

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

CAMILA DA FONSECA PORTES

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: ENFRENTAMENTO NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA APARECIDA DE LIMA
CAMPOS NO MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DE MURIAÉ-MG**

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2016

CAMILA DA FONSECA PORTES

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: ENFRENTAMENTO NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA APARECIDA DE LIMA
CAMPOS NO MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DE MURIAÉ-MG**

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.

Orientadora: Profa. Dra. Nadja Cristiane Lappann Botti

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2016

CAMILA DA FONSECA PORTES

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: ENFRENTAMENTO NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA APARECIDA DE LIMA
CAMPOS NO MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DE MURIAÉ-MG**

Banca examinadora

Profa. Dra. Nadja Cristiane Lappann Botti – Orientadora-UFSJ

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 16 de maio de 2016

RESUMO

A gravidez na adolescência tem sido apontada como um problema de saúde pública. A gravidez na adolescência traz sérias implicações biológicas, familiares, psicológicas e econômicas além das jurídico-sociais, que atingem o adolescente, a família e a sociedade. Este trabalho tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção para diminuir o número de gestantes adolescentes na área de abrangência da Equipe da Saúde da Família. Para elaboração do plano de intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional. Foi realizada pesquisa bibliográfica nas bases de dados informatizadas com os descritores: gravidez na adolescência, atenção primária à saúde, educação em saúde, promoção da saúde. Acredita-se que o plano de intervenção elaborado irá direcionar a equipe de profissionais no atendimento aos adolescentes visando atuar no baixo nível de conhecimento sobre a sua sexualidade, nível de conhecimento sobre métodos contraceptivos/oferta de contraceptivos e processo de trabalho da equipe.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência. Atenção primária à saúde. Educação em saúde. Promoção da saúde.

ABSTRACT

Teenage pregnancy has been identified as a public health problem. Teenage pregnancy has serious biological implications, family, psychological and economic in addition to the legal and social, to reach the teenager, the family and society. This study aims to develop an intervention project to reduce the number of pregnant adolescents in the area of coverage of the Family Health Team. To prepare the action plan we used the Strategic Planning Method Situational. literature search was performed in computer databases with the descriptors: teenage pregnancy, primary health care, health education, health promotion. It is believed that the elaborate action plan will direct the team of professionals in attendance to adolescents seeking work in the low level of knowledge about their sexuality, level of knowledge about contraception / provision of contraceptives and the team work process.

Key words: Teenage pregnancy. Primary health care. Health education. Health promotion.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVOS.....	15
3.1 Objetivo geral	15
3.2. Objetivos específicos	15
4 METODOLOGIA	16
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	18
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	24
6.1 Identificação e priorização do problema	24
6.2 Plano de ação.....	24
6.3 Avaliação e monitoramento.....	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERENCIAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

Patrocínio do Muriaé é uma cidade do interior de Minas Gerais com cerca de 5.200 habitantes divididos entre zona urbana e rural. As principais bases da economia são agricultura, pecuária, piscicultura, confecções e indústria. O setor industrial é formado por pequenas empresas das quais se destacam as confecções de roupas, uma indústria de olaria (CESAG) e um laticínio.

A política está dividida basicamente entre duas frentes partidárias (ora PT, ora PSDB) que se alternam à frente da administração. A cidade é conhecida na região pelas festas populares que organiza, como o carnaval e a exposição agropecuária. Estes eventos atraem turistas para a cidade.

Nos últimos anos tem ocorrido uma melhoria dos indicadores socioeconômicos com investimento público nos setores de saúde e educação. Porém mesmo com o investimento os indicadores nacionais (IDH Brasil: 0,730) continuam superiores (Tabela 1).

Tabela1 - Índice de Desenvolvimento Humano do município Patrocínio do Muriaé (Minas Gerais).

	Patrocínio do Muriaé
IDH Municipal	0,682
Educação	0,576
Longevidade	0,796
Renda	0,691

Fonte: PNUD/2010

Em relação ao abastecimento de água, do total de 1.905 famílias cadastradas, o município Patrocínio do Muriaé apresenta 1.634 famílias com rede geral, 269 famílias com poço ou nascente na propriedade e o restante das famílias com outras formas de abastecimento. A respeito das instalações sanitárias identifica-se que 1.599 famílias têm rede geral de esgoto ou pluvial, 115 famílias contam com fossa e 111 famílias são a céu aberto.

Entre os 5.200 habitantes cadastrados no município, 2.563 (49,17%) são homens e 2.649 (50,82%) são mulheres, distribuídos por faixa etária de acordo com a tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição populacional do município de Patrocínio do Muriaé:

	<1a	1-4	5-9	10-14	15-19	20-39	40-59	>60a	Total
Homens	227	1110	3132	3161	3217	1751	1080	9495	52563
Mulheres	224	1112	3158	3183	4192	1736	718	1526	52649
Total	551	3222	2290	6344	7409	1487	1798	2751	55212

Fonte: DAB – Sistemas de informação

Com relação à saúde, a cidade conta com três postos de saúde. No último ano passou a ser coberta pelo atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com uma unidade de suporte básico. A cidade conta com o município de Muriaé como polo para encaminhamento de consultas especializadas, exames e internações.

A sede da Unidade de Saúde Maria Aparecida de Lima Campos (MALC) foi inaugurada durante a gestão municipal de 1993 a 1996 com objetivo de implantação do Programa de Saúde da Família, anteriormente no local funcionava o hospital municipal. Hoje a unidade é ampla e comporta bem a população. A Equipe da Saúde da Família (ESF) atende a uma população de 1815 pessoas. Há uma divisão em quatro micro áreas, sendo cada uma delas cobertas por agente comunitário de saúde (ACS).

A Unidade de Saúde Maria Aparecida de Lima Campos com um médico, quatro ACS, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, dois auxiliares de serviços gerais. Uma vez por semana conta também com um pediatra e um ginecologista-obstetra que atendem em período parcial, no turno da manhã. A Unidade ainda conta com a equipe do NASF que tem um psicólogo, um fonoaudiólogo, um fisioterapeuta, um nutricionista e um educador físico. O funcionamento ocorre de segunda a sexta-feira, das 7 às 11 horas, com intervalo de 1 hora de almoço, retornando as atividades às 12 horas e encerramento às 16 horas.

A equipe não realiza reuniões com frequência e na maior parte do tempo todos estão cumprindo suas tarefas diárias.

As tabelas e quadros seguintes sintetizam os dados coletados por ocasião do diagnóstico situacional realizado pela ESF. Os dados foram coletados através da Secretaria de Assistência à Saúde/DAAB – DATASUS.

A equipe MALC é responsável por assistir uma população de 1832 pessoas, sendo 845 do sexo masculino e 970 do sexo feminino distribuídos da seguinte forma (Tabela 3):

Tabela 3 – População segundo a faixa etária na área de abrangência da equipe MALC, município Patrocínio do Muriaé, Minas Gerais, 2015.

Faixa etária (anos)	Masculino	Feminino	Nº de pessoas
<1	10	11	21
1 a 4	37	42	79
5 a 6	20	23	43
7 a 9	32	29	61
10 a 14	50	58	108
15 a 19	66	67	133
20 a 39	265	286	551
40 a 49	97	134	231
50 a 59	105	127	232
>60	170	203	373
Total	852	980	1832

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2015

Em relação ao saneamento básico, pode-se observar que a totalidade da população da área é coberta. Os dados sobre instalações sanitárias são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Famílias cobertas por instalações sanitárias na área de abrangência da equipe MALC, município Patrocínio do Muriaé, Minas Gerais, 2015.

Destino fezes/urina	Número	%
Sistema de esgoto	679	97,98
Fossa	10	1,44
Céu aberto	04	0,58

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2015

Em relação ao destino do lixo, os dados apontam que 689 famílias são contempladas pela coleta pública (99,42%), conforme Tabela 5.

Tabela 5 – Famílias cobertas por coleta pública na área de abrangência da equipe MALC, município Patrocínio Muriaé, Minas Gerais, 2015.

Destino do lixo	Número	%
Coleta pública	689	99,42
Queimado/Enterrado	4	0,58
Céu aberto	-	-

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2015

Em relação ao abastecimento de água, 99,13% das famílias são contempladas com água através da rede pública, conforme Tabela 6.

Tabela 6 – Famílias cobertas abastecimento de água na área de abrangência da equipe MALC, município Patrocínio do Muriaé, Minas Gerais, 2015.

Abastecimento de água	Número	%
Rede pública	687	99,13
Poço ou nascente	6	0,87
Outros	-	-

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2015

A unidade Maria Aparecida de Lima Campos oferece cobertura a uma população de 1832 usuários inseridos em 693 famílias. Dessas pessoas, 551 estão na faixa dos 20-39 anos; dos 7-14 anos estão na escola; 1507 pessoas são maiores de 15 anos e alfabetizadas. Do total de usuários, dois são cobertos por plano de saúde e 22 famílias estão cadastradas no bolsa família.

O problema da gravidez na adolescência foi determinado como sendo prioritário na área de abrangência da ESF MALC através do método de estimativa rápida. Esse método é um recurso utilizado para elaboração de um diagnóstico de saúde de determinado território, permitindo obter informações necessárias ao processo de planejamento. É uma ferramenta que coleta informações sobre um conjunto de problema e dos recursos potenciais para seu enfrentamento num curto período de tempo e sem gastos elevados. Além disso, é uma técnica que envolve a participação da comunidade e de outros setores da sociedade na participação do processo de planejamento em saúde (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).

Assim, utilizando a técnica de estimativa rápida foram realizadas reuniões com a equipe e com os agentes comunitários sendo possível levantar problemas referentes à unidade e à comunidade.

O espaço físico da unidade é satisfatório, porém há carência de alguns materiais e principalmente medicações como, por exemplo, medicação analgésica. Assim a unidade não conta com medicação analgésica quando há necessidade de uma analgesia rápida, em caso de trauma simples que é muito comum na unidade, como primeiro atendimento para posterior encaminhamento para o hospital mais próximo.

Ainda em relação a medicamentos, um problema também identificado é o uso indiscriminado de psicofármacos. A população faz uso dessas medicações de forma indiscriminada, sem informações adequadas.

Outro problema referido pela equipe e também identificado na observação da análise dos prontuários são os registros dos atendimentos. É comum encontrar prontuários preenchidos de forma incorreta, com dados incompletos e/ou com letra ilegível. Tal situação dificulta no conhecimento do estado de saúde do paciente e também o seu acompanhamento, pois dificulta identificar os motivos da demanda por atendimento.

Durante as discussões da ESF MALC foi possível identificar a dificuldade na organização do modelo centrado em promoção e prevenção da saúde, em detrimento de um modelo curativista, que se prioriza na Atenção Básica. Ainda predomina na Unidade o modelo centrado na doença, com pouca participação popular, sendo todo o cuidado transferido para o médico. A enfermeira, inclusive, queixou da dificuldade em organizar grupos educativos, pois a população não comparece quando realizados.

No entanto, apesar dos vários problemas elencados, os membros da equipe e agentes comunitários de saúde concordaram que o problema de maior relevância e com mais consequências adversas à comunidade é a gravidez na adolescência. Logo na primeira semana de trabalho na unidade me deparei com casos de suspeita de gravidez em adolescentes (considerando mulheres entre 10 e 19 anos incompletos, segundo a OMS). Além disso, durante o atendimento de crianças menores de um ano, foi possível perceber que algumas são filhas de mães adolescentes.

Nesse contexto, a gravidez na adolescência, é considerada uma situação de crise individual e um risco social. Portanto, resolvi discutir com a equipe e explorar se esta primeira impressão que tive era realmente um problema de saúde na comunidade.

Solicitei a uma agente comunitária se seria possível fazer o levantamento do número de gestantes da área de abrangência e a idade das mesmas. Com o auxílio desta agente obtive o nome e a idade de cada gestante naquele momento. Dessa maneira pude perceber a importância e o impacto do problema identificado.

Na área de abrangência da ESF MALC existem 15 gestantes no município. São 4 gestantes pertencentes a minha área de atuação, sendo 2 incluídas na faixa entre 10 e menor de 20 anos de idade. Estão distribuídas da seguinte maneira (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição das gestantes por faixa etária, na área de abrangência da equipe MALC, município Patrocínio Muriaé, Minas Gerais, 2015.

Idade (anos)	Número de gestantes	%
14	1	25
17	1	25
26	1	25
38	1	25
Total	4	100

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2015

Observei que não há nenhuma medida de saúde para apoio às essas adolescentes. É realizado um grupo de direitos reprodutivos mensalmente, porém não inclui a população de 10 a 18 anos, é apenas destinado para maiores de 18 anos. Um fato que me chamou bastante atenção foi quando discutindo a questão da idade mínima para participação de tal grupo, a ACS me disse que elas não podem distribuir preservativos masculinos para menores de 18. Penso que dificuldade ao acesso à métodos anticonceptivos e pouca informação sobre sexo e sexualidade afetam negativamente essa população entre 10 e 20 anos, levando a gravidez precoce. Outra possível causa, portanto, é o processo de trabalho da equipe que não visa à promoção e orientação da saúde dessas adolescentes. Além disso, existem outras causas que atuam de forma direta ou indiretamente no aumento da incidência de novos casos de gestação na adolescência, como por exemplo:

atividade sexual precoce, falta de comunicação em casa, estrutura familiar prejudicada e maior exposição à banalização sexual.

Os nós críticos consistem em realizar uma análise cuidadosa das causas do problema e identificar entre essas causas as de maior importância para que seja “atacada”. Portanto, foi realizada tal análise e identificado os seguintes nós críticos: baixo nível de conhecimento sobre sexualidade, nível de conhecimento sobre métodos contraceptivos, precariedade de oferta de contraceptivos/preservativos e processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado.

Portanto, diante do problema de elevada importância como a gravidez na adolescência e que gera inúmeras repercussões não só a nível individual, mas também a nível social e tendo em mão os nós-críticos, isto é, as principais causas para o problema, foram iniciadas em conjunto com a equipe uma busca pelos recursos disponíveis para enfrentar tal situação na área de abrangência da ESF MALC, no município de Patrocínio do Muriaé.

2 JUSTIFICATIVA

A equipe de saúde Maria Aparecida Lima de Campos realizou diagnóstico e levantamento dos principais problemas, sendo identificado, como problema prioritário, a gravidez na adolescência na área de abrangência da ESF. Esta condição de saúde é passível de intervenções, sendo possível a realização de ações de promoção, prevenção, com programas de saúde voltados para aumentar o nível de conhecimento sobre sexualidade e métodos contraceptivos. Além disso, deve-se buscar a melhoria no processo de trabalho da equipe, de forma a incluir o público adolescente na rotina de atendimentos da Unidade. Assim, torna possível reduzir novos casos de gravidez precoce.

Tal fato chama a atenção em função das repercussões implicadas na vida da adolescente, da família e da criança. A gravidez na adolescência gera impacto importante no ambiente em que vive a gestante, à medida que, em geral, gera abandono escolar, aumento das despesas na família, pois muitas adolescentes continuam a residir com seus pais, dificuldades psíquicas em lidar com a gestação, pois são obrigadas a assumir a maternidade sem um companheiro. Observa-se também a não realização do acompanhamento pré-natal de forma correta, devido a recusa em aceitar a gravidez ou por tentar ocultá-la. No âmbito social, a gestação precoce pode ocasionar discriminação social e afastamento dos grupos de convivência, interferindo na estabilidade emocional da adolescente gerando prejuízos na formação psíquica.

A gestação precoce também gera repercussões para o bebê como partos prematuros, possibilidade aumentada para abortos espontâneos, quadros de má nutrição com carência de nutrientes essenciais para o desenvolvimento do feto, possibilidade de má formação fetal, quanto menor a idade da gestante.

A equipe após realizar reuniões decidiu, conjuntamente que para abordagem do problema da gravidez na adolescência, que o município de Patrocínio do Muriaé apresenta recursos humanos e materiais para realização do Projeto de Intervenção, considerando o projeto viável.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção visando diminuir o número de gestantes adolescentes na área de abrangência da ESF Maria Aparecida de Lima Campos.

3.2. Objetivos específicos

- Aumentar o conhecimento sobre sexualidade e métodos contraceptivos;
- Melhorar o processo de trabalho da ESF MALC com intuito de incluir atendimento voltado para as demandas da população adolescente;
- Abordar as consequências da gravidez indesejada entre adolescentes.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional - PES e revisão narrativa da literatura sobre o tema.

O levantamento bibliográfico de artigos científicos, livros e textos indexados sobre o tema foi realizado em bases de dados informatizadas. Foram consultadas foram a Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), MEDLINE e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Os descritores utilizados foram: gravidez na adolescência, atenção primária à saúde, educação em saúde, promoção da saúde.

A elaboração do plano de intervenção foi realizada de acordo com o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) dos textos da seção 1 do Módulo de iniciação científica (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013) e da seção 2 do Módulo de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A elaboração do plano de intervenção iniciou com a seleção e análise de determinados critérios. Na UBS o problema identificado foi a gravidez na adolescência. Uma vez definidos os problemas e as prioridades, a próxima etapa foi à descrição do problema selecionado. Para descrição do problema priorizado, a equipe de saúde utilizou dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe através de diferentes fontes de obtenção de dados. Foram selecionados indicadores de frequência de alguns dos problemas e também da ação da equipe frente aos mesmos. A partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para o enfrentamento do problema em questão. Com o problema explicado e identificado as causas consideradas as mais importantes, passou-se pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento do mesmo, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito e o desenho da operacionalização. Foram identificados os recursos críticos a serem consumidos para execução das operações que constitui uma atividade fundamental para análise da viabilidade do plano. Também foram identificados 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. Finalmente para a elaboração do plano operativo, foi realizada reunião com todas as pessoas envolvidas no planejamento para definição por consenso da divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Organização Mundial de Saúde compreende a adolescência como uma fase marcada por mudanças físicas aceleradas características da puberdade, diferentes do crescimento e desenvolvimento que ocorrem em ritmo constante na infância. Para a OMS a adolescência é o período compreendido entre 10 e 19 anos (OMS, 1965). Segundo o Estatuto da Criança e Adolescente, a adolescência compreende o período compreendido entre 12 a 18 anos incompletos (BRASIL, 1990). Entretanto, de acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, este período compreende dos 10 aos 20 anos (BRASIL, 2000).

Ressalta-se que, independente da definição do período adolescente, o importante é reconhecer que essa fase é marcada por mudanças físicas, psicológicas e comportamentais.

A sociedade contemporânea ocidental estendeu o período da adolescência, que não é mais encarada apenas como uma preparação para a vida adulta, mas passou a adquirir sentido em si mesma, como um estágio do ciclo vital (SCHOEN-FERREIRA; AZNAR-FARIAS; SILVARES, 2010).

A adolescência corresponde um período 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).

Segundo Ximenes Neto *et al.* (2007, p. 279):

A adolescência é uma fase da vida humana que se caracteriza por um conjunto de transformações, deixando o indivíduo exposto a um modelo de vida até então desconhecido, de certa forma vulnerável, mas ao mesmo tempo, estabelecendo padrões comportamentais e sonhos que permearão por toda a vida. Tais padrões comportamentais se definem dentro de um ambiente que inclui família, os pares, a escola, a sociedade que o rodeia, dentre outros, onde o adolescente acaba sendo influenciado na formação e construção de sua personalidade.

A sexualidade é um elemento importante para a análise da dinâmica do adolescente. Portanto, deve-se conhecer melhor os mitos, tabus e a realidade da sexualidade para que se possa abordá-la de forma mais tranquila com os adolescentes, mantendo um diálogo franco e entender as manifestações dessa sexualidade (MOREIRA *et al.*, 2008; CANO ; FERRIANI, 2000).

Verifica-se uma tendência na diminuição da idade da primeira relação sexual. No Brasil, a idade média é de 16,9 anos para meninas e 15 anos para os meninos, sendo que essa iniciação precoce não vem acompanhada de cuidados com a anticoncepção. Cerca de 26% da população feminina de 15 a 24 anos já viveu uma gravidez, sendo que a mesma foi indesejada para 40% dessas jovens (YAZLE, 2006).

Desde a década de 1970, a maternidade na adolescência vem sendo identificada como um problema de saúde pública. Complicações obstétricas com repercussões para a mãe e o recém-nascido, bem como problemas psicológicos, sociais e econômicos têm fundamentado essa afirmação (PARIZ; MENGARDA; FRIZZO, 2012).

Estudo de revisão sistemática de literatura científica acerca de como a questão da gravidez na adolescência tem sido tratada pela família, política e sociedade aponta a existência de dificuldades de comunicação entre cada uma das três esferas estudadas e as adolescentes, fato que vem acarretando um déficit na orientação dos adolescentes que não têm encontrado, na família, na sociedade ou nas políticas públicas a clareza necessária para fazer escolhas mais conscientes e assertivas. Além disso, muitos estudos têm sugerido estratégias de enfrentamento em relação a engravidar durante a adolescência, mas esses achados não têm sido traduzidos em ações ou projetos. Percebe-se que, tanto a adolescência quanto a gravidez nessa etapa da vida, ainda ocupam um lugar confuso na família, política e sociedade e pode-se dizer que, no Brasil, também não está claro o papel de cada uma dessas esferas para atender e cuidar dessa população (PARIZ; MENGARDA; FRIZZO, 2012).

A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública que pode acarretar não só complicações obstétricas, como repercussões para mãe e recém-nascido, mas também problemas psicossociais e econômicos (YAZLLE *et al.*, 2002).

O Brasil, de acordo com dados oficiais identifica-se que 26,8% da população sexualmente ativa (15-64 anos) iniciou sua vida sexual antes dos 15 anos; cerca de 19,3% das crianças nascidas vivas em 2010 são filhos e filhas de mulheres de 19 anos ou menos; em 2009, 2,8% das adolescentes de 12 a 17 anos possuíam 1 filho ou mais; em 2010, 12% das adolescentes de 15 a 19 anos possuíam pelo menos um filho (em 2000, o índice para essa faixa etária era de 15%) (UNICEF, 2011).

Quanto à evolução da gestação, em geral, observa-se maior incidência de anemia materna, doença hipertensiva específica da gravidez, desproporção céfalo-pélvica, infecção urinária, prematuridade, placenta prévia, baixo peso ao nascer, sofrimento fetal agudo intraparto, complicações no parto (lesões no canal de parto hemorragias) e puerpério (endometrite, infecções, deiscência de incisões, dificuldade, para amamentar, entre outros) (YAZLLE *et al.*, 2002).

Além disso, a gestação na adolescência representa perdas reais como a interrupção da escolaridade, maior dificuldade de integração no mercado de trabalho, rejeição social e a imposição de responsabilidades precocemente em decorrência do prematuro vínculo materno imposto (ARAÚJO; PRADO; OKASAKI, 2001).

Neste cenário a atenção à saúde da adolescente deve ser mais incisiva por parte dos educadores e do governo, pois a falta de conhecimento sobre anticoncepção, anatomia e sexualidade invariavelmente implica gravidez não-programada. Esta resulta em repercussões indesejáveis para o futuro desses indivíduos, com implicações para sua vida pessoal e social (MANFRÉ, QUEIRÓZ; MATTHES, 2010).

Existe uma carência de programas específicos para o público adolescente e fica claro que ações de orientação e prevenção implementadas desde a atenção básica, envolvendo todos os profissionais da equipe de saúde, podem ser eficientes no sentido de promover o conhecimento das adolescentes da comunidade, prevenindo a gravidez indesejada na adolescência e suas possíveis repercussões negativas (MANFRÉ, QUEIRÓZ; MATTHES, 2010).

No entanto, devem-se investigar as possíveis causas da gestação no período da adolescência para melhor intervenção. Chipkevitch (1994) lista alguns fatores que possibilitam a gravidez na adolescência: imaturidade do processo cognitivo dos adolescentes; autoafirmação de sua sexualidade com uma identidade ainda em formação; atitudes de rejeição aos métodos contraceptivos; falta de informação e dificuldade no acesso aos métodos contraceptivos; fato da sexualidade ainda ser tabu para sociedade, gerando mitos sobre o assunto; dificuldade em manter um diálogo aberto sobre sexualidade com pais.

Como visto, a gravidez não planejada na adolescência traz sérias implicações biológicas, familiares, psicológicas, econômicas, além de sociais que atingem o adolescente e a sociedade sendo um problema de saúde pública.

Estudo qualitativo realizado com o objetivo de conhecer a visão de adolescentes sobre a prevenção da gravidez na adolescência afirma que os adolescentes consideram a prevenção da gravidez na adolescência como algo positivo. Os adolescentes entrevistados se referem à necessidade do uso de contraceptivos, mas o conhecimento que eles possuem não é suficiente para implementar o uso regular e adequado da contracepção. É importante ressaltar a contradição apresentada em relação aos adolescentes referirem que fazem uso dos métodos, apesar de não obterem conhecimentos pertinentes. O adolescente não procura a assistência à saúde para aquisição de informação sobre a temática, sendo que as barreiras do acesso se pautaram no acolhimento oferecido e falta de vínculo. Os autores ainda apontam a necessidade de ampliar e integrar família, escola e saúde no sentido de potencializar o papel dessas instâncias a cumprir o seu papel dentro do processo educativo sobre prevenção da gravidez entre adolescentes (FIEDLER; ARAÚJO; SOUZA, 2015).

Na atualidade, a Estratégia da Saúde da Família, considerada um novo modelo de assistência à saúde das populações e de mudanças das práticas profissionais, pode redirecionar as ações programáticas até então instituídas para o grupo de adolescentes, nas diferentes áreas de abrangência dos serviços de atenção básica de saúde (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2008).

O profissional de saúde que atua na atenção básica no seu campo de abrangência pode estar mais capacitado para apreensão do quadro de vulnerabilidades locais, inclusive compreender a:

[...] dimensão do concreto da vida do adolescente no processo saúde-doença, subsidiando a prática educativa de alcance coletivo em educação, em saúde e dando conta das várias formas de relação dos adolescentes nas esferas da vida nas cidades, da cultura, do trabalho, da instituição educacional, das relações familiares, da sexualidade, do lazer e da Constituição Brasileira (PERES, ROSENBERG, 1998, p. 83)

Portanto, é fato entender a necessidade de incorporar no processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família, práticas de saúde voltadas

para abordagem integral e resolutiva e também desenvolver ações intersetoriais que visam a promoção de saúde de adolescentes (ARAÚJO; PRADO; OKASAKI, 2001)

Gomes *et al.* (2008) concordam em dizer que para que tais ações possam ser realizadas é necessário ações educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva, acesso facilitado à adolescentes e jovens aos métodos contraceptivos e preservativos, disponibilização de serviços de contracepção e planejamento familiar e também ações educativas que abranjam as famílias e as comunidades. Além disso, Araújo, Prado e Okasaki (2001) afirma que é importante reconhecer que a adolescência é o ponto alto da sexualidade e o diálogo nesta fase pode diminuir desconhecimento e as situações indesejáveis.

Estudo realizado com médicos e enfermeiros das equipes da Saúde da Família visando caracterizar as ações programáticas, preventivas e de intervenção aos adolescentes e analisar a percepção dos profissionais quanto às práticas de atenção a este grupo etário, por meio da análise quanti-qualitativa mostra que os enfermeiros realizam as ações programáticas (pré-natal, preventivo do câncer uterino e planejamento familiar) com maior frequência do que os médicos. Os médicos referem que seus atendimentos se esgotam na consulta. Ambos profissionais afirmam orientar a prevenção da gravidez, DST/aids e uso do preservativo. Quase a totalidade dos enfermeiros e pouco mais de 50% dos médicos fazem ações de intervenção. Os autores enfatizam a necessidade da implantação de um serviço sistematizado, capacitação dos profissionais, reestruturação dos recursos materiais e humanos, inserção de outros profissionais e integração das ações com serviços, além do da saúde (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2008).

O discurso dos profissionais sobre o cuidado ao adolescente na atenção primária observado em pesquisa qualitativa realizada com profissionais de saúde de Unidades Básicas de Saúde da Família aponta que os profissionais consideraram lacunas nas ações e ausência de direcionamento de atividades para os adolescentes; enfatizaram que a busca majoritária de adolescentes pelo serviço ocorre em situações de agravos de saúde, gestação e imunoprevenção. Ainda se observaram carências de conhecimentos sobre as políticas para o atendimento aos adolescentes (QUEIROZ *et al.*, 2011).

Estudo qualitativo com psicólogos da atenção básica, no que tange às suas intervenções frente à gravidez na adolescência aponta que a educação em saúde como importante estratégia preventiva da gravidez na adolescência, em que são

relatadas as ações dispensadas pelos profissionais de psicologia no tocante à prevenção da gravidez na adolescência. Outro aspecto levantado refere-se ao acolhimento de adolescentes gestantes em situação de alto risco, onde os psicólogos relataram o modo como acolhem as adolescentes grávidas em contexto de vulnerabilidade. E ainda, descreve a importância do acompanhamento psicológico no pré-natal, que aborda a rotina do atendimento às adolescentes gestantes durante o processo do pré-natal. Conclui-se que a ação da psicologia na atenção básica ante a gravidez precoce refere-se à prevenção, ao acolhimento e ao acompanhamento da adolescente e sua família, considerando os aspectos psicossociais envolvidos a partir de um trabalho interdisciplinar (NASCIMENTO; ANDRADE, 2013).

A educação em saúde é entendida como uma importante vertente à prevenção relacionada à aprendizagem, desenhada para alcançar a saúde (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004). Entre os grupos que merecem especial atenção em educação em saúde na atualidade, está a adolescência, que, nas últimas décadas tem se tornado alvo de estudos e passaram a merecer maior atenção em termos de saúde devido às mudanças físicas, psíquicas e sociais próprias da fase que se configuram em um quadro de vulnerabilidade aos agravos sociais como a gravidez indesejada, aborto, contaminação por doenças sexualmente transmissíveis (DST), além de problemas sociais como aumento do consumo de drogas lícitas e ilícitas, a violência, entre outros (RESSEL; SEHNEM; JUNGES, 2009).

Neste sentido, a Estratégia Saúde da Família, proposta para a reorientação da Atenção Básica, que deve manter postura proativa frente ao processo saúde/doença da população, e estabelecer parcerias com famílias, comunidades, instituições e organizações sociais, apresenta-se como espaço privilegiado para práticas de educação em saúde (BRASIL, 2007; SANTOS *et al.*, 2012).

Considerando as particularidades da ESF, ações educativas são ferramentas essenciais para o incentivo à autoestima e ao autocuidado dos membros da família, aqui se destacando as ações voltadas aos adolescentes, promovendo reflexões que podem conduzir a modificações nas atitudes e comportamentos dessa população (MACHADO *et al.*, 2007).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Identificação e priorização do problema

A equipe de saúde Maria Aparecida Lima de Campos realizou diagnóstico e levantamento dos principais problemas, sendo identificado, como problema prioritário a gravidez na adolescência na área de abrangência da ESF.

6.2 Plano de ação

A partir da determinação do principal problema foi elaborado o plano de intervenção visando atuar na prevalência de gravidez na adolescência. O plano de intervenção foi elaborado a partir dos “nós críticos”: baixo nível de conhecimento sobre a sua sexualidade, nível de conhecimento sobre métodos contraceptivos/Oferta de contraceptivos e processo de trabalho da equipe inadequado (Quadro 1):

Quadro 1 – Desenho de operações para os “nós” críticos do problema gravidez na adolescência na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria Aparecida de L. Campos, em Patrocínio do Muriáe, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Baixo nível de conhecimento sobre a sua sexualidade
Operação	Grupos operativos/ Ação educativa
Projeto	Palestras educativas no PSF
Resultados esperados	Aumentar o nível de conhecimento sobre sua sexualidade
Atores sociais/ responsabilidades	Enfermeira e Agentes comunitários de saúde
Recursos necessários	Estrutural: local adequado para realizar as palestras educativas. Cognitivo: informações, capacitação da equipe para abordagem do tema.

	<p>Financeiro: recursos para materiais audiovisuais e panfletos informativos.</p> <p>Político: contribuição do gestor de saúde na mobilização da população alvo e autorização para uso dos espaços escolares.</p>
Recursos críticos	<p>Financeiro: recursos áudio- visuais e espaço físico.</p> <p>Político: mobilização da comunidade, autorização para uso dos espaços escolares.</p> <p>Cognitivo: textos, figuras, vídeos.</p>
Controle dos recursos críticos/viabilidade	<p>Ator que controla: Secretário de saúde; Secretário de educação Setor de comunicação social.</p> <p>Motivação: Favorável</p>
Ação estratégica de motivação	Não é necessária
Responsáveis:	Enfermeira
Cronograma/Prazo	Janeiro a março
Gestão, acompanhamento e avaliação	Médico, Enfermeiro, Técnica em enfermagem, ACS
Nó crítico 2	Nível de conhecimento sobre métodos contraceptivos/Oferta de contraceptivos
Operação	Consulta médica
Projeto	Orientação e escolha individualizada do método contraceptivo
Resultados esperados	Uso correto dos métodos contraceptivos
Produtos esperados	Esclarecer sobre os métodos contraceptivos
Atores sociais/ responsabilidades	Médico/Enfermeira
Recursos necessários	<p>Estrutural: Organização da agenda médica</p> <p>Cognitivo: informações</p> <p>Financeiro: disponibilização de métodos contraceptivos</p> <p>Político: consultório com equipamentos adequados.</p>

Recursos críticos	Político: consultório médico adequado na unidade de saúde. Financeiro: disponibilização dos métodos contraceptivos de fácil acesso à população. Cognitivo: informações fornecidas de acordo com a capacidade de entendimento do usuário.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: secretário de saúde/médico da equipe Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Não é necessária
Responsáveis:	Médico
Cronograma/Prazo	Janeiro a março
Gestão, acompanhamento e avaliação	Médico/Enfermeira
Nó crítico 3	Processo de trabalho da equipe inadequado
Operação	Definir qual o papel de cada profissional na abordagem do problema
Projeto	Reuniões para elaboração e divisão das tarefas
Resultados esperados	Cada profissional exercer de maneira eficiente sua função determinada para o enfrentamento
Produtos esperados	Reuniões semanais
Atores sociais/ responsabilidades	Médico, Enfermeiro, Técnica em enfermagem, ACS
Recursos necessários	Políticos: local para a realização das reuniões. Organizacional: programação das tarefas. Cognitivo: informações, capacitação da equipe para abordagem do tema
Recursos críticos	Estrutural: sala adequada para a realização de reuniões da equipe. Organizacional: elaboração de agenda determinado as tarefas de cada profissional.
Controle dos	Ator que controla: secretário de saúde; membros da equipe

recursos críticos / Viabilidade	Motivação: favorável
Ação estratégica de motivação	Não é necessária
Responsáveis:	Enfermeira
Cronograma / Prazo	Janeiro a fevereiro
Gestão, acompanhamento e avaliação	Médico/Enfermeira/ACS

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

6.3 Avaliação e monitoramento

Para melhor a avaliação das atividades desenvolvidas no plano de ação é proposta observar se as ações propostas estão sendo executadas conforme planejado e se o resultado atingido é o esperado. Dessa forma, em seis meses e posteriormente em um ano, iremos analisar os seguintes itens: número de gestantes, número de gestantes adolescentes, frequência e participação nas palestras educativas nas escolas e na Unidade de Saúde, frequência nas consultas médicas e frequências nas consultas posteriores para manutenção do cuidado continuado. Além disso, será realizado um questionário individual ao final das palestras em três meses com objetivo de avaliar se as orientações fornecidas nos grupos puderam contribuir enriquecendo o conhecimento dos jovens.

Inicialmente foi realizada uma palestra na Unidade, porém com presença de apenas cinco adolescentes. Percebo ainda que há um desinteresse do público alvo. Portanto, tal fato fez com que a equipe reunisse para propor uma maneira de trazer a adolescente até a Unidade. Ficou decidido que sempre após cada palestra teremos um momento de descontração, permitindo que as adolescentes conversem sobre outros assuntos entre si e com os membros da equipe. Nesse momento, também será servido um lanche. A enfermeira que é a responsável por realização desses grupos operativos, irá iniciar essa estratégia já no próximo grupo. As agentes comunitárias de saúde serão responsáveis por convidar as adolescentes a participarem.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O plano de intervenção proposto irá direcionar a equipe de profissionais no atendimento aos adolescentes visando atuar no baixo nível de conhecimento sobre a sua sexualidade, nível de conhecimento sobre métodos contraceptivos/oferta de contraceptivos e processo de trabalho da equipe.

REFERENCIAS

- ARAÚJO, D.P.R.; PRADO, S.R.L.A.; OKASAKI, E.L.J. Aspectos psicossociais da gravidez na adolescência. **Rev. Enferm. UNISA**, v.2, p. 97-101, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia da Adolescência**. Departamento de Adolescência da SBP-Orientação para profissionais da área médica, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8. 069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do adolescente. **Diário Oficial da União**: Brasília, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Elaboração do plano de ação. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, p. 118, 2010.
- CANO, M.A.T.; FERRIANI, M.G.C. Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. **Rev.latinoam.enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 18-24, 2000.
- CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. I. **Iniciação a Metodologia**: textos científicos. Belo Horizonte. NESCON/UFMG, p. 142, 2013.
- FERRARI, R.A.P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. **Interface**, v. 12, n. 25, p. 387-400, 2008.
- FIEDLER, M.W.; ARAÚJO, A.; SOUZA, M.C.C. A prevenção da gravidez na adolescência na visão de adolescentes. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 1, p. 30-7, 2015.
- GOMES, K.R.O.; *et al.* Contraceptivemethod use by adolescents in brazilian state capital. **J Pediatric Adolescent Gynecol**, v. 21, p. 213-19, 2008.
- MACHADO, M.F.A.S.; *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-42, 2007.
- MANFRÉ, C.C.; QUEIRÓZ, S.G.; MATTHES, A.C.S. Considerações atuais sobre gravidez na adolescência. **R. bras. Med. Fam. e Comun.**, v. 5, n. 17, p. 48-54, 2010.
- MOREIRA, M.M.T.; *et al.* Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.2, p.312-320, 2008.
- NASCIMENTO, A.S.; ANDRADE, A.B. A atuação da psicologia na atenção básica frente à gravidez na adolescência. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v.5, n.12, p.118-142, 2013.
- OLIVEIRA, H.M.; GONÇALVES, M.J.F. Educação em saúde: uma experiência transformadora. **Rev Bras Enferm**. v. 57, n. 6, p. 761-3, 2004.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Problemas de salud de la adolescencia**. Geneva: OMS,1965.

PARIZ, J.; MENGARDA, C.F.; FRIZZO, G.B. A atenção e o cuidado à gravidez na adolescência nos âmbitos familiar, político e na sociedade: uma revisão da literatura. **Saúde Soc.** v.21, n.3, p.623-636, 2012.

PERES, F.; ROSENBERG, C.P. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da Saúde Pública. **Saúde Soc.**, v.7, n.1, p.53-86, 1998.

QUEIROZ, M.V.O.; *et al.* Cuidado ao adolescente na atenção primária: discurso dos profissionais sobre o enfoque da integralidade. **Rev Rene**, 12, n. esp., p. 1036-44, 2011.

RESSEL, L.B.; SEHNEM, G.D.; JUNGES, C.F. Representações culturais de saúde, doença e vulnerabilidade sob a ótica de mulheres adolescentes. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** v. 13, n. 3, p. 552-7, 2009.

SANTOS, A.A.G.; *et al.* Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. **Ciênc Saúde Coletiva.** v. 17, n. 5, p. 1275-84, 2012.

SCHOEN-FERREIRA, T.L.; AZNAR-FARIAS, M.; SILVARES, E.F.M. Adolescência através dos Séculos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 2, p. 227-234, 2010.

UNICEF. **Situação da Adolescência Brasileira 2011**. O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília: UNICEF, 2011.

XIMENES NETO, F.R.G.; *et al.* Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.60, n.3, p.279-285, 2007.

YAZLLE, M. E. H. Gravidez na adolescência. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.28, n.8, p. 443-53, 2006.

YAZLLE, M. E. H.; *et al.* A adolescente grávida: alguns indicadores sociais. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 24, n. 9, p. 609-14, 2002.