

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

Yaima Correa García

**IMPORTÂNCIA DA DIMINUIÇÃO DOS ÍNDICES DE GRAVIDEZ NA
ADOLESCÊNCIA, RISCOS E COMPLICAÇÕES.**

São Leopoldo, 2018

Yaima Correa García

**IMPORTÂNCIA DA DIMINUIÇÃO DOS INDICES DE GRAVIDEZ NA
ADOLESCÊNCIA, RISCOS E COMPLICAÇÕES.**

*Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao curso de Especialização em Saúde da Família
da Universidade Federal de Ciências da Saúde de
Porto Alegre.*

Orientador: ARIADNA JANICE DRUMOND MORAIS

São Leopoldo

2018

Sumário

1. Introdução do portfólio	4
2. Relato de caso	7
3. Promoção da saúde e prevenção de doenças.	12
4. Visita domiciliar	16
5. Reflexão conclusiva	19
Bibliografia	21
Anexo	23

1 INTRODUÇÃO.

Sou médica formada em Cuba pela Universidade de Ciências Médicas de Sancti Spiritus, no ano 2008 e como especialista de medicina geral integral no ano 2012. Tive minha primeira experiência de trabalho na área rural de município Fomento, Cuba como médica da saúde da família em 2008. Depois tive a oportunidade de formar parte de grupo de médicos que participo no Programa Bairro Adentro em Venezuela no ano 2010, no Estado Sucre. Em agosto de 2016 tive a oportunidade de vir para o Brasil através do Programa Mais Médico, iniciando também o curso de especialização em saúde da família em abril de 2017. Atualmente trabalho no município de São Leopoldo no Rio Grande do Sul em uma UBS que está localizada no Bairro Santo Dumont. A estrutura física da UBS é boa e conta com os seguintes espaços:

- Um consultório para Clínica
- Um consultório para Pediatria
- Um consultório para Ginecologia
- Um consultório Odontológico
-
- Uma sala de Triagem
- Uma sala de Curativos
- Uma sala de Reuniões
- Uma sala de Recepção

A equipe está composta por, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal, dois auxiliares administrativos, uma higienizadora e por dois médicos, sendo que faço uma carga horária de 32 horas de atendimento e 8 horas para o curso de especialização.

A UBS tem seu funcionamento de segunda a sexta-feira nos seguintes horários, das 8 às 12hs e das 13hs às 17hs.

A nossa UBS forma parte do bairro Santos Dumont, loteamento Padre Orestes, área urbana do município São Leopoldo, estado Rio Grande do Sul, perto das ribeiras do Rio do Sinos, com aproximadamente 9000 moradores na área que fazem atendimento no posto. Aceitação da população foi muito boa,

além de serem eles muito humildes, onde não tem uma estrutura básica, conta com 3 ruas principais, a maioria de invasões, o nível cultural das pessoas é principalmente baixo, pelo qual as condições de higiene ambiental não são boas. Existem ruas sem calçamento e sem rede de esgoto instalada, as casas não contam com a estrutura básica. Os moradores desta área geralmente trabalham no comércio à indústria fora da área, às mulheres que não trabalham ficam ao cuidado dos filhos e com o trabalho da casa. Conta na área com escolas, mercados, a AMMEP (que é uma associação para dar apoio a meninas e meninos em risco ou vulnerabilidade).

Além disso, área em geral é vulnerável, devido a consumo de droga e a violência gerada pelo mesmo fato.

Tendo em conta todo o antes exposto e depois da análise da equipe, sinalizou-se a gravidez na adolescência como um dos principais problemas da área. Sendo assim que foi proposto o projeto de intervenção sobre esse tema com a inserção de ações para melhorar a situação.

A escolha do tema justifica-se pela constatação de que os índices de gravidez na adolescência são bastante significativos na nossa área, apesar de recentemente ter saído uma pesquisa que revela que no Brasil o índice de gravidez na adolescência teve uma diminuição de 17%, segundo dados preliminares do Sinasc (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) Ministério da Saúde (MS), 2017.

Obtivemos uma melhoria com este resultado no nível de Brasil, mas apesar das estatísticas indicarem queda em seus registros, a porcentagem de adolescentes grávidas com idade inferior a 20 anos ainda é significativa e preocupante, pois, a gravidez na adolescência constitui um grave problema mundial onde os países subdesenvolvidos são os mais afetados com uma situação precária de saúde e uma educação de pouca qualidade reforçando assim uma maior incidência de gravidez precoce afetando assim tanto a saúde mental como física dos adolescentes.

Esses dados anunciados pelo MS vem reforçarem a escolha do nosso tema para implantação de um Projeto de Intervenção focado no adolescente,

porque vamos buscar ações que promovam os direitos, a independência de adolescentes e jovens especialmente as meninas em relação ao funcionamento de sua sexualidade e da sua vida reprodutiva, habilitando-as para decisões voluntárias e conscientes. E para que esses índices continuem descendo tanto em nível de Brasil como municipal será imprescindível para a nossa ação garantir o acesso à informação correta e com linguagem adequada a todos os adolescentes sobre os seus direitos, incluindo o direito à saúde sexual e reprodutiva bem como à educação integral em sexualidade.

Conforme análise dos dados encontrados pela equipe de trabalho e com ajuda do sis-prenatal, buscou-se explicação para o problema escolhido e percebeu-se que são vários os fatores associados, tais como:

- Ambiente político, cultural, e socioeconômico;
- Nível de informação, conscientização da sexualidade, estruturação da personalidade, adaptação ambiental;
- Influência da mídia, atividade sexual precoce;
- Não usar preservativo e anticoncepcional;
- Problema na estrutura dos serviços de saúde prestados, nível de informação pessoal baixo, tipo de processo de trabalho da equipe.

Depois foram identificados os critérios, apresentados pela equipe como os mais importantes e frequentes:

- Atividade sexual precoce,
- Nível de informação – ausência ou desconhecimento do planejamento familiar,
- Estrutura dos serviços de saúde
- Falta de educação sexual desde o ensino escolar,
- Influência da mídia e grupos de amigos para início da atividade sexual,
- Receio de procurar um profissional da saúde para sanar dúvidas ou iniciar métodos anticonceptivos.

A partir desses critérios programou-se um projeto de intervenção com a identificação de recursos necessários: financeiros, organizacionais e cognitivos, para obtenção de resultados.

2 RELATO DE CASO

Ao realizarmos a análise da situação de saúde de nossa área de abrangência foram abordados vários problemas que acometem a nossa população sendo que a gravidez na adolescência foi o problema escolhido pela razão de termos em nossa área um índice bastante alto de gestação com um total de quarenta e sete (47) gestantes cadastradas, onde destas, onze (11) são adolescentes, com percentual de 23,4% caracterizando assim como um sério problema de saúde a ser prevenido e tratado. Necessitando de uma atenção maior por parte da Equipe de Saúde, família e comunidade.

A gravidez na adolescência é um problema extremamente pertinente uma vez que vem aumentando sua incidência e apresenta uma sucessão de consequências como o abandono escolar, maior taxa de complicações à gestante e criança como maior frequência de prematuridade, baixo peso ao nascer, doenças respiratórias, mortalidade infantil, trauma obstétrico e maior frequência de doenças perinatais (YAZLLE, 2006).

O caso relato trata-se de uma gestante R.M. S; de 15 anos de idade, que chega ao posto de saúde referindo atraso menstrual, avaliada pela enfermeira e realizado teste imunológico de gravidez (TIG) se orienta agendar para consulta de pré-natal.

Moradora da invasão perto do posto de saúde, na Rua Um do loteamento Padre Orestes, bairro Santos Dumont. Junto com ela mora sua mãe Dona E. S. S de 40 anos de idade, fumante, divorciada do pai dela e com histórico de HAS e obesidade com tratamento medico, a avo dona M. S de 69 anos de idade com acompanhamento medico por HAS, ICC e demência pelo qual precisa de cuidados e apoio da família além do acompanhamento e tratamento medico, e o pai do bebe J. R.S, fumante, adolescente, não tem histórico de doenças crônicas nem uso continuo de medicamentos, não trabalha nem estuda, moram em união estável, há também diferenças entre a sogra e o genro que se reflete em uma relação de discórdia e conflito que afeta a gravida. A casa é de madeira, não tem banheiro interno e tem animais; gato e cachorro. As relações familiares estão um pouco tensas devido à situação econômica principalmente

e não têm boas relações sua mãe com o pai do bebe o leva a conflitos familiares. A figura 1 demonstra o genograma da família.

Ao realizar a primeira consulta de pré-natal se constata que é uma adolescente, no interrogatório refere não estuda nem trabalha, (tem cursado ensino fundamental incompleto), há gravidez não foi planejada, DUM: imprecisa, mas não estava em uso de anticoncepcional nem usava camisinha regularmente, não fuma nem bebe. No histórico temos que a mãe também engravida dela sendo adolescente. Refere amenorreia de +/- 2 meses, vomito matinais, perda e peso, tontura, dor nas mamas e de maior tamanho. Esta com duvidas sobre seu peso.

Ao exame físico observo aumento da vascularidade da vagina, ao toque com aumento de tamanho do útero, hipersensibilidade nas mamas, peso: 44 Kg, altura: 1,60cm, IMC: 17,1, TA:100/60, FR: 18´min, FC: 79´min. Nesta primeira consulta solicitou-se exames de rotina(hemograma, tipagem sanguínea e fator Rh, EQU/Urocultura, serologias para toxoplasmose, teste rápidos para HIV, hepatites B e C e sífilis, glicemia) e solicita se a ecografia obstétrica. Orientamos sobre a importância e frequência da consulta de pré-natal, indica se tratamento com acido fólico 5mg 1 vez ao dia, também faz referencia sobre o esquema de vacina na gravidez, a prevenção de acidentes, a higiene pessoal e genital, o uso de camisinha na gravidez e sua importância e solicita-se agendamento para próxima consulta.

Ao retornar na próxima consulta vemos gestante que não tem ganhado peso, refere ainda náusea e vomito, TA: 100/60, FC: 70´min, FR: 20´min, peso 44Kg, IMC: 17,1; com uma idade gestacional de +/- 12 sem, refere não fiz ecografia solicitada ainda, exames laboratoriais: Hb: 9,6, Hto 29,8%, Glicemia: 80, serologias para toxoplasmoses não reagentes, teste rápidos todos não reagentes, Tipagem: A+, EQU: negativo, Urocultura: sem crescimento bacteriano. Apos isso mantemos as orientações iniciais da primeira consulta e orientamos a gestantes para retornar assim estivesse pronta a ecografia que já estava marcada. Uma semana depois retorna a gestante com a ecografia: constatasse útero gravido, com feto vivo, único, com movimentos fetais e batimentos cardíacos presentes, biometria acorde idade gestacional de 14 sem

e 2 dias, com uma DPP: 19/07/2018. Orientações sobre alimentação da gestante e avaliação da curva de peso, importância do pré-natal e data da próxima consulta, suplemento com sulfato ferroso e manter ácido fólico, esquema de vacina, importância do aleitamento materno e a preparação da mãe para amamentar, oriento sobre fatores de risco que precisam de assistência de urgência, uso da camisinha nas relações sexuais.

Depois da análise de caso avaliamos os fatores de risco nesta gestante: adolescente, baixa escolaridade, situação familiar e ambiental desfavorável, situação conjugal insegura, baixo peso, anemia, alteração no ganho de peso, esposo fumante. Evidencia-se a relação destes fatores de risco com a gravidez na adolescência assim como as dificuldades no acesso aos serviços e as informações. Também importante a relação do histórico familiar (mãe grávida adolescente, doenças crônicas familiares) com a gravidez atual da filha.

Conforme Oliveira (1998, p. 6) os elementos que conduzem a gravidez na adolescência são: a falta de informação, uso inadequado de métodos anticoncepcionais e desconhecimento sobre seu próprio ciclo reprodutivo. Esta ausência de informação é maior entre adolescentes com condições socioeconômicas mais desfavorecidas, sendo que essas adolescentes têm poucas opções de vida e acham a gravidez natural nesta fase.

A pouca ou nenhuma escolaridade influencia na não aquisição de práticas preventivas. A adolescente que não estuda ou abandonou os estudos fica mais vulnerável a uma gravidez. A evasão escolar é um fator de risco individual importante para gravidez na adolescência (XIMENES NETO, 2007)

O perfil psicossocial proposto por Monteiro (1994) informa que em 70% dos casos de adolescentes grávidas revelou que como histórico sua mãe também fora mãe adolescente um ciclo vicioso.

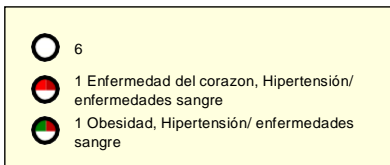
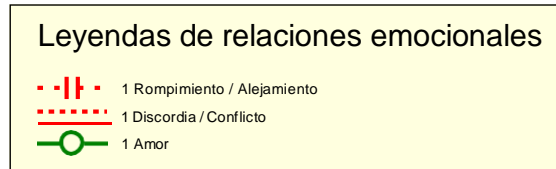
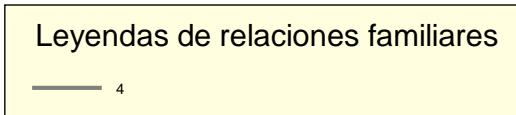
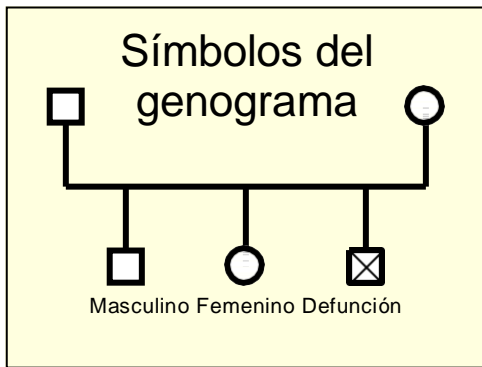
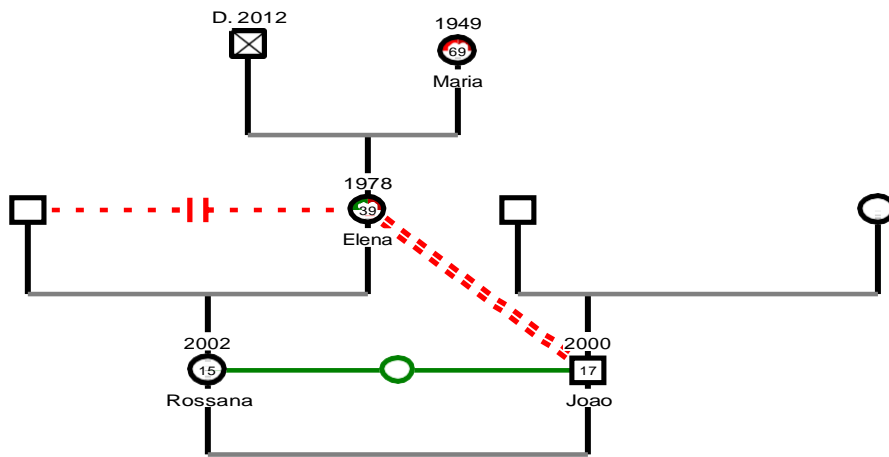
Wagner, (2002) diz que a adolescência é um caminho que demanda muitas transformações, em especial a comunicação familiar, precisa de uma maior interação e flexibilidade dos pais com os filhos. A melhora do diálogo acercara os pais a esta faixa de desenvolvimento dos filhos.

Segundo Knobel, (1981) os maiores índices de gravidez na adolescência ocorrem nas classes com menor poder aquisitivo e emocional que geralmente são as de mais baixa escolaridade e assim acreditar que a gravidez é a sua única expectativa de futuro e independência.

Sendo avaliado o caso chegamos às conclusões da importância do acesso aos serviços e as informações nesta faixa etária, a importância de melhorar a comunicação entre pais e filhos, aumentar as atividades educativas com temas relacionados à gravidez na adolescência, estimular a sexualidade responsável em essa faixa etária. Orientamos sobre o programa de pré-natal, a programação das consultas e o cumprimento com as indicações realizadas em cada consulta. Também informei a gestante da possibilidade de serem acompanhada pela equipe do NASF que contam com profissionais que podem ajudar a melhorar as relações familiares e aceitação da chegada do bebê. Oferecemos para a gestante o atendimento em consultas grupais onde pode vir acompanhada pelo marido e familiares onde são abordados temas em relação a alterações durante a gravidez, fatores de riscos, mudanças na vida de toda a família e os meios para enfrentar as diferentes situações.

Considerando o caso da gestante foi avaliado e discutido em reunião de equipe solicitando o apoio do NASF, estabelecido um projeto singular de acompanhamento individual e grupal vinculando a família com a gravidez, participando conjuntamente das consultas de pré-natal, troca de experiências com outras mulheres grávidas na mesma situação, participação de grupos de apoio onde diferentes tópicos relacionados à família e gravidez são discutidos.

Figura 1: genograma.



3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Quando estamos falando de promoção em saúde, falamos também sobre gravidez na adolescência. Sobre os diferentes fatores de risco que complicam a gravidez na adolescência. A UBS onde atuo não é o melhor cenário para esta tarefa, além do início há 1 ano de atividades para melhorar isso, mas os profissionais que atuam em ela fazem cada dia atividades de promoção e prevenção para melhorar a situação de saúde de nossa população. Como já falei nossa equipe não conta com agentes comunitários que tem um papel fundamental na pesquisa ativa e na promoção, prevenção e educação em saúde, com a identificação de fatores de riscos, também não contamos com dentista fixo para ampliar as atividades de prevenção no posto, muito necessária já que trabalhamos em uma área carente, onde as condições higiênicas sanitárias são precárias. Por isso são tão importantes as atividades desenvolvidas pela equipe de saúde.

A atenção pré-natal é uma das situações de saúde que precisa atuação prioritária na promoção, prevenção e educação em saúde, dando início no planejamento familiar.

Segundo a lei n°.9.263/96 o planejamento familiar é o direito que tem tanto homens como mulheres a regular sua reprodução, incluindo acesso a todas as informações e os diferentes níveis de atenção.

Desde a criação do Programa de Saúde da Familiar, iniciou-se o processo de promoção e prevenção e educação em saúde, com trabalho comunitário, sendo a família o sujeito de atuação. O planejamento familiar foi uma das ações iniciadas, baseadas na oferta de métodos anticonceptivos com as devidas informações sobre seu uso e características, a escolha por parte do casal.

Os adolescentes são um dos grupos priorizados no planejamento familiar, Alves et al (2009) realizou um estudo que identificou que mais da metade dos adolescentes mantém relações sexuais sem nenhum tipo de prevenção, revelou também que a escolha do método contraceptivo tem associação com o tipo de relacionamento que o adolescente possui, o preservativo é usado

quando as relações são ocasionais, caso seja com a namorada a camisinha é trocada pela “confiança” e para evitar a gravidez a adolescente inicia o uso da anticoncepção oral.

Para nos é bem difícil um controle e busque-a ativa das mulheres ou casal que desejam filhos já que não contamos com agentes comunitários e o acesso as consultas na UBS é muito procurado e difícil pelo grande numero de pacientes que atendemos. Por isso a importância do uso das consultas e a realização de palestras nas áreas da unidade (sala de vacinas, sala de espera, consultas), para promoção, prevenção e educação em saúde por parte de todos os membros da equipe.

A consulta de planejamento familiar dá a possibilidade ao casal de conhecer as situações e riscos que podem enfrentar durante a gravidez, orientar sobre as medidas e condutas para ter uma gravidez satisfatória.

Segundo o ministério da saúde, com um bom planejamento familiar reduz a morbimortalidade materna e infantil, a gravidez não desejada, possibilita a futura mãe controlar as doenças ou fatores de risco que apresenta e assim ter uma gravidez mais saudável com termino feliz para toda a família.

O casal deve conhecer que é uma consulta de preparação, de avaliação de riscos e agravos que podem prejudicar a futura gravidez, onde se realiza uma anamnese profunda tanto do casal como do meio em que moram e as condições para a chegada do bebe e o histórico familiar de ambos, também o exame físico completo para avaliar condições físicas que podem afetar a gravidez, acompanhados de exames laboratoriais. Depois de realizada avaliação orientamos sobre as mudanças no estilo de vida, em parceria com o casal avaliamos o melhor tempo para ter essa gestação planejada com as melhores condições físicas, mentais e econômicas. Orientação sobre as doenças transmissíveis ou crônicas que podem ser desenvolvidas durante a gravidez, os riscos do tabaco, álcool e outras drogas tanto pela grávida como pelo familiar, o uso de ácido fólico 5 mg de 60 a 90 dias antes de engravidar para prevenção de malformações congênitas, as infecções de transmissão sexuais e uso de preservativo, no final orientações sobre a importância da

assistência as consultas de pré-natal e o cumprimento das orientações prestadas nas mesmas. (Brasil, 2012).

Tendo em conta isto o Ministério da saúde sugere que os estado e municípios tem que ter uma rede de atenção dispor para o atendimento do pré-natal segundo os seguintes passos:

10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica

1° PASSO: Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce)

2° PASSO: Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.

3° PASSO: Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.

4° PASSO: Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".

5° PASSO: Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.

6° PASSO: É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)".

7° PASSO: Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.

8° PASSO: Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".

9° PASSO: Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).

10º PASSO: As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal. (Brasil, 2012).

Tendo em conto o analisado, nossos objetivos para 2018 são o aumento da promoção, prevenção e educação em saúde, vinculado ao planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério. Dentre os principais temas estão:

- Planejamento familiar.
- A orientação das mulheres sobre a importância da vacinação, pré-natal e amamentação.
- Sinais para Identificação de fatores de riscos e vulnerabilidades durante a gravidez.

4 VISITA DOMICILIAR/ATENÇÃO DOMICILIAR.

Com a criação pelo ministério da saúde da estratégia do SUS, como forma de melhor acesso dos usuários ao sistema de saúde e como porta de entrada para uma atenção mais humanizada e completa também foi criadas as visitas domiciliares, com o objetivo de chegar mais perto da população, e ter uma noção maior das condições de vidas de nossa população que pode influenciar tanto positiva como negativamente na saúde dos mesmos.

Também o aumento da expectativa de vida, os riscos para saúde e aumento das doenças crônicas bem gerando mudanças nas políticas de saúde para lograr melhores condições de vida para a população e bem atenção domiciliar como uma alternativa de solução. (MENDES, 2001).

Portaria GM/MS nº 963/13, define atenção domiciliar como um conjunto de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação feita na casa das pessoas com a respectiva continuidade de cuidado e a integração dos diferentes setores. Temos três modalidades de atenção domiciliar: AD1, AD2, AD3, a nossa responsabilidade bem com acompanhamento dos pacientes da categoria AD1.

Segundo PINTO, 2010, atenção domiciliar é o instrumento utilizado para a identificação e análise da situação de saúde e o planejamento de atividades de prevenção e promoção, mas tem dificuldades como causar adaptação por parte dos usuários e falta de estimulação para procurar a UBS.

Quando iniciei meu trabalho na UBS Padre Orestes a situação das visitas domiciliares foi uma das maiores dificuldades encontradas, já que, como se tratava de uma UBS não tenham as visitas domiciliares como prática diária. Com as mudanças nas políticas de saúde no meu município e o apoio de outras instituições criamos o espaço e as estratégias para programar as visitas como prática diária nas agendas dos membros da equipe.

O primeiro passo foi definir quais profissionais da equipe realizariam as visitas, avaliando que as mesmas podem ser efetuadas por todos os membros da equipe segundo as funções competentes a cada um. Também contando com o apoio dos alunos que fazem estágio no posto, já que, não contamos com agentes de saúde.

Depois foi avaliado o processo de priorização dos casos a serem

visitados. O cuidado domiciliar foi criado com a intenção de dar assistência àquelas pessoas que não podem acessar os serviços de saúde, exemplo: acamados, pessoas incapacitadas fisicamente total ou parcialmente, ou com transtornos psiquiátricos, também consideramos aqueles pacientes que por sua condição de saúde tem maior risco e vulnerabilidades entre eles gestantes, recém-nascidos e puérperas para os quais serem planejados um grupo de ações por período limitado. O restante dos pacientes continua seu acompanhamento no posto e, se o seu estado de saúde varia, eles precisam de uma visita podem ir ao posto e agendá-lo.

Com estes critérios definidos então avaliamos que tendo em conta a quantidade de gestantes com atendimento no posto e pouco acesso as consultas de puericultura era uma boa estratégia começar a realização das visitas domiciliares as gestantes com o objetivo de avaliar riscos de saúde para o bebe e melhorar o acesso às consultas de puericultura.

Foi feita uma busca ativa para resgatar aquelas pacientes que não tenham acompanhamento no posto de saúde, para avaliar a situação de higiene em que moram as crianças e planejar ações de intervenção e o ambiente em que eles se desenvolvem.

Uma vez que a puérpera e o recém-nascido saem do hospital deve planejar-se uma visita domiciliar nos primeiros 7 dias para prevenção de agravos da saúde, incentivar o acompanhamento tanto da mãe como do bebe no posto de saúde, avaliação da situação vacinal, orientação sobre o aleitamento materno, as condições de higiene e cuidados gerais do recém nascido, logrando a vinculação da mãe ao posto de saúde e o acompanhamento da crianças desde terna idade. (Brasília, 2006).

Conforme BECK 2004, é muito importante ensinar a mãe e os familiares sobre os cuidados do recém-nascido, técnicas correta de aleitamento materno e sua vantagem, cuidados do cordão umbilical, técnicas para o banho dos

bebes que ajudem a criar confiança nas mães, e a visita domiciliar realizada nos primeiros sete dias é uma ferramenta para lograr esse propósito.

Minha experiência com as visitas domiciliares é muito boa. Tive a oportunidade de conhecer a realidade das pessoas que chegam até as unidades de saúde. Conseguimos levar o acompanhamento até o domicílio das pessoas. Eles viram nossa preocupação pela saúde e por melhorar as coisas. Sem dúvidas é uma experiência profissional muito grata para a equipe e a família.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Comecei meu trabalho como medica da família há 10 anos, sempre buscando novas experiências que me ajudassem a ser melhor medica e melhor pessoa. Quando cheguei a Brasil no ano 2016 vi uma oportunidade de fazer coisas novas, de aprender e também aportar alguns conhecimentos adquiridos em outros países.

O programa de especialização em saúde da família foi uma grande oportunidade para esta nova tarefa. Ele me deu as ferramentas para realizar as atividades que eu enfrentaria todos os dias. No eixo 1 aprendi como formar parte de uma equipe de saúde e importância desta colaboração, e no eixo 2 o abordagem das diferentes doenças na prática clínica. Foi um desafio para mim a educação a distância, desde que eu nunca tinha participado de um programa assim, com a interação com outros colegas, intercâmbio com os tutores, a formulação de hipóteses e a troca de experiências e vivências com meus colegas.

Trabalhar em um posto de saúde que não tivesse uma estratégia de saúde da família era uma oportunidade para programar novos desafios para melhorar a saúde de nossa população. Foi uma aprendizagem constante de toda a equipe que trabalhou comigo, a busca de novas ideias e a oportunidade de trocar experiências com colegas de outras áreas.

Com a participação no Programa de Saúde da Família e o Trabalho de Conclusão de Curso tive a oportunidade de criar estratégias de intervenção com toda a equipe como suporte e avaliar o resultado delas na população, vendo melhorias na saúde da população e reconhecimento pelo mesmo ao trabalho realizado.

Este trabalho levou-me a inclinar para a saúde das mulheres grávidas, e mais para aqueles na fase adolescente, devido à repercussão que poderia levar a uma gravidez nesta fase da vida, tão pessoal quanto familiar e socialmente. Esse trabalho me levou a entender por que esse fenômeno estava acontecendo, quais eram seus fatores predisponentes e como poderíamos ajudar a melhorar essa situação.

Aprendemos a trabalhar em equipe, planejar ações que ajudem o resto da população. Nosso caso que trabalhamos a mais com as gestantes foi uma boa ferramenta para conhecer os fatores de riscos tanto clínicos, familiares como sociais que aumenta a gravidez na adolescência. Ele nos ajuda aumentar os conhecimentos da equipe sobre o tema, a criar estratégias para diminuir a gravidez na adolescência, a ver a importância de aumentar as atividades educativas para a promoção e prevenção de saúde, Identificar e alcançar adolescentes com maior risco de vulnerabilidade social em nossa área.

Promover o acesso das adolescentes gestantes ou não aos serviços de saúde e vincular a família com a gravidez, estimular uso de métodos contraceptivos nos adolescentes não só para evitar a gravidez, mas também para evitar as doenças de transmissão sexual, sempre uma das tarefas a cumprir.

Também com a elaboração deste trabalho avaliamos a importância da implicação da gestão nestas tarefas, o papel importante que jogam para a criação de novas estratégias e avaliação do impacto na saúde da população. A importância da capacitação dos profissionais que deve ser uma atividade continua nas políticas públicas de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde-Brasil 2004 – uma análise da situação de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. Ministério da Saúde. 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Ministério da saúde. Gravidez na adolescência. Brasília, 2017. Acesso: <http://portalms.saude.gov.br/>.

YAZLLE, D.H.E.M. Gravidez na Adolescência. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, V.28, n.8, p.443-445, ago.2006

OLIVEIRA, M.w. Gravidez na adolescência: Dimensões do problema. Cad.Cedes, Campinas, V.19, n.45, p. 48-70, July 1998

XIMENDES NETO, F.R.G. Et al. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. Revista Brasileira de Enfermagem, v.60, n.3, p.279-285, mai./jun. 2007

MONTEIRO DLM, CUNHA AA. Perfil reprodutivo da adolescente. J Bras Ginecol. 1994; 104:59-72.

Wagner, A., Falcke, D., Silveira, L. & Mossmann, C. (2002). A comunicação em famílias com filhos adolescentes. Psicologia em Estudo, 7, 75-80

KNOBEL M, Perestrello M, Uchôa D. A adolescência na família atual: visão psicanalítica. Rio de Janeiro: Atheneu. 1981

Planejamento Familiar. Lei # 9.263. De 12 de Janeiro de 1996. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm, ACESO EM 02/03/2018.

ALVES, C.A.; BRANDÃO, E.B. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entr políticas públicas e atenção à saúde. Ciência&Saúde Coletiva. V. 14, n.2, p.661-670,2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n.32)

MENDES, E. V. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº **963, DE 27 DE MAIO DE 2013**. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html. Acessado em 21/04/2018.

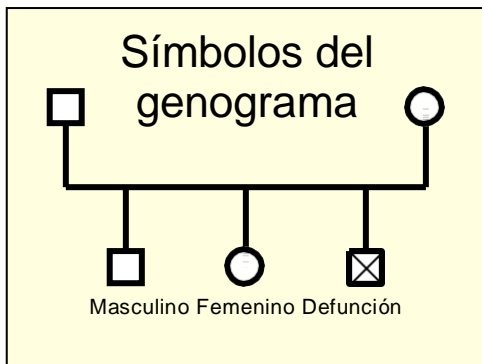
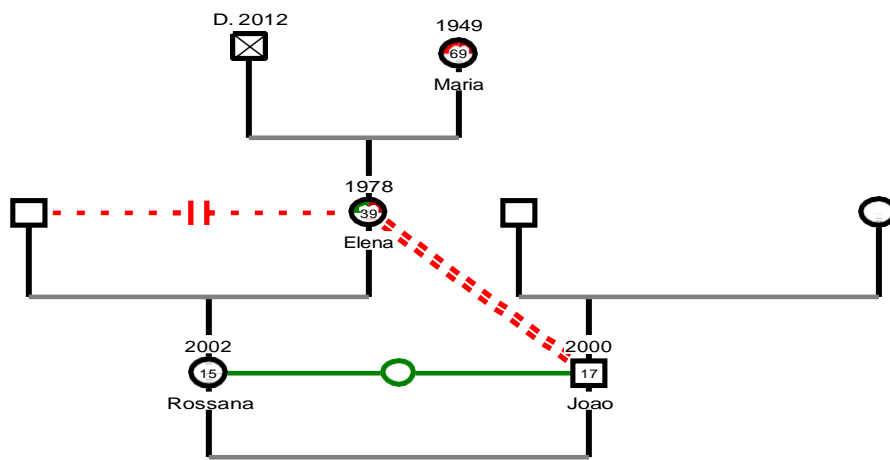
SOSSAI, L. C. F.; PINTO, I. C. A visita domiciliária: fragilidades x potencialidades. Ciências & Cuidados da Saúde, v.9, n.3, p.569-576, jul. /Set. 2010.

Brasil. Ministério da saúde. Manual técnico de pré-natal e puerpério. Brasília, 2006. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.p df. Acessado 21/04/2018.

BECK, Diana, et al. Cuidados ao recém-nascido. Manual de Consulta. Washington: Editora Save the children. 2004.

Anexo.

1.Figura 1, genograma da família.



Leyendas de relaciones familiares

— 4

○ 6

● 1 Enfermedad del corazón, Hipertensión/
enfermedades sangre

● 1 Obesidad, Hipertensión/ enfermedades
sangre

Leyendas de relaciones emocionales

-·-·-· 1 Rompimiento / Alejamiento

-·-·-· 1 Discordia / Conflicto

○ 1 Amor

2. Anexo 2: Projeto de intervenção.

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

PROJETO DE INTERVENÇÃO

DIMINUIÇÃO DO ÍNDICE DE GESTAÇÕES NA ADOLESCÊNCIA.

Yaima Correa García

PORTO ALEGRE

2017

RESUMO

A Unidade Básica de Saúde Padre Orestes, está localizada no município de São Leopoldo. Este município está situado no Vale do Rio dos Sinos, pertencente à região metropolitana de Porto Alegre, distante 32 km da capital gaúcha. A população da região da UBS tem como característica o predomínio de idades extremas (idosos e adolescentes); a gravidez na adolescência é considerada ainda um problema de saúde mundial, um fator de alto risco na gestação porque os riscos associados aumentam quando ocorre durante a adolescência (por exemplo, hipertensão, anemia, parto prematuro, recém-nascido de baixo peso e necessidade de cesáreas). Por isso, o pré-natal, para evitar complicações, é importante. Além de problemas físicos, há também problemas emocionais, psicológicos e sociais, envolvendo toda família. Na comunidade da UBS Padre Orestes, o índice de adolescentes grávidas é de 23,4%. Pretendemos diminuir este percentual, por meio de um projeto de intervenção que será realizado pelo método de Planejamento Estratégico Situacional. Com o trabalho, espera-se efetuar a educação em saúde, melhorar os conhecimentos sobre gravidez na adolescência e suas complicações tanto para mãe, filho e os demais membros da família, reduzir ou evitar a gravidez na adolescência, seus riscos e complicações.

Palavras chaves: Gravidez na adolescência. Projeto de intervenção. Planejamento Estratégico.

ABSTRACT

The Padre Orestes Basic Health Unit is located in the municipality of São Leopoldo. This municipality is located in the Valley of the Sinos River, belonging to the metropolitan region of Porto Alegre, distant 32 km from the capital Gaúcha. The population of the UBS region is characterized by the predominance of extreme ages (elderly and adolescent); teenage pregnancy is still considered a global health problem, a high-risk factor in pregnancy because the associated risks increase when it occurs during adolescence (eg, hypertension, anemia, preterm birth, low birth weight newborn and need for cesareans). Therefore, prenatal care, to avoid complications, is important. In addition to physical problems, there are also emotional, psychological and social problems, involving the whole family. In the community of UBS Padre Orestes, the index of pregnant adolescents is 23.4%. We intend to reduce this percentage, through an intervention project that will be carried out using the Strategic Situational Planning method. With the work, it is expected to carry out health education, improve knowledge about pregnancy in adolescence and its complications for both mother and child and other family members, reduce or avoid teenage pregnancy, its risks and complications.

Keywords: Teenage pregnancy. Intervention project. Strategic planning.

SUMÁRIO

1.	Introdução	6
1.1	Localização e dados demográficos	7
1.2	Economia do município	7
2.	Justificativa	9
3.	Objetivos	11
3.1	Objetivo Geral	11
3.2	Objetivos Específicos	11
4.	Revisão da literatura	12
4.1	Adolescência	12
4.2	Riscos da gravidez na adolescência	12
4.3	Contexto cultural	13
4.4	Escolaridade	13
4.5	Comportamentos sexuais	14
4.6	Métodos contraceptivos	14
5.	Metodologia	15
5.1	Momento explicativo	17
5.1.1	Seleção do problema	17
5.1.2	Descrição do problema	17
5.1.3	Análise situacional do problema	18
5.1.4	Explicação do problema	18
5.1.5	Seleção dos nos críticos	18
5.2	Momento normativo	19
5.2.1	Desenho das operações	19
5.2.2	Identificação dos recursos críticos	19
5.2.3	Elaboração do plano operativo	20
5.3	Momento estratégico	23
5.3.1	Viabilidade do projeto	23
5.3.2	Plano operativo	23
5.4	Momento tático operacional	24
5.4.1	Gestão do plano	24
6.	Cronograma	27
7.	Recursos necessários	29

8.	Resultados esperados	30
	Referências	31

1. INTRODUÇÃO

Sou médica formada em Cuba e vim para o Brasil através do Programa Mais Médico. Trabalho no município de São Leopoldo no Rio Grande do Sul em uma UBS que está localizada no Bairro Santos Dumont. A estrutura física da UBS é boa e conta com os seguintes espaços:

- Um consultório para Clínica
- Um consultório para Pediatria
- Um consultório para Ginecologia
- Um consultório Odontológico
- Uma sala de Triagem
- Uma sala de Curativos
- Uma sala de Reuniões
- Uma sala de Recepção

A equipe está composta por, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal, dois auxiliares administrativos, uma higienizadora e por dois médicos, sendo que faço uma carga horária de 32 horas de atendimento.

A UBS tem seu funcionamento de segunda a sexta-feira nos seguintes horários, das 8 às 12 hs e das 13hs às 17 hs.

Em relação às atribuições da equipe, estamos trabalhando para conseguir uma boa qualidade de atenção, tentando trocar os aspectos que consideramos com pouca resolubilidade e reforçando os aspectos positivos de nossas atividades. Ainda não trabalhamos com grupos específicos como hipertensos, diabéticos e gestantes.

Nas quartas-feiras recebemos os alunos da UNISINOS para fazerem visitas domiciliares, eles vem acompanhados de cinco professores (dois da área de enfermagem, um de psicologia, um de fisioterapia e um de nutrição).

Minhas visitas domiciliares são realizadas nas quartas-feiras pela manhã, na sexta-feira é meu dia de estudo.

1.1 LOCALIZAÇÃO E DADOS DEMOGRÁFICOS

O município de São Leopoldo está situado no Rio Grande do Sul, na região metropolitana de Porto Alegre, no Vale do Rio dos Sinos. O município é considerado o berço da colonização alemã no sul do país. Apresenta área territorial de 102,7 km², área urbana de 99,6% e área de preservação ambiental de 16,6 km² (17,2%). Possui uma população de 214.087, sendo que a maior parte desta (213.238 habitantes) reside na área urbana (99,6)(IBGE, 2010). O município possui 24 bairros. No Bairro Santos Dumont esta localizada a UBS Padre Orestes que está situado na região nordeste do município e faz limite ao norte com Bairro Scharlau ao sul com o Bairro Rio dos Sinos.

1.2 ECONOMIA DO MUNICÍPIO:

O município está entre os dez mais expressivos no produto interno bruto do Rio Grande do Sul e um dos mais elevados em todo o país. Possui um parque industrial diversificado e um setor comercial e de serviços expressivo. Há várias empresas multinacionais instaladas, como as alemãs Stihl, SAP, Ensinger e Gedore (EDITAL # 3). Situa-se também no município, o maior polo de informática do estado do Rio Grande do Sul, vinculado à Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). O índice de desenvolvimento humano está acima da média do Brasil. São Leopoldo assumiu a Gestão Plena de Atenção à Saúde em 2003, garantindo o atendimento em seu território para sua população e sendo referência para os municípios vizinhos (IBGE, 2010).

A Rede de Atenção Básica do Município possui três tipos de atendimentos: Unidade Básica de Saúde (UBS) com atendimento tradicional, UBS com Estratégia da Saúde da Família (ESF) e UBS Mista. Estão assim distribuídas:

- 19 UBS, sendo 09 UBS com ESF;
- 02 Unidades móveis
- 01 UBS com Estratégia de agentes comunitários de saúde (EACS).

Além de contar com rede de atenção secundária, rede de atenção psicossocial, saúde mental, assistência farmacêutica, imunizações e rede de atenção

terciária com os hospitais, centro de oncologia e comunidades terapêuticas. (IBGE, 2010).

Ao realizarmos a análise da situação de saúde de nossa área de abrangência foram abordados vários problemas que acometem a nossa população sendo que a gravidez na adolescência foi o problema escolhido pela razão de termos em nossa área um índice bastante alto de gestação com um total de quarenta e sete (47) gestantes cadastradas, onde destas, onze (11) são adolescentes, com percentual de 23,4% caracterizando assim como um sério problema de saúde a ser prevenido e tratado. Necessitando de uma atenção maior por parte da Equipe de Saúde, família e comunidade. Frente a estes dados faz-se necessário um Projeto de Intervenção direcionado para este público, sabendo-se que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a adolescência é o período entre 10 e 19 anos de idade, o qual é marcado pelo crescimento e desenvolvimento acelerado.

2. JUSTIFICATIVA

A escolha do tema justifica-se pela constatação de que os índices de gravidez na adolescência são bastante significativos na nossa área, apesar de recentemente ter saído uma pesquisa que revela que no Brasil o índice de gravidez na adolescência teve uma diminuição de 17%, segundo dados preliminares do Sinasc (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) Ministério da Saúde (MS), 2017.

Obtivemos uma melhoria com este resultado no nível de Brasil, mas apesar das estatísticas indicarem queda em seus registros, a porcentagem de adolescentes grávidas com idade inferior a 20 anos ainda é significativa e preocupante pois, a gravidez na adolescência constitui um grave problema mundial onde os países subdesenvolvidos são os mais afetados com uma situação precária de saúde e uma educação de pouca qualidade reforçando assim uma maior incidência de gravidez precoce afetando assim tanto a saúde mental como física dos adolescentes.

Esses dados anunciados pelo MS vem reforçarem a escolha do nosso tema para implantação de um Projeto de Intervenção focado no adolescente, porque vamos buscar ações que promovam os direitos, a independência de adolescentes e jovens especialmente as meninas em relação ao funcionamento de sua sexualidade e da sua vida reprodutiva, habilitando-as para decisões voluntárias e conscientes. E para que esses índices continuem descendo tanto em nível de Brasil como municipal será imprescindível para a nossa ação garantir o acesso à informação correta e com linguagem adequada a todos os adolescentes sobre os seus direitos, incluindo o direito à saúde sexual e reprodutiva bem como à educação integral em sexualidade.

Conforme análise dos dados encontrados pela equipe de trabalho e com ajuda do sis-prenatal, buscou-se explicação para o problema escolhido e percebeu-se que são vários os fatores associados, tais como:

- Ambiente político, cultural, e socioeconômico;
- Nível de informação, conscientização da sexualidade, estruturação da personalidade, adaptação ambiental;

- Influência da mídia, atividade sexual precoce;
- Não usar preservativo e anticoncepcional;
- Problema na estrutura dos serviços de saúde prestados, nível de informação pessoal baixo, tipo de processo de trabalho da equipe.

Depois foram identificados os critérios, apresentados pela equipe como os mais importantes e frequentes:

- atividade sexual precoce,
- nível de informação – ausência ou desconhecimento do planejamento familiar,
- estrutura dos serviços de saúde
- falta de educação sexual desde o ensino escolar,
- influência da mídia e grupos de amigos para início da atividade sexual,
- receio de procurar um profissional da saúde para sanar dúvidas ou iniciar métodos anticoncepcionais.

A partir desses critérios programou-se um projeto de intervenção com a identificação de recursos necessários: financeiros, organizacionais e cognitivos, para obtenção de resultados.

3.OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Construir um projeto de intervenção para diminuir a incidência de gravidez na adolescência na UBS Padre Orestes, seguindo o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES).

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os fatores de riscos mais frequentes nas adolescentes grávidas da UBS Padre Orestes;
- Descrever a idade de maior incidência da gravidez na adolescência;
- Estabelecer as complicações e consequências mais frequentes na gravidez na adolescência;
- Sugerir plano de ações para diminuir esse problema nesta área de atendimento;
- Acompanhar indicadores de avaliação do índice de gravidez na adolescência.

4. REVISÃO DA LITERATURA

4.1 ADOLESCÊNCIA

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), adolescente é o indivíduo que se encontra entre os dez e dezenove anos de idade. Já no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), lei 8.069 de 1990, Art 2º, é estabelecida outra faixa etária dos doze aos dezoito anos. É uma fase do desenvolvimento humano marcada por um período de transição entre a infância e a vida adulta, onde ocorrem intensas modificações nos aspectos biológico, mental e social, caracterizados por um contexto demasiadamente complicado de insegurança, medo, iniciativa, autonomia e construção da identidade constantemente questionada em busca de uma confirmação.

De acordo com Lucena, (2004) a adolescência é o período existencial em que o indivíduo para de ser visto como uma criança. Não produz o seu sustento financeiro, ele ainda não tem responsabilidades na sociedade como um adulto. É a fase mais difícil da vida, onde são determinadas mudanças como, personalidade, comportamento, valores e papéis sociais distintos.

4.2 RISCOS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Conforme Oliveira (1998, p. 6) os elementos que conduzem a gravidez na adolescência são: a falta de informação, uso inadequado de métodos anticoncepcionais e desconhecimento sobre seu próprio ciclo reprodutivo. Esta ausência de informação é maior entre adolescentes com condições socioeconômicas mais desfavorecidas, sendo que essas adolescentes têm poucas opções de vida e acham a gravidez natural nesta fase.

A gravidez na adolescência é um problema extremamente pertinente uma vez que vem aumentando sua incidência e apresenta uma sucessão de consequências como o abandono escolar, maior taxa de complicações à gestante e criança como maior frequência de prematuridade, baixo peso ao

nascer, doenças respiratórias, mortalidade infantil, trauma obstétrico e maior frequência de doenças perinatais (YAZLLE, 2006).

O aumento da gravidez na adolescência está relacionado a fatores como início precoce da vida sexual associado a pouco acesso a programas de planejamento familiar em conjunto com a falta do uso de métodos contraceptivos. (AMORIM et al. , 2009).

Observando os riscos diretos à saúde das adolescentes essas estão propensas a implicações relacionadas à gravidez e ao parto pois, possuem maior probabilidade de serem vítimas de morte materna quando comparadas às mulheres adultas.

4.3 CONTEXTO CULTURAL

Wagner, (2002) diz que a adolescência é um caminho que demanda muitas transformações, em especial a comunicação familiar, precisa de uma maior interação e flexibilidade dos pais com os filhos. A melhora do diálogo acercara os pais a esta faixa de desenvolvimento dos filhos.

Segundo Knobel, (1981) os maiores índices de gravidez na adolescência ocorrem nas classes com menor poder aquisitivo e emocional que geralmente são as de mais baixa escolaridade e assim acreditar que a gravidez é a sua única expectativa de futuro e independência.

4. 4 ESCOLARIDADE

Segundo o estudo de Berquó e Cavenaghi (2005), a perspectiva de continuidade de adolescentes mães na escola é inferior do que entre adolescentes que não têm filhos. A partir dos dados do Censo 2000 (IBGE,2001), as autoras mostraram que na faixa etária dos 10 aos 19 anos de idade estavam na escola, apenas 20% daquelas que têm filhos, estão na escola. Já as adolescentes sem filhos, na mesma faixa etária, o percentual é de aproximadamente 80%. No entanto, as chances diminuem, segundo as condições econômicas destas jovens, tornando-se ainda menores para as mais

pobres, negras, com menos anos de estudo e que trabalham fora de casa (BERQUÓ, CAVENACHI, 2005).

A pouca ou nenhuma escolaridade influenciam na não aquisição de práticas preventivas. A adolescente que não estuda ou abandonou os estudos fica mais vulnerável a uma gravidez. A evasão escolar é um fator de risco individual importante para gravidez na adolescência (XIMENES NETO, 2007)

4.5 COMPORTAMENTOS SEXUAIS

O perfil psicossocial proposto por Monteiro (1994), informa que em 70% dos casos de adolescentes grávidas revelou que como histórico sua mãe também fora mãe adolescente um ciclo vicioso. Ele também refere que as adolescentes negam a possibilidade quando iniciarem a vida o seja na primeira relação sexual, e por isso não tem que usar método contraceptivo.

Por isso é muito importante a estrutura da família como exemplo para as adolescentes, que lhes dará o apoio, evitando a ocorrência comum entre adolescentes de violência, drogas e gravidez precoce (GODINHO, et al. 2000).

4.6 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

É necessário que além do conhecimento da existência dos métodos contraceptivos, a adolescente saiba também como funciona, sua eficácia, as vantagens e desvantagens, evitando assim o uso inadequado com o risco de uma gravidez indesejada. Segundo Belo e Silva (2004) os métodos contraceptivos podem ser classificados em cinco grupos: métodos comportamentais; métodos de barreira; dispositivos intra-uterinos; contracepção hormonal; contracepção cirúrgica.

Segundo Vieira et al (2006) foi registrado que os adolescentes utilizam de forma irregular os métodos contraceptivos e que a maioria deles recebe orientações sobre os mesmos, sendo a pílula e o preservativo os mais conhecidos e utilizados.

Alves et al (2009) realizou um estudo que identificou que mais da metade dos

adolescentes mantêm relações sexuais sem nenhum tipo de prevenção, revelou também que a escolha do método contraceptivo tem associação com o tipo de relacionamento que o adolescente possui, o preservativo é usado quando as relações são ocasionais, caso seja com a namorada a camisinha é trocada pela “confiança” e para evitar a gravidez a adolescente inicia o uso da anticoncepção oral.

5. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste trabalho, foi escolhido o método de Planejamento Estratégico Situacional **(PES) CAMPOS; FARIA; SANTOS, (2010)**, com estratégias em longo prazo e estratégias a curto /médio prazo, para alcançar o objetivo proposto. Foram definidos como atores principais a médica do posto e a coordenação e gestores das atividades propostas, os profissionais da equipe da UBS.

O trabalho propõe envolver os profissionais de saúde que podem contribuir na operacionalização das ações a serem instituídas no serviço visando colaborar para mudanças nos indicadores de saúde da UBS, no que se refere a diminuição da gravidez na adolescência na área de abrangência.

Para alcançar os objetivos propostos, contaremos com cadastro de toda a população feminina entre os 10 e 19 anos de idade e um projeto para intervir nessa realidade (o PES), que constitui um processo participativo e com apoio dos fatores sociais.

5.1 MOMENTO EXPLICATIVO

Esta Intervenção não vai só melhorar os níveis de prevenção, o cuidado da saúde dos adolescentes e os indicadores, como também vai ter como aspecto positivo a chegada à UBS desse público que quase nunca consultam, podendo assim, serem avaliados de forma integral.

Todo adolescente que chegar na UBS seja de forma espontânea ou induzida pela própria intervenção será acolhido por um membro da equipe, este profissional ouvirá sua queixa, dúvida ou solicitação e dará a orientação e o encaminhamento necessário dependendo da situação.

5.1.1 SELEÇÃO DO PROBLEMA

Com base nos dados obtidos pela equipe de trabalho, definiu-se a gravidez na adolescência como nosso principal problema de saúde.

Quadro 1:Índice de gravidez na adolescência na área de abrangência da equipe da UBS Padre Orestes, 2017.

Ano	Número de grávidas na adolescência.	Índice de Gravidez na adolescência (Nº médio gestantes < 20 anos).
2017	11	23,4%

Fonte: fichas do SIS Pré-natal.

5.1.2 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

A gravidez na adolescência é considerada de alto risco. Daí a importância indiscutível do pré-natal para evitar complicações durante a gestação e o parto. Existe uma série de fatores que poderiam contribuir para o aumento da incidência de gestantes adolescentes: baixo nível socioeconômico, a baixa escolaridade, a desestruturação familiar. Estas adolescentes são mais propensas ao desenvolvimento de doenças crônicas e complicações durante a gravidez.

5.1.3 ANÁLISE SITUACIONAL DO PROBLEMA

Analisando todos dados que foi possível coletar pela equipe de trabalho, buscou-se explicação para o problema priorizado, e percebeu-se que são vários os fatores que estão associados com o problema, tais como:

- Ambiente político, cultural, ambiental e socioeconômico;
- Nível de informação, conscientização da sexualidade, estruturação da personalidade, adaptação ambiental;
- Influência da mídia, atividade sexual precoce;
- Falta de informação adequada;
- Não usar preservativo e anticoncepcional;
- Problema de saúde pública;
- Estrutura dos serviços de saúde prestados, nível de informação pessoal baixo, tipo de processo de trabalho da equipe.

5.1.4 EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

Foi possível concluir que a explicação para a gênese do problema da gestação na adolescência na UBS Padre Orestes pode ser devida à falta de ações de prevenção pela equipe de saúde aos adolescentes, não foram feitas todas as ações de promoção e prevenção de saúde nas escolas e na comunidade, das consequências tanto sociais como para a família destas adolescentes grávidas assim como os riscos que tem a gestação em essa fase etária da vida.

5.1.5 SELEÇÃO DOS “NÓS CRÍTICOS”

- Hábitos e estilos de vida inadequados;
- Nível de informação deficiente;
- Processo de trabalho da Equipe.

5.2 MOMENTOS NORMATIVOS

5.2.1 DESENHO DE OPERAÇÕES

É fundamental a participação de outros setores (comunidade, conselhos municipais, da equipe de saúde, as famílias), apoio da gestão, o acompanhamento por parte da comunidade no desenvolvimento das ações para assim diminuir os índices de gestações na adolescência e melhorias das condições de vida e saúde da população.

5.2.2 IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS

Quadro 2: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos da gravidez na adolescência.

Operação/Projeto	Recursos críticos
Saúde	<u>Político:</u> conseguir o espaço na rádio local; <u>Financeiro:</u> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc. <u>Organizacional:</u> convidar profissionais de outras áreas, por exemplo, professores das escolas.
Informação	<u>Organizacional:</u> mobilização social em torno dos problemas; <u>Político:</u> articulação intersetorial e aprovação dos projetos; <u>Financeiro:</u> financiamento do projeto. <u>Cognitivo:</u> informação sobre o tema e estratégias de comunicação pedagógicas;
Instrumentos para o	<u>Político:</u> decisão de aumentar os recursos físicos

cuidado	<p>e humanos que permitam aumentar ações educativas de prevenção e promoção de saúde.</p> <p>Financeiro: recursos necessários para a estruturação de ações preventivas de promoção y prevenção de saúde.</p> <p>Organizacional: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais por exemplo setor da educação.</p>
----------------	---

5.2.3 ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO

Para obtenção de resultados satisfatórios até a implantação das ações preventivas de saúde, a busca de parcerias com os serviços do setor educativo, secretarias de educação e serviço social.

Quadro 3: Plano Operativo:

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
<p>Saúde</p> <p>Modificar hábitos e estilos de vida.</p> <p>Incentivar ações de prevenção e</p>	<p>Diminuir o número de gestações nas adolescentes</p> <p>Diminuir os riscos do baixo peso ao nascer,</p>	<p>Educação em saúde (palestras).</p> <p>Campanha educativa na rádio local e distribuição de folhetos educativos</p>	<p>Apresentar alternativas e os números referentes ao adocimento no município.</p>	<p>Setor de comunicação social</p> <p>Secretário de Saúde</p> <p>Secretaria da Educação</p>	<p>Palestras – 2 meses</p> <p>levantamento de dados – 6 meses</p>

promoção de saúde.	prematuridade, desercção escolar.	, Incrementar as ações de saúde pela Equipe de Saúde			
Informação Aumentar o nível de informação da população	População informada sobre riscos de gestações na adolescência e formas de prevenção.	Avaliação do nível de informação da população sobre os riscos e consequências do geatação na adolescência. - campanha educativa na rádio local; - Programa	Palestras, buscar parcerias, visita às escolas da rede publica e estadual.	Equipe de saúde Professores Setor de comunicação social secretaria de saúde e secretaria da Educação.	Parcerias - 2 meses, Capacitação da equipe - permanente. visita as escolas - 2 meses

		de Saúde Escolar;			
Instrumentos para o cuidado	Mapeamento e cobertura de 100% da população, identificação das adolescentes com vulnerabilidade.	Protocolos Implantados - recursos humanos capacitados; - regulação implantada; - gestão da linha de cuidado implantada	Elaboração do protocolo, ações intersetoriais	Enfermeiros e coordenação da saúde Equipe de Saúde e secretaria de saúde. Setor de comunicação social	Mapeamento – 3 meses Protocolo - Início em três meses .

5.3 MOMENTO ESTRATÉGICO

5.3.1 VIABILIDADE DO PROJETO

A viabilidade do projeto está diretamente relacionada ao trabalho que será desenvolvido pelos profissionais da equipe de saúde, comunidade, secretaria de saúde e de educação.

5.3.2 PLANO OPERATIVO

O objetivo do plano operativo é designar responsáveis para as operações de enfrentamento dos nós críticos do problema, estabelecendo prazos para a execução deles. Neste momento temos que avaliar os profissionais mais qualificados, os tempos para realização do projeto, deve ser planejada cada atividade individualmente e avaliação dos resultados esperados.

Quadro: Plano Operativo sobre os recursos nos críticos.

Nó crítico 1	Hábitos alimentares e estilos de vida inadequados
Operação	Mais saúde, informação e instrumentos para o cuidado.
Projeto	Mudança em seu estilo de vida.
Resultados esperados	Diminuir das gestações na adolescência. Acesso aos métodos contraceptivo e a informação sobre a gravidez na adolescência.
Produtos esperados	Aumentar a realização de palestras para ajudar a elevar o conhecimento sobre os riscos da gravidez na adolescência. Programar campanhas educativas na rádio local, em escolas; Grupos de Adolescentes. Aumento da autonomia do paciente. Envolvimento da família e comunidade.
Atores/	Da comunidade: Adolescentes que estarem

responsabilidades	conscientes e orientadas que concordaram em participar. Responsáveis: Médico e Enfermeira.
Recursos necessários	Organizacional: para fazer grupos de usuários adolescentes. Político: local para as reuniões com os grupos de adolescentes. Mobilização com a rede, parcerias com a rádio local e entre setores-saúde, educação, social. Financeiro: Aquisição de recursos áudios-visuais, folhetos informativos.
Controle dos recursos críticos	Responsável de Atenção Primária do município.
Cronograma / Prazo	Início outubro 2017 / duração 6 meses que deve ser um numero mas o menos de seis aulas cada um com uma frequência semanal
Gestão, acompanhamento e avaliação	Avaliação três meses para o início das atividades

5.4 MOMENTO TÁTICO-OPERACIONAL

5.4.1 GESTÃO DO PLANO

A gestão do plano é muito importante para acompanhar a execução das operações, indicando as devidas correções no plano, se necessário. Deve-se garantir eficiente utilização de recursos e promover boa articulação entre planejadores e executores. Avaliações periódicas devem ser realizadas com

todos os envolvidos para garantir o sucesso das atividades e possíveis alterações.

Quadro 6 - Planilha para acompanhamento de projetos

Operação: Saúde.

Coordenação: Enfermeira. Avaliação após 6 meses do início do projeto.

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Palestras educativas	Enfermeira/ Medico	2 meses	Realização mensal em todas as microáreas		
Programa na radio local	Enfermeira/ Medico	3 meses	Realização de 2/2 meses	Processo em negociação com o dono da radio	

Operação: informação

Coordenação: Enfermeira e professores. Avaliação a 6 meses do início do projeto.

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Palestras educativas e Incorporação do Programa	Enfermeiro e professoras	2 meses	Realização mensal de palestras em todas as	Implantação parcial na rede	

de Saúde Escolar			escolas municipal	estadual.	
Capacitação da equipe.	Coordenador de saúde, Enfermeiro e medico.	6 meses	Realização mensal nas UBS.		

Operação: instrumento para o cuidado.

Coordenação: Enfermeira e coordenador de saúde. Avaliação após 6 meses do início do projeto.

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Mapeamento	Secretario de Saúde	3 meses	Projeto finalizado		
Implantação de Protocolos	Enfermeiros e coordenador em saúde	meses	Projeção da demanda		

6. CRONOGRAMA

Ações	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18
Apresentação do projeto a equipe	x						
Palestras educativas		x		x		x	

Incorporação no programa de saúde escolar				x			x
Capacitação da equipe		x	x	x	x	x	x
Mapeamento				x			x
Implantação de protocolo							x
Atividades educativas na radio local		x		x		x	
Registrar e monitorar indicadores			x	x	x	x	x
Avaliação do processo com a equipe				x			x
Avaliação do processo com as gestantes					x		x
Momento explicativo	x	x	x				
Momento normativo			x	x	x		
Momento estratégico				x	x	x	x
Momento tático-operacional				x	x	x	x

7. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Equipe de Saúde
- Secretaria de Saúde
- Sala para realização das atividades de promoção da saúde
- Cadeiras
- Espaço na rádio local.
- Financiamento do projeto
- Recursos audiovisuais.
- Elaboração de folhetos educativos
- Recursos necessários para implementação de ações de prevenção e promoção.
- Material educativo
- Data Show

8. RESULTADOS ESPERADOS

- Diminuir a gravidez na adolescência na área da UBS Padre Orestes.
- Aumentar os conhecimentos da equipe sobre o tema.
- Aumentar as atividades educativas para a promoção e prevenção.
- Identificar e alcançar adolescentes com maior risco de vulnerabilidade social em nossa área
- Promover o acesso das adolescentes gestantes ou não aos serviços de saúde.
- Estimular uso de métodos contraceptivos nos adolescentes.
- Controlar os fatores de risco na gravidez na adolescência.
- Manter vigilância sobre os indicadores de saúde da gravidez na adolescência.
- Melhorar o acolhimento dos usuários adolescentes, conseguindo uma maior proximidade da equipe
- Melhorar a acessibilidade do serviço
- Melhorar o atendimento nas gestantes adolescentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde-Brasil 2004 – uma análise da situação de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. Ministério da Saúde. 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

LUCENA, D. Ciências e poesia: elos da compreensão da adolescência. In. Psicologia na Educação: um referencial para professores. 2. ed. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2004. p.123.

OLIVEIRA, M.w. Gravidez na adolescência: Dimensões do problema. Cad.Cedes, Campinas, V.19, n.45, p. 48-70, July 1998

YAZLLE, D.H.E.M. Gravidez na Adolescência. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, V.28, n.8, p.443-445, ago.2006

AMORIM, M.M.R.et al. Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade – escola da Paraíba: estudo caso controle. Rev. Bras. Ginecol. Obstet.;v.31,n.8, p.404-410. 2009

Wagner, A., Falcke, D., Silveira, L. & Mossmann, C. (2002). A comunicação em famílias com filhos adolescentes. Psicologia em Estudo, 7, 75-80

KNOBEL M, Perestrello M, Uchôa D. A adolescência na família atual: visão psicanalítica. Rio de Janeiro: Atheneu. 1981

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. Increasing adolescent and youth fertility in Brazil: a new trend or a one-time event? In Anais do Annual Meeting of the Population Association of America, Filadélfia, 2005.18p

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Censo 2001.

EDITAL # 3, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013. Projeto de melhoria da estrutura de equipamentos públicos e programas de saúde existentes no município de São Leopoldo. Martins MG, Santos GHN, Sousa MS, Costa JEFB, Simões VMF.

Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. Rev Bras Ginecol Obstet 2011; 33(11): 354-360.

XIMENDES NETO, F.R.G. Et al. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. Revista Brasileira de Enfermagem, v.60, n.3, p.279-285, mai./jun. 2007

VIEIRA, L.M. et al. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. Rev. Bras. Saúde. Matern. Infant. V.6, n.1, p.135-140, 2006

ALVES, C.A.; BRANDÃO, E.B. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entr políticas públicas e atenção à saúde. Ciência&Saúde Coletiva. V. 14, n.2, p.661-670,2009.

MONTEIRO DLM, CUNHA AA. Perfil reprodutivo da adolescente. J Bras Ginecol. 1994; 104:59-72.

Godinho RA, Schelp JRB, Parada CMGL, Bertoncello NMF. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2000;8(2):25-32.

MADUREIRA L, Marques IR, Jardim DP. Contracepção na adolescência: conhecimento e uso. Cogitare Enferm. 2010;15(1):100-5.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A.; Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2. ed. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2010.