

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

BIUNAIKY CABRERA MATOS

**ESTRATÉGIAS PARA A REDUÇÃO DA GRAVIDEZ NA
ADOLESCENCIA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SÃO JOSE DAS
TRAIRAS, MUNICIPIO DE MANGA, Minas Gerais.**

MONTES CLAROS / MINAS GERAIS

2015

BIUNAIKY CABRERA MATOS

**ESTRATÉGIAS PARA A REDUÇÃO DA GRAVIDEZ NA
ADOLESCENCIA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SÃO JOSE DAS
TRAIRAS, MUNICIPIO DE MANGA, Minas Gerais.**

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

Orientador: Prof.^a Ana Maria Costa da Silva Lopes

MONTES CLAROS / MINAS GERAIS

2015

BIUNAIKY CABRERA MATOS

**ESTRATÉGIAS PARA A REDUÇÃO DA GRAVIDEZ NA
ADOLESCENCIA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SÃO JOSE DAS
TRAIRAS, MUNICIPIO DE MANGA, Minas Gerais.**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof.^a . Ana Maria Costa da Silva Lopes - UFMG

Examinador 2 – Prof.^a Andréa Clemente Palmier - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 22 de setembro de 2015.

DEDICATÓRIA

À minha mãe, pela compreensão e apoio.

Ao meu filho, o amor maior de minha vida.

À toda minha família, fonte constante de estímulo, de carinho e principalmente de paciência.

Aos meus professores e tutores pela atenção e orientação..

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Ana Maria Costa da Silva Lopes, pelas contribuições essenciais para a concretização deste trabalho. Obrigada pela paciência e estímulo, para a conclusão do projeto.

A toda equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) São José das Traíras e aos pacientes motivação desse estudo e plano de intervenção..

Aos amigos, professores brasileiros e colegas cubanos, pela compreensão, respeito e dedicação ao curso.

Às tutoras Renata de Oliveira Lopes e Ana Cristina Couto Amorim que sempre estiveram ao meu lado na construção e concretização de meus objetivos.

À Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) / Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) e a todos os professores que fizeram parte da minha formação.

Ao povo Brasileiro por esta maravilhosa experiência.

À Deus por tudo.

"Não há nenhum homem com mais digna estimativa do que o médico que, tendo estudado a natureza desde sua juventude, sabe as propriedades do corpo humano, as doenças que o atacam e os remédios que podem beneficiá-lo no exercício de sua arte."

(Voltaire)

RESUMO

A adolescência, faixa etária compreendida entre 10 e 19 anos, segundo a Organização Mundial da Saúde (1989), é um tempo de descobertas que se caracteriza por profundas e abrangentes mudanças nos aspectos físicos e psicológicos, com repercussões individuais, familiares e sociais. A gravidez na adolescência traz consigo um elevado risco de morbimortalidade materna e infantil e constitui um possível evento desestruturador da vida das adolescentes. As complicações na gestação e no parto têm sido as principais causas de morte de adolescentes entre 15 e 19 anos em diversos países do mundo. O objetivo deste trabalho foi elaborar um projeto de intervenção com a finalidade de reduzir a gravidez na adolescência no município de Manga, na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) São José das Traíras, com a finalidade de caracterizar as causas da gravidez na adolescência, identificar projetos relevantes ao tema e apresentar propostas que auxiliem na redução da prevalência da gravidez na adolescência. Utilizou-se o método de Planejamento Estratégico Situacional apontando as repercussões sociais da maternidade na adolescência tais como: evasão escolar, trabalho precoce e desestruturação familiar. Diante desta realidade, do arcabouço teórico e da vontade de se intensificar ações em saúde voltadas para os jovens e adolescentes em situação de vulnerabilidade social realizou-se o delineamento de estratégias e parcerias para o enfrentamento do problema. Os resultados do trabalho confirmam a necessidade de uma relação afetiva e de diálogo entre pais, responsáveis e filhos e a importância do planejamento da Equipe de Saúde da Família para trabalhar de forma consistente com os adolescentes da área de abrangência.

Palavras Chaves: Gravidez. Adolescência. Educação. Saúde.

ABSTRACT

Adolescence, age group between 10 and 19 years, according to the World Health Organization (1989), it is a time of discovery which is characterized by profound and far-reaching changes in the physical and psychological aspects, with individual, family and social repercussions to teen pregnancy brings with it a high risk of maternal and child morbidity and mortality and is a possible event destructuring the lives of teenagers. Complications during pregnancy and childbirth have been the leading cause of death for teenagers between 15 and 19 years in various countries around the world. The aim of this work was to elaborate a project of intervention with the purpose to reduce teenage pregnancy in the municipality of Mango, in the area of UBS Are Jose of the Traíras, in order to characterize the causes of teen pregnancy, identify projects relevant to the topic and submit proposals that help in reducing teenage pregnancy. We used the Strategic Planning method pointing out the social repercussions of motherhood in adolescence such as truancy, early work and family disorganization. In the face of this reality, the theoretical and the willingness to intensify health actions aimed at young people and adolescents in social vulnerability situation, aims to outline strategies in partnerships for the confrontation of the problem. The results of the work have confirmed the need for an affective relationship and dialogical between parents, guardians and children and the importance of planning the family health Team to work consistently with the teenagers of the area covered.

Key Words: Pregnancy. Adolescence. Education. Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
Malhada-BA	Malhada Bahia
BR	Brasil
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGEE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IMRS	Índice Mineiro de Responsabilidade Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PCCU	Prevenção do Câncer Cérvico Uterino
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - População segundo a faixa etária na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde São José das Traíras, município Manga, 2014.....19

Tabela 2 - População em idade fértil segundo a faixa etária na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde São José das Traíras, município Manga, 2014.....20

Tabela 3 - Morbidade referida na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde São José das Traíras, município Manga, 2014.....23

Tabela 4 - Priorização dos problemas na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde São José das Traíras, município Manga, 2014.....24

Gráfico 1 - Total da população cadastrada por sexo, na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde São José das Traíras, município Manga, 2014.....20

Gráfico 2 - População em idade fértil segundo a faixa etária na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde São José das Traíras, município Manga, 2014.....21

Gráfico 3 - População grávida segundo a faixa etária na área abrangência da Unidade Básica de Saúde São José das Traíras, município Manga, 2014.....22

Quadro 1 - Operações sobre o “nó crítico” relacionado com a Alta incidência da gravidez na adolescência na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde São José das Traíras do município de Manga-MG, 2014.....40

Quadro 2 - Operação / Projeto na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde São José das Traíras do município de Manga-MG, 2014.....42

Quadro 3 - “Proposta de ações para a motivação dos atores para a Unidade Básica de Saúde São José das Traíras do município de Manga-MG, 2014”43

Quadro 4 - Plano “Operativo, Unidade Básica de Saúde São José das Traíras do município de Manga-MG, 2014”44

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Histórico da criação do município	14
1.2 Situação social	15
1.3 Equipe de saúde da família	18
1.4 Aspectos demográficos	18
1.5 Aspectos ambientais	22
1.6 Aspectos socioeconômicos	22
2. JUSTIFICATIVA	25
3. OBJETIVOS	26
4. METODOLOGIA	27
5. CONSTRUÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	28
6. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	30
7. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	40
7.1 Desenhos das operações	40
7.2 Identificações dos recursos críticos	42
7.3 Operação/Projeto	42
7.4 Análises de viabilidade do plano. Proposta de Ações para a motivação dos atores	43
7.5 Elaboraões do plano operativo	44
7.6 Diretrizes e metas	46
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	50

1 INTRODUÇÃO

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) São José das Traíras, município de Manga, a gravidez na adolescência é um dos problemas mais frequentes, sendo assim, torna-se necessário a realização de ações que diminuam sua alta incidência neste território. Identificou-se como problema prioritário a gravidez na adolescência. Definiu-se, para enfrentamento do problema, os seguintes nós críticos: pouco nível de informação, estrutura dos serviços e o processo de trabalho.

Ressalta-se que a adolescência é uma fase de transição do desenvolvimento humano, que possui características próprias. Esta fase de amadurecimento do desenvolvimento social exige um cuidado por parte dos familiares, educadores e profissionais de saúde. Neste sentido, a abordagem realizada pelos familiares responsáveis pela educação desses jovens deve considerar características complexas, como a diferença de gerações, grau de instrução, vivência e características de abordagem, relacionamento e convivência, dentre outros. O mesmo deve ser considerado na forma de atuar de educadores e profissionais de saúde. Esses fatores influenciam o grau de amadurecimento e podem auxiliar na forma de aprendizado e assimilação de valores e comportamento pelo adolescente.

Um dos problemas de saúde que afetam esses jovens é a gravidez na adolescência, que os levam a se depararem com uma situação complexa que exigirá um amadurecimento, face aos problemas econômicos, gastos com saúde, moradia, interrupção dos estudos. Assim, as sérias complicações geradas por uma gravidez precoce, tanto para a mãe quanto para o recém-nascido, têm implicações para a saúde.

Nesse sentido, torna-se importante o estudo de estratégias para a redução da gravidez na adolescência na Unidade Básica de Saúde São José das Traíras. Sendo assim é preciso caracterizar o município de Manga que se localiza no extremo norte do Estado de Minas Gerais, no Alto Médio São Francisco a uma altitude de 436 m acima do nível do mar. Sua extensão territorial é estimada em 1.950,184 km² sendo 877 km de malha rodoviária. Possui 2 distritos e 37 comunidades. O acesso a Manga é possível através da BR 135 (sendo que 75 km de asfalto e aproximadamente 26 km de cascalho) ou através da BR 40 (asfalto). Está distante

290 km de Montes Claros (referência macrorregional), 720 km de Belo Horizonte, 1070 km de Brasília e 108 km de Januária (referência microrregional). Manga faz limites geográficos com os municípios mineiros de: Juvenília, Matias Cardoso, São João das Missões, Miravânia, Montalvânia e o município de Malhada-BA. O Município pertence à Gerência Regional de Saúde de Januária, está localizado na região de Saúde de Manga e na região Ampliada de Montes Claros (RELATORIO DE GESTÃO, 2012).

1.1 Histórico da criação do município

As famosas bandeiras de Antônio Figueiras, Januário Carneiro pisaram o norte mineiro, em meados do século XVII. Tiveram que enfrentar os índios coroados, vermelhos, tapuias, xacriabás, janelas e rodela, habitantes primitivos daquelas regiões que não queriam ceder terreno aos conquistadores. Foi só depois de muita luta que os índios abandonaram suas terras para os sertões goianos. Os bandeirantes puderam então fundar pequenos arraiais e iniciar a procura do ouro e pedras preciosas. Coube à bandeira de Figueira a Fundação do arraial de São Caetano do Japoré, onde construíram o primeiro engenho de rapadura, cuja inauguração se deu em 1964 (IBGE, 2014).

Havia um lugarejo chamado Manga, que ficava perto desse arraial, que dispunha de um porto no Rio São Francisco. Ali se construiu a primeira igreja católica da região. Uns dizem que a igreja foi construída pelos padres jesuítas. O lugarejo progrediu muito desde o princípio, graças à grande quantidade de pastagem existente nas redondezas. O lugar teve uma série de nomes primitivos: Manga dos Cachorros, Manga do Amador, Santo Antônio de Manga, finalmente Manga.

No século XIX, o povoado conheceu uma fase de grande desenvolvimento, quando se tornou centro de intelectuais e padres. Nessa época, lá morou o célebre português Manoel Nunes Vieira, considerado o primeiro ditador da América do Sul. Este era figura de destaque na época, pois era mascate. Foi ele quem comandou a revolta dos Emboabas. (IBGE, 2014).

Em 14 de setembro de 1891, foi criado o distrito de Caetano do Japoré pela lei Estadual nº 2. Este pertencia ao município de Januária, mas em 7 de setembro de

1923 foi emancipado pela Lei nº 843, sendo assim criado o município de Manga. Sua instalação ocorreu no ano seguinte, no dia 19 de outubro. Teve o Sr. Anfrísio Lima empossado como primeiro prefeito do município em 31 de outubro de 1924. (IBGE, 2014).

A população de Manga é de aproximadamente 19.489, sendo sua densidade populacional 11,52 hab/km². Há também a população flutuante, aquela de turistas, compradores e vendedores de mercadorias diversas, que é bastante expressiva, principalmente nos fins de semana.

1.2 Situação social

O município tem 90% de sua economia no setor primário, destacando-se a agropecuária através de propriedades rurais: fazendas e sítios que têm como principal fonte de produção a horticultura, fruticultura (irrigadas e sequeiras) e a pecuária de corte e leite. Há também a feira de comércio informal com produtos típicos da região. As formas de trabalho baseiam-se na mão-de-obra empregada nas propriedades rurais, comércio local, microempresas e órgãos públicos. O setor secundário é representado por pequenas indústrias de transformação, tais como: cerâmica, serralherias, fabricação de aguardente, rapadura, moagem de café e posto de resfriamento de leite, etc. O setor terciário é representado por alguns estabelecimentos que operam no atacado e varejo. A Prefeitura ainda é o maior empregador do município (RELATORIO DE GESTÃO, 2012).

De acordo com o Índice Mineiro de Responsabilidade Social - IMRS (2010), a renda per capita do município é de R\$397,62; abaixo da renda per capita do Estado que é de R\$641,00 (RELATORIO DE GESTÃO, 2012).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDH-M apresentado é igual a 0,603, sendo classificado como médio, e um Índice Mineiro de Responsabilidade Social – IMRS igual a 0,545. (RELATORIO DE GESTÃO, 2012).

O município de Manga possui 07 creches, 09 escolas públicas estaduais, 25 municipais, 01 privada, 01 filantrópica e uma Faculdade Particular – Universidade Norte do Paraná (UNOPAR), oferecendo os cursos de Administração, Assistência

Social, Ciências Contábeis e Pedagogia. Os níveis de escolaridade são: o ensino infantil, fundamental, médio e superior. A taxa de analfabetismo no sexo feminino encontrado na faixa etária de 25 a 59 anos (23,2%) está acima do nível aceitável internacionalmente (RELATORIO DE GESTÃO, 2012).

A poluição ambiental é causada por veículos automotores, fábrica de tijolos (cerâmica e ardósia) e queimadas. Há também o uso de agrotóxicos nas plantações sem muito prejuízo ao meio ambiente (RELATORIO DE GESTÃO, 2012).

Em relação ao abastecimento de água, 72,2% das residências são abastecidas por água tratada, 23,1% faz uso de água de poço ou nascente e uma pequena proporção dos domicílios possui outra forma de abastecimento (4,4%). O fornecimento e tratamento de água são realizados pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA) (RELATORIO DE GESTÃO, 2012).

A Atenção Primária à Saúde compreende um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, que engloba a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação e constitui o primeiro nível da atenção do Sistema Único de Saúde (RELATORIO DE GESTÃO, 2012).

O campo da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são denominados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar (RELATORIO DE GESTÃO, 2012).

Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social.

A atenção primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças e a redução dos danos ou sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável.

O Município de Manga possui cadastradas e em funcionamento 07 equipes de Saúde da Família com cobertura de 100% do município. Na zona urbana são 4 equipes (ESF Osvaldo Bandeira, ESF Central, ESF Tamuá e ESF Arvoredo), na Zona rural são 3 equipes (ESF São José, ESF Nhandutiba e ESF Dr. Renato).

As Equipes de Saúde da Família desenvolvem as seguintes ações na Atenção Primária: imunização, pré-natal, acompanhamento de hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose, portadores de hanseníase, notificação e investigação de agravos de notificação compulsória, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças menores de 05 anos, triagem neonatal (teste do pezinho) e planejamento familiar.

A assistência odontológica é prestada por 05 Unidades Básicas de Saúde (UBS), que cobrem 82,7% do município. Desenvolvem ações de prevenção, educação em saúde, escovação dentária nas escolas, aplicação de flúor, e tratamento clínico. O município pretende até 2014 implantar mais 02 UBS modalidade II nas ESF Dr. Renato e São José das Traíras aumentando para 100% a cobertura no município.

O município implantou em 2013 a primeira equipe do *Núcleo de Apoio à Saúde da Família* (NASF) o que representa um avanço para a assistência na atenção primária no apoio ao desenvolvimento das ações prestadas pelas ESF.

A assistência de urgência e emergência do município é ainda considerada precária. Existe apenas o pronto-atendimento do Hospital de pequeno porte que atende apenas o básico. O hospital não dispõe de recursos necessários para um melhor atendimento. Os casos graves são encaminhados para os hospitais de referência conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS) que são em Janaúba, Hospital Regional, Montes Claros, Hospital Universitário, Santa Casa da Misericórdia, Hospital Dilson Godinho e Hospital Aroldo Torinho e em Janaúria o Hospital Municipal.

1.3 Equipe de saúde da família

A Unidade Básica de Saúde está localizada na comunidade de São José das Traíras. Foi construída em 2007 com recurso do Programa Saúde em Casa. É referência para a ESF São José das Traíras. Vivem basicamente da agricultura, a

estrutura de saneamento básico na comunidade é precária, não tem coleta de lixo, pavimentação das estradas, a água é retirada de poços artesianos e há pouca noção cultural sobre higiene pessoal.

A equipe é composta por um médico do programa Mais Médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, nove agentes comunitários de saúde (ACS). Os Programas de Saúde realizados são: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde Mental, Saúde do Adulto e idoso. Os Serviços Prestados: Visitas domiciliares de toda a equipe de saúde, Consultas médicas, Consultas de enfermagem, Nebulização, Imunização (vacina) e teste do Pezinho, Alguns procedimentos (curativo, lavagem de ouvido, retirada de pontos, glicemia capilar, aferição de Pressão Arterial), Grupos de Educação em saúde, Planejamento familiar, dispensação de anticoncepcionais e preservativos, Triagem Manchester, Acompanhamento de Gestante (Pré-natal) e criança (Puericultura), Exame de Prevenção (PCCU), Atendimento com Psicólogo e Nutricionista.

1.4 Aspectos demográficos

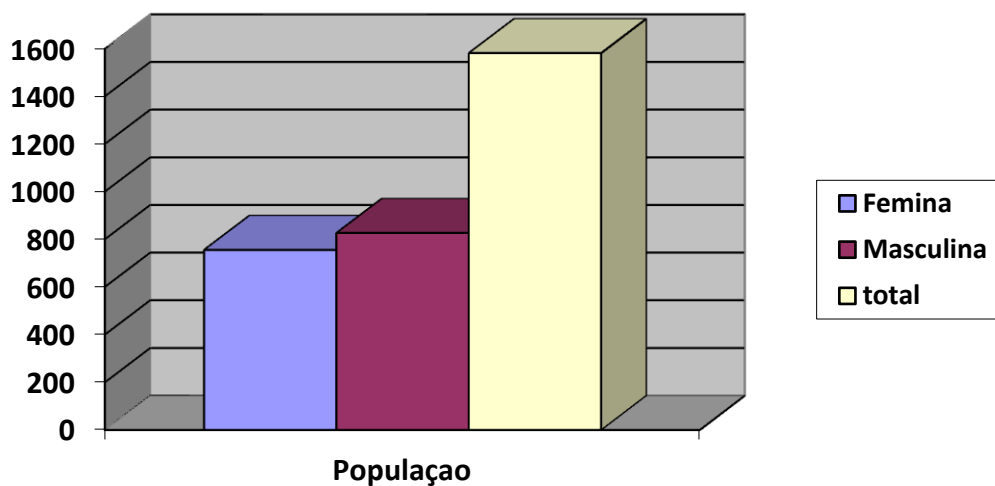
A UBS São José das Traíras atende uma população de 1581 pessoas sendo destas 755 do sexo feminino e 826 do sexo masculino, dados que apresentaremos na tabela e gráfico 1. A tabela e o gráfico 1 apresentam a população total da Equipe São José das Traíras, a qual demonstra que predomina a população masculina sobre a feminina, e a faixa etária de 20 a 49 anos com um total de 636 habitantes; deles 288 femininos e 348 masculinos para um 40,2% com relação à população geral da UBS.

Tabela 1: População segundo a faixa etária na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde São José das Traíras, município Manga, 2014.

Faixa Etária	Total da população			
	F	M	Total	%
< 1 ano	5	1	6	0.37
1 a 4 anos	39	33	72	4.6
5 a 9 anos	48	65	113	7.1
10 a 14 anos	86	69	155	9.8
15 a 19 anos	88	86	174	11
20 a 49 anos	288	348	636	40.2
50 a 59 anos	85	94	179	11.3
>= 60 anos	116	130	246	15.6
Total	755	826	1581	100%

Fonte: Cadastro da população, UBS São José das Traíras, 2014.

Gráfico1: Total da população cadastrada por sexo, na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde São José das Traíras, município Mangas, 2014.



Fonte: Cadastro da população, UBS São José das Traíras, 2014.

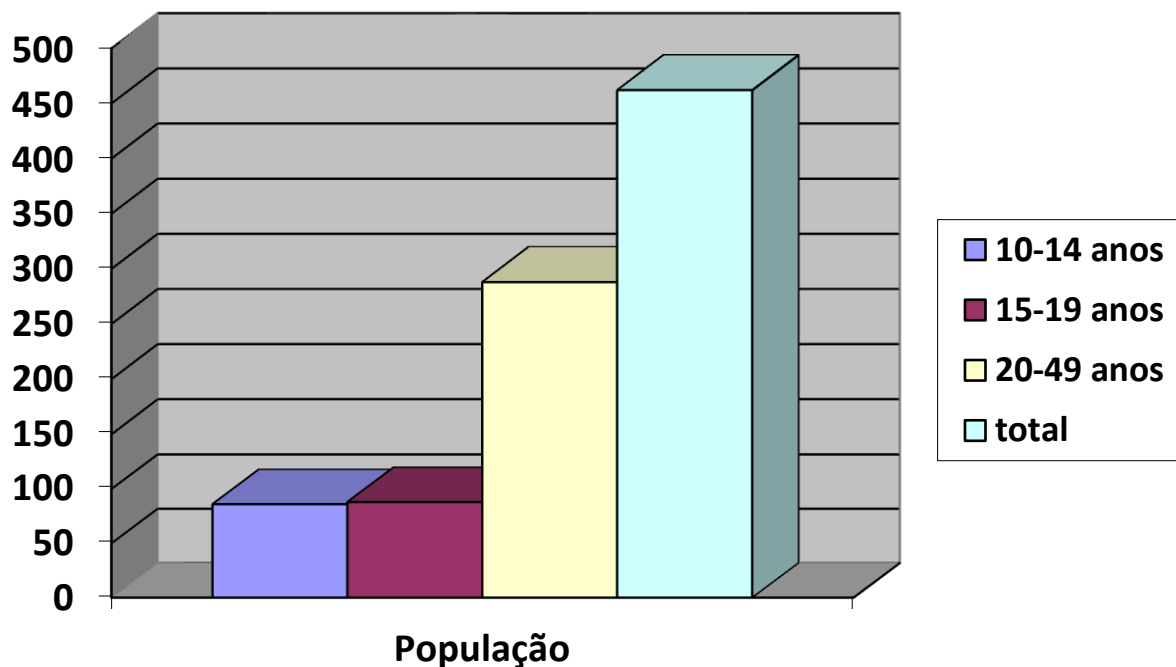
A tabela e gráfico 2 apresentam a população total de mulheres em idade fértil por faixa etária da Equipe São José das Traíras e demonstra que a maioria da população feminina encontra-se na faixa etária de 20- 49 anos de idade.

Tabela 2: População em idade fértil segundo a faixa etária na área abrangência da Unidade Básica de Saúde São Jose das Traíras, município Mangas, 2014

Faixa etária	População
10 a 14 anos	86
15 a 19 anos	88
20 a 49 anos	288
Total	462

Fonte: Cadastro da população, UBS São José das Traíras, 2014.

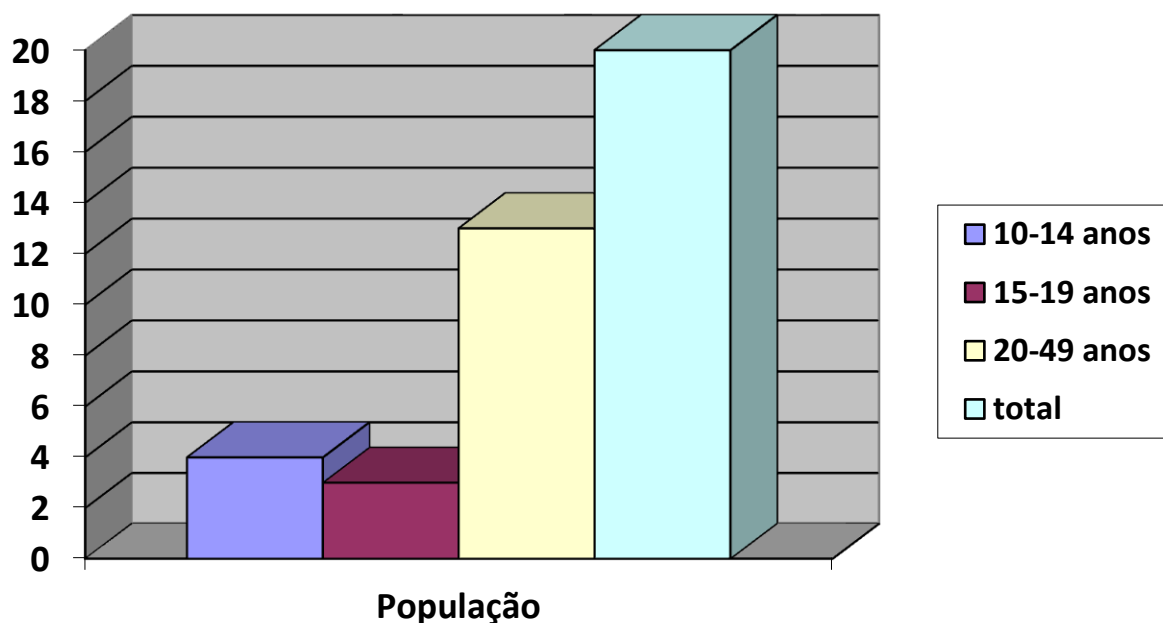
Gráfico2: População em idade fértil segundo a faixa etária na área abrangência da Unidade Básica de Saúde São Jose das Traíras, município Mangas, 2014



Fonte: Cadastro da população, UBS São José das Traíras, 2014.

O gráfico 3 apresenta o total da população grávida por faixa etária representando 0,43 % do total das mulheres em idade fértil de nossa unidade atualmente , onde das 20 gestantes, 7 são adolescentes correspondendo a 35 % do total das grávidas que temos acompanhando na equipe.

Gráfico 3: População grávida segundo a faixa etária na área abrangência da Unidade Básica de Saúde São José das Traíras, município Manga, 2014.



Fonte: Cadastro da população, UBS São José das Traíras, 2014

1.5 Aspectos ambientais

A estrutura de saneamento básico na comunidade deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário, parte da comunidade vive em moradias bastante precárias. A fossa séptica é a forma mais encontrada de escoamento de dejetos. Em relação ao lixo a situação é mais positiva, geralmente as residências, têm descarte a céu aberto e poucos queimam ou enterram o lixo.

1.6 Aspectos socioeconômicos

A população desta área de abrangência vive basicamente da agricultura, plantam milho, mandioca, tomate, feijão, soja, além disso, têm elevado número de desempregados e subempregados. Os dados de morbidade estão apresentados na tabela 3.

Tabela 3: Morbidade referida na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde São José das Traíras, município Manga, 2014.

	F	M	Total
HAS	96	84	180
DM	10	8	18
ASMA	11	16	27
EPILEPSIA	13	9	22
CARDIOPATIAS	19	14	33
DOENÇAS DE CHAGAS	3	3	6
TUBERCULOSE	0	0	0
HANSENIASE	0	1	1
DÇ DE PARKISON	0	1	1
ESQUIZOFRÊNIA	2	0	2
DEFICIÊNCIAS FÍSICAS	8	13	21
HIV	1	1	2

Fonte: Cadastro da população, UBS São José das Traíras, 2014.

Em toda área de abrangência do PSF existem pacientes com problemas crônicos, dentre os quais se destaca a Hipertensão Arterial.

Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou:

- ❖ Alta incidência de Hipertensão Arterial.
- ❖ Alta incidência de gravidez na adolescência.
- ❖ Alta incidência de Chagas
- ❖ Dificuldade com a coleta do lixo.
- ❖ Dificuldade com o abastecimento de água.
- ❖ Presença de fossas sépticas como forma de escoamento de dejetos.
- ❖ Alta prevalência de Verminoses.

Dentre os problemas definidos como críticos, optamos por construir um plano de intervenção na alta incidência da gravidez na adolescência. Em nossa atividade profissional, como médico na Unidade Básica de Atenção à Saúde da Família São

Jose das Traíras, no município de Manga, Estado das Minas Gerais, observamos um grande número de grávidas muito jovens, na maioria aos 13, 14 e 15 anos, o que nos levou a realizar esta proposta de Projeto de Intervenção na área da unidade de saúde acima descrita. Sendo assim apresentarei a tabela de priorização dos problemas que mostra a alta incidência de gravidez na adolescência. (Unidade Básica de Saúde São José das Traíras).

Tabela 4: Priorização dos problemas na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde São José das Traíras, município Mangas, 2014.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Enfretamento	Seleção
Alta incidência de Hipertensão Arterial	Alta	6	Parcial	06
Alta incidência de gravidez na adolescência	Alta	8	Parcial	01
Alta incidência de chagas	Alta	7	Parcial	02
Alta prevalência de verminoses	Alta	4	Parcial	07
Dificuldade com a recolhida do lixo	Alta	7	Parcial	05
Dificuldade com o abastecimento de água	Alta	7	Fora	03
Presença de fossas sépticas como forma de escoamento de dejetos.	Alta	7	Fora	04

Fonte: Unidade Básica de Saúde São Jose das Traíras, 2014.

2 JUSTIFICATIVA

A gravidez na adolescência impõe riscos às adolescentes devido à sua imaturidade física e psicológica que aumenta o risco de complicações gestacionais que é agravado pela falta de assistência ao pré-natal e à inexistência de sistemas de apoio social. A adolescente grávida pode não concluir os seus estudos, o que, por fim, afeta sua qualidade de vida, suas oportunidades de emprego, progresso e construção de estabilidade financeira (LIRA; DEMENSTEIN, 2004).

A realização desta pesquisa busca não somente contribuir em sua relevância social, mas também na possibilidade de sugerir modificações que atingirão o atendimento hospitalar a esta clientela, diminuindo a demanda e complicações inerentes a esta faixa etária.

Em São José das Traíras, município Manga foi registrado um número significativo de gravidez na adolescência no ano 2013 totalizando 38 nascidos vivos de mães menores de 19 anos, sendo este um dos principais problemas de saúde pública enfrentado pelo município (DATASUS, SINASC, 2013).

Anteriormente realizaram-se ações para reduzir os riscos da gravidez na adolescência, mas de caráter transitório e que não foram sistematizadas na prática médica,. Tais ações não foram baseadas em um diagnóstico de riscos e que possibilitasse uma intervenção educativa e de promoção da saúde dos adolescentes.

A construção de uma intervenção educativa irá contribuir para a prevenção da gravidez em adolescentes. A contribuição prática do plano de ação centra-se na proposta de intervenção educativa com ações preventivas para adolescentes, a família e a escola. As ações foram definidas considerando-se os fatores predisponentes que afetam este problema de saúde e direcionadas para a execução pela equipe de saúde. O que se visa é uma atitude responsável na promoção da prevenção da gravidez na adolescência, na área de abrangência da UBS de São José das Tríaras, Município Manga.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivos Gerais

Elaborar um projeto de intervenção para identificar estratégias que visem á redução da gravidez na adolescência no município de Manga, na área de abrangência da UBS São José das Traíras.

3.2 Objetivos Específicos

1. Capacitar profissionais ligados ao atendimento dos adolescentes para proferirem palestras, encontros e oficinas, sobre os riscos da atividade sexual precoce.
2. Treinar a equipe de ACS (Agente Comunitário de saúde) para fazerem uma busca ativa das adolescentes em suas residências.
3. Caracterizar as causas da gravidez na adolescência;
4. Identificar projetos relevantes ao tema;
5. Garantir por parte dos gestores, a ampliação do fornecimento de anticoncepcionais e preservativos, sem restrições e limitações quantitativas.

4 METODOLOGIA

Para elaboração deste Projeto de Intervenção utilizou-se o método do Planejamento Estratégico Situacional, por meio do qual se definiu o problema a ser priorizado através do diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe de saúde de São José das Traíras no município Manga. Sendo Assim, definiu-se um plano de ação para intervenção sobre o problema identificado como prioritário – gravidez na adolescência.

A Define-se como metodologia utilizada na realização desse trabalho a estimativa rápida, um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento. Para fundamentar as questões abordadas na construção da proposta de intervenção foram realizadas pesquisas de publicações acerca da gravidez na adolescência em periódicos da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS (SCIELO) bem como consultas a programas do Ministério da Saúde (DATASUS) e do Sistema de informação da Atenção Básica (SIAB) do Município Manga.

O projeto de intervenção foi desenvolvido na área adstrita da ESF, com uma população de 1581 habitantes.

Trata-se de uma proposta de intervenção direcionada aos adolescentes e jovens da área de abrangência da ESF São José das Traíras no município Manga para a promoção da saúde e prevenção da redução dos riscos de vulnerabilidade e da gravidez na adolescência na população jovem.

5 Construção do projeto de intervenção

Dentre os passos do projeto de intervenção destaca-se:

- Capacitar os profissionais da Saúde, Educação;
- Assistência Social com relação à prevenção de agravos, promoção e assistência integral à saúde do Adolescente através da realização de oficinas;
- Aumentar em 100% o leque dos métodos contraceptivos para atender as necessidades específicas dos adolescentes;
- Realizar oficinas que transmitam informações, esclarecimentos sobre planejamento familiar, conhecimentos e eficácia dos métodos;
- Reorganizar a logística de distribuição dos métodos anticoncepcionais de forma a garantir o fácil acesso aos métodos;
- Criar ambiente de familiaridade e participação nas discussões em grupo de adolescentes e família que favoreçam o autoconhecimento, o autocuidado e o cuidado com o outro para reflexão, tomada de decisões conscientes e responsáveis.
- Elaborar instrumento de supervisão e monitoramento que possibilite a condução e avaliação do impacto das ações.

A proposta não é apenas de caráter educativo e informativo sobre sexualidade, gravidez, relação sexual, contracepção, entre outros. A participação ativa dos adolescentes, através de dinâmicas e oficinas é importante no sentido de incorporar o sentimento de pertença e realmente interiorizar reflexões que promovam a construção da autonomia pessoal.

No lugar de ouvintes e meros expectadores, buscar-se-á colocá-los como protagonistas de seus processos de vida (GOMES; MOUREIRA, 2009). O importante é que o instrumento metodológico possa ser um instrumento transformador da realidade social desses jovens e adolescentes e que eles sejam agentes multiplicadores na comunidade junto ao público jovem.

A construção da proposta prevê o conhecimento do contexto em que o problema está situado, a articulação de ações da ESF, comunidade, família e adolescentes e outros setores na execução de parcerias, a reflexão sobre a causalidade e as consequências do problema central, a elaboração de ações permanentes de promoção da saúde com utilização de todo o conhecimento e recursos disponíveis no serviço de saúde e na comunidade, que possam ter impacto sobre o mesmo.

6 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Organização Mundial de Saúde define a adolescência como o período da vida a partir do qual surgem às características sexuais secundárias e se desenvolvem processos psicológicos e padrões de identificação que evoluem da fase infantil para a adulta, entre eles a transição de um estado de dependência para outro de relativa autonomia. Considera como adolescência o período de 10 a 19 anos, e distingue adolescência inicial (10 a 14 anos) e adolescência final (15 a 19 anos).

O Dossiê Adolescente: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, lançado pela Rede Feminista de Saúde (2004), cita que conforme o IBGE 2000, a população brasileira é constituída de, aproximadamente, 175.000.000 de habitantes, dos quais 21% encontram-se na faixa dos 10 aos 19 anos: 10% entre 10 e 14 anos e 11% entre 15 e 19 anos. Do total, 50,4% são do sexo masculino e 49,5% do sexo feminino. Quanto à cor/ raça, 50% dos (as) adolescentes se consideram brancos (as), 43% pardos (as), 6% pretos (as), totalizando 49% de negros (as), 0,4% indígena e 0,3% amarelo (a).

Segundo Belo (2001) no início do século XX, o casamento e a maternidade eram os papéis sociais claramente destinados às jovens. Mudanças ocorridas na segunda metade deste século, como o advento da revolução sexual, o aparecimento dos anticoncepcionais orais e o movimento *hippie*, contribuíram para modificar e ampliar o papel social esperado para a Juventude, incluindo períodos mais prolongados para a realização dos estudos e posterior profissionalização.

A liberação sexual e o sexo pré-marital, fenômenos da época, também contribuíram para retardar o momento do casamento para após o término dos estudos. As novas responsabilidades atribuídas às mulheres jovens, como a sua inserção no trabalho fora do lar, passaram a competir com a maternidade.

Em seu estudo, Brandão & Heilborn (2006) relatam que nas últimas décadas, o percurso entre a infância e a idade adulta foi profundamente alterado nas sociedades ocidentais modernas, onde a extensão da escolarização e dificuldades de inserção e permanência no mercado de trabalho acentua a dependência dos jovens em relação aos pais, tornando a residência no domicílio familiar mais longa

que outrora. No entanto, esta dependência não impede o exercício da autonomia nessa fase da vida, na qual a sexualidade tem grande relevância. Para as gerações jovens atuais, a conquista da independência se coloca cada vez mais tardia, o que não impede que a autonomia seja uma aspiração cada vez mais precoce. Nas gerações passadas, tal autonomia estava fortemente condicionada pela emancipação financeira e residencial dos pais.

Estes mesmos autores consideram que *“parir antes dos 19 anos, décadas atrás, não se constituía em assunto de ordem pública. As alterações no padrão de fecundidade da população feminina brasileira, as redefinições na posição social da mulher, gerando novas expectativas para as jovens, no tocante à escolarização e profissionalização e o fato da maioria destes nascimentos ocorrerem fora de uma relação conjugal despertam atenção para o fato”* (BRANDÃO & HEILBORN, 2006, p. 1422).

Observa-se na população geral, paralelamente a estas mudanças, que a taxa de fecundidade começa a declinar ao longo do tempo. Segundo o Dossiê Adolescente: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, lançado pela Rede Feminista de Saúde (2004), o Brasil, de maneira geral, tem apresentado uma curva descendente, no que se refere à taxa de fecundidade total. Em 1940, a taxa de fecundidade das mulheres brasileiras era de mais de seis filhos por mulher, apresentando uma queda para 2,3 em 2000. No entanto, aumentou o número de mulheres entre 10 e 19 anos que estão tendo filhos, contrariando os padrões culturais prescritos para a adolescência contemporânea.

A gravidez em adolescentes pode resultar em um aumento da mortalidade materna, pré-eclâmpsia, eclâmpsia. Os bebês podem ter pouco peso ao nascer, anemia, morbidade e mortalidade perinatal. O trabalho de parto chega a ser mais prolongado e o número de cesáreas também é mais alto nas adolescentes do que nas mulheres com 20 anos ou mais. Não obstante, todas as dificuldades e considerações médicas sobre a gravidez das adolescentes ainda se complementam com outros problemas tais como os emocionais, sociais, culturais e econômicos, que fazem da gravidez na adolescência uma problemática de amplo espectro (PAUCAR, 2003).

Waissman (2006) comenta a razão de mortalidade materna em gestantes adolescentes e constata que as complicações da gravidez, parto e puerpério figuram

entre as 10 principais causas de mortalidade entre adolescentes, representando 4% dos óbitos de mulheres entre 10 a 19 anos. Quando se limita à faixa etária de 15 a 19 anos os óbitos correspondem a 6,14% do total, passando a sexta causa de morte. Também lembra, citando Oliveira (1998), que de acordo com a OPAS, os filhos de mães adolescentes têm maior probabilidade de morte do que os filhos de mães acima dos 20 anos ou mais.

Segundo Falcão (1998) *apud* Waissman (2006, p. 4) não são desprezíveis as consequências econômicas decorrentes destas constatações. Estima-se um gasto de R\$ 107,9 milhões / ano com complicações referentes à gravidez e ao parto em adolescentes. Ou seja, no Brasil, 53% do total de 203,3 milhões de reais que o SUS gastou com internações, nesta faixa etária foram com problemas relativos à gravidez na adolescência.

Com relação a gestações sucessivas na adolescência, a tese de Rosa (2007), que estudou 49 adolescentes em Rondonópolis – MT relata que 12,5% das adolescentes pesquisadas engravidaram pela segunda vez antes dos 16 anos, 16,7% entre 19 e 20 anos. Já a terceira gravidez aconteceu em 83,3% dos casos entre 18 anos e 18 anos e 11 meses. Se para 47% das mães adolescentes a primeira gravidez foi desejada/planejada, a segunda assim foi para apenas 28,6%. Já a terceira gravidez, nenhuma delas disse tê-la desejado/planejado.

Ximenes Neto *et al.* (2007) encontraram 27,3% (59) das adolescentes na segunda ou mais gestações.

No trabalho de Persona *et al.* (2004), foram pesquisadas 18 adolescentes com Repetição da gravidez. A idade das adolescentes concentrou-se nos 17 anos (44%). A idade média da menarca foi 12 anos, o que nos remete a uma idade ginecológica atual de 5 anos para a segunda ou terceira gestação. Todas tiveram sua primeira relação sexual após a menarca, o que ocorreu em média aos 14 anos. A primeira gestação teve maior incidência aos 15 anos (72,22%). Dentre as adolescentes, 66,67% referiram não ter planejado a primeira gestação e 77,78% que não planejaram a gestação atual.

O autor comenta da investigação de 264 prontuários de adolescentes na qual se verificou que ao se matricularem no programa de planejamento familiar, 73,5% já possuíam uma gestação, 24,2% duas e 2,3% três. Deste total de gestações, 11%

abortaram e 89% tiveram, em média, 1,4 filhos. As jovens engravidaram cerca de um ano após o início da vida sexual ou no seu decorrer, uma vez que, em média, a primeira relação ocorre aos 15 anos e a primeira gestação aos 16,1 anos. Este fato pode ser provavelmente explicado pelo desconhecimento da forma segura de prevenir estas situações ou do uso correto do método e, mais ainda, pelos aspectos importantes das manifestações de sua sexualidade (BERLOFI *et al.*, 2006, p. 198).

O que se conclui quanto à reincidência da gravidez na adolescência nos artigos selecionados, é que se para a maioria delas a primeira gestação não foi planejada, quanto menos a segunda ou mais gestações.

O artigo de Paraguassú *et al.* (2005), descreve quanto ao aborto, que sabe-se que é uma prática ilegal na maior parte dos países da América Latina. No Brasil é proibido, salvo em duas situações: feto concebido como resultado de estupro e gravidez que acarreta risco de vida para a mulher. As estatísticas dos Sistemas de Informação não apresentam dados que reflitam a realidade, tendo em vista que além da proibição é uma temática polêmica que envolve preconceitos, crenças, entre outros aspectos relacionados a fatores socioculturais. Em seu estudo, 20% das entrevistadas referiram aborto com proporção semelhante entre os dois grupos por ele pesquisados, do total de 438 mães. No trabalho de Persona *et al.* (2004), com o estudo da repetição da gravidez, mais da metade (55,52%) apresentou pelo menos um aborto prévio.

Outra questão levantada por diversos autores é a questão da menarca, ou seja, idade da primeira menstruação. Ximenes Neto *et al.* (2007) relatam que a menarca nas adolescentes apresenta atualmente uma tendência de queda. No seu estudo 55,1% (119) das adolescentes tiveram sua menarca entre 12 e 13 anos. No início da adolescência as transformações de caráter hormonal e biológico levam à primeira menstruação e a capacidade reprodutiva. Com isto, ocorre um aumento da curiosidade e do instinto sexual. Quanto à primeira relação sexual, 62% (134) das adolescentes tiveram sua sexarca entre 14 e 16 anos. Sabe-se, que quanto mais cedo ocorrer a sexarca; maiores serão as chances de engravidar, devido a: vulnerabilidade devido à falta de métodos contraceptivos; pelo não poder de compra e receio na busca pelo serviço de saúde; desconhecimento de práticas preventivas; e possível não fortalecimento emocional durante as chantagens, que o parceiro

(muitas vezes anos mais velho) faz, buscando provas efetivas do amor da adolescente para si, que vão desde o defloramento do hímen, até o sexo sem preservativo ou outros métodos contraceptivos. Neste caso o parceiro chantageia emocionalmente a adolescente para que a mesma dê provas de seu amor para com o mesmo, com o intuito de usá-la sexualmente.

Ximenes Neto *et al.* (2007) comentam o fato de muitas adolescentes apresentarem um “pensamento mágico” (fantasioso, abstrato), inerente ao desenvolvimento psicológico desta fase, achando que não irão engravidar com facilidade, ocorre à primeira, a segunda... e outras gestações.

A categorização dos motivos que levaram as adolescentes à gravidez, englobando quatro aspectos principais. A primeira categoria está relacionada ao desejo de ser mãe, 44,9% (*Queria muito ter um filho, ser mãe*). A segunda envolve a não utilização de práticas preventivas (*Engravidei por não me prevenir*, 12,9%). O terceiro motivo está associado à falta de cuidados (*Por acidente/descuido*, 10,1%); e, 7,8% referem que planejaram com o marido (XIMENES NETO *et al.*, 2007, p. 282).

Pinto *et al.* (2005) descrevem um dado importante que merece ser observado que é o questionamento feito a essas gestantes sobre quem melhor as orientou sobre sexo antes de sua primeira relação sexual. Foi possível constatar que 59,1% das gestantes adolescentes já haviam recebido orientação sobre sexo de suas mães ou de outros familiares, um número importante se comparado com as demais gestantes dentre as quais 40,4% não haviam recebido qualquer tipo de orientação antes da primeira relação sexual. Os profissionais de saúde foram responsáveis por orientar essas gestantes antes da primeira relação sexual em apenas 8,7% dos casos. Além disso, constatou-se que 27,7% das gestantes não adolescentes foram pela primeira vez a um serviço de ginecologia após os 19 anos de idade, ou seja, após a adolescência. Entre as gestantes adolescentes 54,5% só decidiram procurar um serviço de ginecologia quando suspeitaram da gravidez.

Belo & Silva (2004) levantaram os dados sobre os meios de comunicação mais acessados: televisão (83,9%), rádio (79,4%), enquanto revistas (13,5%) e jornais (5,1%) foram os menos usados. Quando indagadas sobre qual o meio de comunicação onde obtiveram informações sobre algum método anticoncepcional nos

últimos seis meses, os cartazes (72,9%) e os folhetos (70,5%) foram os mais citados.

No tocante ao conhecimento e uso dos métodos anticoncepcionais, destaca-se:

Das adolescentes que não usaram qualquer método na primeira relação sexual (45,5%), as principais razões alegadas foram: não pensaram “nisso” na hora (32,4%), não esperavam ter relação sexual naquele momento (12,7%), não conheciam nenhum método anticoncepcional (11,3%), 8,5% afirmaram que os parceiros não quiseram usar, 8,5% não se importavam em ficar grávida, 5,6% confiavam no parceiro, 5,6% achavam caros ou inconvenientes para usar, 5,6% tinham dificuldade de acesso, 2,8% não tinham experiência e não pensaram nisso na hora, 2,8% não tiveram cuidado, 2,8% achavam o uso de contraceptivo desnecessário e 1,4% foi vítima de agressão sexual (BELO & SILVA, 2004, p. 483)

Estes mesmos autores relatam que preservativo (99,4%) e anticoncepcional oral hormonal (98%) foram os métodos anticoncepcionais mais conhecidos. Cerca de 67,3% não estavam utilizando qualquer método antes de ficar grávida. O principal motivo isolado alegado para o não uso foi o desejo de engravidar (24,5%). As adolescentes multíparas, ou seja, que tiveram mais de uma gestação usou com maior frequência contraceptiva antes de ficar grávidas.

Sabroza *et al.* (2004) dizem que poucas adolescentes relataram usar algum tipo de método contraceptivo, e entre as mais jovens a ausência dessa prática era ainda mais acentuada, 81,8%, quando comparadas às de mais idade, 74,4%.

Paraguassú *et al.* (2005), no tocante ao planejamento familiar constataram que, antes da gravidez, 91,2% (395) das adolescentes não procuraram este serviço, com proporções semelhantes entre os dois grupos (pré e pós-gestacional). No período pós-gestacional, observou-se mudança significativa no comportamento sendo verificado aumento da frequência de procura do planejamento familiar, 43,7% (191).

Analisando o uso de métodos contraceptivos antes da gravidez, relata que 60,9% (260) das adolescentes não faziam uso, com proporções de 66,8% (131), na faixa etária de 10 a 16 anos e 55,8% (129) naquelas de 17 a 19 anos. No período pós-gestacional, estas proporções aumentaram de forma significativa, com 70,8% (303) das mulheres relatando o uso de algum tipo de contraceptivo. Quanto ao método

utilizado, o anticoncepcional oral mostrou as maiores proporções nas duas faixas etárias, nos períodos estudados. O uso do preservativo, por sua vez, teve uma redução considerável, do período pré-gestacional, 42,0% (70), para o período pós-gestacional, 19,0% (57).

A pílula foi o método contraceptivo mais utilizado pelas adolescentes estudadas por Persona *et al.* (2004), num total de 55,55%, durante o período entre o último parto ou aborto e o início da gestação atual, seguido pelo hormônio injetável (22,23%). Somente 27,78% das adolescentes utilizaram o preservativo. A ausência de método contraceptivo apareceu em 11,11% das adolescentes. O grau de escolaridade não influenciou o uso do contraceptivo que foi indicado para a maioria, pelo profissional médico (82,35%).

Dentre as gestantes adolescentes 86,4% que já haviam feito uso de algum anticoncepcional até a data da pesquisa, e embora 50 dessas adolescentes não desejassem engravidar nesse momento de suas vidas, apenas 36,4% delas faziam uso de métodos contraceptivos no momento em que engravidaram. Esses números não destoam muito dos encontrados entre as gestantes não adolescentes; também entre elas 53,2% não desejavam engravidar e apenas 19,1% faziam uso de anticoncepcional. É importante observar que foram considerados métodos contraceptivos para fins da pesquisa: preservativo masculino, preservativo feminino, diafragma, anticoncepcional oral e DIU. Entre as adolescentes grávidas, 72,7% encontravam-se na primeira gestação, enquanto apenas 31,9% das gestantes não adolescentes aguardavam seu primeiro filho (PINTO *et al.*, 2005, p.209 - 210).

Percebe-se que a maioria dos estudos apresentou um significativo número de adolescentes que não se utilizaram e não utilizam métodos anticoncepcionais, e que quando utilizado o anticoncepcional oral é o mais citado, dado este que se torna alarmante no tocante as doenças sexualmente transmissíveis e principalmente a AIDS.

No Brasil, estudos como o de Vieira *et al.*, (2007), tem observado maior probabilidade de óbito entre mães adolescentes, quando comparadas àquelas com idade superior a 20 anos (MOOCELLIN; COSTA, 2010).

Além disso, bebês de mães adolescentes têm maior risco de apresentar baixo peso ao nascer, prematuridade e, conseqüentemente, maior chance de morte do que

filhos de mães adultas. Esses riscos se devem em parte a fatores biológicos como a imaturidade fisiológica e o desenvolvimento incompleto da pelve feminina e do útero das adolescentes (AQUINO; CUNHA, 2002).

Ao mesmo tempo, a imaturidade emocional do adolescente pode levar dificuldades em estabelecer relações afetivas com o seu filho, baixa autoestima e despreparo no cuidado da criança, que podem aumentar os riscos de agravos à saúde física e emocional da adolescente e do bebê (MOOCELLIN; COSTA, 2010).

No que concerne à gravidez na adolescência, atualmente no Brasil e nos países em desenvolvimento, ela é considerada um risco social e um grave problema de saúde pública, devido, principalmente, a sua magnitude e amplitude como também aos problemas que dela derivam. Dentre estes se destacam: o abandono escolar, o risco durante a gravidez, este derivado muitas vezes pela não realização de um pré-natal de qualidade, pelo fato de a adolescente esconder a gravidez ou os serviços de saúde não estarem qualificados para tal assistência.

Além disso, tem importância os conflitos familiares que surgem após a confirmação e divulgação da positividade da gravidez, que vão desde a não aceitação pela família, o incentivo ao aborto pelo parceiro e pela família, o abandono do parceiro, a discriminação social e o afastamento dos grupos de sua convivência, que interferem na estabilidade emocional da menina mulher adolescente (XIMENES NETO; KOWAL; ARAÚJO, 2007).

Se, para a adolescente, a gravidez significa reformulação dos planos de vida e necessidade de assumir papel para o qual, talvez, ainda não esteja preparada, para seus pais tal experiência é marcada por sentimentos de surpresa e pelo questionamento: "onde foi que eu errei?". O fato denuncia um fenômeno muitas vezes ignorado no ambiente familiar, que é a educação quanto à sexualidade na adolescência (FERNANDES; SANTOS; ROSA, 2012).

Portanto, existe uma grande preocupação do poder público com as consequências que a maternidade precoce pode acarretar à saúde da mãe, do recém-nascido, à educação e ao desenvolvimento econômico e social. Isso se deve ao fato de esta dificultar o desenvolvimento educacional e social da adolescente, assim como a sua

capacidade de utilizar todo o seu potencial individual. Como resultado, observa-se uma taxa maior de evasão escolar, desajustes familiares e dificuldade de inserção no mercado de trabalho (MANFRÉ; QUEIRÓZ; MATTHES, 2010), o que pode torná-los marginalizados, agravando o quadro de pobreza do país.

Com isso, alguns autores consideram a gravidez na adolescência como sendo uma das complicações da atividade sexual precoce. Acredita-se que os riscos da gravidez durante a adolescência sejam mais determinados por fatores psicossociais relacionados à estrutura familiar, ao ciclo da pobreza e educação existente, e fundamentalmente, à falta de perspectivas na vida dessas jovens sem escola, saúde, cultura, lazer e emprego; para elas, a gravidez pode representar a única maneira de modificarem seu status na vida (BUENO, 2003).

O enfoque de risco aparece fortemente associado a esta faixa etária por meio das expressões como gravidez de risco, risco para DST e AIDS e por usar drogas ilícitas. Assim, o risco generalizado parece definir e circunscrever negativamente esse período da vida, gerando expressões, ações e posturas em relação aos adolescentes (BUENDGENS; ZAMPIERI, 2012).

Diante da relevância do problema, a implementação das políticas públicas tem se intensificado nos últimos anos no Brasil e no mundo (MOOCELLIN; COSTA, 2010).

Observa-se ainda que a gravidez na adolescência venha sendo motivo de discussões controversas, onde se nota uma importante mudança no panorama da fecundidade no Brasil, com uma redução da taxa de fecundidade entre as gestantes adultas e um aumento entre as adolescentes na classe econômica mais baixa (AMORIM et al, 2009). Esse aumento se verifica nas regiões mais pobres, áreas rurais e na população com menor escolaridade (BERQUÓ, 2000).

A redução da taxa de fecundidade total no Brasil de 6,16 passou para 1,86 em 2010 e a fecundidade no grupo de 15 a 19 anos de idade aumentaram 0,14 (IBGE/IPEA, 2006)

Dentre os fatores que têm contribuído para o aumento da gravidez na adolescência, destacam-se o início precoce da vida sexual associado à ausência do uso de métodos contraceptivos, além da dificuldade de acesso a programas de planejamento familiar.

Outro fator de risco é a idade da primeira gravidez da mãe da adolescente, uma vez que as adolescentes gestantes, geralmente, vêm de famílias cujas mães também iniciaram a vida sexual precocemente ou engravidaram durante a adolescência (AMORIM; LIMA, 2009).

Estima-se que, no Brasil, um milhão de adolescentes dá a luz a cada ano, o que corresponde a 20% do total de nascidos vivos. As estatísticas também comprovam que, a cada década, cresce o número de partos de meninas cada vez mais jovens em todo mundo (SILVA; TONETE, 2006).

7 Proposta de intervenção

De acordo com Cardoso o Planejamento Estratégico Situacional (PES) foi desenvolvido pelo Professor Carlos Matus. Segundo ele, “planejar é preparar-se para a ação”. Todo método de planejamento apresenta etapas com uma sequência lógica de ações ou atividades a serem desenvolvidas, passos que devem ser seguidos de forma cronológica para que não prejudique o resultado final para cada problema diagnosticado em um território e deve ser selecionado apenas um projeto de intervenção, pois é necessário avaliar a viabilidade do mesmo. (CAMPO, FARIA SANTOS, 2010).

Assim uma vez realizado e discutido o diagnóstico situacional da área de abrangência São José das Traíras do município de Manga-MG, foi necessário a realização e a construção de um plano de ação que foi implementado passo a passo conforme descrito abaixo.

7.1 Desenhos das operações

Quadro 1 - Operações sobre o “nó crítico” da alta incidência da gravidez na adolescência na área de abrangência da UBS São José das Traíras do município de Manga-MG, 2014”

Nó crítico	Operação Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
1. -Nível de informação	Saiba mais sobre gravidez na adolescência.	População em geral e adolescentes em particular mais informada sobre como evitar a gravidez na adolescência.	Programa de informação a população.	Cognitivo estratégias de comunicação e pedagógicas. <u>Organizacional</u> <u>Político</u> Inter setorial e Mobilização social.
2. -Estrutura dos serviços de	Organizar e implantar agenda da	Melhorar o acompanhamento	Identificação e estratificação de risco de	<u>Políticos</u> Decisão de recursos para

saúde	equipe de acordo com as orientações do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde.	to dos adolescentes	100% dos adolescentes; Agenda organizada e implantada.	estruturar o serviço. <u>Financeiros</u> Garantir os recursos para a pesquisa. <u>Cognitivo</u> Elaboração da adequação.
Organizar e implantar agenda da equipe de acordo com as orientações do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde.	Linha de cuidado.	Padronização do manejo clínico adequado; processo de trabalho organizado.	Linha guia de atenção à saúde das adolescentes implantada; profissionais da equipe capacitados para uso da linha guia Gestão de linha de cuidado.	<u>Cognitivo</u> Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos <u>Político</u> Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais <u>Organizacional</u> Adequação de fluxos (referência e contra-referências).

7.2. Identificação dos recursos críticos

Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos” do problema - Alta incidência da gravidez na adolescência na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde São José das Traíras do município de Manga-MG, 2014.

7.3. Operação/Projeto

Quadro 2. Operação / Projeto na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde São José das Traíras do município de Manga-MG, 2014.

Saiba mais sobre gravidez na adolescência	Político - conseguir o espaço de difusão por automóveis falantes. Financeiro – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Contribuímos com seu melhor cuidado	Político – decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.
Linha de cuidado	Político – articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Financeiros – recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos)

7.4. Análise de viabilidade do plano. Proposta de ações para a motivação dos atores.

Quadro 3. “Proposta de ações para a motivação dos atores para a Unidade Básica de Saúde São José das Traíras do município de Manga-MG, 2014”.

Operação/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Saiba mais sobre gravidez na adolescência	Político- conseguir espaço na divulgação local. Financeiro- para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.	Setor de comunicação social	Indiferente	Apresentar projeto Apoio das associações
		Secretário de Saúde	Indiferente	Apresentar projeto Apoio das associações
Contribuímos com seu melhor cuidado Estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado	Político- decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço Financeiros- recursos necessários para o equipamento da rede e para	Perfeito municipal	Indiferente	Apresentar projeto
		Secretario Municipal de Saúde	Indiferente	
		Fundo Nacional de Saúde	Indiferente	

	custeio (medicamentos, exames e consultas especializadas)			
Linha de cuidado	Político- articulação entre os setores assistenciais da saúde	Secretário Municipal de Saúde	Favorável	

7.5. Elaboração do plano operativo

Quadro 4. Plano “Operativo, Unidade Básica de Saúde São José das Traíras do município de Manga-MG, 2014”.

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Saiba mais sobre gravidez na adolescência	População em geral e adolescentes em particular mais informada sobre como evitar a gravidez na adolescência	Realização de Palestras sobre gravidez na adolescência em cada micro área	Licia Carolina Bastos (enfermeiro do ESF)	Início dois meses
		Reprodução de Material audiovisual da gravidez na adolescência	Licia Carolina Bastos (enfermeiro do ESF)	Início dois meses

		na sala de espera da UBS		
Contribuímos com seu melhor cuidado	Melhorar o acompanhamento dos adolescentes	Definir os protocolos de atendimento	Biunaiky Cabrera Matos (médico do ESF)	Início em três meses
		Administrar as condições para fazer exames necessários para avaliação das adolescentes	Vania Maria Botelho (Secretaria de saúde)	Dois meses
				Dois meses
Línea de cuidado	Cobertura de consultas na UBS e coordenação da avaliação por especialistas de 100% das adolescentes grávidas	Linha de cuidado para adolescentes grávidas	Biunaiky Cabrera Matos (médico do ESF)	Início em três meses
		Recursos humanos capacitados	Biunaiky Cabrera Matos (médico do ESF)	Início em dois meses

		Gestão de linha de cuidado implantada	Vania Maria Botelho (Secretaria de Saúde)	Início em três meses
--	--	---------------------------------------	-------------------------------------------	----------------------

7.6 Diretrizes e metas

O projeto visa nortear a implantação e implementação de ações de promoção à saúde e prevenção de agravos na adolescência, visando reduzir a vulnerabilidade de adolescentes às doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez não planejada entre os jovens, por meio de desenvolvimento articulado entre escolas, saúde, famílias, comunidade, unidade básica de saúde e outras secretarias e instituições (Organizações da Sociedade Civil, Conselhos, Secretarias da Cultura, Ação Social, Esporte e Lazer, entre outras) que desenvolvam atividades junto à população jovem.

Portanto, os atores responsáveis pela implantação e implementação do projeto no âmbito local devem fomentar estratégias que promovam e garantam ações contextualizadas, continuadas e com participação de todos os segmentos envolvidos. A resposta da articulação dos setores da educação e da saúde é de fundamental importância, pois permite ampla cobertura, atuação em rede e, fundamentalmente, cria condições para a formação de uma cultura de prevenção no cotidiano das escolas e das famílias, favorecendo, desse modo, a adoção de práticas sexuais saudáveis e consequente melhoria na qualidade de vida dos jovens.

Destaca-se a importância da criação de um grupo gestor com representação dos profissionais envolvidos para orientar e gerir a promoção da saúde reprodutiva e sexual dos adolescentes. Criar ainda, espaços consultivos, tais como: fóruns, reuniões ampliadas, grupos de trabalho para que os diferentes segmentos comunitários sejam contemplados na interlocução com o grupo gestor.

Neste contexto, o êxito das ações e consolidação do projeto, depende do compromisso de gestores profissionais de saúde e educação, da escola, dos familiares e da participação ativa da população jovem da comunidade.

Definiu-se com principais metas:

- a) Profissionais da área da saúde, educação e assistência sociais capacitados para serem multiplicadores, de modo, a permitir à implantação, implementação e incorporação das ações do projeto em política pública.
- b) 70% de aumento na adesão aos contraceptivos reversíveis e no uso de preservativos entre os adolescentes e jovens.
- c) 70% dos jovens e adolescentes conscientes, quanto aos fatores de riscos e proteção às doenças e agravos na adolescência.
- d) 100% das ações monitoradas mensalmente e avaliadas a cada semestre, visando melhoria e o impacto das ações na redução da gravidez na adolescência.

E, como resultados esperados:

- Capacitação de sensibilização e conscientização para educadores Sociais e profissionais da saúde realizadas.
- Acesso dos adolescentes aos métodos contraceptivos reversíveis garantidos.
- Espaço dialógico criado, como forma de promover o empoderamento para a tomada de decisão.
- Monitoramento e avaliação do impacto das ações realizadas.

8 Considerações finais

Na atividade clínica no PSF foi possível ouvir frases como essas: "Estou grávida e meu namorado sempre fala que vamos morar juntos, mas, até agora, nada. Ele fala pra eu ter calma" (Tais, 17 anos). "Não sei o que fazer da minha vida. Estou grávida e o pai da criança é apaixonado por mim, porém, não consigo corresponder ao sentimento dele"(Mariana, 16 anos). Depoimentos como estes comprovam que a maternidade é, sim, uma benção, uma coisa maravilhosa na vida de uma mulher, mas é também uma responsabilidade imensa. Por isso, deve ocorrer na hora certa, com maturidade. A gravidez precoce pode causar muitos transtornos para a adolescente, sua família e para o bebê.

Sendo assim, o monitoramento e avaliação do Plano de Intervenção ocorrerão por meio de uma planilha de acompanhamento das ações propostas, bem como, por meio da avaliação do indicador de incidência da gravidez no grupo etário de 10-19 anos.

A adolescência é uma fase da vida caracterizada por transformações físicas, psicológicas e sociais e pela descoberta da sexualidade sendo assim período marcado por sentimentos de medo, dúvidas e ansiedade o que a torna mais complexa no advento de uma gravidez.

São muitos os fatores que envolvem a gravidez na adolescência, considerando que as repercussões na vida dos adolescentes são distintas e determinadas pelo contexto social no qual os mesmos estão inseridos, o que torna essencial a materialização da Política de Saúde do Adolescente de forma efetiva como também da articulação de outras políticas públicas. Assim, a gravidez na adolescência se apresenta como uma expressão da questão social presente no cotidiano da sociedade e que, portanto, precisa fazer parte da reflexão contínua dos profissionais da atenção básica à saúde a fim de que possam construir respostas efetivas.

Atuações junto às Equipes de Saúde da Família e a outros atores sociais permitirá um entendimento da problemática real do município e ajudarão a definir as melhores formas de intervenção, com a participação de todos os atores envolvidos, com propostas articuladas para obtenção de melhores níveis de saúde com foco nas

implicações da gravidez precoce e de um novo modelo de atenção aos adolescentes e jovens, tornando assim o projeto uma política pública municipal.

REFERÊNCIAS

AMORIM, LIMA. Fatores de Risco para Gravidez na Adolescência, em uma maternidade-escola, Paraíba: **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. n. 31, v. 8, 2009, p.404-410

AQUINO, CUNHA et al. Gestação na Adolescência e Recém-Nascido de Baixo Peso, em uma maternidade pública. **RBGO**. Rio Branco. v. 24, n. 8, 2002, p. 513 – 519.

BELO, Márcio Alves Vieira; SILVA, João Luiz Pinto e. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Revista de Saúde Pública**, 38(4):479-87, 2004. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acesso: 5 nov 2008. BERQUÓ, ELZA. **O Declínio da Fecundidade**, Brasil, 2000. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/nec/n74/29636/pdf> Acesso em: 11 de julho de 2012.

BERLOFI, Luciana Mendes; ALKMIN, Eloisa Luci Cardoso; BARBIERI, Márcia; GUAZZELLI, Cristina Aparecida Falbo; ARAÚJO, Fabio Fernando de. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. **Acta Paulista de Enfermagem** 2006;19(2):196-200. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acesso: 5 nov 2008.

BRANDÃO, Elaine Reis; HEILBORN, Maria Luiza. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(7):1421-1430, jul, 2006. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acesso: 5 nov 2008.

BRANDEN, Pennie Sessler. **Enfermagem materno-infantil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Incidência da gravidez na adolescência, Situação de Saúde**. Brasília, 2008-2009. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 11 de junho de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Ocorrência de partos em adolescentes, Situação de Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 11 de junho de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informação da Atenção Básica**, 2009 – 2011 Cabos de Santo Agostinho. Disponível em: <www.siab.datasus.gov.br>. Acesso em: 25 de maio de 2012.

BUENDGENS, B, B; ZAMPIERI, M, A. A Adolescente Grávida na Percepção de Médicos e Enfermeiros da Atenção Básica. **Esc Anna Nery Ver de Enf.** n. 16, n. 1, p. 64 – 72, jan - mar, 2012.

BUENO, G, M. **Variáveis de risco para a gravidez na adolescência**, dissertação de mestrado, 2003. Campinas, São Paulo, 2001. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=245>> Acesso em: 11 de junho de 2012.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>

DATASUS. **Indicadores e dados básicos**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm> Acesso em: 7 nov 2008.

FERNANDES, Santos; Rosa. Gravidez na adolescência na Percepção das Mães de Gestantes Jovens. **Actua Paul Enferm.** São Paulo, v. 25, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002012000100010&script=sci_arttext> Acesso em: 11 de junho de 2012.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em:

<www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 11 de Julho de 2012

IBGE/IPEA – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Taxa de Fecundidade**, 2006. Disponível em:<www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 11 de Julho de 2012.

LIRA, DEMENSTEIN. **Sexualidade e Gravidez na Adolescência**, Minas Gerais, 2004. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3005.pdf>> Acesso em: 11 de julho de 2012.

MANFRÉ; QUEIROZ; MATTHES. Considerações Atuais sobre Gravidez na Adolescência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Ribeirão Preto (SP) n.17, v.5, 2010, p. 48 – 54.

MOOCELIN; COSTA. A Gravidez na Adolescência, **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, n.4, v.10, 2010, Outubro/Dezembro.

PARAGUASSÚ, Ana Lúcia C. B.; COSTA, Maria Conceição O.; SOBRINHO, Carlito L.Nascimento; PATEL, Balmukund Niljay; FREITAS, Juliana Tavares de; ARAÚJO, Flávia Priscilla Oliveira de. Situação sociodemográfica e de saúde reprodutiva pré e pós-gestacional de adolescentes, Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(2): 373-380, 2005. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acesso: 5 nov 2008.

PAUCAR, Lilian Mery Olivera de. **Representação da gravidez e aborto na adolescência: estudo de casos em São Luis do Maranhão**. Tese (doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP 2003. Disponível em: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000311549> Acesso: 15 out 2008.

PINTO, Luiz Felipe; MALAFAIA, Magno de Freitas; BORGES, Juliana Aguiar; BACCARO, Antônio; SORANZ, Daniel Ricardo. Perfil social das gestantes em unidades de saúde da família do município de Teresópolis. **Ciência & Saúde**

Coletiva, 10(1):205-213, 2005. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acesso: 5 nov 2008.

Relatório de Gestão - Prefeitura de Mangas / Secretaria Municipal de Mangas, 2012.

SABROZA, Adriane Reis; LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; COSTA, Janaína Viana da. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 1:S112-S120, 2004. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acesso: 5 nov 2008.

SILVA, TONETE. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: Compartilhando Projetos de vida e Cuidado. **Revista. Latino-Am. Enfermafem**, Ribeirão Preto (SP) n.2 v. 14, março, 2006.

VIEIRA et al. Crescimento e desenvolvimento de filhos de mães adolescentes no primeiro ano de vida. **Revista Paul. Pediatria**. V. 25,n4.343 -348, 2007.

XIMENES, Neto; KOWAL; ARAÚJO, Gravidez na Adolescência: Motivos e Percepções do Adolescente, **Revista Brasileira de Enfermagem**, Ceará, n.3, v. 60,

WAISSMAN, Adriana Lippi. **Análise dos fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência**. Tese (doutorado) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde-10102006-113639/> Acesso: 15 out 2008.