

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

JORGE ENRIQUE HERNANDEZ BORRELL

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA
ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE MARISTELA
DE MINAS – MINAS GERAIS**

PEDRA AZUL - MINAS GERAIS

2016

JORGE ENRIQUE HERNANDEZ BORRELL

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA
ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE MARISTELA
DE MINAS – MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Anézia M. F. Madeira

PEDRA AZUL - MINAS GERAIS

2016

JORGE ENRIQUE HERNANDEZ BORRELL

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA
ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE MARISTELA
DE MINAS – MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Anézia Moreira Faria Madeira (orientadora- UFMG)

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 21 de março de 2016.

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a meus colaboradores mais fiéis:
meus pais, meus filhos, irmãos e amigos.*

AGRADECIMENTOS

A minha mãe por seu apoio incondicional, por me fazer um bom homem e ser guia por boas estradas.

A minha família pela paciência infinita e seu apoio, apesar da distância.

Ao meu conselheiro pelo interesse e apoio.

Aos meus amigos que estavam sempre presentes quando necessário e compartilharam de minha ansiedade e insônia.

Inteligência não é apenas conhecimento, mas também a habilidade de aplicar os conhecimentos na prática.

Aristóteles

RESUMO

A gravidez na adolescência é considerada sério problema de saúde pública e com isto exige programas de orientação, preparação e acompanhamento durante a gravidez e o parto, pois oferece riscos tanto para mãe quanto para o recém-nascido. No distrito de Maristela de Minas, MG, a incidência de gravidez em adolescentes é alta. Ao analisarmos os prontuários médicos do atendimento pré-natal do Centro de Saúde constatou-se que das 39 gestantes que realizaram o pré-natal, no período de junho de 2014 a junho de 2015, 14 (35,8%) eram adolescentes. Neste sentido, acreditamos que um Plano de Ação voltado para os adolescentes do Distrito focado em parceria com as escolas locais poderá contribuir para diminuição da gravidez na adolescência, já que esta constitui fator de risco para população. Para fundamentar o plano foi realizada pesquisa bibliográfica de artigos indexados e livros bem como publicações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde. A realização de palestras nas escolas e na unidade de saúde, com a participação de toda Equipe de Saúde da Família, é uma das ações propostas.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência. Atenção Primária à Saúde. Escola.

ABSTRACT

Teenage pregnancy is considered a serious public health problem and it requires guidance programs, preparation and monitoring during pregnancy and childbirth, it offers risks for both mother and the newborn. In Maristela district of Minas, MG, the incidence of teenage pregnancy is high. In reviewing the medical records of prenatal care Health Center was found that of the 39 pregnant women who underwent prenatal, in June 2014 to June 2015, 14 (35.8%) were adolescents. In this sense, we believe that an Action Plan aimed at teenagers District focused on partnership with local schools, may contribute to reduction of teenage pregnancy, as this is a risk factor for the population. To support the plan was carried out literature search of articles indexed and books and publications made available by the Ministry of Health. The lectures in schools and health unit, with the participation of all the Family Health Team is one of the actions proposed.

Keywords: Pregnancy in adolescence; Primary Health Care; School.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
FPNU	Fundo de População das Nações Unidas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
UNFPA	Fundo das Populações das Nações Unidas
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 JUSTIFICATIVA.....	20
3 OBJETIVO.....	21
4 METODOLOGIA.....	22
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	23
6 PLANO DE AÇÃO	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

Adolescência é uma fase de transição entre a infância e a idade adulta compreendida entre os 10 e 19 anos, segundo a OMS (1975). É caracterizada por transformações biológicas, sociais e psicológicas, as quais geram conflitos e expõe o adolescente a várias situações, dentre elas a gravidez. A gravidez na adolescência é considerada um sério problema de saúde pública e com isto exige programas de orientação, preparação e acompanhamento durante a gravidez e o parto, pois oferece riscos tanto para mãe quanto para o recém-nascido.

Gravidez precoce é aquela que ocorre entre o início da adolescência ou puberdade e final da adolescência. O termo se refere às mulheres grávidas que não tenham atingido a maioridade legal, variando em diferentes países; é usado também para se referir às mulheres adolescentes grávidas em situação de dependência em relação à família de origem (GUANABENS *et al.*, 2012).

No geral podemos afirmar que os índices de gravidez na adolescência têm diminuído nos últimos anos no Brasil. Entretanto, não podemos dizer o mesmo em relação aos locais onde as condições socioeconômicas são mais precárias; nessas regiões a incidência de gravidez na adolescência é maior.

Para muitas adolescentes, engravidar é uma escolha tomada como um meio de inserção social. Na maioria das vezes, são gravidezes indesejadas ou não planejadas; não há apoio da família e do pai da criança. Além disso, a adolescente e seu filho ficam expostos a problemas físicos, psicológicos e sociais, sem falar do risco de aborto espontâneo ou interrupção da gravidez por meios mecânicos. É notável, ainda, a relação existente entre gravidez e abandono escolar, segundo Guanabens *et al.* (2012).

Nos países em desenvolvimento, dentre as 20.000 jovens menores de 18 anos que engravidam cerca de 200 morrem durante a gravidez ou no parto, de acordo com relatório publicado pelo Fundo de População das Nações Unidas – FPNU (UNFPA). Todos os anos ocorrem no mundo 7,3 milhões de nascimentos de crianças, filhos de mães adolescentes até 18 anos, dentre essas mães dois milhões são meninas

menores de 15 anos; um número que, de acordo com a tendência atual, vai chegar a três milhões em 2030 (UNFPA, 2013).

Sendo assim, por meio da realização do diagnóstico situacional do Distrito de Maristela de Minas, Minas Gerais, por ocasião da Disciplina Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, foi possível identificar os problemas de saúde presentes na população desta localidade. Um dos problemas identificados foi Incidência de Gravidez na Adolescência; em sua maioria as adolescentes não têm parceiros e vivem em precárias condições socioeconômicas.

Nesse caso, questionamos: o que fazer para diminuir os casos de gravidez em adolescentes na região? Acreditamos que a realização de um plano de ação onde houvesse integração entre saúde e educação voltada para os adolescentes, seria um dos caminhos.

1.1. Contexto de intervenção

O distrito de Maristela de Minas localiza-se no Norte de Minas Gerais e está situado na foz do Córrego Tapera e às margens do Rio Mosquito; dista da sede Curral de Dentro cerca de 50 km. Os Senhores Antônio José da Cruz e Avelino Ferreira Porto iniciaram a povoação do local no ano de 1941. Em divisão territorial datada de 1999, o município é constituído Distrito Sede, assim permanecendo em divisão territorial datada de 2001. Pela Lei nº 138, de 08 de dezembro de 2003, é criado o Distrito de Maristela e anexado ao município de Curral de Dentro de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014).

Na figura 1 tem-se uma pequena visão do município Maristela de Minas.

Figura 1 - Rua principal, Distrito Maristela de Minas, MG.



Fonte: Acervo do autor.

Em relação aos aspectos socioeconômicos, a base econômica do município é sustentada na produção de eucalipto para produção de carvão e do aproveitamento de suas folhas e cascas na manufatura do papel. Há também exploração de rochas de granito, permitindo criação de postos de trabalho; uma pequena parcela da população está envolvida no comércio. Em relação à renda percapita, a maioria das famílias possui situação econômica boa; nos últimos anos tem-se melhorado as condições de vida da população de modo geral, graças à criação de postos de trabalho e medidas de combate à pobreza pelos órgãos responsáveis.

A figura 2 mostra um dos produtos de sustentação econômica do município.

Figura 2 - Transporte do carvão, Maristela de Minas, MG.



Fonte: Acervo do autor.

1.2. Aspectos demográficos

O Distrito de Maristela de Minas possui uma área territorial de 50 km²; uma densidade populacional de 0,01 hab./km e população de 2332 habitantes, sendo que a concentração na zona urbana (87%) supera a da zona rural (13%) (IBGE, 2014). Possui uma taxa de crescimento anual, média, de 1,4%. A taxa de escolarização no município é de 82,72% e a população usuária do SUS é de 100%. Entre os 2332 habitantes 1479 (63,42%) são homens e 853 (36,57%) mulheres (IBGE, 2014). O quadro 1 mostra a população do distrito de Maristela de Minas segundo faixa etária.

Quadro 1 - Distribuição da população segundo faixa etária, zona urbana e rural, Maristela de Minas, MG, 2014.

Maristela de Minas										
Nº de indivíduos	>1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-39	40-59	60+	Total
Área Urbana	16	96	124	128	355	319	320	328	340	2026
Área Rural	07	21	32	34	41	23	35	61	52	306
Total	23	117	156	162	396	342	355	389	392	2332

Fonte: SIAB, Maristela de Minas, MG, 2014.

Os dados do quadro apontam que o maior quantitativo de pessoas na área urbana é constituído de adolescentes seguido por pessoas na faixa etária de 25 a 59 anos. Na área rural este quadro se diferencia, uma vez que a faixa etária predominante é de pessoas entre 40 a 59 anos de idade e seguida por pessoas idosas.

1.3 Meios de transporte

Existem dificuldades no município em relação à disponibilidade de carros pela Prefeitura para transporte de escolares e de pacientes. São apenas duas ambulâncias e um ônibus escolar. A população utiliza carros e motos para seu deslocamento na cidade e nas vizinhanças.

1.4 Educação

O nível de escolaridade é baixo na população idosa. Atualmente existem duas escolas no distrito, a Escola Estadual Maristela do ensino fundamental ao médio, e Escola Municipal Borboleta Azul, do pré-escolar ao ensino fundamental; 95% das crianças e adolescentes frequentam a escola, o que é considerado bom para o município (IBGE, 2014).

1.5 Aspectos ambientais

O clima no distrito de Maristela de Minas é semiárido, com tendência à escassez de chuvas. O meio ambiente é poluído por poeira e fumaça proveniente da queima do carvão nas usinas de produção; 80% da população são beneficiados por água tratada, predominando na zona urbana. A população da zona rural utiliza poços artesianos; 83% dos moradores possuem rede de esgoto e 17% fossa rudimentar; a coleta de lixo é realizada de forma regular. Existe um serviço de zoonose estruturado que possibilita o controle de vetores, roedores, dentre outros na região (IBGE, 2014).

1.6 Religião

Em relação à religiosidade, o distrito conta com uma igreja católica e algumas igrejas evangélicas, sendo que grande parte dos moradores são católicos.

A Igreja Nossa Senhora da Ajuda está apresentada na figura 3.

Figura 3 – Igreja Nossa Senhora da Ajuda, Maristela de Minas, MG



Fonte: Acervo do autor.

1.7 Lazer

No distrito existem poucas opções de lazer. Os moradores se divertem frequentando a lagoa e o rio que banha a região. A população se envolve mais com as festas e atividades promovidas pelas igrejas. Os jovens se encontram na praça e se divertem ouvindo músicas, ou se exibindo em motocicletas. As crianças jogam bola, andam de bicicleta e realizam passeios promovidos pelas escolas.

1.8 Serviços públicos

A população é beneficiada pelos seguintes serviços públicos: Copasa, Cemig, Telefonia Vivo, Banco Postal, Bradesco, além de casa lotérica.

1.9 Aspectos epidemiológicos

- Hospitalizações:

Em 2014 ocorreram 97 hospitalizações, sendo: 36 partos; seis por doenças do aparelho respiratório; oito por lesões; 23 por envenenamentos e causas externas; quatro por neoplasias e 20 por outras causas (MARISTELA DE MINAS, 2014).

O quadro 2, a seguir, apresenta as morbidades referidas na área de abrangência do distrito de Maristela de Minas, MG.

Quadro 2 - Morbidade referida na área de abrangência da equipe, Maristela de Minas, MG, 2014.

Morbidade referida	Total
Alcoolismo	27
Deficiência mental	23
Epilepsia	16
Diabetes	43
Hipertensão arterial	278
Tuberculose	1
Hanseníase	0
Tabagistas	80

Fonte: Coordenação de Epidemiologia da SMS, Maristela de Minas, 2014.

Destacamos como principais problemas de saúde na população jovem-adulta na área de abrangência da ESF as doenças respiratórias, pois algumas ruas não são pavimentadas e o clima seco e frio da região contribui para o aparecimento e complicações dessas doenças. Pneumonia, gripe, alergias, diarreia e doenças parasitárias, são as doenças prevalentes em crianças. Hipertensão, alcoolismo e acidentes predominam em adultos. Além disso, destacamos a gravidez na adolescência como um problema no município, como já pontuado anteriormente.

O quadro 3 expõe dados sobre mortalidade proporcional na área da equipe de PSF.

Quadro 3 - Mortalidade proporcional por faixa etária, na área de abrangência da equipe de PSF, Maristela de Minas, 2014.

Faixa etária	Número
< 1	0
1 - 4	0
4 - 15	0
15 - 50	2
50 - 60	1
60 e +	5
Total	8

Fonte: Coordenação de Epidemiologia da SMS/SIM/Maristela de Minas, 2014.

As principais causas de óbito na área de abrangência da equipe de PSF foram: doenças do aparelho circulatório (2); doenças do aparelho respiratório (2); causas externas (02); neoplasias (2) (MARISTELA DE MINAS, 2014).

A produção da equipe de PSF durante o ano de 2014 foi: 2520 consultas médicas; 1530 atendimentos individuais pelo enfermeiro; 1335 curativos; 1874 medicações intramusculares; 183 consultas de pré-natal (médico e enfermeiro). Em relação aos hipertensos da área de abrangência, a equipe conseguiu realizar duas consultas/ano e sete reuniões de grupo, com 58% dos 278 hipertensos diagnosticados. A cobertura de consultas para diabético foi de três consultas/ano para 100% dos 43 diabéticos diagnosticados (MARISTELA DE MINAS, 2014).

1.10 Recursos de saúde

A Unidade de Saúde da Família, na qual atuo como médico localiza no distrito Maristela de Minas, pertencente ao município Curral de Dentro. Atende cerca de 570 famílias, pertencentes às zonas urbana e rural. Foi inaugurada há cerca de seis anos e está situada em uma das principais ruas do bairro Maristela. É conservada e o espaço físico é bem aproveitado pela população e pelos profissionais que ali atuam.

A figura 4 mostra o Posto de Saúde do município de Maristela de Minas, 2015.

Figura 4 - Posto de Saúde de Maristela de Minas.



Fonte: Acervo do autor.

A área destinada à recepção é espaçosa e arejada, o que contribui para um atendimento de qualidade aos usuários; possui uma sala de espera equipada com

cadeiras, TV e bebedouro. As reuniões com a comunidade (grupos operativos, por exemplo) são realizadas na própria unidade. Existe também na unidade uma farmácia, com funcionamento de 24 horas; além de duas ambulâncias.

Em relação aos recursos humanos, a equipe de PSF conta com os seguintes profissionais: um cirurgião dentista; um enfermeiro; um médico generalista; quatro técnicos de enfermagem; um técnico de saúde bucal; e três agentes comunitários de saúde.

São realizadas pela equipe visitas domiciliares de ACS e de enfermagem; consultas médicas; consultas de enfermagem; consultas odontológicas; procedimentos de enfermagem na unidade e no domicílio; grupos de hipertensos, diabéticos e gestantes; aplicação de flúor em crianças da escola local, com supervisão de escovação dentária; agendamento de consultas para especialidades e exames (diariamente); dispensação de medicamentos; prevenção do câncer de colo e de mama; vacinação; teste do pezinho; teste rápido para toxoplasmose; glicemia; atendimentos de urgência; acolhimento e triagem do usuário.

O Conselho Municipal de Saúde é composto por 12 participantes. As reuniões são agendadas a cada 21 dias e, quando necessário, existem convocações extraordinárias para tratar dos problemas de saúde do município.

O Fundo Municipal de Saúde (FMS) disponibiliza recursos da atenção primária (PAB Fixo e Variável), da vigilância epidemiológica, do programa de melhoria da atenção primária, do programa de saúde bucal, dentre outros que estão disponíveis no *site* do Ministério da Saúde. O orçamento e planejamento são realizados pela Secretaria de Saúde.

A Unidade de Saúde tem como referências: Centro Viva Vida, Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), e o Hospital Santo Antônio localizado em Taiobeiras. As contra referências acontecem apenas pelo Centro Viva Vida, os demais serviços não retornam sobre o atendimento dos pacientes.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pelo alto índice de gestantes adolescentes no distrito Maristela de Minas. Ao analisar os prontuários médicos do atendimento pré-natal do Centro de Saúde Maristela constatou-se que das 39 gestantes que realizaram o pré-natal, no período de junho de 2014 a junho de 2015, 14 (35,8%) eram adolescentes (MARISTELA DE MINAS, 2015).

Sendo assim, este problema foi considerado prioritário para elaboração de um plano de ação, tendo em vista os aspectos biopsicossociais da gravidez na adolescência.

Acreditamos que um plano de ação voltado para os adolescentes do Distrito de Maristela de Minas focado em parceria com as escolas locais, poderá contribuir para diminuição da gravidez na adolescência, já que esta constitui fator de risco para população.

3 OBJETIVO

Propor um plano de ação, em parceria com as escolas locais, visando diminuir a incidência de gravidez na adolescência no Distrito de Maristela de Minas, MG.

4 METODOLOGIA

Para realização do Plano de Ação foi utilizado inicialmente o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), trabalhado na Disciplina Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, do Curso de Especialização em Atenção Básica, da Universidade Federal de Minas Gerais. Foi realizado o diagnóstico situacional por meio da estratégia Estimativa Rápida (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) na Unidade Básica de Saúde Maristela de Minas, do município Curral de Dentro, Minas Gerais.

Por meio do diagnóstico situacional da região detectaram-se os principais problemas de saúde e evidenciou as prioridades em relação a: **alta incidência de gravidez na adolescência**. Outros problemas detectados foram: alta incidência de doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, e parasitismo intestinal. Para subsidiar a construção do plano de ação foram utilizadas informações disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Maristela de Minas (relatórios de gestão), informações obtidas dos profissionais de saúde da UBS, além de textos disponíveis na Biblioteca Virtual do Programa Ágora (Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, NESCON; Faculdade de Medicina, UFMG).

A construção da revisão bibliográfica sobre o tema gravidez na adolescência foi realizada por meio de busca de artigos em periódicos, consultas em livros textos, e publicações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1.1 Aspectos gerais da gravidez na adolescência

O processo de amadurecimento da adolescência envolve assimilação de conhecimentos e informações, principalmente no que diz respeito aos mitos e tabus que envolvem a sexualidade. Alguns desses tabus/mitos são provenientes da religião e evitam que a adolescente viva de todo sua sexualidade sem riscos e se tornam tabus em sua vida. Estes tabus impedem um diálogo de confiança entre pais e filhos e dificultam uma preparação adequada para suas primeiras relações sexuais. Nesse sentido, o conhecimento da gravidez, pelos pais, só chega quando já está em processo e sua repercussão negativa acontece não só dentro da família, mas também em todos os ambientes frequentados pela adolescente como a escola e a comunidade. Assim, é necessária a criação de programas de informação e educação pela equipe de saúde, com finalidade de orientar adequadamente tanto as adolescentes quanto suas famílias, respeitando-se costumes e padrões culturais (MARTINS, 2012).

Considerando que os mitos e tabus reforçam o padrão sexual e a cultura de uma determinada população e que podem contribuir para o desenvolvimento de problemas sexuais, torna-se essencial desmistificar conceitos equivocados e orientar os adolescentes para que exerçam sua sexualidade com segurança, tranquilidade e plenitude, contribuindo, assim, para uma prática sexual saudável (MARTINS, 2012).

É importante entender que sexo se refere à definição do órgão genital masculino ou feminino, ou também pode ser compreendido como uma relação sexual, enquanto que o conceito de sexualidade está ligado a tudo aquilo que somos capazes de sentir e expressar.

A sexualidade faz parte da personalidade de cada um, é uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado de outros aspectos da vida. Sexualidade não é sinônimo de coito (relação sexual) e não se limita à ocorrência ou não de orgasmo. Sexualidade é muito mais que isso, é a energia que motiva a encontrar o amor, contato e intimidade e se expressa na forma de sentir, nos movimentos das pessoas, e como estas tocam e são tocadas. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, portanto a saúde física e mental. Se saúde é um direito humano fundamental, a saúde sexual também deveria ser considerada um direito humano básico (OMS, 1975, p.58).

Segundo a OMS, 22% dos adolescentes têm relações sexuais pela primeira vez aos 15 anos de idade. É nesta fase importante de autoconhecimento e incertezas que a falta de informação pode gerar uma gravidez inesperada ou mesmo a contaminação por doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2012).

Em 1999, foi verificada uma taxa de 90,5 grávidas para cada grupo de 1000 adolescentes de 15 a 19 anos. Em 2003, havia 81 grávidas para cada grupo de 1000, uma queda de 10,5% (BRASIL, 2005). O aumento das relações sexuais na adolescência tem como ocorrência marcante também o aumento no número de gestações precoces, em decorrência do pouco uso de contraceptivos pelas adolescentes e pela sua intensa atividade sexual (BRASIL, 2005).

5.1.2 Consequências da gravidez

As consequências da gravidez na adolescência são bem conhecidas: um aumento do risco de mortalidade materna e infantil e morbidade entre as mães muito jovens, fertilidade de vida global mais alta e as consequências sociais (BRASIL, 2005).

Segundo Beretta *et al.* (2011), é importante monitorar de forma contínua e sistemática desde o início, o processo de gestação das jovens grávidas, em estreita relação com a família para averiguar se estão recebendo apoio e para minimizar os riscos a que estão expostas.

A gravidez nessa fase da vida tem sido considerada como fator de risco, do ponto de vista médico, tanto para mãe como para o filho e, também, como fator agravante ou desencadeador de transtornos psicológicos e sociais. Vários estudos fazem referências à maior incidência de complicações durante a gestação de adolescentes, tais como abortamento espontâneo, restrição de crescimento intrauterino, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, parto prematuro, sofrimento fetal intraparto e parto por cesárea. Por ocasião do parto normal, tem sido referida maior incidência de lesões vaginais e perineais. São citados, ainda, maior frequência de deiscência de sutura e dificuldade de amamentação. Em relação às repercussões psicológicas, tem sido relatado aumento do número de casos de depressão pós-parto. Dentre as complicações referentes ao recém-nascido, observam-se maus tratos e descuidos, o que pode se estender à criança com mais idade. Na infância, principalmente no

primeiro ano de vida, tem sido referida maior incidência de desnutrição e acidentes domiciliares (YAZLLE; FRANCO; MICHELAZZO, 2009 *apud* CONCEIÇÃO, 2010).

Do ponto de vista social, alguns estudos concluem que a gravidez nesta época pode ocasionar repercussões sociais negativas, com reflexo na evolução pessoal e profissional, além de transtornos no núcleo familiar. Tem sido referida alta taxa de evasão escolar entre adolescentes grávidas, chegando a aproximadamente 30%, e o retorno à escola ocorre em pequenas proporções. Existem referências ao fato de que os problemas observados na evolução da gestação entre adolescentes podem estar relacionados à condição social e econômica desfavorável da adolescente, e que, por outro lado, a assistência pré-natal adequada poderia minimizar esses problemas (YAZLLE; FRANCO; MICHELAZZO, 2009 *apud* CONCEIÇÃO, 2010).

Do ponto de vista psicológico a ausência afetiva do pai como um fator de risco relevante ao início da vida sexual das adolescentes, e aquela mãe que engravidou ou iniciou sua atividade sexual precocemente influencia indiretamente a vida sexual de suas filhas (HENRIQUES; SINGH, 2009).

Para Magalhães *et al.* (2006), as mães mais novas mostram-se menos colaborativas e menos acessíveis além de manterem uma comunicação verbal menos efetiva do que outras mães o que impele dizer que as mães adolescentes possivelmente descuidam de seus filhos. Essas autoras ainda afirmam que mães adolescentes, em relação às adolescentes não gestantes, têm maiores chances de pobreza, uma vez que ser mais difícil se conseguir emprego, serem abandonadas pelos companheiros em decorrência de relações precoces ou até mesmo relações forçadas. Todo esse contexto é marcado por conflitos oriundos da imaturidade psicológica, da dependência econômica da família, dentre outros. Destaca-se, também, que os cuidados necessários com o filho acabam muitas vezes por levar a adolescente a abandonar os estudos.

5.1.3 Ações de saúde para prevenção da gravidez na adolescência

A prevenção deve ser entendida como uma reação em cadeia, com ações protetoras em cada etapa de crescimento e desenvolvimento do ser humano, para evitar danos em etapas posteriores da vida na adolescência. Webartigo (2015) assegura que a educação sexual é uma das ações mais importantes para se prevenir a gravidez na

adolescência. A educação deveria começar antes da primeira gestação, evitando, posteriormente, a reincidência da gravidez durante a adolescência. Recomenda, ainda, que a educação sexual deveria começar com a instalação da menarca (média de 12,2 anos), com vistas a que a adolescente conheça as mudanças corporais pelas quais passará, e a sanar dúvidas e angústias que acompanham essas mudanças.

Ter relações sexuais, engravidar, apesar de serem prerrogativas adultas, conduzem a adolescente a uma condição de criança, devido a sua quase total dependência familiar. Ao engravidar, a jovem acaba por necessitar da ajuda dos seus familiares, o que faz com que ela perca a sua autonomia, ao acreditar que estava a caminho de sua independência (IBGE, 2006).

Neste sentido, é de fundamental importância que programas de educação sexual sejam instituídos nas escolas, extrapolando conteúdos voltados meramente para anatomia e fisiologia dos órgãos reprodutores. Deve-se permitir aos jovens exporem suas angústias e dúvidas em relação a temas ligados à sexualidade, sem preconceitos e superando tabus. Além disso, a escola torna-se espaço propício para o autoconhecimento e para a descoberta de outras formas de relacionamento afetivo que não o ato sexual em si. A educação sexual integral na escola atua como um dos componentes essenciais à construção da saúde sexual ao longo do ciclo vital e, por isso, exige atenção especial (GUIMARÃES; ALVES; VIEIRA, 2004).

É importante ressaltar que a família, comunidade, escola e unidade de saúde devem trabalhar em conjunto no intuito de conscientizar tanto as jovens adolescentes, como seus parceiros da importância de se prepararem adequadamente para o início da vida sexual. Alertá-los dos riscos em que estão expostos quando fazem adesão a tal prática de forma precoce e também orientá-los que a responsabilidade da prevenção de uma gravidez indesejada é de ambos e não só da mulher (CONCEIÇÃO, 2010, p. 20).

A prática nos mostra o empenho dos profissionais no intuito de desenvolver ações de promoção da saúde para diminuir a ocorrência de gravidez na adolescência, como palestras educativas e informativas, realizadas nos grupos operativos. Apesar de todo esforço observa-se pouca aderência dos adolescentes a essas ações. Normalmente eles procuram o serviço de saúde quando apresentam alguma queixa de saúde.

6 PLANO DE AÇÃO

6.1. Operacionalização

Definido o problema de saúde “incidência de gravidez na adolescência”, por meio do diagnóstico situacional realizado na Unidade Básica PSF de Maristela de Minas conforme já apresentado, partiu-se para o desenho das operações do Plano de Ação, bem como seus resultados e produtos esperados. Vale acrescentar que os “**nós críticos**” do problema são: falta de orientação adequada da família, escola e sociedade sobre educação sexual e métodos contraceptivos; conflitos familiares; separação dos pais; amigas da escola engravidando; e inabilidade da Equipe de Saúde da Família para enfrentar o problema.

O Plano de Ação visa traçar as estratégias para definir os pontos que devem ser melhorados em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Para obter as informações, utiliza-se a Estimativa Rápida como um método que contribui para a operacionalização dos princípios da equidade, da participação e da intersetorialidade, envolvendo a população na identificação de suas necessidades. Além dos atores sociais, as autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais; exame de registros existentes nos prontuários, entrevistas de líderes da comunidade e observações sobre as condições de vida dos grupos populacionais são elementos fundamentais que dão sustentação a um plano de ação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.2. Desenho das operações

O quadro 4 apresenta os nós críticos identificados, as operações necessárias para alcançar a solução, os produtos e resultados dessas operações e os recursos necessários para sua execução.

Quadro 4 - Desenho das operações

Nó crítico	Operação/ projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos indispensáveis
<p>Falta de orientação adequada da família, escola e sociedade sobre educação sexual e métodos contraceptivos.</p>	<p>+ Informação sobre educação sexual e os métodos contraceptivos.</p>	<p>Adolescentes mais informados sobre educação sexual e os métodos contraceptivos.</p>	<p>Avaliação do nível de informação dos adolescentes sobre educação sexual e os métodos contraceptivos.</p> <p>Campanhas educativas na rádio, televisão, palestras nas escolas e comunidade.</p> <p>Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde.</p> <p>Capacitação dos professores.</p>	<p><u>Cognitivo:</u> Conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e estratégias pedagógicas para se trabalhar com as ações educativas.</p> <p><u>Organizacional:</u> Organização da agenda de atividades junto ao prefeito, secretário de saúde e educação, e diretores das escolas.</p> <p><u>Financeiro:</u> Recursos para aquisição de material audiovisual, confecção de folhetos educativos, dentre outros.</p>
<p>Conflitos familiares; separação dos pais; amigas da escola engravidando.</p>	<p>Melhorando os laços e vínculos com as famílias, com os colegas e amigas.</p>	<p>Acolhimento com escuta qualificada, valorizando as queixas e tentando solucionar os problemas e conflitos familiares.</p>	<p>Capacitação da Equipe de Saúde da Família.</p> <p>Capacitação dos professores.</p>	<p><u>Político:</u> Articulações para aumentar os recursos disponíveis para estruturar os serviços.</p> <p><u>Cognitivo:</u> Elaboração do plano de ação incluindo os aspectos biopsicossociais da gravidez na adolescência.</p>

<p>Inabilidade da Equipe de Saúde da Família para lidar com o problema.</p>	<p>Implantar Linha de Cuidado para o risco de gestação na adolescência incluindo os mecanismos de referência e contra referência.</p>	<p>Cobertura de 100% da população de adolescentes sobre promoção e proteção à saúde.</p>	<p>Linha de cuidado para o risco de gestação na adolescência, recursos humanos capacitados (profissionais de saúde e educação).</p>	<p><u>Cognitivo:</u> Elaboração do projeto de Linha do Cuidado; capacitação dos trabalhadores da saúde.</p> <p><u>Organizacional:</u> Adequação do fluxo de atenção ao adolescente na UBS e garantia de serviços de referência e contra referência.</p> <p><u>Político:</u> Articulação dos setores da saúde e adesão dos profissionais.</p>
--	---	--	---	--

6.3. Identificação dos recursos críticos

Recursos críticos são aqueles recursos considerados indispensáveis para a execução de uma operação e não estão disponíveis.

No quadro 5 encontram-se apresentados os recursos para os projetos apresentados.

Quadro 5 - Recursos críticos para desenvolvimento dos projetos

Operação/ projeto	Recursos críticos
<p>+ Informação</p> <p>Aumentar o nível de informação sobre educação sexual e os métodos contraceptivos entre adolescentes.</p>	<p><u>Financeiro:</u> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, dentre outros.</p>
<p>Melhorando os laços</p> <p>Melhorar os laços de aproximação com as famílias; melhorar o vínculo do adolescente com o serviço de saúde; melhorar o atendimento aos adolescentes e às famílias pelos profissionais de saúde; promover parcerias entre o PSF e</p>	<p><u>Político:</u> decisão de aumentar os recursos para estruturar melhorar os serviços. Sensibilização dos profissionais de saúde e da educação.</p>

a as escolas.	
---------------	--

6.4. Análise de viabilidade

Para analisar a viabilidade de um plano de ação devem ser identificadas três variáveis fundamentais, segundo Silva (2003): Quais são os atores que controlam os recursos críticos das operações que compõem o plano; Quais recursos cada um desses atores controla; Qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos.

Para este mesmo autor, a motivação de um ator pode ser classificada como: Favorável; Indiferente e Contrária.

Neste caso apresentamos no quadro 6 a proposta de ações para motivação dos atores, na operacionalização de um Plano de Ação.

Quadro 6 - Proposta de ações

Operação	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos Ator que controla	Controle dos recursos críticos Motivação	Ação estratégica
+ Informação	<u>Financeiro</u> : aquisição de recursos audiovisuais, confecção de folhetos educativos, dentre outros.	Secretário de Saúde Secretário de Educação	Favorável	Não é preciso
Melhorando os laços	<u>Político</u> : Decisão de aumentar os recursos para estruturar os serviços, tanto as escolas como os serviços de saúde.	Prefeito Secretário de Saúde Secretário de Educação	Favorável	Apresentar o projeto do Plano de Ação para Secretaria de Saúde e de Educação visando reestruturação da rede de atenção aos adolescentes.
Linha de Cuidado:	<u>Político</u> : Articulação entre os setores da saúde e educação, adesão dos profissionais.	Secretário de Saúde Secretário de Educação	Favorável	Apresentar propostas de cursos de qualificação, tanto para os profissionais de saúde quanto para os profissionais da educação.

6.5 Plano operativo

No quadro 7 encontra-se descrito o plano operativo.

Quadro 7 – Plano operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
+ Informações	Adolescentes mais informados sobre educação sexual e os métodos contraceptivos.	Adolescentes informados sobre educação sexual e os métodos contraceptivos. Palestras e campanhas educativas: rádio local e nas escolas, e na unidade de saúde. Capacitação de ACS e de professores.	Apresentar o Plano de Ação para setores de mobilização social e diretores das escolas.	Equipe de Saúde da Família. Coordenador Atenção Básica. Diretores das escolas/professores	Três meses para iniciar as atividades.
Melhorando os laços	Garantia de escuta qualificada, por meio de um bom acolhimento valorizando as queixas dos adolescentes e tentando solucionar os problemas e conflitos familiares.	Capacitação dos componentes da Equipe de Saúde da Família. Capacitação dos professores.	Reforçar para equipe de saúde e a escola a importância do plano de ação para que haja adesão de todos os integrantes.	Equipe de Saúde da Família. Coordenador da Atenção Básica. Diretores das escolas/professores	Início em um mês e término em dois meses.
Linha de Cuidado:	Cobertura de 100% de adolescentes focando atividades de promoção e proteção à saúde.	Implantação da Linha de Cuidado Recursos humanos capacitados.	Reforçar para toda equipe a importância do plano de ação e adesão de todos.	ESF Coordenador da Atenção Básica. Diretores e prof. das escolas	Início em três meses e finalização em 12 meses.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia Saúde da Família, como modelo de organização de suas ações, permite não apenas planejar atividades de promoção da saúde voltadas para prevenção da gravidez na adolescência, mas também oferecer educação em relação à sexualidade, às transformações do corpo, da mente e conhecimentos das doenças sexualmente transmissíveis de forma multiprofissional e intersetorial. A parceria com a escola é uma possibilidade essencial para que essas ações aconteçam.

Espera-se que a implantação do plano de ação tanto se alcance o objetivo de educar as jovens quanto maior preparo dos profissionais de saúde e de educação na lida com as adolescentes.

REFERÊNCIAS

BERETTA, M. I. R.; CLÁPIS, C. V.; OLIVEIRA NETO, L. A.; FREITAS, M. A.; DUPAS, G.; RUGGIERO, S. E. M. A contextualização da gravidez na adolescência em uma maternidade de São Carlos/SP. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.13, n.1, p.90-8, jan/mar, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Unesco/Unicef. **Diretrizes para implantação do projeto saúde e prevenção nas escolas**. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Campanhas educativas previnem a gravidez precoce no País. **Portal Brasil**. Publicado em 24/04/2012.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P. S.; SANTOS, A. M. Elaboração do plano de ação. In: CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.

CONCEIÇÃO, C. A. **Gravidez na adolescência**: uma revisão bibliográfica. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. 28f. Monografia. (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família), 2010.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - FPNU. Divisão de Informação e Relações Externas da UNFPA no Brasil. **Maternidade precoce**: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência. FPNU, 2013.

GUANABENS, M. F. G.; GOMES, A. M.; MATA, M. E.; REIS, Z. S. N. Gravidez na adolescência: um desafio à promoção da saúde integral do adolescente. **Rev. Bras. Educ. Med.** v.36, n.1, supl.2, Rio de Janeiro, jan./mar.2012.

GUIMARÃES, E. M. B.; ALVES, M. F. C.; VIEIRA, M. A. S. Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes: um desafio para os profissionais de saúde no município de Goiânia-GO. **Rev da UFG**, v.6, n.1, jun. 2004.

HENRIQUES, S.; SINGH; WULF. **Fatores que influenciam a gravidez na adolescência**. 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/6048.pdf>> Acessado em jan. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE.. **Síntese de indicadores sociais**. Estudos e pesquisas: informação demográfica e socioeconômica. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Dados do município Maristela de Minas ano 2014.** IBGE, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- **IBGE cidades.** Maristela de Minas. Minas Gerais, 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov>.>

MAGALHÃES, M. L. C. *et al.* Gestação na adolescência precoce e tardia: há diferença nos riscos obstétricos? **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.28, n.8, p.446-452, 2006.

MARISTELA DE MINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de Informação da de Atenção Básica (SIAB). **Dados do município.** 2014.

MARISTELA DE MINAS. **Dados da unidade de saúde Maristela de Minas.** 2015.

MARTINS, C. B. G.; ALMEIDA, F. M.; ALENCASTRO, L. C.; MATOS, K. F.; SOUZA, S. P. S. Sexualidade na adolescência: mitos e tabus. **Rev. Cienc. Enferm.**, v.18, n. 3, p.:25-37, 2012. <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532012000300004&script=sci_arttext.> Acessado jun. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Sexualidade:** vivendo a adolescência. 1975. Disponível em: <<http://www.adolescencia.org.br/site-pt-br/sexualidade>.> Acessado em jan. 2015.

YAZLLE, M. E. H. D.; FRANCO, R. C.; MICHELAZZO, D. Gravidez na adolescência: uma proposta para prevenção. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.31, n.10, Rio de Janeiro, out./ 2009.

WEBARTIGO. **Ações de enfermagem na educação e prevenção de gravidez na adolescência.** Disponível em <<http://www.webartigos.com/artigos/acoes-de-enfermagem-na-educacao-e-prevencao-de-gravidez-na-adolescencia>> Acessado em jan.2015.