

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

**MONIQUE DE CASTRO ROCHA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO SOBRE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA**

**POCOS DE CALDAS / MINAS GERAIS  
2019**

**MONIQUE DE CASTRO ROCHA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO SOBRE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA**

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

Orientador: Profa. Liliane da Consolação Campos Ribeiro

**POCOS DE CALDAS / MINAS GERAIS  
2019**

**MONIQUE DE CASTRO ROCHA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO SOBRE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA**

**Banca examinadora**

Profa. Liliane da Consolação Campos Ribeiro -Orientadora

Profa. Dra. Márcia Christina Caetano Romano –(UFSJ)

Aprovado em Belo Horizonte, em 25 de Outubro de 2019.

## **Dedico este trabalho**

À todos os meus pacientes que tive o prazer de atender durante esses anos. Dedico também a toda a equipe de saúde que trabalhou e trabalha duramente, mesmo com todas as dificuldades encontradas. Por fim dedico aos meus amigos e familiares que me acompanham desde sempre.

## **AGRADEÇO**

A minha família, que me apoiou desde a graduação até agora. Agradeço aos meus amigos por estarem ao meu lado, me ajudando nas horas difíceis. Agradeço a Equipe da Unidade Básica de Saúde São Jorge pela ajuda e compreensão. Por fim agradeço a todos que de alguma maneira ajudaram na realização desse trabalho.

“Que todos os nossos esforços estejam sempre focados no desafio à impossibilidade. Todas as grandes conquistas humanas vieram daquilo que parecia impossível” (Charles Chaplin).

## RESUMO

Na Unidade Básica de Saúde São Jorge localizado no município de Poços de Caldas-MG, foi encontrado um número elevado de gestantes com menos de 20 anos. Essa informação foi constada por meio do diagnóstico situacional da população adscrita. Na prática do pré-natal, observa-se que a maioria dessas adolescentes não planejaram a gravidez, possuem histórico de gravidez na adolescência na família, são solteiras, não fizeram uso de métodos contraceptivos e que cessaram os estudos precocemente. Como a gestação nesta faixa etária vem sendo considerada problema de saúde pública, uma vez que há um risco maior de complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e o recém-nascido, bem como problemas psicossociais e econômicos, torna-se necessário intervir com projetos que visem orientar em relação a suas consequências, métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis. Nesse sentido, o objetivo do trabalho foi propor um plano de ação para reduzir as taxas de gravidez na adolescência na população usuária da comunidade adscrita. A metodologia utilizada foi o diagnóstico situacional da área de abrangência, seguida de uma pesquisa bibliográfica sobre o tema, finalizando com a elaboração de um plano de intervenção utilizando o que é preconizado pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES). Inferimos ser possível a realização de ações educativas pela equipe nas escolas, na atenção primária de saúde, na comunidade com os adolescentes e familiares e dessa forma, contribuir para mudanças nesse cenário.

**Palavras-chave:** Adolescente; Gravidez na Adolescência; Educação em Saúde; Métodos Contraceptivos.

## **ABSTRACT**

In the São Jorge Basic Health Unit located in the city of Poços de Caldas-MG, a high number of pregnant women under 20 years old were found. This information was obtained through the situational diagnosis of the enrolled population. In prenatal practice, it is observed that most of these adolescents did not plan pregnancy, have a history of teenage pregnancy in the family, are single, did not use contraceptive methods and have ceased studies early. As pregnancy in this age group has been considered a public health problem, since there is a higher risk of obstetric complications, with repercussions for the mother and newborn, as well as psychosocial and economic problems, it is necessary to intervene with projects. aimed at guiding their consequences, contraceptive methods and sexually transmitted diseases. In this sense, the objective of this work was to propose an action plan to reduce the rates of teenage pregnancy in the population of the community. The methodology used was the situational diagnosis of the coverage area, followed by a bibliographic research on the theme, ending with the elaboration of an intervention plan using what is recommended by the Situational Strategic Planning (PES). We infer that it is possible to carry out educational actions by the team in schools, in primary health care, in the community with adolescents and their families and thus contribute to changes in this scenario.

**Keywords:** Adolescent; Teenage pregnancy; Health education; Contraceptive Methods.



## SUMÁRIO

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO</b>   | <b>7</b>  |
| 1.1      | Aspectos gerais do município  | 7         |
| 1.2      | Aspectos da comunidade  | 8         |
| 1.3      | O sistema municipal de saúde  | 8         |
| 1.4      | A Unidade Básica de Saúde São Jorge   | 10        |
| 1.5      | Equipe de saúde da família São Jorge  | 10        |
| 1.6      | O funcionamento da Unidade de saúde da Equipe São Jorge                                   | 11        |
| 1.7      | O dia a dia da equipe São Jorge   | 11        |
| 1.8      | Estimativas rápidas problemas de saúde no município e da comunidade (primeiro passo)      | 11        |
| 1.9      | Priorização de problemas. A seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo) | 12        |
| <b>2</b> | <b>JUSTIFICATIVA</b>  | <b>12</b> |
| <b>3</b> | <b>OBJETIVOS</b>  | <b>14</b> |
| 3.1      | Objetivo geral  | 14        |
| 3.2      | Objetivos específicos   | 14        |
| <b>4</b> | <b>METODOLOGIA</b>  | <b>15</b> |
| <b>5</b> | <b>REVISÃO TEÓRICA</b>  | <b>16</b> |
| <b>6</b> | <b>PLANO DE INTERVENÇÃO</b>   | <b>20</b> |
| 6.1      | Descrição do problema selecionado (terceiro passo)  | 21        |
| 6.2      | Explicação do problema selecionado (quarto passo)   | 21        |
| 6.3      | Seleção dos nós críticos (quinto passo)   | 22        |
| 6.4      | Desenho das operações (sexto passo)   | 23        |
| <b>7</b> | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>   | <b>26</b> |
|          | <b>REFERÊNCIAS</b>  | <b>27</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos gerais do município.

Poços de Caldas é um município brasileiro do Estado de Minas Gerais, no sudeste do país. Está localizado na mesorregião do Sul e Sudoeste de Minas, e, segundo estimativa do IBGE para 1º de julho de 2017, é o 15º Município mais populoso do Estado, com 166.085 habitantes. Sua população, em julho de 2017 foi estimada em 166.085 habitantes. O Município fica situado em uma região vulcânica já extinta, no sopé da Serra de São Domingos. (BRASIL, 2017)

Os Municípios limítrofes são os mineiros Botelhos e Bandeira do Sul a nordeste, Campestre à leste, Caldas a sudeste e Andradas ao sul e, os paulistas Águas da Prata a sudoeste, São Sebastião da Gramma, Divinolândia a oeste e Caconde a norte.

O Município localiza-se numa área de transição entre dois biomas: o Cerrado e a Mata Atlântica, entretanto, predomina o bioma Mata Atlântica. O Município situa-se num planalto elíptico, com área aproximada de 750 km<sup>2</sup>, altitude média de 1300 m e campos suavemente ondulados. É rodeado de montanhas com altitudes entre 1600 m e 1800 m.

Os solos apresentam características geológicas diversas. São formados por extensa intrusão de rochas alcalinas (sienitos nefelínicos), circundados por formações arqueanas. Em geral são argilosos, com pequenas ocorrências de arenito e a presença de jazidas de bauxita e argila refratárias. Há grandes reservas de minérios ferrosos, não ferrosos e radioativos. A morfologia poços-caldense mostra a seguinte conformação topográfica: relevo plano 7%, ondulado 57% e montanhoso 36%.

Limita-se ao Norte pela Serra de São Domingos, ao Sul pela Serra do Gavião e a do Caracol, pela face Oeste a Serra de Poços de Caldas é limitante e a Leste, a Serra do Selado e o Serrote do Maranhão.

Até a década de cinquenta, a principal fonte de receita do município era o turismo. As primeiras indústrias de porte instalaram-se nos anos 70, explorando as grandes jazidas de bauxita. Vieram a Alcominas, produzindo lingotes de alumínio, a Fertilizantes Mitsui, a Celanese do Brasil, de fibras químicas para têxteis e a Termocanáda que produzia cabos elétricos de cobre e alumínio. Mais tarde, Alcominas e Termocanáda passam ao controle da Alcoa, constituindo a Alcoa Alumínio SA e a Alcoa Divisão de Cabos e Condutores. Ainda nos anos 70, a Laticínios Poços de Caldas iniciou sua produção de iogurtes com a tecnologia da Francesa Danone. Até esta época, a agroindústria

voltada basicamente para o mercado regional era a principal atividade do município. A Laticínios de Poços de Caldas ampliou também suas instalações. A produção de São Paulo foi toda transferida para a fábrica local. A instalação em Poços de Caldas de uma indústria que utilize quantidade significativa de fundidos de alumínio é altamente estratégica. A economia de energia seria significativa. Esta indústria poderá adquirir da Alcoa o Alumínio Líquido, primário, processo que ela já adota na fabricação de condutores. A Alcoa é hoje a maior empresa de Poços de Caldas. Suas atividades: pesquisa de recursos de subsolos, extração de bauxita e outros minerais, transformação de bauxita em óxido de alumínio e lingotes de alumínio e produção de condutores elétricos.

A Celanese, que passou a chamar-se Celbras, foi incorporada pelo Grupo Sina-sa. Em 1995, associa-se à Rhodia, dando origem à Rhodia Sther, primeira indústria a fabricar resina na América Latina, hoje adquirida pelo grupo italiano M&G. A atividade industrial representa hoje cerca de 57,26% da arrecadação municipal, contra 18% do setor primário e 18% do terciário. O parque industrial instalado no município conta ainda com as indústrias Lorenzetti S/A, Ferrero do Brasil, Companhia Brasileira de Alumínio (CBA), Yoorin /Estação Bauxita (da Mineração Curimbaba), Mineração Curimbaba, Togni S/A Materiais Refratários, entre outras. Hoje, cerca de 97% das empresas do município são de pequeno porte (até 29 funcionários). Entretanto, 27% dos empregos estão concentrados em 14 empresas de grande porte (+ de 250 funcionários) que representam apenas 0,3% do total.

## **1.2 Aspectos da comunidade**

A área de atuação da Unidade de Saúde São Jorge é de grande abrangência, prestando assistência em mais de 18 bairros. Não contamos com agentes de saúde, assim que não temos uma área de atuação delimitada, tampouco uma população cadastrada e delimitada.

A população que é atendida é uma população extremamente carente, com recursos muitos limitados, baixa escolaridade, e não são munidos de muita informação.

A comunidade não está acostumada com a estratégia de saúde da família, ainda estão se adaptando a nova maneira de atuação que está sendo implantada no Unidade Básica de Saúde.

## **1.3 O sistema municipal de saúde**

## **REDE DE SERVIÇOS**

### **ATENÇÃO PRIMARIA:**

- 31 Unidades de Saúde da Família, com 28 Equipes de Saúde da Família, quatro equipes de Saúde Bucal e três equipes do Núcleo Apoio a Saúde da Família (NASF);
- Três Unidades Básica de Saúde (UBS);
- Programa Materno Infantil;
- Equipe de atenção domiciliar (fora de área);
- Consultório volante de odontologia.

### **ATENÇÃO ESPECIALIZADA:**

- Núcleo de Especialidades Centro;
- Núcleo de Especialidades do Hospital Margarita Morales (HMM) (realiza também exames de radiodiagnóstico e ultrassonografia);
- Núcleo de Especialidades do Hospital da Zona Leste (HZL) (realiza também exames de radiodiagnóstico e ultrassonografia);
- Serviço de Referência de Saúde da Mulher e da Criança no HZL;
- Centro de Especialidade Odontológica (CEO);
- Cemada.

### **ATENÇÃO DE URGENCIA E EMERGENCIA:**

- Pronto Socorro Municipal /Policlínica
- PA do HMM
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

### **ASSISTENCIA FARMACEUTICA:**

- Farmácia Central;
- Três farmácias regionais (HMM, HZL, Farmácia da região Oeste);

### **VIGILANCIA DA SAÚDE:**

- Centro de Referência na Saúde do Trabalhador (Cerest); Centro de Referência Aids e Hepatite

- Centro de Controle de Zoonoses (CCZ)
- Serviço de Vigilância Sanitária

#### **ATENCAO HOSPITALAR:**

- Santa Casa de Poços de Caldas
- Hospital Santa Lucia

### **1.4 A Unidade Básica de Saúde São Jorge**

A unidade é bem pequena e precária pelo número de profissionais que trabalham ali, os consultórios são mal distribuídos e não tem espaço para todos os profissionais.

A unidade conta com uma recepção, com pouca ventilação o que se torna pior no verão. Um banheiro para os clientes, uma sala de coleta, onde junto estão os armários dos funcionários, uma sala de curativos, que na maior parte do tempo falta materiais, e não se realiza procedimentos simples na unidade. Conta com três consultórios de clínica médica que são divididos por três pediatras, quatro clínicos e um, nutricionista, o que faz que alguns profissionais fiquem alguns períodos sem lugar para atender, e um consultório de ginecologia, onde se revezam quatro médicos.

A unidade também conta com uma sala de vacinação, uma cozinha e um banheiro para funcionários e uma sala para administração.

A unidade não suporta o fluxo de pacientes que por ali são atendidos diariamente, falta estrutura e organização por parte da secretaria de saúde.

### **1.5 Equipe de saúde da família São Jorge**

A equipe da Unidade básica de saúde São Jorge é composta por:

Três médicos que atuam na área de Clínica Médica, que oferecem quatro horas de atendimentos diários; uma médica que atua na área de Medicina Familiar que oferece atendimento oito horas diárias de terça a sexta; quatro ginecologistas/obstetras que oferecem atendimentos quatro horas em dias alternados; Uma pediatra que realiza atendimentos durante quatro horas diárias.

Também temos uma nutricionista que realiza acompanhamentos e consultas por duas vezes na semana e um gerontólogo que atende a população idosa uma vez por semana.

Contamos com doze técnicas de enfermagem que se dividem em turnos de seis horas de prestação de serviços diários, duas pessoas responsáveis pela limpeza da unidade, duas pessoas que trabalham na parte administrativa e três enfermeiros responsáveis pela unidade.

### **1.6 O funcionamento da Unidade de saúde da Equipe São Jorge**

A unidade de saúde funciona das 7:00 as 18:00h com atendimento até as 17:00h. As auxiliares de enfermagem são responsáveis pelo agendamento das consultas. A unidade também presta atendimento de coleta de sangue no período matutino de segunda a sexta com agendamentos prévios. Também são realizados curativos do período de 8:00 as 11:00h de segunda a sexta.

### **1.7 O dia a dia da equipe São Jorge**

O dia a dia na unidade se divide entre pacientes de demanda agendada e demanda espontânea, é realizado pré-natal pelos ginecologistas e também pela médica de saúde da família, não são realizados atendimentos de puericultura, não existe cultura de grupos e nem outras ações na comunidade.

Uma vez por semana são realizadas visitas a pacientes que se encontram em situação de acamados em domicílio pelo médico e enfermeiro, e na última semana do mês as coletas de sangue também são realizadas em domicílio nestes pacientes.

### **1.8 Estimativas rápidas problemas de saúde no município e da comunidade (primeiro passo)**

Os principais problemas de saúde encontrados no território de atuação são:

- Hipertensão arterial sem controle, pois a maioria dos pacientes não fazem uso da medicação corretamente, apresentando vários episódios de crises hipertensivas.
- Diabetes Mellitus sem controle, pois os pacientes não fazem uso da medicação corretamente, mas a principal causa desse descontrole hiperglicêmico é a não aderência a dieta proposta.
- Alto índice de usuário de drogas ilícitas e tabagismo na comunidade.

- Negligências com idosos e crianças, muitos idosos em situação de abandono pela família.
- Alto índice de câncer.
- Início da atividade sexual muito precocemente, sem instrução, com completa falta de planejamento familiar, o que acarreta alto índice de gravidez na adolescência e gravidez não planejada.

### 1.9 Priorização de problemas. A seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo).

**Quadro 1:** Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade

| Principais Problemas.                                  | Importância. | Urgência. | Capacidade de enfrentamento | Seleção  |
|--|--------------|-----------|-----------------------------|----------|
| Falta de adesão ao tratamento das Doenças Crônicas     | Alta         | 10        | Total                       | Segundo  |
| Alto índice de usuário de drogas ilícitas e tabagismo. | Alta         | 5         | Parcial                     | Terceiro |
| Alto índice de câncer.                                 | Alta         | 5         | Parcial                     | Quarto   |
| Início da atividade sexual muito precocemente.         | Alta         | 10        | Parcial                     | Primeiro |

\*Valor conforme prioridade numa escala que vai de 0 a 10

## 2 JUSTIFICATIVA

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

A forma com a qual o adolescente vai lidar com comportamento sexual é resultado de fatores presentes na cultura e no ambiente que se vive. A iniciação sexual na adolescência vem ocorrendo em idades cada vez mais precoces, e a atividade sexual regular faz parte de uma parcela significativa da população adolescente, aumentando progressivamente os números de adolescentes que engravidam. (DIAS; TEIXEIRA, 2010)

Na Unidade de Saúde da Família da qual faço parte, atendo a algumas consultas de pré-natal, contudo, na referida unidade também atendem quatro ginecologistas, por isso são poucas as oportunidades de acompanhar a maioria das gestantes residentes na comunidade. Em contato com a população em geral e conversando com alguns membros da equipe que residem em alguns bairros aos quais prestamos serviços, inicialmente já foi possível identificar o elevado número de gestantes adolescentes, sendo a maioria solteira, que interromperam os estudos precocemente, e que nunca fizeram uso de métodos contraceptivos, com história familiar de gravidez na adolescência e com gravidez não planejada.

Ao reconhecer-se o adolescente como vulnerável no que diz respeito a não-adoção das práticas seguras relacionadas à sexualidade, deve-se passar a priorizar ações programáticas voltadas para esse segmento populacional, sendo preciso vencer preconceitos, aceitar que as adolescentes vivem em uma fase de experimentações, e que podem ter uma atividade sexual. (YAZLLE, 2006)

O presente estudo se justifica na medida em que a falta de conhecimento dos meios contraceptivos tem sido considerada umas das principais causas da gravidez, principalmente na adolescência.



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Propor um plano de intervenção que abranja o paciente, a família e os profissionais de saúde com orientações dos métodos contraceptivos para adolescentes, visando a redução da gravidez na adolescência.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Promover a reflexão dos profissionais de saúde que lidam com o adolescente em sua totalidade física e psicológica, respeitando suas origens, seus preconceitos e tabus.

Fornecer a família e ao paciente orientações sobre os métodos contraceptivos e a gravidez na adolescência.

## 4 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção realizado no município de Poços de Caldas, durante o período de Agosto a Dezembro de 2018.

Para realizar o construto teórico do TCC foram buscados estudos disponíveis em base de dados como a Biblioteca Virtual em Saúde, SciELO (*Scientific Eletronic Library On Line*), Lilacs (*Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde*), com os descritores: Adolescente; Gravidez na Adolescência; Atenção à Saúde; Anticoncepção.

Os artigos disponíveis nessas bases de dados, além de publicações em livros e revistas médicas, foram selecionados de acordo com sua relevância. Outros dados importantes foram os disponibilizados pela Secretaria Municipal do Município, dados do Ministério da Saúde e arquivos da ESF local. Esse construto teórico contribuiu para desenvolver o projeto de intervenção.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo Iniciação à Metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2018).

Para realizar o projeto de intervenção, três etapas aconteceram: diagnóstico situacional com reconhecimento do território, identificação dos principais problemas na área de abrangência da equipe, revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção.

O Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) possibilitou a identificação e a priorização do problema, objeto desse estudo, a descrição, explicação e identificação dos nós críticos (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018). Essa etapa contou com a colaboração da equipe de saúde.

A partir do Planejamento Estratégico Situacional foi determinado como problema prioritário a gravidez na adolescência. Com a definição do problema de saúde, o passo seguinte foi a coleta de dados.

## 5 REVISÃO TEÓRICA

Para os adolescentes a sexualidade expressa descobertas, novos experimentos, sensação de liberdade, de capacidade e responsabilidade na tomada de decisões em busca de afirmação e identidade. Contudo, a sociedade e as políticas de saúde não levam em consideração aspectos relevantes da sexualidade no desenvolvimento humano e igualmente nos conceitos de amor, emoções e desejos, esquecendo-os completamente à margem nas ações e intervenções de saúde e desvalorizando as acepções que tais sentimentos representam para os adolescentes.

Borges e Schor (2005) acrescentam que, habitualmente, ocorrendo o início da vida sexual no período da adolescência, tal início muitas vezes constitui um marco na vida reprodutiva das pessoas, tornando-se necessário o conhecimento dos aspectos que o precedem, porquanto estes adquirem grande relevância no decurso afetivo-amoroso. As modificações na vida sociocultural das últimas décadas têm permitido a adoção de novas condutas, costumes e atitudes. A inclusão da mulher no mercado de trabalho, o aparecimento da pílula anticoncepcional e a liberdade de escolha, ou não, por uma gravidez, causaram uma mudança considerável nos padrões sexuais das mulheres.

Nesse sentido, Santos et al (2010, p.74) relatam que:

O aumento nas taxas de gravidez na adolescência pode ser explicado por diferentes causas, podendo variar de país para país. Dentre a complexidade de fatores de risco para analisar esta questão, destacam-se os aspectos socioeconômicos. Apesar do fenômeno atingir e estar crescente em todas as classes sociais, ainda há uma forte relação entre pobreza, baixa escolaridade e a baixa idade para gravidez. Além disso, fatores como a diminuição global para a idade média para menarca e da primeira relação sexual compõem um cenário de risco que colabora para o aumento dessas taxas.

Costa e Bigras (2007) referem ainda a interferência direta da influência da mídia e de seus programas na sexualidade humana, culminando até mesmo com o início precoce da vida sexual, ainda na pré-adolescência. Contudo, tal experiência acontece de modo diverso entre os adolescentes, porquanto existem as desigualdades de gênero, de classes socioeconômicas e culturais, as de etnia, e ainda de discriminação pela orientação sexual.

Segundo definição da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1986) trata-se a adolescência de uma etapa que vai dos 10 aos 19 anos, e no conceito do Estatuto da Criança e Adolescência (ECA) trata-se a faixa etária de 12 a 18 anos (LEI 8.069, de 13 de julho de 1990), sendo, portanto, a adolescência uma transição entre a fase de criança e a adulta, um período de transformação profunda no corpo, na mente e na forma de relacionamento social do indivíduo.

Koller (2002) relata que a gravidez na adolescência é uma circunstância de risco psicossocial distinguida como um problema para os jovens que dão início a uma família não planejada. O problema atinge, notadamente, a biografia da juventude e sua probabilidade de elaboração de um projeto de vida estável, sendo, sobretudo, traumático quando advém nas classes socioeconomicamente menos favorecidas. Inúmeros são os desafios e mudanças inerentes da adolescência, podendo a juventude incidir num comportamento de risco. Essa população encontra-se mais exposta à gravidez na adolescência, às doenças sexualmente transmissíveis - DST/AIDS, consumo de drogas, acidentes e diversas formas de violência.

Segundo Pinto e Silva (2010), a gravidez na adolescência pode determinar efeitos nocivos à saúde da mãe e do bebê e colaborar para a manutenção da pobreza. Caso ocorra na faixa etária de 10 a 14 anos, os contratempos da gravidez são ainda maiores, porquanto a maior parte não é esquematizada, sendo descontinuada pelo aborto, praticado, comumente, em péssimas condições técnicas e de higiene, apresentando riscos de complicações e graves conseqüências, podendo levar a adolescente a óbito.

Frizzo, Kahl e Oliveira (2005) relatam que a gravidez não planejada na adolescência colabora para o avanço demográfico, favorece o abandono, sendo responsável pela terça parte dos abortos ocorridos no mundo, colabora para o aumento de taxas de morbi-mortalidade materna, interrompe o processo educacional das meninas (os), desestabiliza emocionalmente os jovens, constituindo fator importante para a desagregação familiar.

Dadorian (2013) comenta que as causas da gravidez na adolescência não fazem referência unicamente à desinformação sexual, porém ao desejo universal de ter um filho na adolescência, quer para avaliar a sua feminilidade por meio da comprovação da sua capacidade reprodutiva, quer pela própria vontade de ter um filho. Assim sendo, a gravidez na adolescência pode decorrer tanto do imperativo biológico, ou seja, do impulso na direção de sua capacidade reprodutiva (espécie) quanto do seu próprio desejo de ter um filho (indivíduo).

Para Witter e Guimarães (2008), adolescência e maternidade são períodos que sugerem uma série de transformações, sobretudo quando é o caso de uma mãe adolescente, existe uma série de mudanças tanto por parte desta como da família. Para suas tarefas como mãe, a adolescente muitas vezes precisa de auxílio no cuidado com o bebê, e geralmente as avós desempenham esse papel, sendo elas, em muitos casos, que ajudam as desde os primeiros dias de vida da criança, e depois, em alguns casos, assumem quase que completamente a maternidade em função da volta da adolescente aos estudos e, posteriormente, ao trabalho.

O Programa de Saúde da Família (PSF), e os adolescentes passam a ser tidos como membros da família e dirigidos para o atendimento geral, não levando em conta suas especificidades e identidades. Dessa forma, segundo Mendonça (2012, p. 115) a intervenção é arquitetada de forma, “[...] transversal e periférica [...]”, com prioridade aos agravos biológicos e ao controle da gravidez na Adolescência (GA).

Outros obstáculos se encontram presentes à saúde dos adolescentes pela ESF, dentre os quais a ausência de jovens nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que a elas se direcionam apenas por injúrias físicas, evidenciando descaso e rejeição a atividades educativas e preventivas.

Nas UBS, segundo Ferrari, Thomson e Melchior (2006), os profissionais de saúde sentem-se inaptos para a compreensão da problemática que abrange o *ser* adolescente, porquanto a formação e a capacitação são deficitárias, concebidas numa perspectiva biomédica, cooperando para o desconhecimento das dificuldades dos jovens. Vincula-se, deste modo, o distanciamento de abordagem e comunicação da ESF e os adolescentes, percebidos e imaginados como difíceis, insensatos e desinteressados. Consequentemente, a falta de habilidade e o desconhecimento dos profissionais de saúde no trato com a sexualidade e reprodução deixam os adolescentes sem assistência nas UBS, porquanto apenas informações sobre funcionamento do aparelho reprodutor e a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e da GA, não são satisfatórios para o conhecimento reflexivo da temática. Nesse sentido, os autores relatam que a falta de preparo dos serviços e dos profissionais gera obstáculos ao acesso das adolescentes ao Planejamento Familiar, porquanto não levam em conta as especificidades do *ser* adolescente, que não tem um espaço apropriado de atendimento às suas necessidades, sendo o espaço partilhado conjuntamente com mulheres adultas.

Assim sendo, segundo Horta; Sena (2010), a compreensão das informações é precária e a sexualidade é desempenhada de forma espontânea e pouco reflexiva, tratando-se de um contexto que segue o fluxo na contramão para efetividade da Política

de Planejamento Familiar, visto que para que haja efetividade nesta política na adolescência, deve-se ponderar a heterogeneidade, a subjetividade e o ambiente sociocultural.

As Equipes de Saúde da Família devem realizar atividades de educação sexual, através de palestras, orientações individuais, procurando sanar as dúvidas do público alvo sobre infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), métodos contraceptivos e gravidez em idade precoce.

No entanto, as intervenções que visem prevenir a gravidez na adolescência não devem se restringir a oferecer informações sobre métodos contraceptivos. Mais do que isso, elas devem buscar trabalhar, junto com os adolescentes, os significados e as ansiedades que estão envolvidos na iniciação sexual e na vida sexual ativa, de modo que as práticas contraceptivas passem a ser percebidas cada vez mais como algo positivo e natural, assim como a vivência da própria sexualidade. Além disso, é importante conscientizar os adolescentes que a gravidez tem consequências para sua vida familiar e inserção na sociedade, seja na escola ou na vida profissional, repercutindo sobre seus projetos pessoais.

A gravidez na adolescência constitui tema de grande interesse na realidade social brasileira. O enfoque tradicional relaciona a gravidez como indesejada e decorrente da desinformação sexual das jovens. O presente trabalho questiona essa posição, postulando a importância do significado individual da gravidez, que corre paralelo ao desejo universal de ter ou não um filho, bem como a noção de uma “gravidez social” determinada por fatores culturais e psicológicos que particularizam o significado da maternidade em adolescentes de classes populares, concluindo-se pela necessidade de reformulação das políticas públicas para com essa população.

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O problema priorizado pela equipe foi gravidez na adolescência. A forma com a qual o adolescente vai lidar com comportamento sexual é resultado de fatores presentes na cultura e no ambiente que se vive. A iniciação sexual na adolescência vem ocorrendo em idades cada vez mais precoces, e a atividade sexual regular faz parte de uma parcela significativa da população adolescente, aumentando progressivamente os números de adolescentes que engravidam. A falta de conhecimento dos meios contraceptivos tem sido considerada umas das principais causas da gravidez, principalmente na população mais carente. Um motivo é que a informação que os adolescentes possuem refere-se à necessidade de uso de contraceptivos, mas não significa que eles possuam conhecimento suficiente para implementar um comportamento contraceptivo adequado. Dentro deste contexto é importante destacar o acesso a métodos contraceptivos, e seu uso adequado. Pesquisas mostram diferenças importantes entre a eficácia estimada de um método contraceptivo e sua eficácia real, onde as diferenças mais importantes ocorrem entre os métodos mais disponíveis como o preservativo masculino (colocação incorreta) e as pílulas hormonais orais (uso errado, esquecer de tomar).

Dentre os fatores predisponentes ou situações precursoras da gravidez na adolescência, podemos citar: baixa autoestima, dificuldade escolar, abuso de álcool e drogas, comunicação familiar escassa, conflitos familiares, violência física, psicológica e sexual, amigas grávidas na adolescência, problemas de saúde e mães que também engravidaram na adolescência. Por outro lado, alguns estudos sugerem que, entre as adolescentes que não engravidam, os pais têm melhor nível de educação. Essa situação pode estar relacionada ao conhecimento e disponibilidade dos métodos contraceptivos e uma comunicação familiar mais eficaz. (YAZLLE, 2006)

A gravidez neste grupo populacional vem sendo considerada, em alguns países, problema de saúde pública, uma vez que pode acarretar complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e o recém-nascido, bem como problemas psicossociais e econômicos, como abandono precoce dos estudos e desemprego.

Quanto à evolução da gestação, existem referências a maior incidência de anemia materna, doença hipertensiva específica da gravidez, desproporção céfalico pélvica, infecção urinária, prematuridade, placenta prévia, baixo peso ao nascer, sofrimento fetal agudo, além de complicações no parto e puerpério. Têm sido citados também efeitos negativos na qualidade de vida das jovens que engravidam, com prejuízo no seu crescimento pessoal e profissional.

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

O tema escolhido pela equipe da unidade básica de saúde foi Gravidez na adolescência/ planejamento familiar, pois como estou atuando em uma UBS tradicional não temos muitos dados, e realizando um levantamento com toda a equipe chegamos a conclusão que há um alto índice de gestantes na idade entre 14 e 19 anos na região que atuamos, e a abordagem sobre o planejamento familiar e uso de métodos anticoncepcionais vem sendo pouco discutida com a população e ainda existem muitos tabus em relação a maioria deles.

A falta de conhecimento em relação aos métodos contraceptivos é apontada como um fator predisponente para a gravidez na adolescência. Assim a UBS possui uma função primordial de oferecer esse conhecimento para a população, atuando no planejamento familiar e prevenindo gravidezes indesejadas ou não planejadas, principalmente na faixa etária em questão.

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

Nos dias atuais a sexualidade vem sendo discutida cada vez mais precocemente, e a falta de comunicação com os pais e responsáveis vem se tornando um grande problema, a mídia também tem banalizado a sexualidade não oferecendo assim informações coerentes e responsáveis.

Sendo assim nos dias atuais a vida sexual tem se iniciado cada vez mais cedo, e na grande maioria das vezes estes jovens não possuem as informações e orientações corretas sobre os cuidados necessários para que esta experiência seja de fato segura.

Esses fatores em conjunto que envolvem a gravidez na adolescência e se relacionam com diversos aspectos como relações familiares disfuncionais, comunicação



familiar escassa ou falha, crenças incorretas sobre reprodução e métodos contraceptivos, ausência de informações corretas, despreparo da equipe de saúde da família para abordar estes assuntos, fatores sociais como a baixa escolaridade e baixa renda. Na presença de todos esses fatores de risco o jovem tem suas chances de gravidez precoce e não planejada aumentadas exponencialmente, e a gestação pode mudar radicalmente a dinâmica familiar bem como a vida da gestante, muitas vezes levando ao abandono dos estudos, desemprego e problemas de saúde.

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

**Quadro 2:** Seleção dos nós críticos

| Nó Crítico  | Operação/projeto  | Resultados esperados  | Produtos esperados   | Recursos necessários  |
|---|---|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Início da vida sexual precocemente;</li> <li>➤ Imaturidade;</li> <li>➤ Abuso de álcool;</li> <li>➤ Falta de estrutura familiar;</li> <li>➤ Falta de comunicação com os pais e profissionais da área da saúde;</li> <li>➤ Falta de planejamento familiar;</li> <li>➤ Uso incorreto de métodos contraceptivos;</li> <li>➤ Medo de perder o namorado;</li> <li>➤ Apelação sexual nos meios de comunicação;</li> <li>➤ Falta de informação;</li> <li>➤ Baixa escolaridade;</li> <li>➤ População de baixa renda.</li> </ul> | <p>1. Primordial: através de fatores de proteção. Desenvolver um bom relacionamento com a família, uma boa relação com os profissionais da área da saúde, gerando uma relação de confiança, onde informações de qualidade possam ser fornecidas e recebidas, a estrutura familiar nesse aspecto é fundamental.</p> <p>2. Primária: a informação deve ter início dentro do leito familiar, que é onde o adolescente tem como um porto seguro, e essa educação deve ser continuada nas escolas, e nos postos de saúde, gerando assim um ciclo de confiança entre estes 3 pilares primordiais para a educação do adolescente. Durante as consultas quebrar os mitos que até hoje são tão presentes na vida cotidiana a respeito do sexo.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Redução dos índices de gravidez na adolescência</li> <li>➤ Uso correto dos métodos contraceptivos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Palestras educativas; grupos de planejamento familiar, palestras sobre educação sexual nas escolas; início de grupos para gestantes; grupos específicos de gestação na adolescência.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cognitivos: conhecimento sobre o assunto; estratégias de comunicação para que a informação seja passada de maneira correta;</li> <li>➤ Econômica: recursos para que sejam confeccionados materiais informativos</li> <li>➤ Estrutural: locais onde seja possível realizar palestras e as reuniões dos grupos, um espaço físico que comporte isso.</li> </ul> |

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
|  | <p>3. Secundaria: esta será dirigida aos usuários que já iniciaram a vida sexual, oferecendo educação sexual, com vocabulário simples e direto que possa ser compreendido por todos; livre acesso aos serviços médicos oferecidos e livre escolha dos métodos contraceptivos fornecidos pelo sistema.</p> <p>4. Terciaria: As que já engravidaram devem primeiramente ter o acolhimento dentro da unidade por parte de todos os profissionais; a esta deve ser fornecida todas as informações e iniciar o pré-natal, até o parto e puerpério, assistência ao RN e se for de vontade da paciente a prevenção de nova gravidez.</p> |  |  |  |
|--|---|--|--|--|

#### 6.4 Desenho das operações (sexto passo)

**Quadro 3** – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Falta de informação adequada dos adolescentes e familiares em relação a contracepção”, na população sob responsabilidade da ESF Sigilfredo Cassarro, do município Poços de Caldas, estado de Minas Gerais

|                      |   |
|----------------------|---|
| Nó crítico           | Falta de informação adequada dos adolescentes e familiares com relação aos métodos contraceptivos   |
| Operação             | Aumentar o nível de informação dos adolescentes e familiares sobre os ciclos de vida, métodos contraceptivos, gravidez e planejamento familiar. |
| Projeto              | <b>Na Mira da Prevenção</b>   |
| Resultados Esperados | Famílias e adolescentes mais informados sobre o ciclo de vida da adolescência.  |
| Produtos Esperados   | Grupos de famílias de pais de adolescentes<br>Trabalho Educativo na Escola  |

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| Recursos Necessários           | Organizacional: Para os grupos e o trabalho na escola<br>Cognitivo: leitura bibliográfica sobre tema e organização das estratégias das oficinas de trabalho<br>Intersetorial: Parceria com a escola onde será realizado o projeto<br>Financeiro: Material para divulgação e cartazes. Recursos audiovisual, folhetos educativos, papelaria. |
| Recursos Críticos              | Intersetorial: Parceria com a escola onde será realizado o projeto<br>Financeiro: Material para divulgação e cartazes. Recursos audiovisual, folhetos educativos, papelaria.  |
| Controle dos Recursos Críticos | Direção da Escola<br>Equipe de Saúde da Família<br>Secretaria de Saúde  |
| Responsáveis                   | Equipe de Saúde da Família  |
| Monitoramento                  | Realizado pelos profissionais ao longo das reuniões de equipe. Conversas com os adolescentes para verificar a apreensão do tema.  |

**Quadro 4** – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Processo de Trabalho da Equipe de Saúde”, na Equipe de Saúde da Família Sigilfredo Cassarro, do município Poços de Caldas, estado de Minas Gerais

|                      |   |
|----------------------|---|
| Nó crítico           | Processo de trabalho da equipe de saúde   |
| Operação             | Implantar linha de cuidado para o ciclo de vida da adolescência;<br>Ampliar o acesso nas agendas da equipe para atendimento programado do adolescente;<br>Aumentar o nível de informação da equipe sobre o ciclo de vida da adolescência, planejamento familiar, gravidez precoce e métodos contraceptivos. |
| Projeto              | <b>Cuidar Melhor</b>  |
| Resultados Esperados | Aumentar o vínculo destes usuários com a equipe, propiciando troca entre eles;<br>Profissionais mais informados e capacitados para lidar com esse público.  |
| Produtos Esperados   | Fluxograma da UBS para adolescente mais humanizado, eficiente capaz de gerar mudanças nos adolescentes;<br>Grupos educativos com adolescentes e familiares programados durante o ano todo .   |
| Recursos Ne-         | Organizacional: organização da agenda da equipe;  |

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| cessários                      | <p>Cognitivo: leitura bibliográfica sobre tema adolescência e organização das estratégias das oficinas de trabalho, adolescentes e familiares.</p> <p>Educação Permanente para a equipe</p> <p>Intersetorial: Parceria com outros profissionais para ampliar o olhar sobre o tema adolescência (Assistentes Sociais, pedagogos, psicólogos entre outros)</p> <p>Financeiro: Material para divulgação e cartazes. Recursos audiovisual, folhetos educativos, papelaria</p> |
| Recursos Críticos              | <p>Organizacional: organização da agenda da equipe;</p> <p>Intersetorial: Parceria com outros profissionais para ampliar o olhar sobre o tema adolescência (Assistentes Sociais, pedagogos, psicólogos entre outros).</p>   |
| Controle dos Recursos Críticos | <p>Equipe de Saúde da família;</p> <p>Secretaria de Saúde.</p>  |
| Responsáveis                   | Gestores da Equipe de Saúde da Família.   |
| Monitoramento                  | Durante as reuniões de equipe e avaliação dos resultados e satisfação dos pacientes.  |

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir do que foi levantado, tanto na revisão de literatura quanto no dia-a-dia da UBS fica claro a relevância do tema gravidez na adolescência. É uma demanda importante, que possui diversos aspectos, sendo necessário uma abordagem multidisciplinar. Quando uma adolescente engravida existem diversos fatores, como falta de informação, comunicação deficiente com a família, falta de acesso e informação sobre métodos contraceptivos e também uma falta de julgamento sobre as consequências de suas ações.

Essa gravidez precoce levará a diversos problemas e dificuldades para a adolescente, como evasão escolar, dificuldade de trabalho e riscos de saúde. Assim, a equipe de saúde da família, dentro da premissa da prevenção e proteção, deverá sempre atuar, levando em conta todos os aspectos da vida dessa paciente, para que as ações sejam efetivas. A equipe tem o papel de atuar junto a família e a escola, que são as principais fontes de informação e de formação desses indivíduos, e assim, um ponto crítico na prevenção e proteção da saúde. Por fim é essencial que a equipe esteja capacitada e sensibilizada quanto à temática, despindo-se de preconceitos e estigmas, para que assim possa atuar da melhor maneira possível junto ao paciente.

## REFERÊNCIAS

BORGES, A. L.V.; SCHOR, N. Trajetória afetivo-amorosa e perfil reprodutivo de mulheres adolescentes residentes no Município de São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** 2005;5(2):163-70.

BRASIL Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População estimada de Poços de Caldas. **Estimativa da População Residente**, Brasília, Julho 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/pocos-de-caldas.html>? Acesso em: 12/05/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 1 de jul. 1996.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. de. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso**. Belo Horizonte; NESCON. 2018. 77p.

COSTA, M. C. O.; BIGRAS, M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**.2007; 12(12):1101-109.

DADOORIAN, D. Gravidez na adolescência: um novo olhar. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2013; 21(3):84,91.

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. **Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo**. Paideia, v. 20, n. 45, p. 123 – 131, 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v20n45/a15v20n45.pdf>>.

FARIA, H.P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018.

FERRARI, R.A.P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. **Cad Saude Publica**. 2006; 22(11):2491-5, 2006.

FRIZZO, G.B.; KAHL, M.L.F.; OLIVEIRA, E.A.F de. Aspectos psicológicos da gravidez na adolescência. **Psico**.2005; 36 (1):13-20.

HORTA, N.C.; SENA, R.R. Abordagem ao adolescente e ao jovem. **Physis**. 2010; 20(2):475-94.

KOLLER, S.L, organizadora. **Adolescência e psicologia**: concepções, práticas e reflexões críticas. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia, 2012.

MENDONÇA, M.H.M. O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas equitativas. **Cad Saude Publica**. 2012;18:113-20.

PINTO e SILVA, J.L. A gravidez na adolescência: uma visão multidisciplinar. In: SAITO, M.I; SILVA, L.E.V, organizadores. **Adolescência, prevenção e risco**. São Paulo: Atheneu, 2010.

SANTOS, H.C et al. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. **Psicologia em Estudo**. 2010; 15 (1): 73-85.

WHO, World Health Organization. Young People's Health - a Challenge for Society. **Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All**. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.

WITTER, G.P.; GUIMARÃES, E.A. Percepções de adolescentes grávidas em relação a seus familiares e parceiros. **Psicologia Ciência e Profissão**. 2008; 28(3):548-557.

YAZLLE, M. E. H. D. **Gravidez na adolescência**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, scielo, v. 28, p. 443 – 445, 08 2006. ISSN 0100-7203. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scieloOrg/php/articleXML.php?lang=en&pid=S0100-72032006000800001>>.