

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ANA CAROLINA FERNANDES ESPERANÇA**

**IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA REDUÇÃO DA  
GRAVIDEZ EM ADOLESCENTES DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA  
CENTRO, MUNICÍPIO DE IPABA - MG**

**ANA CAROLINA FERNANDES ESPERANÇA**

**IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA REDUÇÃO DA  
GRAVIDEZ EM ADOLESCENTES DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA  
CENTRO, MUNICÍPIO DE IPABA - MG**

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.

Orientadora: Prof. Ms. Maycon Sousa Pegorari

**ANA CAROLINA FERNANDES ESPERANÇA**

**IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA REDUÇÃO DA  
GRAVIDEZ EM ADOLESCENTES DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA  
CENTRO, MUNICIPIO DE IPABA - MG**

Banca Examinadora

Orientador - Prof. Ms. Maycon Sousa Pegorari – UFTM

Examinador(a): Prof<sup>a</sup>. Dra. Regina Maura Rezende- Universidade Federal do  
Triângulo Mineiro- UFTM

Aprovado em Belo Horizonte: \_\_/\_\_/15

## RESUMO

O presente trabalho foi desenvolvido na cidade de Ipaba, situada na região leste de Minas Gerais, em uma unidade de saúde denominada Centro. A partir do diagnóstico situacional realizado, observou-se uma série de problemas, dentre os quais, destaca-se o elevado índice de gestantes adolescentes. Nesse sentido, justifica-se este estudo e uma atuação da equipe pelos riscos de complicações às mães e aos bebês envolvidos. Sendo assim, o objetivo é elaborar um projeto de intervenção para a implantação de ações estratégicas para a redução da gravidez nas adolescentes residentes na área de abrangência da equipe saúde da família. Foi desenvolvido um plano operativo e um modelo de gestão visando à execução do mesmo.

**Palavras-chave:** Gravidez na adolescência; adolescente; fatores de risco.

## **ABSTRACT**

This work was developed in the city of Ipaba, located in the eastern region of Minas Gerais, in a health care facility called Center. From the performed situation analysis, we observed a number of problems, among which stands out the high rate of pregnant adolescents. In this sense, justified this study and team performance for the risk of complications for mothers and babies involved. Thus, the goal is to develop an intervention project for the implementation of strategic actions to reduce teenage pregnancy residents in the team family health coverage area. An operating plan and a management model aimed at implementing it was developed.

**Keywords:** Adolescent pregnancy; adolescent; risk factors.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>06</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>11</b>
<b>4 OBJETIVOS.....</b>	<b>12</b>
<b>5 METODOLOGIA.....</b>	<b>13</b>
<b>6 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>15</b>
<b>7 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>24</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>25</b>
<b>ANEXO 1</b>	<b>27</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica constitui segundo o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2006) em “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”. Esta se dará através de ações territoriais voltadas a populações, utilizando tecnologias para a resolução dos problemas de saúde existentes.

O contato do usuário da Atenção básica se dá através das unidades de saúde, pela estratégia saúde da família, principal porta de entrada na busca de atendimento.

Esta considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e na inserção sociocultural com vistas à promoção da saúde, prevenção, tratamento de doenças e a redução de danos que possam comprometer sua qualidade vida (BRASIL, 2006).

Ipaba, objeto deste projeto intervencionista, é um município localizado na região leste de Minas Gerais, faz parte do colar metropolitano da região do Vale do Aço e, fica acerca de 248 km da capital do estado, Belo Horizonte. São cidades limítrofes do município de Ipaba: Santana do Paraíso, Belo Oriente, Caratinga, Bugre e Iapu (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

O município tem como atual prefeito o Sr. Edimarques Gonçalves Teixeira, como secretário municipal de saúde a Sra. Graciely Aparecida da Silva Pimentel e, como coordenadora da atenção básica, Núbia Leles da Silva.

Por volta de 1890, Regino Cândido iniciou o povoamento da Penha, uma extensa área de terra às margens da BR 458, onde foi criado o distrito de Vale Verde. Devido a uma epidemia de febre amarela, os fazendeiros do patrimônio da Penha se mudaram para as margens do rio Doce, criando o Porto de Inhapim. Alguns anos depois, o nome Porto de Inhapim foi modificado para Ipaba, “Ipa” de Ipatinga e “BA” de Bacia do Rio Doce. O Povoado de Ipaba antes pertencia ao município de Caratinga e em 27 de abril de 1992, foi elevada à categoria de município (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

A cidade de Ipaba pertence à bacia do rio Doce e seu principal curso d'água é o próprio Rio Doce que banha a zona urbana. Destaca-se no município o ribeirão da Água Limpa, Córrego do Beija-Flor, Lagoa Central, lagoa do Piauzinho, Lagoa da

Maromba, Lagoa da Cenibra e Lagoa do Queixada. A Companhia de Saneamento de Minas Gerais – COPASA MG é responsável pelo abastecimento de água tratada da cidade. A rodovia de acesso à cidade é a BR-458 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

Atualmente, o município é composto por um distrito (Vale Verde) e cinco povoados (Água limpa dos Vieira, Água Linda dos Antunes, Água Limpa dos Gonçalves, Boachá e Beija-Flor). A cidade possui extensão territorial total de 113,128 quilômetros quadrados, e concentração habitacional na zona urbana de cerca de 15.028 habitantes, contrapondo com 1.680 habitantes na zona rural. Apresenta um total de 4.663 domicílios, sendo 4.162 urbanos e 501 rurais, aproximadamente. No ano de 2010, apresentava Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,665 e densidade demográfica de 147,69 habitantes por quilômetro quadrado (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

Apresenta taxa de urbanização de 85%, contrapondo com 15% de área rural, dispõe de 95,7% de abastecimento de água tratada e de 98,68% de recolhimento de esgoto por rede pública. As principais atividades econômicas do município são provenientes da agricultura (milho, arroz, feijão, amendoim, mandioca etc.), da pecuária (assinos, bovinos, suínos) e da extração de madeira (Celulose Nipo-brasileira – CENIBRA), sendo a pecuária e a empresa Cenibra, com plantação de eucalipto, os principais postos de trabalho. A renda média familiar gira em torno de R\$403,90 e a taxa de desemprego em torno de 15%. A maioria da população é carente, com índice de pobreza de 48,96% em 2003, sendo que, cerca de 36,92% encontra-se no limite inferior da incidência de pobreza, e há elevado índice de analfabetismo. Dentre as atividades sociais, destacam-se como lazer os bares, clube, campo de futebol, ginásio poliesportivo, quadras esportivas e igrejas (IBGE, 2014).

Com relação ao sistema de saúde local, verifica-se que, a população em sua maioria é dependente do SUS, cerca de 99% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014). O índice de investimento em saúde é de 17,8% e, de acordo com a secretária municipal de saúde, o orçamento destinado à saúde encontra-se no CNPJ 662295430001-93, da secretaria de saúde.

Para prestar o atendimento, o município possui atualmente seis Unidades de Saúde da Família (USF), sendo cinco na zona urbana (Bela Vista, São José, Vale



Verde, Centro, Nossa Senhora das Graças) e uma unidade na zona rural (Boachá). Ressalta-se que a unidade de saúde Central, oferece atendimento 24 horas durante a semana, enquanto as demais funcionam de segunda a sexta feira de 7 às 16h. Por volta de 120 servidores atuam na assistência á saúde, com 100% de cobertura.

Entretanto, a estrutura física das unidades, oferece cuidados de atenção primária e secundária, sendo que os atendimentos de urgência e emergência são destinados ao município de Ipatinga, localizado a 22 quilômetros de Ipaba, referência para média e alta complexidade. São disponibilizados pelo município, um total de quatro ambulâncias e um microônibus para o transporte da população que necessita de tratamento fora do domicílio (TFD) (PREFEITURA MUNICIPAL DE IPABA, 2014).

Além disso, segundo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (2014) a cidade conta com duas farmácias populares, uma clínica privada (Ser Clínica) e dois laboratórios conveniados com a prefeitura (Maфра e Acil), onde são realizados exames laboratoriais. Ressalta-se que não há hospitais na cidade, como citado anteriormente, os atendimentos de urgência e emergência são referenciados à cidade de Ipatinga.

A Unidade de Saúde da Família São José está situada na Rua Olívia Rodrigues, número 405, bairro São José, em sede própria pertencente à prefeitura de Ipaba e presta assistência, segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB (2014) a uma população adscrita de aproximadamente 6000 habitantes, sendo toda ela residente em área urbana. Atualmente, duas equipes de saúde da família (São José e Centro) atuam no mesmo espaço físico da unidade em questão. O presente trabalho refere-se à equipe Centro, com população total de aproximadamente 3.278 habitantes.

A área física da unidade é composta por 2 consultórios médicos, consultório odontológico, 2 salas de atendimento de enfermagem, sala de atendimento multiprofissional – onde atendem a psicóloga, nutricionista e fonoaudióloga, sala de reunião, sala de vacina, farmácia (que apesar do espaço físico, está temporariamente indisponível), 2 sanitários, cozinha e recepção. A unidade é equipada com recursos básicos, mas, que muitas vezes são insuficientes ou inadequados.

A equipe de Saúde conta com uma médica (com atendimento 5 vezes por semana, totalizando 32 horas semanais), uma dentista (com atendimento 3 vezes

por semana, aproximadamente 18 horas semanais), uma psicóloga (com atendimento duas vezes na semana, totalizando 12 horas semanais), uma nutricionista (com atendimento uma vez na semana, total de 6 horas semanais), uma fonoaudióloga (com atendimento uma vez na semana, total de 6 horas semanais), os demais componentes da equipe, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, sete agentes comunitárias de saúde, uma recepcionista e uma auxiliar serviços gerais trabalham 5 dias na semana totalizando 40 horas semanais.

Conta com o apoio de alguns programas, já atuantes, como Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Até o momento, o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) ainda não foi implantado (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2014).

A cada seis meses são realizadas reuniões entre os cinco componentes do conselho de saúde do município, eleitos em conferências, que atuam como representantes da população e dos gestores.

As patologias crônicas como, doenças cardiovasculares e complicações de diabetes e hipertensão arterial, são observadas como a maior causa de morbimortalidade desta população, conforme Anexo I (BRASIL, 2014).

A partir do diagnóstico situacional realizado, observou-se elevado índice de analfabetismo entre a população com mais de 60 anos de idade (em torno de 15%), justamente a maior proporção dos que fazem parte do grupo de hipertensão e diabetes. Esse fato dificulta a adesão ao tratamento médico proposto e o uso correto das medicações.

A maioria da população morre devido às complicações cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico. Essa situação é a mesma da população nacional. Isso reflete a necessidade de atenção aos pacientes diabéticos e hipertensos como forma de prevenção às doenças citadas anteriormente.

Além disso, vivencia-se uma ausência de contra referência aos encaminhamentos realizados, tanto aos serviços de média e alta complexidade como aos prestadores de consultas de especialidades.

Além dos problemas citados anteriormente, ressaltam-se falhas organizacionais dentro da equipe de saúde da família em questão, como a falta de reuniões para se discutir as ações desenvolvidas e traçar metas e planejamentos futuros, além da falta de oportunidades para capacitação da equipe.

Pode-se citar também um elevado número de gestantes com menos de 18 anos de idade. Em um ano e seis meses foram cadastradas 66 gestantes para atendimento de pré-natal, destas, 22 tinham idade inferior a 18 anos quando iniciaram o atendimento, isto é, 33% das gestantes cadastradas tinham idade igual ou inferior a 18 anos de idade quando engravidaram. Pode-se considerar que, boa parte já havia passado por gestações anteriores.

Ao realizar a priorização dos problemas, a equipe de saúde levou em consideração a importância, a urgência e capacidade de enfrentamento. Deste modo, o problema priorizado para a realização do projeto de intervenção foi a gravidez na adolescência.

De acordo com o Estatuto da Criança e adolescente (ECA) a adolescência é o período compreendido entre os 12 aos 18 anos de idade (BRASIL, 2009).

É possível conceber que o grande número de adolescentes grávidas revela a pouca utilização de métodos contraceptivos por parte destas jovens e o risco a doenças sexualmente transmissíveis. Uma gestação neste momento da vida é considerada de alto risco para ambos, com grande probabilidade de filhos prematuros.

## 2 JUSTIFICATIVA

Em virtude da alta prevalência, a gravidez na adolescência tem sido considerada um importante assunto de saúde pública, o qual tem atingido tanto as adolescentes como a sociedade de modo geral, fazendo com que as possibilidades de desenvolvimento dessas jovens, na sociedade, sejam limitadas ou adiadas (SILVA et al., 2013).

Justifica-se a proposta de intervenção devido a gravidez na adolescência ser uma das principais causas de morte de mulheres entre 15 e 19 anos de idade e, além de ser capaz de representar consequências aos bebês, deixando-os mais vulneráveis a condições de risco como o baixo peso ao nascer e morte por problemas infecciosos e/ou desnutrição no primeiro ano de vida (BRASIL, 1999).

Nesse sentido, merece uma atuação da equipe no intuito de promover ações que promovam a mudança deste quadro, em especial, as ações que estimulem o envolvimento das comunidades, serviços e profissionais de saúde, levando a busca de soluções e respostas adequadas à demanda apresentada quanto a redução da gravidez na adolescência e atenção àquelas que encontram nesta condição, para que uma vez conscientes possam ser multiplicadores desta ideia e que se permitam planejar as próximas gestações.

Devido a sua alta prevalência e pelos riscos de complicações às mães e aos bebês, destaca-se a participação da equipe de saúde na escolha do problema levantado, considerando a existência de recursos humanos e materiais suficientes para se desenvolver um Projeto de Intervenção junto às gestantes adolescentes, sendo, portanto, viável.

Por essas considerações, justifica-se a realização deste estudo para propor a implantação de ações estratégicas para a redução da gravidez nas adolescentes residentes na área de abrangência da Equipe Saúde da Família Centro no município de Ipaba – MG.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 Geral

Elaborar um projeto de intervenção para a implantação de ações estratégicas para a redução da gravidez nas adolescentes residentes na área de abrangência da Equipe Saúde da Família Centro no município de Ipaba – MG.

#### 3.2 Específicos

- ✓ Propor ações educativas de utilização de métodos contraceptivos junto a adolescentes grávidas;
  - ✓ Promover palestras em escolas a nível secundário, próximas a unidade básica de saúde sobre a problemática em questão;
  - ✓ Promover a participação da comunidade escolar na discussão sobre a gravidez na adolescência;
  - ✓ Sensibilizar e aproximar familiares e profissionais de saúde acerca da problemática e ações.
- .

## 4 METODOLOGIA

Este estudo se caracteriza como um projeto de intervenção que tem como objetivo propor ações visando à diminuição da incidência de gravidez na adolescência na área de abrangência Unidade do Centro, no Município de Ipaba – MG, no ano de 2014.

Para subsidiar a abordagem teórica e construção deste projeto, foram realizados levantamentos a partir do banco de dados do IBGE, da base de dados municipal do SIAB, site eletrônico do DATASUS, dentre outros. Além disso, efetuou-se uma busca sistematizada na literatura, utilizando bases de dados, como: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), edições do Ministério da Saúde e outros. A busca foi guiada utilizando-se os seguintes descritores: gravidez na adolescência, adolescente, fatores de risco. O período de busca compreendeu publicações entre 2010 e 2014.

O trabalho foi constituído por seleção e análise de publicações relativas ao tema. Por fim, as informações contidas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional serviram de base para o desenvolvimento do plano de ação.

Os dados utilizados na realização do diagnóstico situacional foram utilizados na construção do plano de ação do Projeto de Intervenção, tendo como referência os dez passos propostos no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família e que nortearam todo o processo, sendo eles:

- a) Primeiro passo: definição dos problemas (o que causou os problemas e suas consequências);
- b) Segundo passo: priorização dos problemas (avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios);
- c) Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização quanto a dimensão do problema e sua quantificação);
- d) Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);
- e) Quinto passo: seleção dos “nós críticos” (causas mais importantes a serem enfrentadas);

- f) Sexto passo: desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);
- g) Sétimo passo: identificação dos nós críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);
- h) Oitavo passo: análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição);
- i) Nono passo: elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações);
- j) Décimo passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

O período da adolescência é uma fase caracterizada por mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais que separam a criança do adulto, prolongando-se dos 10 aos 19 anos, de acordo com critério da Organização Mundial de Saúde (OMS), ou dos 12 aos 18 anos de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990)

Em 1989, o Ministério da Saúde definiu objetivos, diretrizes e estratégias para o Programa "Saúde do Adolescente" (PROSAD), com a finalidade de promover, integrar, apoiar e incentivar práticas nos locais onde será feita a implantação e aonde essas atividades já vêm sendo desenvolvidas, seja nos estados, municípios, universidades, organizações não governamentais e outras (BRASIL, 1996).

Para o MS (1996) as complicações mais graves do parto tendem a ocorrer com as meninas menores de 15 anos, e serão piores em menores de 13 anos. A mãe adolescente tem maior morbidade e mortalidade por complicações da gravidez do parto e do puerpério. A taxa de mortalidade é duas vezes maior em gestantes adolescente do que entre gestantes adultas.

Segundo o Brasil (2010) em 2004, conforme análise realizada de óbitos de adolescentes em consequência de causas relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, mostrou que 16,4% do total de óbitos por essa causa quando consideradas todas as idades.

Além das causas obstétricas diretas, o aborto [...], atinge, sobretudo, as jovens pobres que sofrem mais dramaticamente as consequências das deficiências na assistência obstétrica e do impacto das condições de vida no estado de saúde. (CAVALCANTE; XAVIER, 2006). Essa situação ainda é considerada, em geral, como de risco, e componente desestruturador da vida do adolescente, pois os riscos causados na gestação não estão relacionados somente na idade materna, mais soma o fato de que, muitas vezes a primeira gestação, traz então, os perigos adicionais, relativos à primeira gravidez.

Vale lembrar que ainda adolescentes grávidas são consideradas cientificamente, como um grupo de risco na de saúde, como para si mesma e para seu filho. Sabe-se que uma jovem e seu filho ficam vulneráveis a riscos físicos, psicológicos e sociais. Quanto aos físicos, a gestação precoce pode prejudicar seu corpo ainda imaturo, e seu crescimento normal, além do fato que essas



adolescentes são mais suportáveis a complicações na gravidez, trabalho de parto e período de puerpério (VIANA et al., 2009).

No fator psicológico tem se notado aumento de casos de depressão pós-parto. Já em relação às complicações de um filho de mãe adolescente, observa-se o aumento na incidência de desnutrição, que, muitas vezes se estende até a infância da criança. Também se observa a incidência de maus tratos e descuidos com essas crianças (YALLE et al., 2009).

Filhos de mães adolescentes apresentam maior probabilidade de morte durante o primeiro ano de vida, quanto comparados os de mães de 20 anos ou mais idade (OLIVEIRA et al., 2010).

As adolescentes muitas vezes enfrentam sozinha essa situação e, invariavelmente, tem dificuldades familiares e sociais. A necessidade de esconder a gravidez faz com deixem de buscar os serviços de pré-natal, tornando mais propensas às morbimortalidade infantil e materna. Concomitantemente, ainda enfrentam afastamento da escola, a perda do emprego, casamentos prematuros, ou estigma de mãe solteira, mudando seu projeto de vida e sua potencialidade individual (CAMARGO et al., 2009).

O abandono do estudo pode ser uma consequência de constrangimentos sofridos pela mãe adolescente e da pressão dos professores, da direção e da própria família.

Além disso, os jovens abandonam os estudos pela dificuldade que agregam desde os cuidados com os bebês como também o aumento da necessidade e despesas financeiras que às fazem precocemente entrar no mercado de trabalho. (DIAS et al., 2010). E, na maioria das vezes, sem uma capacitação adequada e possibilidades de um futuro promissor.

À experiência de outros estudos (HEILBORN, 2002) tem se demonstrado que a gravidez faz parte dos projetos de vida de adolescentes do sexo feminino, e por adolescentes e homens jovens. Para o MS (BRASIL, 2010), a maternidade e a paternidade podem se revelar, nessa faixa etária, como um elemento reorganizador da vida e não somente desestruturador.

A situação influencia nos determinantes de qualidade de vida e, conseqüentemente, no processo de produção de saúde. A gravidez, a maternidade e a paternidade podem tornar-se um problema para mulheres e homens, em distintas faixas etárias, pela ausência de políticas públicas que subsidiem a inserção

no mercado de trabalho e a continuidade da educação, sobretudo para as mulheres que ainda são majoritariamente responsabilizadas pelo trabalho reprodutivo (BRASIL, 2010).

Para o MS (BRASIL, 1996), [...] a família, nos dias de hoje, atravessa uma fase de grandes mudanças, tanto no aspecto de forma quanto no de desempenho de suas funções básicas, como proteger, prover e definir limites.

Ressalta-se que a família quase nunca vai corresponder ao “ideal” que temos configurado em nossa história, e, frequentemente, o profissional de saúde vai se deparar com situações bastante insólitas, que influenciarão o atendimento do adolescente (BRASIL, 1996).

Assim, o MS (BRASIL, 2010) destaca a necessidade de que a Unidade Básica promova em relação ao adolescente: acolhimento humanizado; aumento e melhoria do acesso destes jovens aos serviços de saúde com vista a melhores resultados; sensibilidade para com as demandas e necessidades destes em acordo com as diversidades individuais, sociais, étnicas e territoriais, estabelecendo um vínculo de confiança e respeito; enxergar a pessoa jovem em sua integralidade. Estas são realizadas com ações que: promovam a prática do cuidado familiar ampliado; atividades grupais de educação em saúde; promover parcerias com outros setores da comunidade; promover a participação desse grupo populacional em redes intersetoriais; que lhes garanta proteção e a garantia de seus direitos.

## 6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

### 6.1 Primeiro Passo: Identificação dos problemas

A partir da identificação dos problemas relacionados na área de abrangência, foi possível elaborar uma lista destes, conforme dados abaixo:

- ✓ Alto índice de analfabetismo entre os pacientes, constituindo um fator limitador de ações e desenvolvimento da qualidade vida e promoção da saúde em algumas populações;
- ✓ Baixa adesão ao uso correto e regular dos medicamentos de hipertensão e diabetes. É grande o número de pessoas que não seguem corretamente a prescrição diária dos medicamentos em questão, elevando o número de agravos, e, fatores como o analfabetismo, levam a dificuldade em distinguir medicamento e dose/horário interferem nestes dados;
- ✓ Estes usuários também apresentam dificuldades na adoção de hábitos saudáveis, alimentação rica em fruta e verduras, redução do peso e inserção em programas de atividade física, assim como redução do uso de sal e alimentos ricos em sódio por parte dos hipertensos;
- ✓ Observa-se que a população em questão apresenta Alto índice de consumo de benzodiazepínicos para doenças como ansiedade, depressão e fobias;
- ✓ Falta de reuniões semanais entre os integrantes da equipe de saúde
- ✓ Alto índice de crianças com alimentação baixa em frutas e verduras e consequente desnutrição média;
- ✓ Elevado índice de gravidez na adolescência, que levanta a preocupação sobre a saúde destas mães, filhos e implicações sociais a curto, médio e longo prazo;
- ✓ A unidade de saúde apresenta alguns problemas a serem trabalhados, em geral, estão relacionados à cultura do tratamento médico centrado no uso de medicamentos e atuação nas emergências;
- ✓ Acerca da gravidez, esta se mostra gritante uma vez que inspira cuidados especiais por parte de toda a equipe, além da sensação de que o sistema vem falhando em algum ponto, pois vivendo na era do conhecimento com fácil acesso, esse quadro só tem aumentado.

## 6.2 Segundo Passo: Priorização dos Problemas

**Quadro 1:** Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF de IPABA – MG.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevado índice de gravidez na adolescência	Alta	7	Parcial	1 <sup>a</sup>
Baixa aderência aos medicamentos de hipertensão e diabetes	Alta	6	Parcial	2 <sup>a</sup>
Alto índice de consumo de benzodiazepínicos	Baixa	5	Parcial	3 <sup>a</sup>
Falta de reuniões semanais entre os integrantes da equipe de saúde	Baixa	4	Parcial	4 <sup>a</sup>
Alto índice de analfabetismo entre os pacientes	Media	4	Baixa	5 <sup>a</sup>

Fonte: Diagnóstico Situacional da ESF de IPABA – MG (2014).

## 6.3 Terceiro Passo: Descrição do Problema

Após o estabelecimento das prioridades, escolheu-se o elevado índice de gravidez na adolescência como principal alvo de enfrentamento.

Constitui a gestação de mulheres em idade de 12 a 17 anos, período em que a maioria não possui condições físicas, psicológicas e sociais de ser mãe, sendo muitas vezes fruto da atividade sexual precoce e de forma inconsequente, violência ou abuso sexual, pouco diálogo familiar, baixa condição financeira, entre outros.

## 6.4 Quarto Passo: Explicação do problema

A gravidez na adolescência é uma problemática multifatorial e que gera situações de conflitos para todos os envolvidos em especial a adolescente e a criança.



**Figura 1** – Gravidez na Adolescência.

**Fonte:** [www.saude.al.gov.br](http://www.saude.al.gov.br)

Observa no cotidiano da Unidade que suas causas estão relacionadas ao: sexo cada vez mais prematuro ou iniciação sexual muito cedo, menarca precoce, falta de adoção de métodos contraceptivos, sexo inconsequente, abuso sexual, envolvimento com homens de maior idade, falta de diálogo com os pais ou famílias desestruturadas, baixo nível socioeconômico, baixo nível educacional, visão errônea de que a gravidez poderá gerar uma mudança social entre outros.

Suas possíveis consequências, conforme a literatura MS (2006) são: risco na gravidez, baixo peso ao nascer, nascimento prematuro, dificuldades para sustentar a criança, isolamento social, abandono dos estudos, perda da juventude, uma vez que esta foi “pulada” ao assumir a criação de uma criança.

Segundo Sarmiento (2003), cerca de 1,1 milhão de adolescentes engravidam por ano no Brasil, sendo que 65% das mulheres grávidas têm menos de 20 anos, conforme dados fornecidos pelo Hospital São Paulo, em estudo realizado entre 1996 e 1998, entre 2011 e 2012 cerca de 8.300 adolescentes com idade entre 15 e 19 anos deram a luz (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

### **6.5 Quinto passo: Identificação dos nós críticos**

Mediante os dados coletados, foi possível selecionar os principais “nós críticos”: falta de informação dos adolescentes, baixa condição financeira e falta de diálogo familiar.

### **6.6 Sexto passo: Desenho das operações**

**Quadro 2:** Desenho de operações para os "nós" críticos do problema elevado índice de gravidez na adolescência.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Insuficiência de informação dos adolescentes	Orientação aos adolescentes sobre os mecanismos de prevenção e as consequências da gravidez não planejada	Diminuição do número de gravidez indesejada na faixa etária dos dez aos 19 anos e da incidência de DST;	Palestras educativas e demonstrativas na UBS e escolas	Toda a ESF, NASF, educadores escolares, Panfletos, cartilhas, vídeos e depoimentos reais.
Baixa condição financeira	Orientação acerca da disponibilização gratuita pelo Governo, assim como, sensibilização das dificuldades a serem enfrentadas, sendo a mudança social uma possibilidade menos remota	Busca destas adolescentes à Unidade para planejamento familiar	Oferta dos métodos contraceptivos, palestra sobre métodos contraceptivos	Álbum seriado, métodos para demonstração, consulta e prescrição
Falta de diálogo familiar	Informação aos pais sobre os métodos contraceptivos e a necessidade de diálogo com as filhas, assim como observação acerca da menarca e início da atividade sexual	Maior interação pais - adolescentes	Palestra educativa nas escolas e UBS	Vídeos, álbum seriado, equipe ESF e apoio extra dos ACS na visita domiciliar para reforçar o conhecimento passado

Fonte: Elaboração da autora, 2014.

## 6.7 Sétimo passo: identificação de recursos críticos

**Quadro 3:** Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos "nós" críticos do problema elevado índice de gravidez na adolescência.

Operação	Recurso crítico
<b>SABER +</b>	Aumenta o nível de informação da população sobre os riscos de DST e sobre a gestação na adolescência.
<b>ACESSO +</b>	Aumenta o acesso a informação sobre as consequências sociais da gravidez e oferta métodos contraceptivos gratuitamente conforme preconizado pelo MS.
<b>INTERAÇÃO FAMILIAR +</b>	Informa aos pais sobre os principais métodos de prevenção da gravidez e necessidade de interagir com suas filhas sobre o tema.

Fonte: Elaboração da autora, 2014.

## 6.8 Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

**Quadro 4:** Análise de viabilidade do plano.

Operação/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
<b>SABER +</b>	Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos de DST's e sobre a gestação na adolescência	ESF, escolas	Favorável	Palestras na própria unidade de saúde, escolas, capacitação de profissionais da saúde e professores, através da Educação permanente.
<b>ACESSO +</b>	Aumentar o acesso a informação sobre as consequências sociais da gravidez e ofertar métodos contraceptivos gratuitamente conforme preconizado pelo MS.	ESF	Favorável	Palestras na própria unidade de saúde, escolas, capacitação de profissionais da saúde e professores Através da Educação permanente; Consultas, acompanhamento, visita domiciliar.
<b>INTERAÇÃO FAMILIAR +</b>	Informar aos pais sobre os principais métodos de prevenção da gravidez e necessidade de interagir com suas filhas sobre o tema	ESF, escolas	Favorável	Palestras na própria unidade de saúde, escolas, capacitação de profissionais da saúde e professores, pais e responsáveis.

Fonte: Elaboração da autora, 2014.

## 6.9 Nono passo: elaboração do plano operativo

**Quadro 5:** Plano operativo para solucionar o problema da elevado índice de gravidez na adolescência.

Operação	Resultado	Produto	Responsáveis	Prazo
Sensibilização dos adolescentes para a promoção da qualidade de vida.	100% dos adolescentes da área de abrangência informados e com mais conhecimentos para tomada de decisões, conscientes sobre sua vida sexual e quanto ao uso correto dos anticoncepcionais.	Grupos educativos sobre sexualidade segura.	Médico, enfermeiro, ACS, técnico em enfermagem.	2 meses

Acesso aos métodos contraceptivos	100% das adolescentes sabendo utilizar métodos contraceptivos e da importância deste, para evitar a gravidez, e de que a mudança social ocorre através de ações que contemplem a melhora da educação	Visita às escolas, aulas de educação sexual	Médico, enfermeiro, ACS, técnico em enfermagem.	03 meses
Interação familiar	100% das mães e pais de filhas adolescentes conscientes dos métodos de prevenção da importância que a família tem na conscientização sobre a iniciação sexual e meios de evitar a gravidez	Visita às escolas, aulas de educação sexual na reunião de pais. Orientação nas consultas	Médico, enfermeiro, ACS, técnico em enfermagem.	03 meses

Fonte: Elaboração da autora, 2014.

## 6.10 Décimo passo: gestão do plano

Quadro 6: Gestão do plano operativo.

Operações	Produtos	Responsáveis	Prazo inicial	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Conscientização dos adolescentes como responsáveis no processo de evitar ou não a gravidez	Grupos educativos sobre sexualidade segura	Médico, enfermeiro, ACS, técnico em enfermagem	2 meses	Aguardando iniciar	Planejamento	Mantido os 2 meses
Acesso aos métodos contraceptivos	Visita às escolas, aulas de educação sexual aos adolescentes	Médico, enfermeiro, ACS, técnico em enfermagem	3 meses	Aguardando iniciar	Planejamento	Mantido os 03 meses
Interação familiar	Visita às escolas, aulas de educação sexual na reunião de pais. Orientação nas consultas	Médico, enfermeiro, ACS, técnico em enfermagem e ACS	3 meses	Aguardando iniciar	Planejamento	Mantido os 03 meses

Fonte: Elaboração da autora, 2014.



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública que está relacionado a diversos fatores sociais, culturais e econômicos. Ademais, o risco gerado para o feto e para a mãe é real, além dos prejuízos causados ao desenvolvimento de ambos.

A difusão de medidas de sensibilização é pressuposto basilar para que sejam alcançados os resultados propostos. Além disso, minimizar a influência da realidade local, que se mostra também bastante marcada por questões sociais e econômicas. É o início de um trabalho que envolve ações de prevenção e redução deste agravo.

A concepção da importância de um planejamento familiar, a sensibilização para os riscos de uma gravidez precoce para uma jovem mãe, bem como seus desdobramentos tendem a ser alcançados por meio da aplicação deste projeto de intervenção, conseqüentemente, a redução da incidência de gestações não planejadas em idade precoce, assim como a diminuição da prevalência de doenças sexualmente transmissíveis, serão resultados que afirmarão a importância da adoção de uma abordagem voltada neste direcionamento, com desdobramentos expressivos e relevantes sobre os índices de saúde da população.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. X.; NÓBREGA, S. M.; COUTINHO, M. P. L. Representações sociais de adolescentes grávidas sobre a gravidez na adolescência. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 3, p.588-596, 2012.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), **Lei Federal nº 8.069/90**, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde – DATASUS. **Sistema de Informação da Atenção Básica** - Cadastramento Familiar. Data de download: 18/09/2013. Sistema de Informação da Atenção Básica - Cadastramento Familiar.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. MINISTERIO DA SAÚDE. Adolescente. **Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas**. Edição. Brasília; Ministério da Saúde, 1996. Brasil - Ministério da Saúde.

CAMINHA, N.O.; COSTA, C. C. O Perfil das puérperas adolescentes atendidas em uma maternidade de referência de Fortaleza-Ceará. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 486-492, 2012.

CAVALCANTE, a.; XAVIER, D. **Em defesa da vida: aborto e direitos humanos**. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir. 2006.

FERREIRA, R.A.; FERRIANI, M.G.C.; MELLO, D.F. et al. Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 313-323, 2012.

GAMA, S.G.N.; SZWARCOWALD, C.L.; LEAL, M.C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p.153-161, 2002.

GURGEL, M.G.I.; ALVES, M.D.S.; MOURA, R.F.E. et al. Desenvolvimento de habilidades: estratégia de promoção da saúde e prevenção da gravidez na adolescência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**; v. 31, n. 4, p. 640-646, 2010.

HEILBORN, M. L.; SALEM, T.; ROHDEN, F. et al. Aproximações sócio antropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes Antropológicos**, v. 8, n. 17, p 13-44, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Dados Históricos de IPABA – MG**. Disponível em: <[www.cidades.ibge.gov.br](http://www.cidades.ibge.gov.br)>. Acesso em: 18 de ago. 2014.

PATIAS, N. D.; JAGER, M. E.; FIORIN, P. C. et al.. construção histórico-social da adolescência: implicação na percepção da gravidez na adolescência como um problema. **Revista Contexto Saúde**, Santa Maria, v. 10, n. 20, p. 205-213, 2011.

PIRES, R.; PEREIRA, J.; PEDROSA, A. A. et al. Maternidade adolescente; escolha, aceitação ou resignação? **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v.14, n. 2, p. 339-347, 2013.

SILVA, A. C. A.; ANDRADE, M. S.; SILVA, R. S. et al.. Fatores de risco que contribuem para a ocorrência da gravidez na adolescência: revisão integrativa da literatura. **Revista Cuidarte**, Bahia, v.4, n.1, p. 531-539, 2013.

TAQUETTE, Stella R; VILHENA, Marília M. de. Uma contribuição ao entendimento da iniciação sexual feminina na adolescência. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 105-114, 2008.

TEIXEIRA, S. C. R.; SILVA, L. W. S.; TEIXEIRA, M. A. Políticas públicas de atenção às adolescentes grávidas – uma revisão bibliográfica. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.37-44, 2013.

## ANEXO I

**Tabela 1:** Percentual de casos de Diabetes.

<b>ANO</b>	<b>MUNICIPAL</b>	<b>NACIONAL</b>
2013	2,5%	2,3%
2012	2,5%	2,3%
2011	2,5%	2,0%

**Fonte:** Ministério da Saúde, DATASUS, 2012.

**Tabela 2:** Percentual de casos de Hipertensão.

<b>ANO</b>	<b>MUNICIPAL</b>	<b>NACIONAL</b>
2013	10,4%	9,5%
2012	10,2%	9,4%
2011	10,2%	9,0%

**Fonte:** Ministério da Saúde, DATASUS, 2012.