas da parte dos adolescentes.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

De acordo com a análise da equipe, a gênese da gravidez na adolescência acontece a partir da falta de orientação sobre esse tema. Os nós críticos identificados pela equipe para a gestação precoce e que vão ser abordados nessa proposta de intervenção são:

- Pouco conhecimento sobre sexualidade e gravidez.

- Falta de vínculo entre os profissionais de saúde e os adolescentes.
- Início da vida sexual precoce.
- Frequente troca de parceiros sexuais e afetivos.

Identificados os nós críticos, será realizado um suporte de apoio para os adolescentes da área através de orientações sobre os temas e tentativa de aproximação dos pais durante as atividades. Existem outras causas para a gravidez na adolescência que são de ordem política e social, mas que necessitam do apoio de outros setores relacionados e não somente a saúde. Por enquanto esse projeto abrange somente a área da saúde.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

O primeiro nó crítico estabelecido foi o pouco conhecimento sobre sexualidade e gravidez. Assim, quanto menor o nível de escolaridade maior será o índice de gravidez na adolescência. A atividade desenvolvida para melhorar esse ponto tem relação com a constante orientação dos adolescentes sobre assuntos relacionados ao tema.

O segundo nó crítico foi definido como falta de vínculo entre profissionais de saúde e adolescentes. Não há espaço fixo no cronograma de assistência da unidade e isso afasta ainda mais os adolescentes e perde-se a oportunidade de orientá-los sobre temas importantes, como: sexualidade e gravidez na adolescência. A intenção é criar um espaço fixo para que os adolescentes frequentem a unidade e a partir dessa mudança espera-se que haja menor número de gravidezes na adolescência.

O terceiro nó crítico foi início da vida sexual precoce. Esse ponto também requer orientação tanto da parte dos pais quanto dos profissionais, mostrando tudo o que está envolvido com a escolha de ter uma vida sexual ativa tão jovem. Além disso, discutir temas como a utilização de métodos contraceptivos, necessidade de fazer exames de rotina, ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis, entre outros.

O quarto nó crítico identificado foi a frequente troca de parceiros sexuais e afetivos. As atividades proposta também terão como base a orientação dos adolescentes em

relação à diminuição da promiscuidade, que promove o planejamento familiar e previne o aparecimento de doenças sexualmente transmissíveis.

“**Quadro 2** – Operações sobre o “nó crítico 1 - pouco conhecimento sobre sexualidade e gravidez” relacionado ao problema gestação na adolescência, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família PSF 2, do município Ouro Branco, estado de Alagoas.

Nó crítico 1	Pouco conhecimento sobre sexualidade e gravidez.
Operação (operações)	Implantar espaço fixo na unidade para discussão de temas relacionados à saúde sexual e reprodutiva com os adolescentes.
Projeto	Projeto Conhecer Mais
Resultados esperados	Aumentar o conhecimento dos adolescentes e familiares sobre sexualidade e gravidez.
Produtos esperados	Grupo de adolescentes com reuniões quinzenais.
Recursos necessários	Estrutural: profissionais com capacidade para acompanhar o grupo. Cognitivo: informações sobre o tema e estratégias de comunicação. Político: parceria com outros profissionais, como assistente social e psicólogo. Financeiro: recursos para impressão e produção audiovisual.
Recursos críticos	Político: dificuldade de parcerias com outros profissionais. Financeiro: dificuldade da adesão da gestão para financiamento dos recursos.
Controle dos recursos críticos	Político: dificuldade pelo número reduzido de profissionais de outras áreas. Financeiro: gestão do município se mostra um pouco indiferente para essas ações.
Ações estratégicas	Sensibilização dos gestores municipais.
Prazo	Dois meses para organizar como acontecerão os grupos e um ano para trabalhar os temas necessários para este assunto.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico, enfermeira, técnica em enfermagem e agentes comunitários de saúde.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Monitoramento e avaliação constante após a realização de cada grupo.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2 - falta de vínculo entre os profissionais de saúde e os adolescentes” relacionado ao problema gestação na adolescência, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família PSF 2, do município Ouro Branco, estado de Alagoas.

Nó crítico 2	Falta de vínculo entre os profissionais de saúde e os adolescentes.
Operação (operações)	Melhorar a forma de acolhimento dos adolescentes na unidade. Estabelecer contato com os adolescentes da área através de visitas nas escolas para atividades.
Projeto	Projeto Juntos Somos Melhor.
Resultados esperados	Inserir os adolescentes nas atividades do Programa Saúde da Família.
Produtos esperados	Aumento da procura dos serviços ofertados para os adolescentes. Aumento do vínculo entre os profissionais de saúde e os adolescentes.
Recursos necessários	Estrutural: profissionais de saúde. Cognitivo: informações sobre o tema e estratégias de comunicação. Político: parceria com profissionais de setor educacional. Financeiro: recursos para impressão e produção audiovisual.
Recursos críticos	Político: dificuldade de parcerias com outros profissionais. Financeiro: dificuldade da adesão da gestão para financiamento dos recursos.
Controle dos recursos críticos	Político: dificuldade por serem muitas escolas e muitos adolescentes. Financeiro: gestão do município se mostra um pouco indiferente para essas ações.
Ações estratégicas	Apresentar proposta para as escolas e sensibilização dos gestores municipais.
Prazo	Três meses para apresentar as propostas para as escolas e um ano para tentar estabelecer o vínculo entre as duas partes.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico, enfermeira, técnica em enfermagem e agentes comunitários de saúde.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Monitoramento e avaliação constante após a apresentação da proposta para cada escola.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3 - início da vida sexual precoce” relacionado ao problema gestação na adolescência, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família PSF 2, do município Ouro Branco, estado de Alagoas.

Nó crítico 3	Início da vida sexual precoce.
Operação (operações)	Estabelecer consulta médica e de enfermagem para atendimento aos adolescentes.
Projeto	Projeto Mais Saúde
Resultados esperados	Adolescentes bem informados sobre a escolha de iniciar a vida sexual precocemente e as consequências dessa escolha. Oferta de métodos anticoncepcionais.
Produtos esperados	Consulta médica e de enfermagem para os adolescentes quinzenais.
Recursos necessários	Estrutural: profissionais de saúde para realização das consultas. Cognitivo: informações sobre o tema e estratégias de comunicação. Político: mobilização da gestão. Financeiro: recursos para impressões, medicamentos e outros materiais necessários para consulta.
Recursos críticos	Político: dificuldade de mobilização da gestão. Financeiro: dificuldade da adesão da gestão para financiamento dos recursos.
Controle dos recursos críticos	Político: dificuldade pela falta de interesse nesse assunto. Financeiro: gestão do município se mostra um pouco indiferente para essas ações.
Ações estratégicas	Apresentar proposta para a gestão para sensibilização
Prazo	Dois meses para apresentar a proposta para a gestão e iniciar as consultas.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico e enfermeira.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Monitoramento e avaliação constante após a realização de cada consulta.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4 - frequente troca de parceiros sexuais e afetivos” relacionado ao problema gestação na adolescência, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família PSF 2, do município Ouro Branco, estado de Alagoas.

Nó crítico 4	Frequente troca de parceiros sexuais e afetivos.
Operação (operações)	Implantar espaço fixo na unidade para discussão de temas relacionados à saúde sexual e reprodutiva e outros temas com os adolescentes.
Projeto	Projeto Cuidar Melhor
Resultados esperados	Modificação de conceitos sexuais estabelecidos. Diminuição da promiscuidade entre os adolescentes. Aumentar o conhecimento dos adolescentes sobre doenças sexualmente transmissíveis.
Produtos esperados	Grupo de adolescentes com reuniões quinzenais.
Recursos necessários	Estrutural: profissionais com capacidade para acompanhar o grupo. Cognitivo: informações sobre o tema e estratégias de comunicação. Político: parceria com outros profissionais, como assistente social e psicólogo. Financeiro: recursos para impressão e produção audiovisual.
Recursos críticos	Político: dificuldade de parcerias com outros profissionais. Financeiro: dificuldade da adesão da gestão para financiamento dos recursos.
Controle dos recursos críticos	Político: dificuldade pelo número reduzido de profissionais de outras áreas. Financeiro: gestão do município se mostra um pouco indiferente para essas ações.
Ações estratégicas	Sensibilização dos gestores do município.
Prazo	Dois meses para organizar como acontecerão os grupos e um ano para trabalhar os temas necessários para este assunto.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico, enfermeira, técnica em enfermagem e agentes comunitários de saúde.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Monitoramento e avaliação constante após a realização de cada grupo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi exposto sobre gravidez na adolescência na Unidade Maria Amélia da Conceição em Ouro Branco, Alagoas não restam dúvidas de que a elaboração de uma proposta de intervenção para mudança desse problema é de extrema importância, visto que é um problema real na comunidade e ainda não existem ações voltadas para ele.

Reconhece-se que a fase da adolescência é complexa e tanto os meninos como as meninas precisam de apoio de pessoas de confiança para ajudá-los a fazer boas escolhas. Muitos desses adolescentes não encontram esse apoio no âmbito familiar e dessa forma percebe-se como o trabalho dos profissionais de saúde e de outras áreas também é importante para ajudá-los em suas decisões.

A equipe de saúde da família juntamente com outros profissionais e educadores podem desenvolver um ótimo trabalho juntos e sanar todas as dúvidas que esses jovens possam ter. Além disso, a unidade de saúde e a escola não desenvolvem somente papel de sanar dúvidas e sim de orientadores contínuos nos mais diversos temas e situações, fazendo com que os adolescentes se sintam bem acolhidos e tranquilos para todas as mudanças pelas quais irão passar.

Esse trabalho tem justamente a intenção de criar esse ambiente de confiança que faz com que os adolescentes se sintam seguros e possam tomar suas decisões da melhor maneira possível. Portanto espera-se que com a implantação das atividades dessa proposta de intervenção a equipe de saúde da família consiga prevenir a gravidez na adolescência e melhorar a qualidade de vida deles.

REFERÊNCIAS

ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. 2013. Disponível em: <<http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/download/base/>> Acesso em: 25 de junho de 2018.

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento e Participação Social. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Alagoas – PDR 2011**, 2013.

Disponível em: <<http://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/Plano-Diretor-Regionalizacao.pdf>>. Acesso em: 25 de junho de 2018.

ALVES, C. A.; BRANDÃO, E. R. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 14, n.2, p. 661-670, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2009.v14n2/661-670/>> Acesso em: 25 de junho de 2018.

BRASIL. LEI N 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1999. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm> Acesso em: 25 de junho de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

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, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Adolescente**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde do Adolescente**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

[M1] Comentário: A referência está na introdução, no terceiro ponto onde é descrito o sistema municipal de saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades: Ouro Branco-Alagoas**. Brasília, [online], 2018a. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/ouro-branco/panorama>> Acesso em: 25 de junho de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações sobre Gravidez na Adolescência**. 2018b. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-do-adolescente-e-do-jovem/informacoes-sobre-gravidez-na-adolescencia2>> Acesso em: 25 de junho de 2018.

BUSS, P.M.; FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3872.pdf>> Acesso em: 25 de junho de 2018.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso**. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2018. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1760.pdf>> Acesso em 25 de junho de 2018.

DIAS, A. C.G.; TEIXEIRA, M. A. P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**. Rio de Janeiro, v. 20, n.45, p.123-131, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v20n45/a15v20n45.pdf>> Acesso em: 25 de junho de 2018.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência & Saúde**. v. 2, n. 2, p. 6-7, 2005. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167> Acesso em : 25 de junho de 2018.

FERNANDES, A. O.; SANTOS, J. H.P.O.; GUALDA, D.M.R. Gravidez na adolescência: percepções das mães de gestantes jovens. **Acta Paul Enferm**. v. 25,

n. 1, p. 55-60, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n1/v25n1a10>> Acesso em: 25 de junho de 2018.

LIMA, L. A.F.; MELO, N.; ESTHER, M. **Gravidez na adolescência**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso. Escola de Enfermagem. Universidade Cândido Mendes. Rio de Janeiro, 2013.

LIMA, N.R.B.; NASCIMENTO, E.G.C.; ALCHIERE, J.C. História de vida da mulher: qual a verdadeira repercussão da gravidez na adolescência ? **Adolescência e Saúde**. V. 12, n. 1, 2015. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=476> Acesso em: 25 de junho de 2018.

MELO, M. C.P.; COELHO, E.A.C. Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16,n.5, p. 2549-2558, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/asset/s/csc/v16n5/a25v16n5.pdf> Acesso em: 25 de junho de 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ministério da Saúde. **Saúde e sexualidade de adolescentes**. Construindo equidade no SUS. Brasília, OPAS, Ministério da Saúde, 2017.

SANTOS, C. A.C.; NOGUEIRA, K.T. Gravidez na adolescência: falta de informação? **Adolescência e Saúde**. V. 6, n. 1, p. 48-56, 2009. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=42&idioma=Portugues>

SANTOS L.P. *et al.* Conhecimento, atitude e prática de puérperas adolescentes em relação ao aleitamento materno. **Adolescência e Saúde**. V. 13, n.º 1, p. 03, 2016 Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=54> Acesso em: 25 de junho de 2018.

TERRIBLE, D. *et al.* Natureza e tendência das produções científicas sobre a paternidade na adolescência. **Adolescência e Saúde**. V. 14, n,º 2, p. 08 - Abr/Jun - 2017 Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=659> Acesso em: 25 de junho de 2018.

YAZLLE, M, E.H.D. Gravidez na adolescência. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v.28, n.8, p. 443-445, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000800001> Acesso em: 25 de junho de 2018