

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO NA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

LIUDMILA SANCHEZ TAMAYO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: DIMINUIÇÃO DA INCIDÊNCIA DE
GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DE MONTE FORMOSO- MINAS GERAIS**

TEOFILO OTONI - MINAS GERAIS

2018

LIUDMILA SANCHEZ TAMAYO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: DIMINUIÇÃO DA INCIDÊNCIA DE
GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DE MONTE FORMOSO – MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa

TEOFILO OTONI - MINAS GERAIS

2018

LIUDMILA SANCHEZ TAMAYO.

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: DIMINUIÇÃO DA INCIDÊNCIA DE
GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DE MONTE FORMOSO – MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa – orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2018.

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a todas as pessoas que de uma forma ou outra me permitiram a realização deste, em especial à minha mãe e meus filhos que embora estejam longe de mim, são os motores que me impulsionam.

Muito obrigada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, meus familiares e todas aquelas pessoas que contribuíram para minha formação.

RESUMO

A gravidez na adolescência constitui um dos principais problemas de saúde pública do município Monte Formoso, Minas Gerais. A adolescência é o período de desenvolvimento marcado por intensas modificações biológicas, psicológicas e sociais, que anunciam a passagem da infância para a vida adulta. A gestação neste período é um problema mundial da saúde pública, pois atinge principalmente a classe social mais carente e de menor escolaridade, sendo que, na maioria das vezes esta não é planejada. Em nosso município a gravidez na adolescência é um dos problemas prioritários, assim, o objetivo deste estudo é elaborar um projeto de intervenção que visa contribuir na redução da gravidez na adolescência. Tal proposta justifica-se pela importância de organizar e implementar ações permanentes de planejamento familiar para os usuários, ofertando ações educativas de saúde sexual e reprodutiva contribuindo com a redução de gravidez na adolescência no território. A metodologia utilizada está baseada no método de Planejamento Estratégico Situacional, executando-se o diagnóstico situacional, a elaboração do plano de intervenção e acompanhamento das ações na área de abrangência. Foi também realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema visando dar sustentação teórica ao estudo. Para a realização do plano, serão formados grupos de adolescentes de diferentes idades que participarão de ações educativas sobre a adolescência, com foco nos riscos da gestação, objetivando-se discutir criticamente sobre o conceito de gravidez não desejada e suas principais complicações. Com a realização deste projeto espera-se obter como resultados, a diminuição do alto índice de gestação nas adolescentes e que os participantes possam mudar o comportamento e sejam multiplicadores do conhecimento junto aos demais adolescentes, reduzindo assim o número de gravidez na adolescência no município de Monte Formoso/MG.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde. Gravidez na adolescência. Adolescência.

ABSTRACT

Teenage pregnancy is a major public health's problem of the Municipality Monte Formoso. Adolescence is the period of development marked by intense biological, psychological and social changes, announcing the passage from childhood to adulthood. Gestation in this period is a global public health's problem, because mainly social class reaches needy and less education, and most of the time this is not planned. In our municipality teenage pregnancy is. One of the priority problems, so the aim of this study is to devise an intervention project, which aims to contribute to the reduction of teen pregnancy. Such a proposal is justified by the importance of organizing and implement permanent family planning actions to users, offering educational activities of sexual and reproductive health, thus contributing to the reduction of teen pregnancy in territory. The methodology used is based on the Situational strategic planning method, by running the Situational diagnosis, intervention planning and follow-up of actions in the area. A literature review was carried out on the subject in order to give theoretical support to the study. For the realization of the plan will be formed groups of adolescents of different ages will participate in educational activities about adolescence, focusing on the risks of pregnancy, objectifying themselves discuss critically on the concept of unwanted pregnancy and their main complications. With the completion of this project is expected to get results: reducing the high rate of pregnancy in adolescents and that participants can change the behavior and are multipliers of knowledge along with other teenagers, thus reducing the number of teen pregnancy in the municipality of Monte Formoso, Minas Gerais.

Keywords: Primary Health Care. Adolescence. Pregnancy in adolescence.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ABNT	Associação Brasileira de Norma Técnicas
APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centros Especializados Odontológicos
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ETA	Estação de tratamento de água
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Simplificado
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	Erro! Indicador não definido.
1.1 Breves informações sobre o município	Erro! Indicador não definido.
1.2 O sistema municipal de saúde	Erro! Indicador não definido.
1.2.1 Unidade de Saúde da Família	Erro! Indicador não definido.
1.3 A Equipe de Saúde da Família, seu território e sua população.	Erro! Indicador não
1.4 Estimativa rápida (primeiro passo)	Erro! Indicador não definido.
1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)	Erro! Indicador não definido.
2 JUSTIFICATIVA	Erro! Indicador não definido.
3. OBJETIVOS	Erro! Indicador não definido.
4 METODOLOGIA	Erro! Indicador não definido.
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	Erro! Indicador não definido.
5.1 Estratégia Saúde da Família	Erro! Indicador não definido.
5.2 Gravidez na adolescência	Erro! Indicador não definido.
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	Erro! Indicador não definido.
6.1 Descrição do problema selecionado	Erro! Indicador não definido.
6.2 Explicação do problema selecionado	Erro! Indicador não definido.
6.3 Seleção dos nós críticos.....	Erro! Indicador não definido.
6.4 Desenho das operações.....	Erro! Indicador não definido.
CONSIDERAÇÕES FINAIS	Erro! Indicador não definido.
REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município

O município de Monte Formoso está inserido na região Nordeste do estado de Minas Gerais, no médio vale do rio Jequitinhonha, sendo limítrofes os municípios de Joáima, Ponto dos Volantes e Padre Paraíso, a 960 km de Belo Horizonte. O relevo municipal possui topografia predominante ondulada (50%), com feições plana (10%) e montanhosa (40%) em menor expressão. A Altitude máxima é de 1061 m nas cabeceiras do ribeirão Anta Podre Grande do córrego São Miguelzinho, e mínima no Córrego do Lajedo, no limite com o município de Joáima /MG. O clima é tropical com temperatura média de 24°C e índice pluviométrico médio de 900mm. Tem uma superfície total de 385,553 km², com uma densidade de 12,15 hab./km². Contamos com uma população aproximada de 4.834 habitantes. A maior parte mora na zona rural distribuídas em vinte comunidades (MONTE FORMOSO, 2015).

É um município de extrema pobreza e baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). É notório que a situação em si de moradias das famílias deste município é muito simples. A maioria das casas é feita de Adobe, possui água tratada, energia elétrica, coleta de lixo e esgoto. As ruas da sede são pavimentadas. As pessoas sobrevivem a maioria pela aposentadoria, programas de governo como a bolsa família, trabalham em sistema de agricultura familiar, onde retiram os seus próprios alimentos e outros trabalham como diaristas, ganhando pelo dia de serviço (MONTE FORMOSO, 2015).

1.2 O sistema municipal de saúde

Mais de 15 % dos recursos próprios do município são destinados a saúde além dos recursos específicos distribuídos em blocos direto no fundo municipal de saúde. O município conta com duas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e, cada uma delas é dividida em seis microáreas, totalizando doze. A população é assistida pelas duas equipes, inseridas nas Unidades Básicas de Saúde Cristo Rei e na Maria Nunes. Como o município é bastante pequeno a população é atendida pelas duas equipes. Não contamos com Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) o qual

está constituído por: assistente social; profissional de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação; nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/ obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário, psiquiatra, geriatra, internista, médico do trabalho e não conta com serviço especializado em odontologia (CEO).

Não temos Hospital no município, só laboratório para coletas de amostras, nas duas unidades básicas de Saúde e uma secretaria de saúde que coordena todas as consultas com especialistas da atenção secundária e terciária.

As referências para atendimento como atenção secundária são: Joáima e Itaobim que atendem como suporte ao município para internações, cirurgias, exames de raios-X e outros.

Contamos com um laboratório terceirizado onde se coletam amostras para a realização dos exames de patologia clínica. Temos uma farmácia básica (programa farmácia de Minas) com medicamentos grátis, adquiridos pelo programa farmácia básica e complementado pela prefeitura e oferecidos a todos os pacientes que precisem.

O município é amparado por um consórcio intermunicipal de saúde com sede na cidade de Teófilo Otoni que funciona como atenção terciária.

Nosso município trabalha em rede contando com centros de média complexidade em Teófilo Otoni e Alta complexidade em Belo Horizonte.

1.2.1 Unidade de Saúde da Família

O município conta com duas unidades básicas de saúde que ficam no centro, com acesso adequado para atendimento: a Unidade Básica “Cristo Rei” e a UBS “Maria Nunes”. A UBS Cristo Rei trabalha 24 horas, 8 horas de consulta e depois atendendo urgências e a Unidade Básica Maria Nunes trabalha 8 horas oferecendo também consultas de odontológicas e vacinas.

A UBS “Cristo Rei” conta com recepção, sala de espera, dois consultórios médicos, uma sala de triagem, sala de curativo, sala de observação com duas camas, sala de ECG com serviço de Tele Saúde, departamento de esterilização, farmácia e quatro banheiros em total.

A UBS “Maria Nunes” conta com recepção, sala de espera, um consultório odontológico, uma sala de vacinas, sala de curativo, triagem, esterilização e quatro banheiros.

1.3 A Equipe de Saúde da Família, seu território e sua população.

Monte Formoso é uma comunidade de cerca de 4.834 habitantes, que segundo indícios apontam que as origens dos seus primeiros habitantes foram de descendentes da Bahia e de outros Estados nordestinos que teriam fugido da devastadora seca da última década do século XIX, a qual, também assolou o norte e nordeste mineiro (MONTE FORMOSO, 2016).

Anteriormente, Monte Formoso e região do Baixo Jequitinhonha, eram territórios dos temidos índios Botocudos da nação dos Tapuias, que vagavam por essas terras, mas com o avanço do homem branco, foram aos poucos sendo exterminados com o apoio do Decreto de Lei, assinado pela Coroa Portuguesa que ordenava a matança de tais silvícolas, que se constituíam num grande obstáculo para a exploração da colônia brasileira (MONTE FORMOSO, 2002).

Relatos dão conta de que no fim do século passado, famílias inteiras se punham a caminhar com destino ao sul do país, em busca de regiões com melhores condições climáticas e de terras férteis para a cultura de lavouras de subsistência. Durante o percurso, devido à desnutrição, alguns imigrantes morriam. Outros perdiam os animais cargueiros e por isto, nem sempre podiam prosseguir a viagem, ficando, muitas vezes obrigados a permanecer em locais imprevistos (MONTE FORMOSO, 2002).

Os tropeiros eram quem transportavam mercadorias entre os distritos do “imenso Município de Araçuaí, que, abrangia a área de vários municípios da atualidade do

vale do Jequitinhonha”. Foram o elo de comunicação entre os povoados, incentivadores do comércio e desbravadores das matas, devendo ser considerados como os “últimos bandeirantes”. O vilarejo teve sua primeira denominação de “comercinho do Anta Podre”, por ironia ao pequeno número de habitantes e ao irrisório comércio local (MONTE FORMOSO, 2002).

Em meados de 1920, José Pinheiro, morador na localidade rural de Duas Pedras, transferiu para cima da colina onde hoje está situada a igreja, a imagem de Nossa Senhora D' ajuda. Tal imagem seria o principal motivo para o desenvolvimento desta localidade (MONTE FORMOSO, 2002).

Mais tarde, em 1930, por sugestão do Frei Carlos Aurélio, Comercinho do Anta Podre passou a ser chamado de Monte Belo e assim ficou conhecido até 1982. A partir daí passou a ser Monte Formoso. Em 1948 passou a ser subdistrito do distrito de Joáima, que pertencia ao município de Jequitinhonha. Em 1982 passou chamar-se Monte Formoso. Após a emancipação do município de Joáima, passaria a ser distrito deste município, em 1996 foi elevado à categoria de município (MONTE FORMOSO, 2002).

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): O município possui o quinto IDH mais baixo do estado – 0,57. Este índice caracteriza a realidade das famílias monteformosenses, as quais em sua maioria são de baixa renda, sobrevivendo apenas com recursos do governo federal, a traves dos programas de transferência de renda, como o bolsa família (MONTE FORMOSO, 2002).

As pessoas sobrevivem, na maioria, pela aposentadoria, programas de governo como a bolsa família, trabalham em sistema de agricultura familiar, onde retiram os seus próprios alimentos e outros trabalham a dia de serviço. Além disso, parte da comunidade vive em moradias bastante precárias. O analfabetismo ainda persiste em parte da população, sobretudo entre os maiores de 40 anos, assim como a evasão escolar entre menores de 14 anos (IBGE, 2015).

Nas últimas administrações, a comunidade tem recebido algum investimento público (escola, centro de saúde, creche, etc.) em função da pressão da associação

comunitária, que é bastante ativa. Existem várias iniciativas de trabalho na comunidade por parte da Igreja e ONGs. Esses trabalhos estão bastante dispersos e desintegrados e, em sua maioria, voltados para crianças, adolescentes e mães. A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas. Não foram identificados moradores abaixo da linha de pobreza e verifica-se 100% da população como usuária da assistência à saúde no SUS.

As principais causas de morte no município estão relacionadas com as consequências do alcoolismo e da esquistossomose (MONTE FORMOSO, 2016).

A Equipe de Saúde da Família

A equipe da unidade Cristo Rei conta com dois médicos do programa Mais Médicos para o Brasil, uma enfermeira, seis agentes comunitários de saúde, uma auxiliar de enfermagem e na outra unidade conta com um cirurgião dentista, dois auxiliares de saúde bucal e uma técnica em enfermagem responsável pelo sistema de imunização.

Nosso município conta também com um secretário de saúde, uma psicóloga, uma assistente social, uma fonoaudióloga, dois fisioterapeutas, um clínico geral para realização de exames de ultrassonografias e uma técnica em epidemiologia e vigilância sanitária. Temos uma sala de fisioterapia e uma sala de gestantes onde se fazem as consultas de atenção pré-natal e, além disso, se faz ultrassom e triagem visual.

Funcionamento da equipe e da unidade de saúde

A agenda de trabalho na unidade básica Cristo Rei, realiza-se atendendo todos os pacientes que procuram atenção médica por demanda espontânea de 07 às 11 horas e de 13 às 17 horas. São priorizados os casos agudos ou de urgência. Os pacientes que estão descompensados ou com alguma patologia aguda são

atendidos como urgência e posteriormente são agendados para nova consulta ou retorno. Na zona rural o atendimento é feito nas tardes, com prévio agendamento pelos agentes comunitários.

O município tem um local, chamado “Casa das Gestantes” onde se trabalha por consultas agendadas de controle pré-natal e exame preventivo de colo uterino. Uma vez ao mês as gestantes são consultadas pela enfermeira e no outro mês pelo médico a depender do risco de cada gestante.

O ultrassom e as consultas para triagem visual também são agendadas. Para atendimento odontológico agendam-se as consultas, mas, se tem algum paciente com urgência prioriza-se.

As consultas com especialistas, cirurgias e exames complementares são agendados na Secretaria de Saúde com uma agente de saúde responsável ou pelo secretário de saúde. Os exames e consultas especializadas são comunicadas ao Perfeito para garantir transporte e alimentação para os pacientes e motoristas.

Existem grupos operativos de hipertensos e diabéticos que todas as manhãs fazem exercícios, caminhadas e recebem palestras sobre controle e prevenção destas doenças crônicas na Sala de Fisioterapia.

Aspectos demográficos

Quadro1 - Distribuição da população por idade e sexo no município de Monte Formoso-MG, 2015.

FAIXA ETÁRIA/ANO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
< -1	53	35	88
1-4	112	126	238
5-14	552	507	1059
15-19	311	281	592
20-29	305	298	603
30-39	317	276	593
40-49	238	251	489
50-59	200	183	383

60-69	60	71	131
70-79	93	161	254
80 +	287	117	404
TOTAL	2528	2306	4834

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

A faixa etária que predomina no município é de 5 a 14 anos e o sexo masculino.

Saneamento básico, abastecimento de água e acesso à energia elétrica

Quadro 2 - Abastecimento de água no município de Monte Formoso – MG, 2015

Abastecimento de água	No de domicílios	%
Rede pública (Água tratada)	418	35,04
Poço ou nascente	750	62,87
Outros	25	2,10

Fonte: SIAB

A água bruta que chega é da Estação de Tratamento da água (ETA) do município é captada da nascente por gravidade. Esta captação fica a 6 km de distância da ETA. A maior porcentagem corresponde a água de poço ou nascente, portanto, isso pode provocar alto índice de doenças parasitárias e de transmissão digestiva.

Quadro 3 - Recolhimento de esgoto no município de Monte Formoso-MG, 2015.

Destino fezes/ urina	No de domicílios	%
Sistema de esgoto	397	33,28
Fossa	599	50,21
Céu aberto	197	16,51

Fonte: SIAB.

Na zona rural mora maior parte da população e não conta com recolhimento adequado de esgoto, ainda temos domicílios sem fossa e as fezes são eliminadas no céu aberto, provocando aumento de contaminação ambiental e doenças de transmissão fecal oral.

Quadro 4 - Acesso à energia elétrica no município de Monte Formoso – MG, 2015

Acesso à energia elétrica	No de domicílios	%
Sim	1130	94,72%
Não	63	5,28%

Fonte: SIAB.

Temos 1130 casas com energia elétrica, um total de 94,72 % da população.

Educação

No município contamos com um 78,28 % de alfabetizados, ainda temos pacientes analfabetos fundamentalmente na zona rural e com mais de 60 anos.

As pessoas adultas, idosos analfabetos e sem estudos concluídos, recebem aulas no horário da noite na cidade, sendo difícil o acesso para muitas pessoas que moram na zona rural.

Quadro 5 - Número de escolas por nível de escolaridade existentes no município de Monte Formoso – MG, 2015

Nível	N de escolas
Pré-escolar	1
Fundamental	13
Médio	1

Fonte: IGBE, 2015

Quadro 6 - Matrículas por nível de escolaridade. Monte Formoso – MG, 2015

Nível	Matrícula
Pré-escolar	68
Fundamental	1289
Médio	326

Fonte: IGBE, 2015

Recursos comunitários

Não temos Hospital no município, só laboratório para coletas de amostras, duas unidades básicas de Saúde e uma secretaria de saúde onde são coordenadas todas as consultas com especialistas da atenção secundária e terciária.

Contamos com cinco igrejas na sede municipal e quatorze na zona rural. Quinze escolas, duas na sede e treze na área rural e uma Creche.

O município não oferece oportunidades de trabalho e, os únicos espaços de trabalho existentes na cidade são o pequeno comércio e a prefeitura municipal. Por não haver oportunidade de trabalho, o desemprego no município é preocupante, por desencadear diversos problemas sociais que vem sendo identificados no nosso município, tais como a dependência química, a violência doméstica, negligência familiar, exploração sexual de crianças e adolescentes, além de maus tratos a pessoa idosa, gravidez na adolescência e outros.

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

A estimativa rápida é um método utilizado para elaboração de um diagnóstico de saúde de determinado território, constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, com o objetivo de envolver a população na identificação das necessidades, problemas e demais atores sociais (autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais) que controlam recursos para o enfrentamento dos problemas. A Estimativa Rápida constitui o primeiro passo de um processo de planejamento (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para identificar os principais problemas de saúde da área de abrangência utilizamos o método de estimativa rápida, visando obter informações que permitam conhecer as causas e consequências do problema. Foi preciso também conhecer o quanto as

lideranças, as organizações e as estruturas comunitárias são fortes ou fracas, procurando analisar o potencial de ação delas.

Analisamos os fatores socioeconômicos, biológicos, sanitários e ambientais que influenciam a saúde da população para investigar os potenciais e as barreiras para melhoramento comunitário. Buscamos também informações sobre a cobertura, o acesso e a aceitabilidade dos serviços. Foi preciso também, conhecer o quanto as lideranças, as organizações e as estruturas comunitárias são fortes ou fracas, procurando analisar o potencial de ação delas.

Problemas identificados:

1. Alta incidência de gravidez na adolescência.
2. Alta incidência de parasitismo intestinal incluindo a Esquistossomose.
3. Alta incidência de infecções respiratórias agudas.
4. Alto índice de Hipertensão Arterial.
5. Doenças mentais.
6. Alcoolismo e outras drogas.
7. Acidentes.
8. Renda familiar baixa
9. Desemprego.

1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

Para seleção dos problemas analisamos a importância dos problemas, sua urgência e a própria capacidade para enfrentá-los.

Quadro 7 - Priorização dos problemas da UBS Cristo Rei no município de Monte Formoso – MG, 2017.

Principais problemas	Importância	Urgência (0-10)	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta incidência de gestação na adolescência	Alta	10	Parcial	1
Alta incidência de parasitismo	Alta	8	Parcial	2

intestinal incluindo Esquistossomose.				
Alta incidência de infecções respiratórias agudas.	Alta	8	Parcial	2
Alto índice de Hipertensão Arterial.	Alta	6	Parcial	3
Doenças mentais.	Alta	5	Parcial	4
Alcoolismo.	Alta	5	Parcial	5
Acidentes	Alta	4	Parcial	6
Renda familiar baixa.	Alta	3	Parcial	7

Fonte: Elaborado pela autora.

Dos principais problemas de saúde identificados em nossa área de abrangência, priorizamos: Alta incidência de gestação na adolescência.

Consideramos que este é o problema quase estruturado porque é um problema complexo, traduzindo-se em dificuldades para seu enfrentamento: é possível identificar algumas variáveis que o compõem, posto que: é multicausado, não é visto como um problema por todos os atores é um problema produzido no processo social e precisa ser enfrentado com base na elaboração de um plano de ação. Também podemos dizer que é um problema finalístico porque é vivido diretamente pelos clientes ou usuários e para enfrentá-lo deve-se enfrentar os problemas intermediários que interferem ou são causadores do problema final.

Esta alta incidência de gestações na adolescência pode estar relacionada a fatores de alto risco e vulnerabilidade socioeconômica e psicossocial a que estas jovens estão submetidas, pois residem em um lugar com pouco desenvolvimento econômico e cultural, além disso, o uso de drogas e a violência são predominantes e há ausência na oferta de ações de planejamento familiar e desconhecimento de métodos anticonceptivos para evitar uma gravidez não desejada. Diante de tal situação, tomamos a decisão de realizar a intervenção educativa para reduzir a gravidez na adolescência em nosso território.

2. JUSTIFICATIVA

O presente projeto de intervenção justifica-se pela importância de organizar e implantar ações permanentes de planejamento familiar para os usuários do município de Monte Formoso, ofertando ações educativas de saúde sexual e reprodutiva contribuindo com a redução de gravidez na adolescência no território.

Verifica-se um deficiente controle na prevenção da gravidez na adolescência, apesar das ações desenvolvidas pela equipe de saúde as quais não têm sido eficazes, podendo-se demonstrar pelo aumento do número das adolescentes grávidas cadastradas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção educativo que visa contribuir na redução da gravidez na adolescência no município Monte Formoso, na área de abrangência Cristo Rei.

3.2 Objetivos Específicos

Organizar grupo de planejamento familiar para os usuários adolescentes e adultos do território.

Organizar e promover grupos de adolescentes com enfoque a prevenção da gravidez.

Organizar e promover grupos de pais com enfoque no conhecimento da saúde sexual e fatores predisponentes pra gravidez dos adolescentes.

Buscar parcerias com as escolas e demais espaços comunitários para a realização dos grupos de planejamento familiar e as ações do projeto.

4. METODOLOGIA

Para a realização do presente trabalho foi realizado um diagnóstico situacional de saúde do município de Monte Formoso usando o método de planejamento estratégico em saúde (PES). Utilizamos o método de estimativa rápida na identificação e priorização de problemas, o desenho das operações, a identificação dos recursos críticos, a análise da viabilidade e o plano operativo do projeto de intervenção.

Os dados levantados foram coletados nos registros escritos da Secretaria de Saúde e da Prefeitura do município de Monte Formoso, em entrevistas com informantes chaves da comunidade e mediante a observação ativa da área. Analisamos os fatores socioeconômicos, biológicos, sanitários e ambientais que influenciam a saúde da população para investigar os potenciais e as barreiras para melhoramento comunitário. Buscamos também informações sobre a cobertura, o acesso e a aceitabilidade dos serviços, incluindo serviços de saúde, ambientais e sociais além disso procuramos informações sobre políticas de saúde. Para a seleção dos problemas analisamos a importância dos mesmos, sua urgência e a própria capacidade para enfrentá-los.

A realização de uma revisão bibliográfica foi fundamental para dar sustentação teórica ao trabalho e às diferentes etapas do projeto. Para realização da revisão foi utilizada a Biblioteca Virtual em Saúde, documentos de órgãos públicos e outras fontes documentais. As palavras-chave foram definidas a partir dos Descritores em Ciências da Saúde. A redação do texto foi realizada respeitando as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e orientações do curso no módulo de Iniciação à Metodologia Científica.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) trata-se de uma proposta de implementação de uma série de ações que, em acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), apontam para a reorientação do modelo de atenção, onde a Atenção Básica de Saúde (ABS) é a porta de entrada do sistema de saúde regionalizado e hierarquizado, com a garantia dos direitos de acesso à informação e às ações de atenção integral, com referência e contra referência aos demais níveis do sistema e com estímulo ao controle social (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Segundo Cordeiro (2010) a Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família.

Através dela se propõe uma reorientação do modelo assistencial de saúde, como o objetivo de reorganizar a prática assistencial, tendo o indivíduo e a família como foco que busca a incorporação da promoção da saúde num trabalho comunitário dentro de uma lógica de responsabilização que possa contribuir para a melhoria da qualidade da atenção à saúde e para a qualidade de vida das comunidades atendidas.

A Saúde da Família implica entender como estratégia de mudança, repensar práticas, valores e conhecimentos de todos os grupos envolvidos no processo de produção social da saúde, respeitando suas culturas (CORDEIRO, 2010).

A Estratégia Saúde da Família têm diretrizes como: caráter substitutivo, descrição de clientela, cadastramento, trabalho em equipe, composição das equipes, atribuições das equipes. Essa estratégia será mais, ou menos, potente na medida em que nós, trabalhadores, formos capazes de nos comprometer com ela e, principalmente,

desejarmos mudar nossa prática. Há muita coisa nesse processo que depende de iniciativas do governo, porém, há outro tanto que depende de como ele vai ser implementado pelas equipes, inclusive na equipe em que nós trabalhamos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5.2 Gravidez na adolescência

De acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência é o período compreendido entre 10 a 19 anos. Este período marca o início da vida reprodutiva e caracteriza-se por mudanças fisiológicas corporais e psicológicas na adolescência. Tais transformações e adaptações devem transcorrer de forma saudável, a fim de que não tragam malefícios ao adolescente, quanto a sua saúde física, mental, social e espiritual (BRASIL, 2010).

Segundo Nascimento; Xavier; Sá (2011, p. 41)

[...] é o período em que ocorre a transição da passagem da infância a vida adulta, e cita que a Organização Mundial de Saúde (OMS) delimita a adolescência como a segunda década de vida, ou seja, dos 10 aos 19 anos. Neste período ocorrem transformações biológicas, psicológicas e sociais relacionadas ao crescimento físico, maturação sexual, aquisição da capacidade de reprodução que permitem o desenvolvimento de uma identidade adulta inserida no meio social.

Aquino *et al.* (2003) citado por Ferreira *et al.* (2012), definem a adolescência com base etária (dos 10 aos 19 anos) e por características inerentes a este período como as grandes transformações físicas, psicológicas e sociais. É um período de transição da infância para idade adulta, mas também uma fase do desenvolvimento na qual se refere à imaturidade e a suposição de invulnerabilidade dos adolescentes. Além disso, associa-se à realização de comportamentos de risco para sua saúde, tais como o uso abusivo de drogas, as práticas sexuais desprotegidas que aumentam as chances de contrair doenças sexualmente transmissíveis (DST) e/ou de ocorrer gestações não planejadas.

O desconhecimento sobre a reprodução e as características dos órgãos genitais junto com outros fatores socioeconômicos pode levar muitas vezes a uma gravidez na adolescência.

Carvacho; Silva; Melo (2008, p. 34),

[...] demonstraram que o baixo conhecimento de adolescentes grávidas sobre anatomia e fisiologia dos órgãos genitais femininos, assim como sobre aspectos fisiológicos da reprodução. O baixo conhecimento foi relacionado com a maior idade dos parceiros, a maior diferença na idade do casal, a não manutenção do vínculo com o parceiro após ocorrência da gravidez, algumas filiações religiosas e a baixa escolaridade das adolescentes. Não se encontrou associação dos diferentes indicadores de conhecimento investigados com a utilização de método anticoncepcional, ou com a intenção destas adolescentes de terem um filho naquele momento de vida.

Também em este estudo realizado por Carvacho *et al.* (2008) faz emergir a complexidade da relação entre conhecimento sobre anatomia e fisiologia reprodutivas e a temática da gravidez na adolescência, evidenciando a necessidade de abordagens mais contextualizadas dos conteúdos de programas de educação sexual, quando seu foco for a redução da gravidez precoce.

Segundo Carvacho; Silva; Melo (2008), as adolescentes sequer conhecem satisfatoriamente seu corpo. No trabalho em questão, foi identificado que 55,5% das gestantes adolescentes tinha conhecimento insatisfatório sobre a anatomia dos órgãos e 76,5% não sabiam os aspectos fisiológicos da reprodução. A pobreza e as dificuldades de construção de projetos de vida para a adolescência e a juventude no Brasil se devem a muitos fatores estruturantes das condições sociais da população e a um contexto mais amplo de falta de direitos.

Nesse contexto, Martinez *et al.* (2011) afirmam que a gestação na adolescência tem sido considerada um importante assunto de saúde pública, em virtude da sua alta prevalência. Os mesmos explicam ainda que a literatura tem evidenciado associações entre esse fenômeno e variáveis, como a desigualdade social e econômica, início precoce da vida sexual, história materna de gravidez na

adolescência, pré-natal inadequado, não utilização ou utilização inconsistente de métodos contraceptivos e uso frequente de drogas ilícitas por familiares.

Segundo Rangel e Queiroz (2008), descrevem, a gravidez na adolescência se caracteriza, hegemonicamente, como advento fora de hora e atrelado a outros aspectos de conotação negativa. A gravidez é, ainda, elaborada e percebida pelos adolescentes, de acordo com o nível sócio-econômico-demográfico. Também afirmam que as adolescentes de nível sócio econômico elevado consideram que a gravidez compromete os seus planos futuros e, por isto, conferem uma carga negativa a esta experiência. Já as adolescentes de nível sócio econômico menos favorecidos visualizam uma experiência positiva.

Levandowski; Piccinini e Lopes (2008) citando outros autores fazem uma explicitação dos fatores que são associados à gravidez adolescente. Dentre os fatores sócio- demográficos ressaltam: baixo nível socioeconômico, uso de álcool e outras drogas, início precoce de relações sexuais e da menarca, não uso ou uso inadequado de métodos contraceptivos. Já entre os fatores sócio emocionais associados à gravidez, são mencionados experiências prematuras de perdas, relação emocionalmente distante com o pai ou privação emocional, abuso sexual, alcoolismo paterno, família monoparental, baixa autoestima, expectativas educacionais modestas e atitudes tradicionais em relação ao papel da mulher na família, gravidez da própria mãe na adolescência, presença de irmã sexualmente ativa ou já mãe. Além disso, são mencionados o desejo de engravidar, de ter uma família harmoniosa, de construir uma relação íntima e uma sexualidade adulta com o parceiro, de certificar-se da própria capacidade reprodutiva, de construir uma identidade feminina e de demonstrar independência frente aos pais, além de buscar um novo status social.

Cervený (1994) citado por Riekowski e Almeida (2009), referem que é comum, adolescentes engravidarem devido as suas próprias mães terem engravidado durante a adolescência ou iniciado precocemente sua vida sexual. As jovens gestantes repetem padrões de comportamento de suas mães ou de alguma parente muito próxima. Faz-se necessário, entender o que aconteceu para passa-lo a outra geração, como conhecimento e não só como experiência.

Pantoja (2003) citado por Ferreira *et al.* (2012), salientaram que, apesar de ser considerado um “problema social”, é preciso considerar que, para algumas adolescentes, a gravidez surge como alternativa para um projeto pessoal, já que sua ocorrência muitas vezes é dada num contexto marcado por oportunidades restritas, poucas opções de vida e uma trajetória de fracasso escolar.

Cerqueira Santos *et al.* (2010), citam no seu artigo dados do Ministério da Saúde onde afirmam e que na faixa etária de 10 aos 19 anos, o número de gravidez na adolescência é de 23,5%. Já nas meninas com idade inferior a 15 anos, corresponde a 0,9% e nas entre 15 aos 19 anos, 22,6%. Por fim, reformar o assunto informando que esses valores podem variar de estado para estado, enquanto em São Paulo apresenta uma incidência de 19,5% mas reduzida do que em outros estados como Maranhão e Tocantins.

A gravidez na adolescência é um fenômeno complexo, pois o risco à saúde da mãe e da criança é real, considerando que nem sempre o corpo da adolescente está preparado fisiologicamente para o desenvolvimento da gestação (LEVANDOWSKI; PICCININI; LOPES, 2008). Outros riscos, além do biológico, também são apontados, como a maior vulnerabilidade relacionada à situação social, falta de informação e falta de competência emocional, que podem trazer agravantes na condução do ciclo gravídico puerperal, no cuidado com o recém-nascido e no autocuidado materno (BRASIL, 2010).

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 (IBGE, 2009; YAZLLE; DUARTE; GIR, 1999; MICHELAZZO *et al.*, 2004; ZECK *et al.*, 2008; BRASIL, 2006).

A taxa de natalidade de adolescentes no Brasil pode ser considerada alta dadas as características do contexto de desenvolvimento brasileiro, sendo observado um viés de renda, raça/cor e escolaridade significativo na prevalência desse tipo de gravidez (adolescentes pobres, negras ou indígenas e com menor escolaridade tendem a engravidar mais que outras adolescentes). Muitas gravidezes de adolescentes e

jovens não foram planejadas e são indesejados inúmeros casos decorrem de abusos e violência sexual ou resultam de uniões conjugais precoces, geralmente com homens mais velhos. Ao engravidar, voluntária ou involuntariamente, essas adolescentes têm seus projetos de vida alterados, o que pode contribuir para o abandono escolar e a perpetuação dos ciclos de pobreza, desigualdade e exclusão (IBGE, 2012).

Segundo Oliveira; Gana; Silva (2010) referem que, a orientação sexual na rede de ensino não pode ser introduzida como mais um tópico do programa escolar, mas ser instituída partindo da educação continuada dos professores que se sintam aptos para tal. As questões acerca da sexualidade devem ser discutidas com os adolescentes de forma que se sintam seguros para fazer suas opções sexuais. Parece que derrubar esse tabu tem sido mais um desafio ainda não alcançado.

É interessante explicitar que Arcanjo; Bezerra e Andrade (2007) abordam que há necessidade de as equipes de saúde trabalharem de forma conjunta com os pais e com a escola, uma vez que os professores têm mais acesso aos alunos, todos os dias, na sala de aula. Eles podem orientar os alunos. Os pais orientados vão orientar os seus filhos. Assim, estamos de acordo com os autores que a melhor prevenção é que as jovens tenham uma boa educação sexual dentro do seio familiar.

Ainda Silva *et al.* (2007), comentam que os adolescentes possuem pouca informação sobre sexualidade, o que é sempre bom realizar programas educacionais, ofertando informações sobre planejamento familiar. O que faremos de acordo com o plano de intervenção adiante.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema “Alta incidência da gravidez na adolescência”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (PES)

O PES, a partir de seus fundamentos e métodos, propõe o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo que possibilita a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais, incluindo a população, e que os diferentes atores sociais explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de negociação dos diversos interesses em jogo. “Essa participação enriquece o processo de planejamento, criando corresponsabilidade dos atores com a efetivação do plano de ação, dando mais legitimidade e, mesmo, viabilidade política ao plano” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 26).

6.1 Descrição do problema selecionado.

Alta incidência da gravidez na adolescência constitui um preocupante problema de saúde na nossa comunidade pois de 54 mulheres grávidas, 19 são adolescentes representando 35,19%. Para a maioria das adolescentes grávidas existem consequências em todos os níveis da vida biofísico e social, bem como para as famílias.

Abaixo, relacionamos os descritores do mesmo.

Quadro 8 - Descritores do problema “Alta incidência da gravidez na adolescência” da UBS Cristo Rei, no município de Monte Formoso, Minas Gerais, 2017.

Descritores	Valores	Fontes.
População feminina de 15- 19 anos.	281	SIAB
Total de mulheres grávidas.	54	Registros da equipe
Total de adolescentes grávidas.	19	Registros da equipe
Adolescentes com famílias com renda familiar baixa.	175	Registros da equipe
Adolescentes com famílias	81	Registros da equipe

disfuncionais.		
Exploração sexual na adolescência.	5	Registros da equipe
Evasão escolar na adolescência.	31	Registros da equipe

Fonte: elaborado pela autora

6.2 Explicação do problema selecionado

A alta incidência da gravidez na adolescência é um problema multicausal, em cuja gênese interferem vários fatores. O modelo de desenvolvimento econômico e social, determina as políticas públicas e influenciam os hábitos e estilos de vida, as condições de moradia e no modelo assistencial. Também interfere na estrutura dos serviços de saúde e em todas as propostas a serem implantadas.

As principais consequências da gravidez na adolescência são: desnutrição, anemia, enfermidades hipertensivas, baixo peso ao nascer as crianças, malformações congênitas, transtornos de conduta, risco de abortos, que a sua vez pode provocar aumento de morbimortalidade, pouco rendimento escolar, abandono familiar.

6.3 Seleção dos nós críticos

Foram selecionados os seguintes nós críticos:

- Alto índice de adolescentes com família disfuncional.
- Nível de informação deficiente sobre o métodos anticoncepcional.
- Nível de informação deficiente sobre a gravidez na adolescência.
- Processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado para enfrentar o problema.

6.4 Desenho das operações

O plano de ação é composto por operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes (nós críticos) do problema selecionado. As operações são um conjunto de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do

plano. Essas operações consomem vários tipos de recursos económicos, organizacionais, cognitivos e políticos.

A identificação dos recursos críticos a serem consumidos para execução das atividades das operações constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano.

São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para execução de uma operação e não estão disponíveis e por isso é muito importante que a equipe tenha clareza de quais são, para criar estratégias para viabilizá-los.

Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema Alta incidência de gravidez na adolescência.

Quadro 9 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “alta incidência de gravidez na adolescência”, na população da UBS Cristo Rei. Município de Monte Formoso, Minas Gerais, 2017.

Nó crítico 1	Nível de informação deficiente sobre a gravidez na adolescência.
Operação	Saber +
Projeto	Aumentar o nível de conhecimento das adolescente sobre o tema.
Resultados esperados	Adolescentes com mais conhecimento sobre o tema.
Produtos esperados	Avaliar o nível de informação das adolescentes sobre a gravidez nesta idade. Palestras nas comunidades Capacitação dos agentes comunitários.
Recursos necessários	Estrutural: Organização da agenda. Cognitivo: Informação e capacitação sobre o tema e sobre estratégias de comunicação. Organizacional: Organização da agenda. Político: Organização Intersetorial e mobilização social. Para alimentação e transporte do pessoal encarregado. Financeiro: Para aquisição de folhetos e recursos audiovisuais.
Recursos críticos	Político: Apoio intersetorial e mobilização social. Financeiro: Para aquisição de folhetos. Para alimentação e transporte das pessoas encarregadas das palestras.
Controle dos recursos críticos	Secretário de Saúde. Prefeito do município. Motivação favorável.
Ações estratégicas	Apresentar projeto de trabalho. Apoio dos setores sociais.

Prazo	Início em 2 meses e terminação em 12 meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Medica de Atenção Básica. Coordenadora de Atenção Básica. Enfermeira de Atenção Básica.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliar de três em três meses seu cumprimento promovendo a comunicação entre os planejadores e os executores, as diferentes deficiências identificadas e traçar novas estratégias de trabalho e novo prazo se necessárias.

Fonte: elaborado pela autora

Quadro 10 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “alta incidência da gravidez na adolescência”, da UBS Cristo Rei. Município de Monte Formoso, Minas Gerais, 2017.

Nó crítico 2	Alto número de adolescentes com família disfuncional.
Operação	Querer +
Projeto	Incorporar à família na prevenção da gravidez na adolescência e na educação sexual
Resultados esperados	Diminuir em um 20 % o número de gravidez na adolescência no prazo de um ano.
Produtos esperados	Campanhas educativas com apoio da rádio local. Dinâmica familiar. Grupos operativos de pais. Palestras sobre educação sexual
Recursos necessários	Organizacional: Para organizar a agenda e palestras sobre o tema. Cognitivo: Informação e capacitação sobre o tema. Político: Garantir transporte e alimentação dos encarregados das atividades. Conseguir espaço na rádio comunitária. Mobilização social e articulação Inter setorial. Financeiros: Para aquisição de folhetos educativos e outros recursos materiais.
Recursos críticos	Político: Transporte e alimentação as pessoas encarregadas de fazer as atividades nas diferentes comunidades. Conseguir espaço na rádio comunitária. Mobilização social e articulação intersetorial. Financeiro: Aquisição de folhetos educativos e outros recursos materiais necessários. Compra de métodos anticoncepcionais. Recursos para alimentação e transporte das pessoas encarregadas das palestras.
Controle dos recursos críticos	Secretário de saúde. Prefeito do município. Setor de comunicação social.
Ações	Não são necessárias.

estratégicas	
Prazo	Início em 3 meses e termino em 12 meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Medica de Atenção Básica. Enfermeira de Atenção Básica. Agentes Comunitários de Saúde.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliar de três em três meses seu cumprimento promovendo a comunicação entre os planejadores e os executores, as diferentes deficiências identificadas e traçar novas estratégias de trabalho e novos prazos se necessários.

Fonte: elaborado pela autora

Quadro 11 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “alta incidência da gravidez na adolescência”, na UBS Cristo Rei. Município de Monte Formoso, Minas Gerais, 2017.

Nó crítico 3	Nível de informação deficiente sobre métodos anticoncepcionais.
Operação	Saber +.
Projeto	Aumentar o nível de conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais
Resultados esperados	Diminuir em um 20 % o número de casos de gravidez na adolescência no prazo de um ano.
Produtos esperados	Avaliar o nível de informação das adolescentes sobre os métodos anticoncepcionais. Palestras nas comunidades. Capacitação dos agentes comunitários.
Recursos críticos	Político: Apoio intersetorial e mobilização social. Financeiro: Para aquisição de folhetos. Para alimentação e transporte das pessoas encarregadas das palestras.
Controle dos recursos críticos	Secretário de saúde. Prefeito do município
Ações estratégicas	Favorável
Prazo	Início em 2 meses e terminação em 12 meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Coordenadora da atenção básica. Enfermeira da atenção básica .
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliar de três em três meses seu cumprimento promovendo a comunicação entre os planejadores e os executores, as diferentes deficiências identificadas e traçar novas estratégias de trabalho e novo prazo se necessárias.

Fonte: elaborado pela autora

Quadro 12– Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “alta incidência da gravidez na adolescência”, na UBS Cristo Rei. Município de Monte Formoso, Minas Gerais, 2017.

Nó crítico 4	Processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado para enfrentar o problema.
Operação	Linha do cuidado.
Projeto	Implantar linha de cuidado para adolescentes grávidas.
Resultados esperados	Cobertura de 100 % da população feminina de adolescentes grávidas e com risco de gravidez.
Produtos esperados	Linha do cuidado para gravidez na adolescência. Garantir adequada disponibilidade de métodos anticoncepcionais. Recursos humanos capacitados
Recursos necessários	Elaboração de projeto de trabalho. Organizacional: Organização da agenda de trabalho. Político: Articulação Inter setorial e mobilização social. Financeiro: Aumento da oferta de exames diagnósticos e métodos anticoncepcionais.
Recursos críticos	Político: Articulação intersetorial e mobilização social. Financeiro: Aumento da oferta de exames diagnósticos e métodos anticonceptivos
Controle dos recursos críticos	Secretário de saúde. Prefeito do município.
Ações estratégicas	Apoio dos setores sociais.
Prazo	Início em dos meses e terminação em 12 meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Coordenadora de atenção básica. Enfermeira da casa de gestante.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliar de três em três meses seu cumprimento promovendo a comunicação entre os planejadores e os executores, as diferentes deficiências identificadas e traçar novas estratégias de trabalho e novo prazo se necessárias.

Fonte: elaborado pela autora

Para obter um plano de ação satisfatório é importante uma boa preparação e participação de toda a equipe de saúde, estabelecendo sempre uma relação de confiança entre todos e com todas as pessoas.

O objetivo da equipe de saúde deve ser a construção de condições favoráveis para que a adolescente, familiar, ou qualquer outra pessoa sinta-se acolhida e lide com os problemas de saúde que este afetando de modo favorável a saúde. Sempre com um olhar compreensivo tentando estabelecer uma relação de empatia e de ajuda.

Assim, a Equipe de Saúde da Família, conhecendo bem sua população e estabelecendo sempre uma relação de confiança com os moradores e adolescentes, pode reduzir o índice de gravidez na adolescência.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste projeto objetiva de fazer uma intervenção ofertando ações efetivas, integradas, longitudinais e educativas de saúde sexual e reprodutiva, baseadas em evidências para a prevenção e controle da gravidez na adolescência, contribuindo com a redução da gravidez na adolescência no território, pois apesar das ações desenvolvidas pela equipe de saúde cada dia aumenta a incidência da mesma, constituindo um dos problemas fundamental que nos leva à realização deste trabalho.

Este projeto será mais potente na medida em que nós, trabalhadores, e demais profissionais da saúde formos capazes de fazer uma boa intervenção educativa com ajuda da prefeitura e sociedade. Há que ter sempre em mente que a gravidez na adolescência tem um forte impacto na qualidade de vida das adolescentes, causando complicações para ela e o futuro filho, gerando grandes e subestimados efeitos para as famílias.

Assim, é preciso grande empenho por parte dos tomadores de decisões e dos líderes em saúde para superar esse desafio. Aumentar a política de saúde por parte do Estado e o Governo tais como: ampliar nas escolas programas específicos de orientação sexual para adolescentes e famílias; contribuir na divulgação da importância de métodos contraceptivos. Cumprir com os programas nas ESF como: Saúde em Casa o qual leva a toda a população medidas de promoção e prevenção de saúde

Recomenda-se o empoderamento da equipe de profissionais na Unidade Básica de Saúde sobre do tema, e também nas escolas, incluindo psicólogos especializados nesse campo para promover a prática desses conhecimentos.

Realizar programas educacionais nas escolas, unidade básica de saúde, destinados a pais, adolescentes e família em geral com enfoque

multidisciplinar, precisam ser avaliados para assegurar efetivamente a prevenção da gravidez precoce.

A equipe de saúde deve realizar consultas de planejamento familiar para as adolescentes e criar um espaço para um trabalho efetivo com essa população. É preciso a cada dia prover serviços para adolescentes onde temos que incluir uma boa comunicação, com um forte componente educativo e com a participação delas para assim diminuir a incidência da gravidez na adolescência.

É importante também informar aos adolescentes e pais sobre os riscos e complicações da gravidez na adolescência e todas as mudanças que acontecem a partir do momento que uma adolescente engravida. O diálogo em família é essencial e deve haver uma conversa aberta e transparente para que as jovens tenham toda a informação ao seu alcance.

Com a realização deste plano de intervenção espera-se obter como resultados: a diminuição do alto índice de gestação nas adolescentes, que os participantes possam mudar o comportamento e sejam multiplicadores do conhecimento junto aos demais adolescentes, reduzindo assim o número de gravidez na adolescência no município de Monte Formoso/MG.

REFERÊNCIAS

ARCANJO, C. M.; BEZERRA, M.I.V.; ANDRADE, M.G. Gravidez em adolescentes de uma unidade municipal de saúde em Fortaleza, Ceara. **Rev. Esc. Anna Nery**. v.11, n.3, p.445-451, set. 2007.

AQUINO, E. M. L. *et al.* Adolescência e reprodução no Brasil: A heterogeneidade dos perfis sociais. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 5377-5388, jan. 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avalicao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: jun. 2017.

CARVACHO, I. E.; PINTO, SILVA, J.L.; MELLO, M. B. Conhecimento de adolescentes grávidas sobre anatomia e fisiologia da reprodução. **Rev. Assoc. Med. Bras**. São Paulo, v. 54, n.1, p. 29-35, feb.2008.

CERQUEIRA-SANTOS, E. *et al.* Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. **Psicologia estudo**. V. 15, n. 1, p. 74-85, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722010000100009&script=sciarttext> Acesso em:29 Jan. 2018.

CERVENY, C. M. O. A família como modelo – desconstruindo a patologia. **Campinas: Psy**. 1994.

CORDEIRO, F.G. **O acolhimento na assistência de enfermagem na estratégia saúde da família: revisão integra da literatura**. Nescon/UFMG/FM, p.16-17.Governador Valadares, 2010.

FERREIRA, C.L. *et al.* Repetição de gravidez na adolescência: estudos sobre a prática contraceptiva em adolescentes. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 188-204,2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **Jovens mães**. 2009. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/saude/jovensmaes.html>. Acesso em: nov. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. Monte Formoso. 2015. Disponível em:

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/monte-formoso/>. Acesso em: out. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADISTICA. **Síntese e dos Indicadores Sociais**. 2012.

LEVANDOWSKI, D. C., PICCNINI, C. A.; LOPES, R. C. S. Maternidade Adolescente. **Estudos de Psicologia Campinas** (online), v.25, n.2.Cmpinas.abr. /jun.2008. Disponível em: [www.scielo.br/artigos/estud.psicol.\(Campinas\)/v.25/n.2/pdf](http://www.scielo.br/artigos/estud.psicol.(Campinas)/v.25/n.2/pdf) Acesso em 31 Jan. 2018.

MARTINEZ, E.Z. *et al.* Gravidez na adolescência e características socioeconômicas dos municípios do Estado de São Paulo, Brasil: análise especial. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n.5, p. 855-867, 2011.

MICHELAZZO. D. *et al.* Indicadores sociais de grávidas adolescentes: estudo caso-controle. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 26, n. 8, p. 633-9, 2004.

MONTE FORMOSO, Sistema De Informação de Atenção Básica, 2002.

MONTE FORMOSO, Sistema De Informação de Atenção Básica, 2015.

NASCIMENTO, M.G.; XAVIER, P.F.; SÁ, R.D.P. Adolescentes grávidas: a vivencia no âmbito familiar e social. **Adolesc. Saúde**. v. 8, n.4, p.41-47, out/dez, 2011.

OLIVEIRA, E.F.V.; GAMS, S.G.N.; SILVA, C.M.F.P. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. V. 26, n. 3, p. 567-578, mar. 2010. Disponível em:

<http://www.oliveira, e.f.; gamas, s.g.n.; silva, cm/>> Acesso em 29 de Jan.2018.

PANTOJA, A. L. N. Ser alguém na vida: uma análise sócioantropológica da gravidez/ maternidade na adolescência, em Belém do Para, Brasil. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 19, n. 2, p. 335-343, 2003.

RANGEL, D. L.; QUEIROZ, A. B. A. A representação social das adolescentes sobre a gravidez nesta etapa da vida. **Esc. Anna Nery Rev Enferm.** v. 12, n.4, p.780-88, 2008. Disponível em: www.eean.ufrrj.br/revists.

RIEKOWSKI, T.; ALMEIDA, V. A. Influência do sistema familiar na repetição indesejada da gravidez na adolescência. **Agora: R. Divulg. Cient.** v.16, n.2, p. 154-165. 2009.

SILVA, N. C. B. *et al.* Proposta de instrumento para avaliar conhecimento de jovem sobre métodos contraceptivos. **Pandeia**. V. 17, n.38, p. 365- 374, 2007.

YAZLLE, M. E.H.; DUARTE, G; GIR, E. Sexo seguro na adolescência. **Reprod. Clim**, v. 14, n. 1, p.16-8, 1999.

ZECK. W. *et al.* Adolescent primiparas: changes in obstetrical risk between 1983-1987 and 1999-2005. **J Obstet. Gynaecol. Res.** v. 34, n. 2, p. 195-8, 2008.