

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

**MILDREY MEDINA SEMINO**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DE  
GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA POPULAÇÃO DA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE LAGOA, MUNICÍPIO DE RIBEIRAO DAS  
NEVES, MINAS GERAIS.**

**BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS**

**2018**

**MILDREY MEDINA SEMINO**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DE  
GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA POPULAÇÃO DA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE LAGOA, MUNICÍPIO DE RIBEIRAO DAS  
NEVES, MINAS GERAIS.**

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

Orientadora: Fernanda Magalhães Duarte Rocha.

**BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS**

**2018**

**MILDREY MEDINA SEMINO**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DE  
GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA POPULAÇÃO DA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE LAGOA, MUNICÍPIO DE RIBEIRAO DAS  
NEVES, MINAS GERAIS.**

**Banca Examinadora:**

Examinador 1: Professor (a). Fernanda Magalhães Duarte Rocha.

Examinador 2 – Professor (a). Professora Dra. Maria Marta Amâncio Amorim.  
Centro Universitário Una.

Aprovado em Belo Horizonte, em        de        de 2018

## DEDICATÓRIA

À minha família, em especial meus pais, meu esposo, meu filho e os que sempre estão presentes em todas e cada uma de nossas realizações, pois seus ensinamentos na vida sempre me acompanham.

Aos meus professores e companheiros da unidade básica de saúde pelo apoio brindado em momentos difíceis e por dar-me a possibilidade de criar como profissional da saúde, e fazer parte dos guardiões da saúde na comunidade.



## AGRADECIMENTOS

Na realização deste trabalho o agradecimento a Deus sobre todas as coisas, porque me dá forças para continuar me superando e as pessoas que me encorajam a chegar ao fim deste projeto. Isso significa um passo mais na vida para ser melhor e brindar à população, nossa razão de ser, com um serviço com qualidade.

As pessoas especiais que nos motivam cada dia a seguir adiante e nos impulsionam a não desfalecer na tentativa, ainda que, todas as circunstâncias indiquem que não se pode. Especialmente nossa família, seres queridos e amigos.

Agradeço à minha orientadora Fernanda Magalhaes Duarte Rocha e todos os nossos professores, os quais os ensinam de uma forma carinhosa a arte da paciência, a dedicação com os seres humanos sem buscar nada em troca. Reconheço que sem seu apoio não teria conseguido apresentar este trabalho.

## RESUMO

A saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes é motivo de constante preocupação para pais, educadores e profissionais de saúde. Na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Lagoa, município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais, tem se observado um alto índice de gravidez na adolescência, o que constitui um problema de saúde, já que é um importante fator de risco para aumentar a morbidade materno-infantil. Foi realizado um projeto de intervenção educativo com o objetivo de elaborar uma proposta de intervenção para diminuir a incidência de gravidez na adolescência na Unidade Básica de Saúde Lagoa, Ribeirão das Neves, Minas Gerais. Foi realizada uma revisão da literatura por meio de uma pesquisa bibliográfica em bases de dados eletrônicos e bibliotecas virtuais tais como Scientific Electronic Library Online (SciELO). O método utilizado no plano de ação foi preconizado pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado de acordo com Campos, Faria e Santos. A equipe de saúde organizará uma capacitação de adolescentes sobre temas de educação sexual e uso de métodos anticoncepcionais. Serão abordados aspectos como prevenção da gravidez, dificuldades pelas quais as adolescentes passam quando estão grávidas, sexualidade na adolescência, os riscos que as gestações podem provocar à mãe e a seu filho e os fatores que levam a uma gravidez na adolescência. Com a implantação do projeto de intervenção, espera-se melhorar o nível de conhecimento dos adolescentes em relação à sexualidade; reduzir o número de gestantes adolescentes e suas consequências e poder atuar sobre os fatores que levam sua repetição.

**Palavras-chave:** Gravidez. Adolescência. Saúde da família.

## **ABSTRACT**

Sexual and reproductive health of adolescents is a constant concern for parents, educators and health professionals. In the area of coverage of the Lagoa Basic Health Unit in the city of Ribeirão das Neves, Minas Gerais, a high pregnancy rate has been observed in adolescence, which is a health problem, since it is an important risk factor for maternal and child morbidity. An educational intervention project was carried out with the objective of elaborating a proposal for intervention to reduce the incidence of teenage pregnancy in the Basic Health Unit of Lagoa, Ribeirão das Neves, Minas Gerais. A review of the literature was done through a bibliographic search in electronic databases and virtual libraries such as Ecientific Electronic Library Online (SciELO). The method used in the action plan was recommended by the Simplified Situational Strategic Planning (PES) according to Campos, Faria and Santos. The health team will organize training for adolescents on issues of sex education and contraceptive use. It will cover aspects such as pregnancy prevention, difficulties that adolescents face when they are pregnant, sexuality in adolescence, the risks that pregnancies can cause to the mother and her child and the factors that lead to a teenage pregnancy. With the implementation of the intervention project, it is hoped to improve the level of knowledge of adolescents in relation to sexuality; reduce the number of pregnant women and their consequences and be able to act on the factors that lead to their repetition.

Keywords: Pregnancy. Adolescence. Family Health.



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	
1.1 Breves informações sobre o município.	10
1.2 O sistema municipal de saúde.	10
1.3 A Equipe de Saúde da Família, seu território e sua população.	11
1.4 Estimativa Rápida.	12
1.5 Priorização dos problemas.	12
<b>2. JUSTIFICATIVA</b>	14
<b>3. OBJETIVOS</b>	16
<b>4. METODOLOGIA</b>	17
<b>5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	18
<b>6. PLANO DE AÇÃO</b>	29
6.1 Descrição do problema selecionado	29
6.2 Seleção dos nós críticos	30
6.3 Recursos críticos.	33
6.4 Análise de viabilidade do plano.	34
6.5 Elaboração do plano operativo.	37
6.6 Gestão do plano.	41
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	46
<b>REFERÊNCIAS</b>	48

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1 Breves informações sobre o município Ribeirão das Neves**

Ribeirão das Neves é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, localizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte, com uma população estimada de 328 871 habitantes (IBGE 2017). Municípios limítrofes: Belo Horizonte, Contagem, Esmeralda, Pedro Leopoldo, Vespasiano e São José da Lapa, com uma distância de 32 quilômetros até a capital.

O município possui atualmente algumas fábricas, que fortalecem o crescimento do município, e um comércio em crescimento, contando com muitos bares, pizzarias, salões de Beleza, supermercados, magazines, diversos bancos como: Banco do Brasil, Bradesco, Itaú, que ainda abriga uma parte pequena da população economicamente ativa, segundo wikipedia.

O município possui três macrorregionais: o distrito de Justinópolis, a Regional Centro e a Regional Veneza. A população teve um crescimento de 1992 até o ano 2010, o que não tem correspondência com o desenvolvimento em estrutura, economia, educação e agropecuária. Somente é elevado à categoria de município em 12 de dezembro de 1953 com a denominação de Ribeirão das Neves, segundo wikipedia.

### **1.2 O Sistema municipal de saúde**

O sistema de saúde conta com 55 Unidades Básicas de Saúde, cada um tem uma abrangência de população entre 2400 e 4000 pacientes, conta com duas unidades de pronto atendimento, salas de estabilização, hospitais públicos (São Judas) e Sistema Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O município está passando por grave dificuldade financeira, no momento a prefeitura está com decreto de calamidade financeira.

### **1.3 Unidade de Saúde da Família Lagoas.**

A Unidade Básica de Saúde Lagoas, situada na Rua Formiga, 155, bairro Katia, cidade Ribeirão das Neves, no Estado de Minas Gerais, foi inaugurada em 2000, atende 4042 habitantes e 919 famílias segundo fontes do Sistema de Informação Básica (SIAB). O nível de alfabetização: 95,90%. A taxa de emprego é baixa, os principais postos de trabalho são o comércio e os serviços públicos, segundo dados coletados no Diagnóstico Situacional da Unidade Básica de Saúde Lagoa, feito no 2017.

Os pacientes têm acesso à consulta médica, por demanda agendada e demanda espontânea. Em relação à demanda espontânea, os pacientes são acolhidos, escutados e avaliados para o atendimento.

A população conta com o atendimento pela técnica de enfermagem, enfermagem e médico. Não tem equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), nem cirurgião dentista, mas o município está fazendo a gestão para proporcionar esses serviços à população e assim garantir uma atenção de maior qualidade. Possui médicos generalistas, que atendem adultos e crianças. Oferecem serviços de retirada de pontos, aplicação de injeção, nebulização, pré-natal, coleta de material cito patológico, vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis, encaminhamento para internamento e para consultas especializadas.

Desenvolve atividades programadas para grupos específicos Atenção à Saúde da Criança, Hipertensos, Diabéticos, Planejamento Familiar, Saúde Mental, e atividades de promoção à saúde e estímulo à prática de atividades físicas e hábitos saudáveis.

As doenças predominantes são a Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS e o Diabetes Mellitus - DM, além do alcoolismo e de transtornos psicológicos com grande demanda por uso de fármacos psicotrópicos. Além da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o modo de vida da população é recheado de maus hábitos tais como: sedentarismo, hábitos alimentares com excesso de

produtos industrializados e hipercalóricos, alcoolismo, tabagismo e stress, e muito importante a alta incidência de gravidez na adolescência, problema que tem que ser diminuído, porque muitas adolescentes abandonam os estudos para cuidar dos filhos, além de não terem a preparação física e nem psicológica para fazer essa tarefa.

#### **1.4 Estimativa rápida.**

A Estimativa Rápida deve, além de identificar os principais problemas de saúde da área de abrangência, produzir informações que permitam conhecer as causas e as consequências do problema. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Diagnosticar é compreender o processo de causa e ação de um problema. Ao identificar um problema, deve-se considerar se ele é determinante. Uma vez realizado o diagnóstico situacional e identificados os principais problemas da sua comunidade, a próxima etapa é pensar nas intervenções que a equipe deve fazer. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Após a identificação dos problemas, torna-se necessária a seleção ou priorização dos problemas que serão enfrentados, uma vez que dificilmente todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo. Como critérios para seleção dos problemas, o grupo pode considerar: a importância do problema, sua urgência, a própria capacidade para enfrentá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

#### **1.5 Priorização dos problemas (segundo passo).**

Após a identificação dos problemas, torna-se necessária a seleção ou priorização dos que serão enfrentados. Para seleção dos problemas analisamos a importância dos problemas, sua urgência e a própria capacidade para enfrentá-los. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

**Concluimos como problemas principais identificados:**

1-Alta incidência da gravidez na adolescência.

2-Alta prevalência de HAS e DM.

3- Aumento do consumo de Psicofarmacos.

4- Maus hábitos dietéticos.

5- Alta prevalência de doenças mentais.

## 2. JUSTIFICATIVA

O trabalho foi realizado com a intenção de planejar estrategicamente uma proposta de intervenção para diminuir a incidência de gravidez na adolescência na Unidade Básica de Saúde Lagoa, Ribeirão das Neves, Minas Gerais, a fim de alcançar objetivos. Um problema prioritário à equipe é a incidência na região da gravidez na adolescência. As adolescentes muitas vezes enfrentam sozinhas essas situações e invariavelmente, têm dificuldades familiares e sociais. A necessidade de esconder a gestação faz com que deixem de buscar os serviços de pré-natal, tomando-as mais propensas à morbimortalidade perinatal e a mortalidade materna.

Concomitantemente, ainda enfrentam o afastamento da escola, a perda do emprego, casamentos prematuros ou estigma de mãe solteira, mudando seu projeto de vida e sua potencialidade individual. Muitas vezes os jovens sofrem críticas de familiares, seja pelas pressões sociais envolvidas, seja por problemas financeiros. Segundo Monteiro (2007, p. 373) as adolescentes relatam que "viviam uma relação boa, mas ao revelarem que estavam grávidas foram vítimas de atos violentos, como violência física e psicológica, sendo discriminadas e culpabilizadas por parte dos pais".

Esta iniciação precoce das atividades sexuais e o aumento do número da gravidez na adolescência, de acordo com Moreira et al. (2008) estão relacionados ao direcionamento de diversos fatores como o desconhecimento do corpo, a omissão da família/escola sobre assuntos pertinentes à adolescência, o pouco envolvimento dos serviços públicos, o bombardeamento ativo ao qual estão expostos pela mídia, com programas, novelas e até propagandas apelando ao sexo.

E ainda fazem com que as jovens não estejam concisas e certas das implicações de sua vida sexualmente ativa. Diante do exposto até aqui e pelo modo e volume que acontece, a gravidez na adolescência de forma não planejada, tende a propiciar alterações significativas e às vezes irreversíveis na

vida das adolescentes, que muitas das vezes não estão preparados para as consequências, acarretando, como é possível perceber durante o trabalho nas Unidades de saúde, perdas e limitações para os adolescentes, para a família, o filho e a sociedade como um todo.

É muito importante o papel que desempenha cada uma das equipes de trabalho, em função de brindar orientações aos adolescentes para praticarem o sexo de maneira segura e com visão ampla das possíveis consequências e responsabilidades. Assim, todas as equipes de saúde têm que realizar plano de ação para ajudar no enfrentamento de tal situação e até mesmo na sua prevenção, para que a realidade hoje vivenciada naquele lugar seja, num futuro não muito distante, diferente e com mais oportunidade de melhoria da qualidade de vida dos adolescentes e sociedade como um todo.

### **3. OBJETIVOS**

#### **Objetivo geral:**

Elaborar uma proposta de intervenção para diminuir a incidência de gravidez na adolescência na Unidade Básica de Saúde Lagoa, Ribeirão das Neves, Minas Gerais.

#### **Objetivos específicos:**

Identificar as necessidades de aprendizagem sobre os riscos da gravidez na adolescência.

Realizar atividades educativas como estratégia de intervenção.

Avaliar os conhecimentos adquiridos após a intervenção educativa.



#### **4. METODOLOGIA**

Nesta investigação foi realizada uma revisão da literatura por meio de uma pesquisa bibliográfica em bases de dados eletrônicos e bibliotecas virtuais tais como Scientific Electronic Library Online (Scielo), a busca foi realizada por meio de descritores: gravidez; adolescência; saúde da família, sendo que esses estudos foram utilizados para a discussão deste trabalho. Além de dados coletados pela equipe com importante participação das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) nas visitas domiciliares, a observação ativa e registros escritos, as diferentes instituições tais como a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).

A partir do diagnóstico situacional realizado em setembro 2017, fizemos levantamento de problema prioritário e revisão da literatura, elaborando assim um plano de intervenção, no sentido de viabilizar uma melhor integração das informações em saúde dos pacientes em diversos níveis da rede de atenção – coordenação. O método utilizado no plano de ação foi preconizado pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado de acordo com Campos, Faria e Santos (2010).

## 5. REVISÃO DA LITERATURA

### *Estratégia de saúde na atenção pré-natal.*

Em mediados da década de 70, no apogeu da ditadura militar, podíamos encontrar no país um cenário no qual se destacava um poderoso complexo médico industrial, constituído com recursos públicos, proveniente do Ministério da Previdência e Assistência Social- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e, depois, entregue á empresários da iniciativa privada (DA ROS et al, 2006).

Neste contexto, prevalecia o modelo centrado na figura do médico, onde todo o processo de trabalho acontecia no hospital e a doença era caracterizada apenas como um fenômeno estritamente biológico. Críticos desta situação apontavam a necessidade de um novo modelo de assistência considerando, entre outros motivos, que o modelo tecnicista já não atendia mais as emergências do mundo moderno (DA ROS et al, 2006).

Nos dias de hoje, a UBS (Unidade Básica de Saúde) é definido como Estratégia de Saúde da Família (ESF) e pode ser considerada como uma estratégia de reorganização da atenção primária; passa a denominar-se estratégia exatamente por não prever um cronograma para a conclusão das tarefas (Brasil, 2006) e, também, para demarcar a diferença em relação aos tradicionais programas verticais, centralizados no governo federal.

A proposta tem como principal foco a saúde da família e o fato da equipe ter um território de abrangência definido permite o desenvolvimento de ações focalizadas na saúde e dirigidas às família e ao seu meio ambiente. A intersetorialidade, que constitui a ligação com outros setores que também determinam a saúde, também passou a ser um importante princípio a ser seguido (MENDES, 1996 apud MERHY; FRANCO, 2003).

Segundo Pinheiro e Luz (2003) a UBS (Unidade Básica de Saúde) foi constituído com o intuito de construir um sistema de saúde democrático, universal, igualitário e integral, no contexto de um processo social e político, formulado enquanto política pública da área de saúde, com consequente

interferência no cotidiano dos serviços de saúde. Diante disso tudo, as políticas de saúde se materializam mediante ações de atores sociais e suas práticas no cotidiano desses serviços, o que tem sido o caminho para a reflexão crítica sobre os processos de trabalho em saúde; tem possibilitado, também, a produção de novos conhecimentos e o desenvolvimento de novas práticas de saúde, como princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Outro foco da Estratégia de Saúde da Família são os Cuidados Primários em Saúde, que corresponde à solução oferecida através de um modelo mais racional, mais produtivo, de menos custo e de cobertura mais abrangente, tendo como discurso a incorporação das massas desassistidas e a participação popular (MERHY; FRANCO, 2003).

#### *Processo de trabalho na Estratégia de Saúde.*

O processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família é desenvolvido por equipes compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco ou mais agentes comunitários de saúde, dependendo do território e do município. No que diz respeito às funções, pode-se distribuí-las em acolhimento, visitas domiciliares, ações programáticas e atendimentos no consultório, realizada pelos membros da equipe, conforme as competências do profissional e portarias ministeriais específicas. As visitas domiciliares são compulsórias e apresentadas como um importante passo para a mudança do modelo de assistência, pois traduz a ideia de que a intervenção no ambiente familiar é capaz de alterar o perfil "higiénico" da população, prevenindo assim maiores agravos à saúde (MERHY; FRANCO, 2003).

#### *Atenção pré-natal e exames de rotina.*

As atividades de rotina do controle pré-natal tem o objetivo de possibilitar ao pré-natalista uma visão rápida das práticas a serem realizadas em cada consulta. Um número maior de consultas, a repetição de exames complementares ou a realização de exames específicos pode ser necessária, dependendo das necessidades individuais da mulher ou de intercorrências apresentadas durante a gestação. Quando ocorrer o ingresso tardio no controle

pré-natal, as atividades correspondentes às consultas anteriores devem ser realizadas de acordo com a necessidade e com o objetivo de se cumprir as ações preconizadas no calendário a seguir (BELO HORIZONTE, PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À DA MULHER).

- Importância de se realizar exames laboratoriais e rotinas durante a gestação:

- \*Pesquisar possível incompatibilidade sanguínea materno-fetal-neonatal.
  - \*Detectar e prevenir precocemente a anemia materna.
  - \*Prevenir as consequências maternas e perinatais das principais DSTs e doenças infecciosas (Toxoplasmose, HIV, Hepatite B, Sífilis) que possam ser tratadas durante a gestação e puerpério.
  - \*Rastrear Diabetes Mellitus.
  - \*Rastrear proteinúria, glicosúria e corpos cetônicos na urina.
  - \*Identificar e tratar as infecções do trato urinário.
  - \*Prevenir o tétano neonatal e puerperal.
- Na primeira consulta, solicitar de rotina:
- \*Hemograma
  - \*Grupo sanguíneo e fator Rh
  - \*Sorologia para sífilis (repetir próximo à 30ª semana)
  - \*Glicemia em jejum (repetir rastreamento entre a 24ª - 28ª semana) – Urina rotina (repetir próximo à 30ª semana)
  - \*Urocultura
  - \*Sorologia anti-HIV, com consentimento da mulher após o “aconselhamento pré-teste” (Repetir próximo à 30ª semana).
  - \*Sorologia para toxoplasmose: IgG e IgM: Repetir trimestralmente se a gestante for susceptível A Sorologia para Hepatite B (HBsAg) deve ser

realizada de preferência próximo à 30ª semana de gestação. O HbsAg (Antígeno de superfície do vírus da Hepatite B) é o primeiro marcador que aparece no curso da infecção aguda e desaparece com a cura.

\*Colpocitologia oncótica: Muitas mulheres freqüentam os serviços de saúde apenas durante o período em que fazem o Pré-natal. Assim, é imprescindível que, nessa oportunidade, seja realizado esse exame, que pode ser feito em qualquer trimestre, sem a coleta endocervical, seguindo as recomendações de rastreamento vigentes no Protocolo do MS-INCA.

\*Ultra-sonografia obstétrica: Recomendada a sua realização em torno de 20 semanas de gestação.

Obs: A ultra-sonografia de rotina durante a gestação, permanece controversa. Não existe comprovação científica de que, rotineiramente realizada, tenha qualquer efetividade sobre a redução da morbidade e da mortalidade perinatal ou materna. As evidências científicas atuais relacionam sua realização no início da gravidez com uma melhor determinação da idade gestacional, detecção precoce de gestações múltiplas e malformações fetais clinicamente não suspeitas. Os possíveis benefícios sobre outros resultados permanecem ainda incertos. Outra situação completamente distinta é a indicação do exame ultra-sonográfico mais tardiamente na gestação, por alguma indicação específica orientada por suspeita clínica, notadamente como complemento da avaliação da vitalidade fetal ou outras características gestacionais ou do feto. Está comprovado que, em gestações de alto risco, a ultra-sonografia com doppler possibilita a indicação de intervenções que resultam na redução da morbimortalidade perinatal.

- Situações para realização Ultra-Som obstétrico fora da rotina (consideradas alta prioridade): -

\*Gestações de 40 semanas, em acompanhamento Pré-Natal.

\*Suspeita de Crescimento Intrauterino Restrito e Oligoidrâmnio.

Consideradas urgência → Agendamento direto no mesmo dia, ou no dia seguinte. - Gestantes com cardiopatia, nefropatia, doenças de colágeno, diabetes, tireopatias, pneumopatias, anemias graves, epiléticas, ameaça de trabalho de parto prematuro (enquanto aguardam agendamento nos Serviços de Pré-Natal Alto Risco) - Câncer e gestação - Suspeita de macrossomia e/ou polidrâmnio - Gravidez inicial com sangramento genital sem causa conhecida (excluir: ectópica, missed).

#### *Avaliação dos resultados de exames.*

##### 1- Sorologia para Sífilis

- O diagnóstico sorológico é realizado pelo VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory), FTAabs (Fluorescent Treponema Antigen Absorbent), MHATp (Microhemoaglutinação para Treponema pallidum) ou Elisa. Durante o acompanhamento Pré-Natal, os pedidos devem ser feitos como “Sorologia para Sífilis”. Seguindo esta orientação, o Laboratório Distrital realizará automaticamente o FTA-Abs sempre que for necessário, se positivo tratar e repetir no 2º e 3º trimestre, se negativo repetir VDRL no 3º trimestre.

##### 2- Exame de Urina Rotina Na presença de:

- Hematúria → Investigar sangramento genito-urinário.
- Piócitos (assintomática) com ou sem hematúria → Urocultura (tratamento mais precoce possível, após o resultado).
- Piócitos (sintomática) → Urocultura e Tratamento precoce (antes do resultado).
- Cilindrúria → Associar a outras alterações do exame e quadro clínico → Propedêutica nefrológica
- Proteinúria maciça → Referir para pré-natal de alto risco
- Corpos cetônicos e glicosúria → Investigar glicemia

##### 3- Urocultura

- Diagnóstico de Bacteriúria Assintomática (rastreamento é feito apenas e obrigatoriamente pela urocultura)
- Diagnóstico de Infecção Urinária

#### 4- Hemograma

-Hb maior ou igual 11g/dl. Suplementação de ferro a partir da 20ª semana: 01 drágea de sulfato ferroso/dia (200 mg), que corresponde a 40 mg de ferro elementar. Recomenda-se ingerir 30 minutos antes das refeições.

- Hb maior ou igual a 8g/dl e < 11g/dl.-

Terapia com 120 a 240 mg de ferro elementar por dia. Solicitar exame parasitológico de fezes e tratar parasitoses (após a 12 sem), se presentes. Repetir dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias: § Se a Hb permanecer em níveis estacionários ou "cair", apesar do tratamento, referir a gestante ao pré-natal de alto risco, para propedêutica.

- Hb menor ou igual a 8g/dl.

Referir ao pré-natal de alto risco Atenção: A drágea de sulfato ferroso possui 20% de Fe elementar em sua composição.

#### 5-Glicemia de Jejum.

A dosagem da glicemia de jejum é o primeiro teste para avaliação do estado glicêmico da gestante. O exame deve ser solicitado a todas as gestantes na primeira consulta do pré-natal, como teste de rastreamento para Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), independente da presença de fatores de risco. O resultado deve ser interpretado segundo as orientações abaixo **DIABETES MELLITUS GESTACIONAL** O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é definido com sendo o Diabetes diagnosticado durante a gravidez. A definição se aplica independentemente do estado glicêmico após o período gestacional ou da necessidade de utilização de insulino terapia. Os principais fatores de risco para o DMG são: a obesidade materna, a história familiar de parente de primeiro grau com diabetes, a história pregressa de diabetes.

Gestantes com uma ou mais destas características são consideradas como de alto risco para DMG. Por outro lado, sabe-se que a prevalência de DMG é baixa entre mulheres com IMC < 25, idade inferior a 25 anos e nenhum dos fatores de risco citados, o que confere a estas mulheres um baixo risco para DMG. Gestantes que não possuem um destes fatores de risco, mas que também não se enquadram nos critérios de baixo risco, são consideradas como de risco intermediário. O diagnóstico do DMG se dá pela presença de dois ou mais valores alterados em testes de tolerância a glicose, conforme se vê na tabela:

Critérios Diagnósticos de DMG	
100 g de glicose	mg/dL
Jejum	95
1h	180
2h	155
3h	140
75g de glicose	mg/dL
Jejum	95
1h	180
2h	155

#### 6- Sorologia para Hepatite B (HbsAg)

Gestante HBsAg positiva deve ser referida para Serviço de Referência após o parto O RN: Receber imunoglobulina humana anti-hepatite B e imunização ativa (vacina) nas primeiras 12 horas de vida (na maternidade) Gestante HBsAg positiva pode amamentar se o RN tiver recebido Vacina e Imunoglobulina, exceto em casos de fissura do mamilo, quando deverá ser interrompida durante o tratamento da fissura.

7- Sorologia para Toxoplasmose A toxoplasmose é causada pelo *Toxoplasma gondii* e a ocorrência da priminfecção na gestação pode acarretar o acometimento fetal. A infecção fetal pelo *T. gondii* pode provocar abortamento, crescimento intra-uterino restrito (CIUR), morte fetal, prematuridade e a



síndrome da toxoplasmose congênita: retardo mental, calcificações cerebrais, microcefalia, hidrocefalia, retinocoroidite, hepato-esplenomegalia. Quanto mais precoce a idade gestacional, na qual a mulher apresenta a priminfecção, mais grave será o acometimento fetal, entretanto o risco da transmissão para o feto é maior nas idades gestacionais mais avançadas. Nos casos em que os resultados de IgM e IgG forem positivos, será realizado o teste de avidéz para IgG, imediatamente, na mesma amostra, pelo Laboratório de análises clínicas. (BELO HORIZONTE, PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À DA MULHER).

#### *Gravidez na adolescência.*

Considera-se adolescência o período de 10 a 19 anos de idade, sendo compreendida como o período de vida a partir do qual surgem às características sexuais secundárias e se desenvolvem processos psicológicos e padrões de identificação que evoluem da fase infantil para a adulta, entre eles a transição de um estado de dependência para outro de relativa autonomia (BRASIL, 2010).

A gravidez na adolescência é um fenômeno complexo, associado a grande número de fatores, como os econômicos, educacionais e comportamentais, precipitando problemas e desvantagens decorrentes da maternidade precoce. No Brasil têm sido referido aumento da incidência da gravidez nesta faixa etária, com cifras que vão de 14 a 22% (MICHELAZZO et al, 2004).

Alguns estudos têm sido realizados, sugerindo a necessidade de estratégias para a prevenção devido às repercussões negativas sobre a saúde do binômio mãe-filho e principalmente, sobre as perspectivas de vida futura de ambos. (OLIVEIRA-MONTEIRO, 2010). Segundo Chalem et al. (2007) na época da parturição, 627 (67,3%) adolescentes não estudavam. Apenas 23,7% das adolescentes faziam uso de método contraceptivo, 81,2% não tinham planejado a gestação e 80,1% eram primigestas.

Para Baraldi et al. (2007) nos dois sistemas de saúde investigados, as adolescentes usuárias do sistema público de saúde frequentam menos consultas de pré-natal, possuem menor escolaridade, tem maior paridade, o

parto normal é mais frequente. Enquanto no sistema de saúde privado é maior o número de atendimento de pré-natal, a escolaridade, a primiparidade e o parto cesariano. Tais disparidades demonstram a influência das desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde, na educação formal e na perpetuação do ciclo de pobreza - gravidez precoce - pobreza.

A reincidência na gravidez nesta etapa da vida é frequente. Segundo Bruno et al. (2009) foi verificado que 61% das adolescentes engravidaram nos cinco anos seguintes ao primeiro parto. Não foram fatores protetores: idade, estudar, trabalhar ou morar com os pais. Entretanto, quando as adolescentes tinham oito anos ou menos de escolaridade, o risco de engravidar quase duplicou. Novas gestações foram mais frequentes entre as solteiras sem companheiro estável que aquelas que mudaram de parceiro.

#### *Fatores de risco da gravidez na adolescência.*

A baixa escolaridade, a mudança de parceiros e uniões não estáveis foram fatores de risco para reincidência de gravidez, MICHELAZZO et al, 2004. Para Waissman (2006) em relação à escolaridade algumas multigestas atingem níveis mais altos, porém com menos probabilidade de continuarem os estudos durante a gestação, sendo que mais da metade não concluíram o ensino fundamental.

Das variáveis psicossociais detectou-se se que as multigestas planejaram mais suas gestações iniciaram mais precocemente suas atividades sexuais, no entanto conheciam e se utilizaram com a maior frequência de métodos contraceptivos. Os pais e as mães das adolescentes multigestas apresentaram melhor reação frente à notícia da gestação que os das primigestas (WAISSMAN, 2006).

Segundo o estudo em Cuba, Hernández et al. (2011) disseram que em sua investigação sobre os conhecimentos da sexualidade na adolescência, predominaram os adolescentes do sexo feminino e as idades entre 14 a 16 anos. Os autores propõem ter informação prévia sobre educação da sexualidade para prevenir a gravidez na adolescência, ainda que as reflexões

ante a gravidez e o aborto e seus riscos e o uso de métodos anticoncepcionais sejam insatisfatórias, predominando os do sexo masculino e referem aos pais e os professores como as vias pelas quais recebem a informação sobre o tema.

Existem dificuldades na educação da sexualidade em função de prevenir a gravidez nas adolescentes e propõe-se uma estratégia de intervenção educativa para prevenir a gravidez nesta etapa da vida. Dizem Rodrigues et al. (2013) que no estudo foram identificadas as fragilidades do planejamento familiar junto às adolescentes e, a partir disso, planejou-se uma ação educativa, que foi satisfatória em virtude das contribuições referidas pelas adolescentes.

#### *Promoção de saúde na prevenção da gravidez na adolescência.*

A realização de grupos de educação em saúde para adolescentes é vital ao processo de incorporação de conhecimentos para os sujeitos, aliando-se a eles o apoio da família e das escolas com vistas à redução da gravidez precoce, e sua recidiva. A saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes é motivo de constante preocupação para pais, educadores, profissionais de saúde e governantes, uma vez que suas consequências são de alto impacto individual e social (RODRIGUES et al., 2013).

A concepção de saúde e promoção de saúde, como um novo paradigma fundamenta a estratégia de educação em saúde, propiciando melhor reflexão, planejamento, implementação e avaliação das atividades educativas, não só das enfermeiras, como também de toda a equipe da Equipe de Saúde da Família (ESF) e demais profissionais, que utilizam a Educação em Saúde como ferramenta de trabalho. É fundamental intensificar as ações educativas, em particular, sobre a sexualidade e a prevenção da gravidez precoce, por meio de grupos de adolescentes e de conversações diretas com os jovens e a comunidades, a fim de reduzir este fenômeno e, conseqüentemente, contribuir para a promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente (FERNANDES; SOUSA; BARROSO, 2004).

É fato que a associação entre conhecimento de métodos contraceptivos e prática do sexo seguro e frágil, levando à gravidez na adolescência e ao contágio de doenças sexualmente transmissíveis. A gravidez na adolescência tem se destacado como um problema de saúde pública em diversos países do mundo, devido ao elevado risco de morbimortalidade materna e infantil e por constituir um possível evento destrutor da vida das adolescentes (GUANABENS et al., 2012).

Na América Latina 25% das adolescentes já engravidaram pelo menos uma vez. Isso mostra que, enquanto em outros países existe uma queda acentuada do índice de maternidade na faixa etária até os 20 anos, na América Central e na América do Sul, os índices evoluem ao contrário, ficando atrás somente dos países africanos. No Brasil, de acordo com as informações disponíveis, somente entre 2001 e 2003, nasceram cerca de 85 mil bebês de mães com idade entre 10 e 14 anos (MEDEIROS, 2009).

O aspecto social implica no abandono escolar e na limitação da formação profissional, podendo comprometer suas expectativas de vida futura. A preocupação com a gravidez na adolescência vem de longa data, mas a questão da repetição das gestações nesta faixa de idade não recebeu, por muito tempo, a mesma atenção. Assim, são ainda escassos os trabalhos sobre reincidência de gravidez na adolescência, o que dificulta, inclusive, o conhecimento da sua frequência, com variação entre 25 e 50% na literatura mundial. (MEDEIROS, 2009).

## 6. PLANO DE AÇÃO

### 6.1 Descrição do problema selecionado

A gravidez na adolescência se define como a gravidez que ocorre entre as idades de 10 e 19 anos, vem se configurando como um problema cada vez mais alarmante, com consequências psicossociais para os adolescentes envolvidos, ao bebê, à família e à sociedade de um modo geral, que arca com os custos coletivos desse ato. Conforme os Ministérios da Saúde, da Educação, Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) constataram que o índice de gravidez na adolescência de fato está aumentando. A Unidade Básica de Saúde Lagoa tem um total de 35 gestantes, sendo 22 delas adolescentes, constituindo uma preocupação muito grande para toda a equipe. Em discussão com a equipe, analisamos os problemas percebidos após cada um citar e expor suas impressões e, em conjunto, estabelecemos uma lista de problemas. O problema que foi priorizado foi alta incidência da gravidez na adolescência, sendo que a importância do problema, a urgência e a capacidade de enfrentá-lo foram os critérios utilizados para sua seleção.

**Quadro 1.** Classificação de prioridades para os problemas identificados na Equipe de saúde Lagoa. Ribeirão das Neves, Minas Gerais.

<b>Principais Problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Alta incidência da gravidez na adolescência,	Alta	25	Parcial	1
Alta prevalência de HAS e de Diabetes Mellitus	Alta	20	Parcial	1
Aumento do consumo de Psicofarmacos.	Alta	20	Parcial	2
Maus hábitos dietéticos	Alta	15	Parcial	3
Alta prevalência de doenças mentais.	Alta	20	Parcial	3

## **6.2 Seleções dos nós críticos**

Para elaboração do plano de ação, antes, discutimos, identificamos e elegemos os “nós críticos” para o enfrentamento do problema:

- 1- Processo de trabalho da equipe de saúde (inadequado processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família para enfrentar o problema).
- 2- Níveis de informação da população (falta de conhecimento da população sobre os métodos anticoncepcionais e os riscos da gravidez na adolescência).
- 3- Políticas sociais e estruturas dos serviços básicos de saúde e educação.

Apresentamos no quadro 2 o desenho de operações para os nós críticos do problema na Unidade Básica de Saúde Lagoa, Ribeirão das Neves, Minas Gerais.

**Quadro 2:** Desenho de operações para os nós críticos do problema na Unidade Básica de Saúde Lagoa, Ribeirão das Neves, Minas Gerais.

<b>Nós críticos</b>	<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos necessários</b>
Falta de conhecimento da população sobre os métodos anticoncepcionais e os riscos da gravidez na adolescência.	<b>Saber+</b> Mais Saúde. Aumentar o conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais para prevenir a gravidez na adolescência.	Diminuir em pelo menos 50% o número de gestantes adolescentes, em comparação com o número atual.	Avaliação do nível de conhecimento da população adolescente sobre os métodos anticoncepcionais e os riscos da gravidez na adolescência. Promoção e prevenção da gravidez na adolescência na consulta e nas visitas domiciliares. Campanha educativa na sala de espera do posto de saúde. Campanha educativa na rádio local. Programa de saúde na escola. Atividades de promoção de saúde em centros de trabalhos e Igrejas.	<u>Cognitivo:</u> Conhecimento sobre estratégias de comunicação pedagógicas sobre gravidez na adolescência. <u>Organizacional:</u> Organizar a agenda de trabalho. <u>Político:</u> Mobilização social e participação da equipe. Articulação intersetorial em parceria com o setor educacional. Conseguir um espaço na rádio local. <u>Financeiro:</u> Para aquisição de folhetos educativos e recursos audiovisuais.

<p>Inadequado processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família para enfrentar o problema.</p>	<p><b>Cuidar Melhor</b> Linhas de trabalho. Acrescentar o conhecimento sobre os riscos da gravidez na adolescência, incentivar o uso de camisinha. Adequar o processo de trabalho da Equipe de Saúde da família para enfrentar o problema.</p>	<p>Elevar 100% da sua capacidade de trabalho da equipe como gestor principal das ações de saúde na comunidade, garantindo a cobertura de 100% da população adolescente com risco de gravidez, e diminuir a incidência deste problema para garantir uma melhor qualidade de vida dos adolescentes.</p>	<p>Processo de educação permanente para os membros da equipe sobre gravidez na adolescência. Ensinar a equipe técnica de promoção e prevenção de saúde. Reorganizar a agenda de trabalho dando prioridades às consultas das adolescentes com risco de gravidez. Estabelecer um tempo prudente em cada consulta para fazer prevenção de saúde. Estabelecer as finalidades de um grupo operativo, identificar os elementos errados nos atuais grupos e incrementar as ações educativas mediante a participação ativa dos adolescentes na troca de saberes e estratégias para a adequada prevenção da gravidez na adolescência. Ensinar aos adolescentes em quanto os fatores de risco da gravidez na adolescência e o uso de camisinha.</p>	<p><u>Cognitivo:</u> Conhecimento sobre estratégias de comunicação e pedagógicas e sobre o tema. Conhecimentos dos protocolos de atuação sobre gravidez na adolescência e dos grupos operativos. <u>Organizacional:</u> Organizar a agenda de trabalho. Planejamento das aulas e pessoal treinado. <u>Político:</u> Mobilização de toda a equipe de saúde da família e dos pacientes hipertensos. <u>Financeiro:</u> Para aquisição de recursos audiovisuais.</p>
---	--	---	---	---



### 6.3 Identificações dos recursos críticos

O processo de transformação da realidade sempre consome, com mais ou com menos intensidade, algum tipo de recurso. Portanto, a dimensão dessa transformação vai depender da disponibilidade de determinados recursos, a favor ou contra as mudanças desejadas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A Equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Lagoa identificou como recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis. Por isso a importância da equipe ter clareza de quais são esses recursos, para assim criar estratégias para viabilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Os recursos foram agrupados no quadro 3 de acordo com os “nós” a serem enfrentados.

**Quadro 3:** Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema Alta incidência da Gravidez na adolescência na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Lagoa, Ribeirão das Neves, Minas Gerais.

<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>
<b>Saber+</b>	Político > Mobilização social e articulação inter-setorial em parceria com o setor educacional. Conseguir um espaço na radio local. Financeiro > Para aquisição de folhetos educativos e recursos audiovisuais.
<b>+Saúde</b>	Político > Adesão dos profissionais e da população.
<b>Cuidar Melhor</b>	Cognitivo > Conhecimento da equipe sobre protocolo de Gravidez na Adolescência. Político > Mobilização de toda a equipe de saúde da família e dos adolescentes com risco. Financeiro > Para aquisição de recursos audiovisuais.

#### **6.4 Análises de viabilidade do plano.**

A análise da viabilidade do plano de ação da Equipe de Saúde da Família Lagoa é explicada no quadro 4. É importante salientar que o ator que está planejando não controla todos os recursos do seu plano, por isso ele precisa identificar os atores que controlam os recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para assim definir operações/ ações estratégicas para construir viabilidade para seu plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A Unidade Básica de Saúde Lagoa identificou os atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados, como sintetizados no quadro 4.

**Quadro 4:** Propostas de ações para a motivação dos atores, Unidade Básica de Saúde Lagoa, Ribeirão das Neves, Minas Gerais.

Operação/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<b>Saber+</b> Aumentar o conhecimento da população sobre gravidez na adolescência e os fatores de risco associados.	Político > Mobilização social e articulação Inter setorial em parceria com o setor educacional. Conseguir um espaço na radio local. Financeiro > Para aquisição de folhetos educativos e recursos audiovisuais.	População. Secretaria Municipal de Educação. Rádio local. Secretaria Municipal de Saúde.	Indiferente. Indiferente.  Favorável.  Favorável.	Apresentar o projeto de estruturação da rede para coordenação da Atenção Primária de Saúde e para todos os membros da equipe da Unidade de Saúde Lagoa. Realizar uma reunião com conselho local de saúde e população para apresentar a proposta do projeto de intervenção.
<b>+Saúde</b> Estabelecer estilos de vida adequados na população para diminuir a incidência de gravidez na adolescência.	Político > Adesão dos profissionais e da população.	Equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde Lagoa.  População.	Favorável.   Indiferente.	Realizar uma reunião com conselho local de saúde e população para apresentar a proposta do projeto de intervenção. Reforçar na população de adolescentes a importância de manter uma sexualidade responsável para evitar a gravidez.

<p><b>Cuidar Melhor</b> Adequar o processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família para enfrentar o problema.</p>	<p>Cognitivo &gt; Conhecimento da equipe sobre protocolo de Manchester. Político&gt; Mobilização de toda a equipe de saúde da família e dos adolescentes. Financeiro &gt;Para aquisição de recursos audiovisuais.</p>	<p>Equipe de Saúde da Família Lagoa</p> <p>Equipe de Saúde da Família Lagoa.</p> <p>Pacientes adolescentes. Secretaria Municipal de Saúde.</p>	<p>Favorável.</p> <p>Favorável.</p> <p>Indiferente. Favorável.</p>	<p>Apresentar projeto de estruturação da rede. Mostrar à equipe as funções da Estratégia de Saúde da Família, enfatizando na importância da promoção e prevenção em saúde e capacitar para trabalhar com o protocolo de Manchester. Mostrar aos pacientes hipertensos a importância da adesão ao tratamento para evitar as complicações da doença.</p>
---	---	--	--	--

## **6.5 Elaboração do plano operativo**

A finalidade deste passo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A Unidade Básica de Saúde Lagoa definiu por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto, de acordo com o quadro.

Dessa forma nosso projeto possui alguns responsáveis e prazos a serem cumpridos, como podemos observar no Quadro 5.

**Quadro 5.** Plano Operativo. Unidade Básica de Saúde Lagoa, Ribeirão das Neves, Minas Gerais.

<b>Operações.</b>	<b>Resultados.</b>	<b>Produtos.</b>	<b>Ações estratégicas.</b>	<b>Responsáveis.</b>	<b>Prazo.</b>
<b>Saber+</b> Aumentar o conhecimento da população sobre gravidez na adolescência e os fatores de risco associados.	Maior conhecimento da população sobre gravidez na adolescência, e como diminuir a incidência da mesma.	Avaliação do nível de conhecimento da população sobre gravidez na adolescência, e os fatores de risco para diminuir a incidência. Promoção e prevenção de saúde nas visitas domiciliares. Campanha educativa na sala de espera do posto da saúde. Campanha educativa na radio local. Programa de saúde na escola. Atividades de promoção de saúde em centros de trabalhos e igrejas.	Apresentar o projeto de estruturação da rede para coordenação da APS e para todos os membros da equipe do PSF Lagoa. Realizar uma reunião com conselho local de saúde e população para apresentar a proposta do projeto de intervenção.	Enfermeira Luciana  Agentes comunitárias de saúde, enfermeira Luciana e médica Mildrey.  Enfermeira Luciana Enfermeira Luciana.  Enfermeira Luciana e médica Mildrey.  Enfermeira Luciana e agentes comunitárias de saúde.  Toda a equipe de Saúde da Família.	Início em 1 mês e término em 2 meses.  Início em 1 mês e término em 5 meses.  Início em 1 mês e término em 2 meses.  Início em 1 mês e término em 2 meses.  Início em 1 mês e término em 3 meses.  Início em 1 mês e término em 3 meses.  Início em 1 mês e término em 4 meses.



		participação ativa dos adolescentes com risco de gravidez.  Incentivar o uso de camisinha na população adolescente.		Enfermeira e médica	Início em 1 mês e término em 2 meses.  Início em 1 mês e término em 3 meses.
--	--	---	--	---------------------	--



## 6.6 Gestão do plano.

Os quadros 6 e 7 sintetizam a situação do plano de ação da Unidade Básica de Saúde Lagoa, de 6 meses após o início do projeto, que se enquadram no desenho do modelo de gestão do plano de ação e na discussão e definição do processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Quadro 6. Avaliação do projeto após 6 meses, Unidade Básica de Saúde Lagoa, Ribeirão das Neves, Minas Gerais.

<b>Operação "Saber+"</b>					
<b>Coordenação: Enfermeira – Avaliação após 6 meses do início do projeto.</b>					
Produtos	Responsável	Prazo inicial	Situação atual.	Justificativas	Novo prazo
Avaliação do nível de conhecimento da população sobre os fatores de risco da gravidez na adolescência.	Enfermeira Luciana.	2 meses.	Não iniciado.	Momento de elaboração do plano de Ação.	A determinar junto à equipe e coordenação.
Promoção e prevenção de saúde nas visitas domiciliares.	Agentes comunitárias, enfermeira Luciana	5 meses.	Não iniciado.	Momento de elaboração do plano de Ação.	A determinar junto à equipe e coordenação.

	e médica Mildrey.				
Campanha educativa na sala de espera do posto de saúde.	Enfermeira Luciana e a psicóloga.	2 meses.	Não iniciado.	Momento de elaboração do plano de Ação.	A determinar junto à equipe e coordenação.
Campanha educativa na radio local.	Enfermeira Luciana.	2 meses.	Não iniciado.	Momento de elaboração do plano de Ação.	A determinar junto à equipe e coordenação.
Programa de saúde na escola.	Enfermeira Luciana e médica Mildrey.	3 meses.	Não iniciado.	Momento de elaboração do plano de Ação.	A determinar junto à equipe e coordenação.
Atividades de promoção de saúde em centros de trabalhos e Igrejas.	Enfermeira Luciana e agentes comunitárias de saúde.	3 meses.	Não iniciado.	Momento de elaboração do plano de Ação.	A determinar junto à equipe e coordenação.

Quadro 7. Continuação da avaliação do projeto após 6 meses, Unidade Básica de Saúde Lagoa, Ribeirão das Neves, Minas Gerais

<b>Operação "+Saúde"</b>					
<b>Coordenação: Enfermeira – Avaliação após 6 meses do início do projeto.</b>					
Produtos	Responsável	Prazo inicial	Situação atual.	Justificativas	Novo prazo
Avaliação dos estilos de vida inadequados presentes na população.	Enfermeira.	2 meses.	Não iniciado.	Momento de elaboração do plano de Ação.	A determinar junto à equipe e coordenação.
Promoção e prevenção de saúde nas visitas domiciliares.	ACSS, enfermeira e médica.	5 meses.	Não iniciado	Momento de elaboração do plano de Ação.	A determinar junto à equipe e coordenação.
Palestras educativas na recepção da unidade e em centros de trabalhos.	Enfermeira e psicóloga.	4 meses.	Não iniciado	Momento de elaboração do plano de Ação.	A determinar junto à equipe e coordenação.

Dar aulas aos membros da equipe sobre os riscos da gravidez na adolescência.	Médica e enfermeira	2 meses.	Não iniciado.	Momento de elaboração do plano de Ação.	A determinar junto à equipe e coordenação.
Ensinar a equipe técnicas de promoção e prevenção de saúde.	Médica e psicóloga.	2 meses.	Não iniciado.	Momento de elaboração do plano de Ação.	A determinar junto à equipe e coordenação.
Reorganizar a agenda de trabalho dando prioridades às consultas agendadas.	Enfermeira	2 meses.	Não iniciado.	Momento de elaboração do plano de Ação.	A determinar junto à equipe e coordenação.
Estabelecer um tempo prudente em cada consulta para fazer medicina preventiva.	Enfermeira	2 meses.	Não iniciado.	Momento de elaboração do plano de Ação.	A determinar junto à equipe e coordenação.
Estabelecer as finalidades de um grupo operativo, identificar os elementos errados nos atuais grupos e incrementar as ações educativas mediante a participação ativa	Enfermeira e médica.	2 meses.	Não iniciado.	Momento de elaboração do plano de Ação.	A determinar junto à equipe e coordenação.

dos adolescentes.					
Incentivar o uso de camisinha.	Enfermeira e médica	3 meses.	Não iniciado.	Momento de elaboração do plano de Ação.	A determinar junto à equipe e coordenação.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Curso de Especialização em Saúde da Família – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (CNESCON) e – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – 2018 possibilitou o resgate de minha trajetória profissional. Esta oportunidade inovadora motivou-me a buscar novos conhecimentos sobre a realidade do adolescente, especialmente a questão da gravidez na adolescência. Através da análise da realidade local, identificou-se o problema da gravidez na adolescência, quando foram utilizados instrumentos tais como: o diagnóstico situacional elaborado no decorrer do Curso de Especialização.

Após proceder a pesquisa bibliográfica relacionada ao tema, ocorreu uma nova forma de encarar esta problemática. Apreendi que a discussão sobre sexualidade e saúde do adolescente não pode ocorrer de forma isolada do contexto sociocultural nos quais os jovens estão inseridos. Compreender as complexidades e peculiaridades do mundo adolescente, participar do processo de individualização juvenil, conhecer as percepções dos jovens sobre saúde e risco são passos fundamentais para a sugestão de ações. Por outro lado, não podemos incorrer no erro de transmissão de informações. As ações devem ser estruturadas, de forma que possibilitem ao jovem ter oportunidade de refletir sobre valores e atitudes, fortalecendo-os diante de suas vulnerabilidades.

Ter clareza quanto à motivação dos profissionais envolvidos é fundamental para o trabalho em conjunto. Isto não quer dizer que não se possa sensibilizar aqueles que, num primeiro momento, apresentem-se desfavoráveis ou indiferentes à proposta. O profissional que pretende contribuir precisa desenvolver habilidades para auxiliar os adolescentes no processo de fortalecimento. Por outro lado, os adolescentes provocam mudanças e amadurecimento nestes profissionais. A revisão de literatura reforçou a ideia de que o trabalho deve envolver toda a equipe da Unidade de Saúde da Família, os familiares dos adolescentes e os diversos parceiros da área de abrangência. Os educadores, pertencentes às diversas instituições escolares da comunidade; e as diversas lideranças nos setores de arte, cultura, lazer e

esporte devem ser todos considerados. As questões trabalhistas, também, devem compor o elenco de assuntos a serem abordados com os jovens. Espera-se ampliar a busca de soluções criativas, para os problemas pertinentes à gravidez na adolescência, à responsabilização pelas escolhas destes jovens, auxiliando-os no processo de transformação da realidade onde vive.

## REFERÊNCIAS

- BARALDI, AC.P, DAUD, Z.P, ALMEIDA,A.M, GOMES, F.A, NAKANO, AM.S. Gravidez na adolescência: estudo comparativo das usuárias das maternidades públicas e privadas. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**. Set-out; 15(número especial), 2007
- BELO HORIZONTE. PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER 2008. **Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura de Belo Horizonte**. <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/protocoloprenatal.pdf>.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, n. 26.
- BRASIL. Ministério da Saúde Portaria nº 648 de março 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil nº 648, de 28 março de 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017, n. 27, p. 128.
- BRUNO, Z.V.; FEITOSA, F.E.; SILVEIRA, K.P.; DEMORAIS, I.Q.; BEZERRA, M.F. Reincidência de gravidez em adolescentes. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.31, n.10, p.480-484, out. 2009.
- CHALEM, E et al. **Gravidez na adolescência: perfil sócio demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil**. Cad. Saúde Pública [online]. 2007, v..23, n.1, p.177-186
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA. H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2012.  
Disponível em



[http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/planejamento e avaliacao das açoes de saúde 2/3](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3)>. Acesso em: 11 jul [2017].

DA ROS, M. A. et al. **Residência multiprofissional em Saúde Familiar: Uma conquista de movimento sanitário**. Cadernos RH Saúde, Brasília. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. v.3,n.1, 145-54, mar. 2006.

FERNANDES, J.F.P; SOUZA, L.B; BARROS, M.G.T. Repercussão da gravidez no contexto sócio familiar da adolescente uma experiência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n.4, p. 400-406, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 18 jul 2017.

GUANABENS, M. F. G.; GOMES, A. M.; MATA, M. E.; REIS, Z. S. N. Gravidez na adolescência: um desafio à promoção da saúde integral do adolescente. **Revista brasileira educação medicina** [online]. 2012, v.36, n.1, suppl.2, p. 20-24.

[https://pt.wikipedia.org/wiki/Ribeirao das Neves](https://pt.wikipedia.org/wiki/Ribeirao_das_Neves).

HERNÁNDEZ, M. P.; SUAREZ, L. M; RIVAS, MS. Conjunto de ações para o tratamento da educação sexual na preparação do PGI do ESBU: Mártires da Bolívia no município de Remédios. **Revista de Felix Varela**. 2011; v.27: p. 2-9.

MENDES, E. V. **Atenção Primária á saúde do SUS**. Fortaleza: escola de Saúde Publica, 2002.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. HUCITEC, São Paulo, 2003.

MICHELAZZO, D.; YAZLLE, M.E.H.D.; MENDES, MC.; PATTA, M.C.; ROCHA, J.S.Y.; MOURA, M.D. Indicadores sociais de grávidas adolescentes: estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. [on-line]. 2004. v.26, n.8, p. 633-639. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n8/a07v26n8.pdf>. Acesso em 18 jul 2017.

MEDEIROS, M. Jornal do Brasil (RJ). **Incidentia-de-adolescentes-gravidas-na-america-latina**. Agosto, 2, 2009. Disponível em:

<http://blogs.opovo.com.br/educacao/2009/08/02/dados-da-onu-mostram-incidentia-de-adolescentes-gravidas-na-america-latina/>. Acesso em 18 jul 2017.

MONTEIRO, C. F. A violência intrafamiliar contra adolescentes grávidas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 4, p. 373-6, 2007.

MOREIRA, T. M. M.; VIANA D. de S.; QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Revista enfermagem**. USP [online]. 2008, v 42, n.2 p. 2.

OLIVEIRA-MONTEIRO, N.R. (2010). Percursos da gravidez na adolescência: estudo longitudinal após uma década da gestação. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 23, n 2, p 278-288. Acesso em 18 jul 2017.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes por modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e praticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2003. p.7-37.

RODRIGUES, ML. A; COELHO, MC. B; SIQUEIRA, CA. L. F. Planejamento familiar: um recurso estratégico à maternidade responsável de adolescentes primíparas. **S A N A R E**, Sobral, v.12, n.1, p. 27-32, 2.013. .Acesso em 18 jul [2017].

WAISSMAN, A.L. **Análise dos fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência** [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2006.