

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JUSSARA SOUZA BARBOSA

**PROPOSTA DE PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO
DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO TERRITÓRIO DA
EQUIPE DE SAÚDE CANDIDÉS DIVINÓPOLIS - MINAS GERAIS**

FORMIGA - MINAS GERAIS

2014

JUSSARA SOUZA BARBOSA

**PROPOSTA DE PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO
DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO TERRITÓRIO DA
EQUIPE DE SAÚDE CANDIDÉS DIVINÓPOLIS - MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Prof^a. Katia Ferreira Costa Campos

FORMIGA - MINAS GERAIS

2014

JUSSARA SOUZA BARBOSA

**PROPOSTA DE PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO
DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO TERRITÓRIO DA
EQUIPE DE SAÚDE CANDIDÉS DIVINÓPOLIS - MINAS GERAIS**

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Kátia Ferreira Costa Campos

Prof^a.

Aprovado em Belo Horizonte, em ____ / ____ / ____

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Acccom - Associação de Combate ao Câncer do Centro-Oeste de Minas

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

CEFIGE - Centro de Fisioterapia Geral

CEMAS - Centro Municipal de apoio à Saúde – Laboratório

CEMEI – Centro Municipal de Educação Infantil

COPASA - Companhia de Saneamento de Minas Gerais

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ETA - Estação de tratamento de água

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

INAL - Centro de Medicina Nuclear

NOB – Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PROVAB - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

PSE - Planejamento Estratégico Situacional

SEMUSA – Secretária Municipal de Saúde

SEO - Centro de Especialidade Odontológica

SERSAN - Serviço de Referência em Saúde Mental

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SUS - Sistema Único de Saúde

RESUMO

Trata-se de um plano de intervenção desenvolvido como trabalho de conclusão de curso sobre a gravidez na adolescência como problema prioritário da área de abrangência da equipe em Divinópolis-MG. Teve como objetivo elaborar plano de intervenção elaborar um Plano de Intervenção para reduzir o índice de gravidez na adolescência no território da Equipe de Saúde Candidés, Divinópolis - Minas Gerais. Após a realização do diagnóstico situacional iniciou-se a construção do plano de ação por meio do método de Planejamento Estratégico Situacional. Como resultado obteve-se um conjunto de ações que compuseram o plano, voltadas para a educação em saúde e formação de vínculo entre usuários e profissional visando minimizar o problema na área de abrangência da equipe.

Palavras-chave: Adolescência; gravidez na adolescência, educação em saúde.

Abstract

It is an action plan developed as course conclusion work on adolescent pregnancy as a priority problem of staff coverage area in Divinópolis-MG. It aimed to draw up contingency plan draw up an intervention plan to reduce the rate of teenage pregnancy within the Candidés Health Team, Divinópolis - Minas Gerais. After completion of the situational diagnosis began the construction of the action plan by the method of Situational Strategic Planning. The result was a set of actions that made up the plan, aimed at health education and bond formation between users and professional to minimize the problem of staff coverage area.

keywords: adolescence, pregnancy adoleslência, health education.

SUMÁRIO

1 Introdução.....	8
1.1 Contexto Geral.....	9
1.2 Diagnóstico Situacional	14
2 Justificativa	18
3 Objetivo.....	20
4 Metodologia	21
5 Resultados.....	22
6- Considerações finais	31
Referências.....	32

1 INTRODUÇÃO

A adolescência, faixa etária compreendida entre 10 e 19 anos, segundo a Organização Mundial da Saúde é um tempo de descobertas que se caracteriza por profundas e abrangentes mudanças nos aspectos físicos e psicológicos, com repercussões individuais, familiares e sociais (BRASIL, 1989).

Desde a implantação do Programa de Atenção a Saúde do Adolescente (PROSAD), o Ministério da saúde afirmou a gravidez na adolescência como problema de saúde pública em alguns países, uma vez que relaciona-se com complicações obstétricas, problemas psicossociais e econômicos, relacionados com baixa escolaridade, pobreza e piores resultados perinatais, repercutindo negativamente na saúde da mãe e do recém-nascido (BRASIL, 1989).

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

Além disso, bebês de mães adolescentes têm maior risco de apresentar baixo peso ao nascer, prematuridade e, conseqüentemente maior chance de morte do que filhos de mães adultas. Esses riscos se devem em parte a fatores biológicos com a imaturidade fisiológica e o desenvolvimento incompleto da pelve feminina e o útero das adolescentes (AQUINO; CUNHA, 2002).

Dentre os fatores que tem contribuído para o aumento da gravidez na adolescência, destacam-se o início precoce da vida sexual associado a ausência do uso de métodos contraceptivos, além de dificuldade de acesso a programas de planejamento familiar. Outro fator de risco é a idade da primeira gravidez da mãe da adolescente, uma vez que as adolescentes gestantes, geralmente vêm de famílias cujas mães também iniciaram a vida sexual precocemente ou engravidaram durante a adolescência (AMORIM; LIMA, 2009).

Apesar de atualmente mais informações estarem disponíveis sobre sexualidade e métodos anticoncepcionais, as adolescentes continuam

engravidando e abandonando os estudos, o que leva a prejuízos profissionais futuros e a conflitos familiares, sendo, a gravidez na adolescência, rotulada de indevida, irresponsável e inoportuna. Por estes motivos, podemos classificá-la como um problema de saúde pública a ser prevenido. Essa prevenção deverá ser realizada por profissionais de saúde e de ensino, com programas voltados para a saúde sexual dos adolescentes que englobem a educação e os conceitos e uso correto de métodos contraceptivos (FILHO, 2011).

1.1 Contexto Geral

IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

Divinópolis é um município brasileiro do estado de Minas Gerais. Pólo da região centro-oeste de seu estado, caracteriza-se principalmente pela indústria confeccionista e metalurgia/siderurgia. Com uma população estimada de 226.345 habitantes, segundo o IBGE 2013. Localizada a 121 km da capital mineira, Belo Horizonte e a 750 km de Brasília – DF.



Fonte: Google Maps

O Município de Divinópolis está localizado na zona metalúrgica, micro-região (186) do Vale do Itapeçerica: -20,13889 (latitude Sul) -44,88389

(longitude Oeste); macro-região do Alto São Francisco, margem direita. Faz limites com os seguintes municípios: Nova Serrana (Norte), Perdígão (Noroeste), Santo Antônio do Monte (Oeste), São Sebastião do Oeste(Sudoeste), Cláudio (Sul), Carmo do Cajuru (Leste) e São Gonçalo do Pará (Leste). Possui uma área de 716 km², equivalente a 0,12% da área do Estado. Em extensão territorial, a área urbana possui 192 km² (CIDADE DIVINÓPOLIS, 2013).

O clima é quente e semi-úmido, com ventos dominando de Sudeste e Nordeste, fracos e moderados: umidade relativa do ar, em média, nos 72%. Índice pluviométrico variando de 1.200 mm a 1.700 mm anuais. Temperatura média de inverno: 18,5°C, no verão: 29°C, e nas outras estações 23,8°C. A menor temperatura já registrada na cidade, foi no final do outono de 1997 de 0,7 °C.⁸(DIVINÓPOLIS, 2013).

O território é banhado por dois rios, ambos afluentes e tributários do Rio São Francisco: o rio Pará, que nasce em Entre Rios de Minas e banha toda a costa de Divinópolis, e o rio Itapeçerica, que nasce nesta região (Ribeirões Boa Vista e Tamanduá), cortando a cidade transversalmente nos seus 18 km de extensão. Deságua no rio Pará (DIVINÓPOLIS, 2013).

De acordo com o mesmo documento, esse afirma que Divinópolis é a cidade-pólo do Alto São Francisco, conhecida pela qualidade de suas confecções, mas destacada também pela prestação de serviços de profissionais liberais, pelos serviços da administração pública (dos três níveis), pelo comércio diversificado e pela qualidade de suas escolas de ensino regular e de graduação superior em mais de 15 áreas.

Conforme estimativa do IBGE (2013), a população com maior de pessoas está entre as faixas de 20 a 39 anos, observa número de crianças menores de 01 ano reduzido em contraste com a faixa adulta, caracterizando o envelhecimento populacional do município.

TABELA 1: Estrutura Etária da população de Divinópolis – MG

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
---------------------	------------------	-----------------	--------------

Menor 1	1.437	1.374	2.811
1 a 4	6.000	5.747	11.747
5 a 9	8.019	7.655	15.674
10 a 14	8.304	8.069	16.373
15 a 19	9.086	8.933	18.019
20 a 29	19.661	19.530	39.191
30 a 39	16.966	18.044	35.010
40 a 49	15.077	16.888	31.965
50 a 59	10.936	11.822	22.758
60 a 69	5.742	6.852	12.594
70 a 79	2.978	3.986	6.964
80 e +	1.129	1.865	2.994
Ignorada	-	-	-
Total	105.335	110.765	216.100

Fonte: IBGE, Censos e estimativas

De acordo com o Censo Demográfico do IBGE em 2010, Divinópolis possui aproximadamente 66.633 domicílios e 268.101 famílias. Divinópolis possui 78.585 de economias e de domicílios abastecidos, segundo a Pesquisa Nacional de Saneamento Básico realizado pelo IBGE (IBGE, 2008).

Sistema Municipal de Saúde

O Conselho de Saúde de Divinópolis é composto por 24 membros titulares e 24 suplentes, tendo paridade de 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de membros do governo e prestadores de saúde. Atualmente, o número de usuários e de trabalhadores de saúde não está completo; contudo, mantém-se a paridade de 50% de usuários na

composição final. As reuniões ordinárias são mensais e ocorrem na última quarta-feira de cada mês. As extraordinárias são convocadas.

O município de Divinópolis possui população para cálculo de PAB-Fixo (Faixa 4 - 23,00 per capita) de 226.345 habitantes, corresponde a R\$ 362.651,42 de repasse mensal. Apresenta cobertura de Atenção Básica de 50,06 %, considerando Estratégia Saúde da Família com cobertura de 32,00 % (DAB-SUS, 2014).

Os incentivos mensais de custeio são: equipe de Saúde da Família (ESF) - modalidade I R\$ 10.695,00 (dez mil e seiscentos e noventa e cinco reais), modalidade II R\$ 7.130,00 (sete mil e cento e trinta reais), Ribeirinha R\$ 13.695,00 (Modalidade I + custeio de transporte de R\$3.000,00), Fluvial R\$40.000,00 e R\$ 50.000,00 c/ Saúde Bucal, equipes com profissionais médicos integrantes de programas nacionais de provimento e fixação em áreas de difícil acesso e/ou de populações de maior vulnerabilidade econômica ou social - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica/PROVAB e Programa Mais Médicos R\$ 14.000,00 (quatorze mil reais) sendo R\$ 10.000,00 para a bolsa do médico e R\$ 4.000,00 fundo a fundo para o município. Para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) R\$ 1.014,00 (hum mil e quatorze reais) a cada mês, sendo que no último trimestre de cada ano será repassada uma parcela extra, calculada com base no número de ACS registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação definido para este fim, no mês de agosto do ano vigente (DAB-SUS, 2014).

O município de Divinópolis é pólo da macro-região Oeste e da microrregião de Divinópolis, sendo habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de acordo com Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB 96). A macro-região é composta por 56 municípios, que são divididos em 06 micro-regiões formadas por diferentes números de municípios. As microrregiões são: Bom Despacho, Divinópolis, Formiga, Itaúna, Pará de Minas, Santo Antônio do Amparo.

A microrregião de Divinópolis, de acordo com o Plano Municipal de Saúde possui aproximadamente 433.188 habitantes, sendo composta por treze municípios: Araújo, Arcos, Carmo do Cajuru, Cláudio, Divinópolis, Itapeçerica,

Japaraíba, Lagoa da Prata, Pedra do Indaiá, Perdígão, Santo Antônio do Monte, São Gonçalo do Pará, São Sebastião do Oeste.

Segundo Plano Municipal de Saúde o município está dividido em 12 Setores Sanitários: Setor 1- São José; Setor 2 – Ipiranga; Setor 3 – Tietê; Setor 4 – Afonso Pena; Setor 5 – Serra Verde; Setor 6 – Nações; Setor 7 – Belvedere; Setor 8 – Danilo Passos; Setor 9 – Porto Velho; Setor 10 – Centro; Setor 11 – Icaraí; Setor 12 – Santo Antônio dos Campos.

Os doze setores contam com 17 equipes de ESF, 03 Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 15 Centros de Saúde, Centro de Apoio Diagnóstico – CISVI (Centro Intermunicipal de Saúde do Vale do Itapeçerica), Laboratório de Análises Clínicas – CEMAS (Centro Municipal de apoio à Saúde – Laboratório), Policlínica, SERSAM (Serviço de Referência em Saúde Mental), SEO (Serviço Especializado em Odontologia), Pronto Socorro Regional – UPA Central, Central de Abastecimento Farmacêutico e 09 farmácias de distribuição. Além disso, a cidade conta com atendimento odontológico em todas as ESF's, urgência e emergência odontológicas (UPA Central), atendimento especializado nas clínicas de Periodontia, Endodontia e serviço de RX odontológico. O atendimento especializado é realizado no SEO.

A rede hospitalar é composta por 05 hospitais, sendo 03 da rede privada (Santa Lúcia, Santa Mônica e São Judas Tadeu), 02 privado-filantrópico (São João de Deus e Clínica São Bento Menni - especializada em atendimento psiquiátrico). Além disso, existe na cidade o Hospital do Câncer da Acccom (Associação de Combate ao Câncer do Centro-Oeste de Minas).

O município mantém contratos ainda com instituições de apoio, que prestam serviços ambulatoriais e de diagnóstico. São elas: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), Centro de Fisioterapia Geral (CEFIGE), Centro de Medicina Nuclear (INAL) e Ultraimagem.

O principal centro de referência para Tratamento Fora do Domicílio de Divinópolis é Belo Horizonte. Através da pactuação entre os municípios são determinadas cotas mensais para consultas e procedimentos de média complexidade. Atualmente são 143 atendimentos/mês. Divinópolis encaminha principalmente para atendimento especializado com pneumologista e endocrinologista, profissionais com os quais não conta a rede pública

municipal. Divinópolis também referencia casos exclusivamente de terapia de prótese auditiva para a cidade de Formiga.

Os atendimentos de alta complexidade que o SUS não oferece no município, são referenciados para diversos grandes centros pelo país, desde São Paulo até Santa Catarina. O transporte desses pacientes é provido pela SEMUSA, de forma periódica e sistemática, atendendo as necessidades de cada caso por meio específico como ônibus, vans, carros, ambulâncias e acompanhamento por profissionais de saúde caso seja necessário.

Pelo Censo de 2013, Divinópolis apresenta um quadro social com 191.839 pessoas alfabetizadas (84,75%), mais mulheres (109.188 mil) que homens (103.828 mil), concentração maior no perímetro urbano (178 mil habitantes) e menor na zona rural (6 mil habitantes). Índice de desenvolvimento Humano – IDH de 0,764 e PIB 17.338,61 reais, segundo censo do IBGE em 2011. Pelo IBGE 2004, a taxa de crescimento populacional de Divinópolis é da ordem de 4,2% ao ano, aproximadamente 7.300 pessoas (em média dos últimos 10 anos).

1.2 Diagnóstico Situacional

Unidade básica de saúde em estudo: Candidés

A unidade de saúde da ESF Candidés localiza-se na área urbana periférica, no Distrito Nordeste da cidade de Divinópolis-MG. Foi implantada em outubro de 2008, na modalidade da Estratégia de Saúde da Família, com funcionamento de 07 às 12 horas e de 14 às 17 horas, de segunda a sexta-feira.

A ESF Candidés teve sua implantação A equipe trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastro e o acompanhamento da população adstrita a esta área. O cadastramento é realizado através de visitas domiciliares no território pré-estabelecido e contém a identificação dos componentes familiares, a morbidade referida, condições de moradia, saneamento e condições ambientais.

A área de abrangência da ESF Candidés se divide em quatro microáreas, englobando os seguintes bairros: Candidés, Ipanema, Floramar, Savassi, Grajaú, Centro Industrial e área rural.

A área de abrangência é caracterizada por ser uma área extensa com baixa densidade populacional, o que dificulta o acesso da população no PSF; alta rotatividade de trabalhadores e pessoas que migram em busca de melhores oportunidades (geralmente são pessoas vindas do norte do estado de Minas Gerais e do estado da Bahia); prevalência de doenças crônico-degenerativas como hipertensão e diabetes; maior parte do território da área de abrangência sem pavimentação, ocasionando doenças respiratórias, dificultando o transporte coletivo e aumento de áreas de risco; acentuado número de domicílios sem rede de esgoto, sendo determinante para o aumento da morbidade e clientela adscrita de baixo poder aquisitivo.

A área adscrita possui ainda três igrejas evangélicas, 1 salão comunitário, 1 CEMEI (Centro municipal de educação infantil), 1 Escola Municipal, 1 Centro sócio-educativo para menores infratores e um presídio.

Quanto ao espaço físico da unidade, pode-se afirmar que é muito satisfatório, com instalações bem próximas do preconizado pela SES MG, como a casa na qual funciona o PSF é alugada e adaptada, talvez algumas normas deixem de ser atendidas, porém no PSF Candidés a adaptação foi feita da melhor forma possível, há sinalização nas portas das salas, os pisos são laváveis, porém, a sala de vacina constitui-se em um grande problema, pois, suas paredes não são laváveis, há incidência de sol em grande parte do dia, não há bancada com pia e torneiras com fechamento que dispense o uso das mãos e área mínima de 9m² com dimensão mínima de 2,50m (Ministério da Saúde, 2006).

Por fim, outro fato importante é o acesso ao PSF, a rua que ele está situada não é pavimentada, a casa fica em um nível maior ao da rua, sem possuir acesso a cadeirantes ou pessoas com dificuldade de deambulação, o banheiro para usuários fica em local afastado da sala de espera, em um corredor anexo a lateral da casa, muitos usuários costumam utilizar o banheiro

dos funcionários. E é no corredor de acesso ao banheiro dos usuários que fica o depósito de resíduos e lixo do PSF.

TABELA 3: Recursos humanos da ESF Candidés.

Categoria Profissional	Quantidade	Jornada De Trabalho	Vinculação
Agente Comunitário de Saúde	04	40 hs/sem	Estatutário
Auxiliar de Serviços Gerais	01	20 hs/sem	Estatutário
Enfermeiro PROVAB	01	40 hs/sem	Bolsa
Enfermeiro	01	40 hs/sem	Estatutário
Fisioterapeuta	01	4 hs/sem	Contrato por tempo
Gerente de Serviços de Saúde	01	15 hs/sem	Estatutário
Médico	01	40 hs/sem	Bolsa
Psicólogo	01	8 hs/sem	Contrato por tempo
Técnico de Enfermagem	01	40 hs/sem	Estatutário

Fonte: CNES/ DataSUS

O diagnóstico administrativo e situacional representa um meio de pontuar, analisar e interpretar as relações entre os setores (recursos humanos, físicos, materiais e administrativos) e as atividades de prestação de serviços com eficiência e efetividade, além de identificar a satisfação de clientes com os serviços administrativos, atualizar a comunidade sobre os processos formais e informais existentes que não sejam de seu conhecimento (MOREIRA, 2001)

Conversando com vários membros da equipe da ESF Candidés, foram levantados diversos problemas, sendo os relacionados aos recursos humanos a inexistência de auxiliar administrativo, provocando sobrecarga dos demais funcionários; referente à população, queixam-se da inexistência do controle social, conseqüentemente há um desinteresse da na participação do conselho local; incompreensão por parte dos usuários quanto a filosofia e método de trabalho do ESF (a população não compreende a importância da prevenção, promoção e da educação em saúde, subjugando seu autocuidado e transferindo a responsabilidade para os profissionais de saúde). Quanto aos problemas de estrutura física foi citado a privacidade diminuída para realização de alguns procedimentos e a falta de manutenções preventivas.

Os problemas primordiais levantados pelos membros da equipe são alusivos a organização e administração, tanto interna quanto externa, sendo as principais reclamações: deficiência de parcerias e criação de vínculos com outras instituições na comunidade; inexistência de ações voltadas aos adolescentes; não obtenção das metas da coleta de exame preventivo de câncer de colo de útero, elevado número de faltosas, apesar de procurarem e marcarem a coleta dos exames; contra-referência deficiente, fichas de referência sem qualquer tipo de informação quanto aos procedimentos adotados nas consultas especializadas; inexistência de Manual de Normas e Rotinas; ausência de educação permanente; ausência de grupos operativos; distribuição de cotas muito baixa frente a demanda reprimida existente para consultas especializadas e exames; processo de educação em saúde disponibilizado apenas para alguns profissionais da rede, não se percebe treinamentos para técnicos de enfermagem.

A ausência de saneamento básico é perceptível e está diretamente relacionada à situação de saúde da população, uma vez que condições precárias de saneamento aumentam a incidência e a prevalência de doenças infecto-contagiosas.

2 JUSTIFICATIVA

No que concerne a gravidez na adolescência, atualmente no Brasil e nos países em desenvolvimento, ela é considerada um risco social e um grave problema de saúde pública, devido principalmente, a sua magnitude e amplitude como também os problemas que dela derivam. Dentre estes se destacam: o abandono escolar, o risco durante a gravidez, este derivando muitas vezes pela não realização de um pré-natal de qualidade, pelo fato de a adolescente esconder a gravidez ou os serviços de saúde não estarem qualificados para tal assistência (CUNHA, 2012).

Essas adolescentes têm sido consideradas cientificamente como um grupo de risco para a ocorrência de problemas de saúde em si mesmas e em seus conceitos. A literatura acrescenta ainda que a gravidez na adolescência apresenta também repercussões no âmbito psicológico, sociocultural e econômico que afetam a jovem, o seu projeto de vida, a família e sociedade (SILVA; TONETE, 2206).

Magalhães (2009) afirma que a gravidez na adolescência é uma realidade muito freqüente, em todos os níveis sociais, mas a maior incidência ocorre na população de baixa renda, o que traz á tona uma séria questão social, a qual deve ser estudada e apontados métodos de intervenção e resolução do problema.

Portanto o problema escolhido para realizar um plano de intervenção é “a inexistência de ações voltadas para adolescentes”, uma vez que o adolescente é a faixa etária de maior vulnerabilidade para agravos como doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, e abuso de álcool e drogas.

Espera-se, com esse trabalho que propõe intervenção na situação do adolescente da área de abrangência da equipe, bem como a operacionalização do mesmo, colaborar para a melhoria da qualidade de vida da faixa etária, e conseqüentemente, aumento da consciência do adolescente para a prevenção da gravidez na adolescência.

3**3.1 Objetivo geral**

Elaborar um Plano de Intervenção para reduzir o índice de gravidez na adolescência no território da Equipe de Saúde Candidés, Divinópolis - Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Para a criação e implantação do plano de ação proposto seguiu o modelo Planejamento Estratégico Situacional (PES), instituído pela Universidade Federal de Minas Gerais, para a formulação e implementação da proposta de intervenção (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

De acordo o método, inicialmente foi realizado o Diagnostico situacional através do método de estimativa rápida. Bem como foram coletados dados das seguintes fontes: registros da Unidade de saúde e de fontes secundárias como Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); entrevistas e observação ativa da área pelos membros da equipe especialmente os agentes comunitários de saúde.

Após a realização do diagnóstico situacional iniciou-se a construção do plano de ação por meio do PES. Em reuniões de equipe, verificamos os problemas mais comuns da comunidade e em seguida priorizamos o problema – gravidez na adolescência - a partir da sua importância e da nossa capacidade de enfrentamento.

Descrevemos o problema, caracterizando-o da maneira mais precisa possível e em seguida explicamos o mesmo, identificando suas causas, e após focalizados os nós críticos necessários para impactá-lo e transformá-lo.

A partir desse detalhamento iniciamos o planejamento para operacionalização das estratégias de enfrentamento. Analisamos os recursos financeiros, organizacionais, cognitivos e políticos para realização das ações propostas. A viabilidade do projeto foi analisada e os prazos e responsáveis escolhidos.

Para a fundamentação teórica deste trabalho, foi feita pesquisa bibliográfica na modalidade de revisão narrativa de literatura nos seguintes bancos de dados: SciELO, LILACS, MEDLINE, utilizando os seguintes descritores de modo isolado ou em associação: gravidez na adolescência, adolescente, e prevenção, no período de 2000 a 2014. Também foi utilizado manuais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde.

5 RESULTADOS

5.1 Contextualização do tema

A adolescência é um período do desenvolvimento humano que se estende aproximadamente, dos 10 aos 19 anos de idade, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e dos 12 aos 18 anos conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL,(2007)

O início da atividade sexual na adolescência apresenta-se como um momento de transição da infância para a adolescência, onde ocorrem várias mudanças físicas, hormonais, psicológicas e sociais para a idade adulta. Henrique, *et al.* 2009, constataram que muitas são as circunstâncias no desenvolvimento e manifestação da sexualidade que levam adolescentes a dar início a sua vida sexual precocemente, a citar: curiosidade, urgência física, pressão grupal, prova de amor ao parceiro, expressão de rebeldia parental, social ou religiosa.

Corroborando com Gonçalves, 2006, o papel que as instituições religiosas desempenham é bastante relevante, mas esbarra nos dogmas impostos sobre o uso de preservativos ou outros métodos contraceptivos, tornando se um dilema para as adolescentes, pois o corpo impulsiona o desejo sexual, os meios de comunicação incentivam, os grupos sociais instigam, os fatores socioeconômicos e as religiões pressionam forçando elas decidir entre a castidade e a iniciação sexual.

Pesquisas revelam que em circunstâncias desfavoráveis temos o aumento no número de adolescentes grávidas decorrente dos fatores concomitantes ao meio em que vivem. Estas pesquisas demonstram que as jovens que engravidam, geralmente foram criadas por famílias desestruturadas, possuem baixa auto-estima, baixo rendimento escolar, falta de interesse por uma religião, menarca precoce, têm um modelo de adolescente grávida na família (mãe ou irmã), ausência de supervisão e da autoridade parental. Os fatores socioeconômicos também são pressupostos para que a atividade sexual entre os adolescentes seja iniciada mais cedo. (HENRIQUES, S.; SINGH, WULF, 2009)

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

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

Magalhães, et al. (2006), afirma que a gravidez precoce gera conseqüências tardias e em longo prazo, tanto para a adolescente quanto para o recém-nascido. A mãe adolescente poderá apresentar problemas de crescimento e desenvolvimento, emocionais e comportamentais a exemplificar que, em virtude da pressão familiar, algumas optam por fugir de casa. A gravidez precoce resulta também em problemas educacionais e de aprendizado, pois é de conhecimento que a grande maioria das mães adolescentes acaba abandonando os estudos, além das complicações próprias do período gestacional e uma maior probabilidade de problemas no parto.

Portanto, existe uma grande preocupação do poder público com as conseqüências que a maternidade precoce pode acarretar à saúde da mãe, do recém-nascido, à educação e ao desenvolvimento econômico e social. Isso se deve ao fato de esta dificultar o desenvolvimento educacional e social da adolescente, assim como a sua capacidade de utilizar todo o seu potencial individual. Como resultado, observa-se uma taxa maior de evasão escolar, desajustes familiares e dificuldade de inserção no mercado de trabalho (MANFRÉ; QUEIRÓZ; MATTHES, 2010).

Aliada a uma maior disponibilização de métodos contraceptivos e de serviços especializados para atendimento ao adolescente de forma integral são necessárias também a instituição de políticas públicas voltadas para os pais ou

cuidadores, focalizando a melhoria do relacionamento na família, ampliando o acesso à educação, ao lazer, a cultura e ao esporte. Todos os envolvidos na problemática da gravidez na adolescência devem também ser envolvidos na sua solução, devendo as mudanças nas práticas educativas, ocorrer em conjunção com transformações sociais e familiares (GONÇALVES, 2006).

Camarano(1998), enfoca a carência de políticas públicas que estimulem a promoção de estilos de vida saudáveis, promovendo a prevenção e orientação dos adolescentes por parte das famílias, às escolas e em outros espaços de convivência social destas, que abordem temas sobre sexualidade. O impactante e enfático estímulo sexual através da mídia vêm a ser sempre uma questão levantada para explicar o aumento e a precocidade da atividade sexual nessa fase.

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

Como toda a educação, a educação sexual também tem o seu princípio em casa, no entanto, ela deve encontrar continuação e um maior amparo na escola, nos serviços de saúde e nos demais espaços de convivência dos adolescentes, dando ênfase aos jovens que já possuem uma vida sexual ativa; além da educação sexual o acesso aos serviços médicos e aos métodos contraceptivos.

Adequando esta educação às transformações socioculturais, defendendo a prática da autonomia entendida como desenvolvimento de atitudes e valores próprios e da consciência de que cada um pode e deve fazer escolhas pessoais e responder por elas.

Como um meio auxiliar importante, cabe à escola abordar de forma direta sobre a sexualidade com os jovens, permitindo que o conhecimento sobre este tema seja adquirido e levado ao adolescente em conversas nos pátios, na rua e por meios de comunicação como a televisão (BRASIL, 2007).

Assim, vem a ser importante que as famílias eduquem aos seus filhos e mantenham com eles um diálogo sobre o tema sexualidade e incentive o uso do preservativo. Já na escola, os professores devem estar preparados para abordar o tema não apenas através do modelo biológico.

5.2 Etapas da construção do Plano de Intervenção.

Para o presente estudo foi realizado um diagnóstico situacional na Estratégia Saúde da Família (ESF) Candidés no município de Divinópolis - MG. Neste contexto, foi caracterizado alguns problemas e foi sugerido um plano de ação, que de acordo com Campos et al (2010), o desenvolvimento do diagnóstico situacional, a caracterização e priorização dos problemas e a estruturação do plano de ação são passos fundamentais no processo de planejamento e exige algum esforço da equipe de saúde. Também, é um modo de lidar com os problemas de forma mais coordenada, racional e, por isso mesmo, com grandes chances de êxito.

Assim sendo, a proposta foi de desenvolver ações para redução da gravidez na adolescência no território.

Identificação do Problema

Por meio do diagnóstico situacional na Estratégia Saúde da Família (ESF) Candidés no município de Divinópolis - MG, um dos problemas levantados foi a inexistência de ações voltadas para adolescentes, e foi observado frequentes casos de adolescentes grávidas cadastradas na unidade de saúde.

O foco principal desse plano de intervenção será a gravidez na adolescência, uma vez que o adolescente é a faixa etária de maior vulnerabilidade para agravos como doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, e abuso de álcool e drogas.

Seleção dos nós críticos

De acordo com Campos et al. (2010) para resolver um problema é preciso ter conhecimento das causas, por meio de um estudo cuidadoso, que permite ter mais nitidez e compreensão da maneira de solucionar o problema,

assim percebe-se então que é necessário fazer uma observação eficiente capaz de caracterizar dentre todos os motivos, aqueles considerados mais relevantes, e que precisam de solução imediata. Deste modo compreende-se que um “nó crítico”, é visto como um motivo de um problema que quando descoberto, pode-se solucioná-lo.

Nesta conjuntura, a equipe de saúde da ESF Candidés selecionou os principais nós críticos da problemática gravidez na adolescência:

- Difícil vínculo da equipe com os adolescentes;
- Educação sexual deficiente;
- Acesso aos métodos contraceptivos deficitário.

Desenho das operações

O primeiro passo do plano de ação foi definir os problemas da comunidade de atuação

A partir do instante em que o problema, é definido, é possível começar desenvolver soluções e táticas para lidar com ele, começando a preparação do plano de ação propriamente dito (CAMPOS *et al.*, 2010).

Essa definição aconteceu a partir do diagnóstico situacional e com base nesse diagnóstico, a gravidez na adolescência apareceu como um problema de saúde frequente na área de abrangência.

Após a descrição, sucedeu-se a explicação do mesmo, listando suas possíveis causas e a relação entre elas. Sendo elas: difícil vínculo da equipe com os adolescentes; educação sexual deficiente; acesso métodos contraceptivos deficitários. Essas situações relacionadas com o problema principal são as que a equipe tem alguma possibilidade atuação mais direta e que podem ter importante impacto sobre o problema selecionado. A partir de cada nó, foi estruturada uma operação/projeto.

Quadro1: Operações necessárias para a solução dos “nós” críticos

Nó-crítico	Projeto
Difícil vínculo da equipe com os adolescentes	Realizar atividades específicas para esse público-alvo
Educação sexual deficiente	Atuar na escola
Acesso aos métodos contraceptivos deficitário	Oferecer consultas médicas e de enfermagem

Fonte: Autoria Própria (2014).

Análise da viabilidade do plano

A viabilidade do plano, refere-se a motivação dos agentes envolvidos na idealização e prática das operações. Assim sendo é preciso caracterizar os atores que administram os recursos críticos, analisar a motivação dos mesmos e delinear as prováveis estratégias para concretização do plano em si (CAMPOS *et al.*, 2010).

Elaboração do plano operativo

Depois de identificadas as causas consideradas as mais importantes (nós críticos), foi necessário pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito.

A partir de cada nó, foi estruturada uma operação/projeto, onde está descritos, as ações, os resultados e produtos esperados e os recursos necessários para as operações. Segue o quadro com essa explicação do desenho das operações.

O quadro a seguir permitirá uma observância de como se estabeleceram as ações para a sua materialização.

Quadro 2: Plano Operativo do planejamento

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Formação de vínculos da equipe com os adolescentes	- Participação dos adolescentes na unidade frequentemente;	- Realizar Grupos operativos multiprofissionais com temáticas que atraem o adolescente para dentro da unidade de saúde, - Estabelecer entre o ACS e o adolescente uma relação de confiança, por meio de visitas e orientações específicas, que sirva de ponte entre esses e a equipe de saúde.	Equipe saúde da família: - Médico; - Enfermeiro; - Técnico de enfermagem; - Psicólogo; -Fisioterapeuta - ACS.	- Início imediato.
Educar para a responsabilização e autonomia	- Adolescentes bem orientados quanto a sua saúde sexual e se sentindo responsáveis pela mesma.	- Realizar palestras e outras metodologias expositivas na escola, sobre métodos contraceptivos e os riscos de	- Enfermeiro; - ACS; - Professores.	- Início em setembro até dezembro, quando se encerra o ano escolar.

		uma gravidez na adolescência tanto para a mãe como para o filho.		
Acesso aos métodos contraceptivos deficitário	- A ESF, bem como toda a equipe, ser referência para sanar dúvidas e atendimentos de atenção primária no que diz respeito a saúde sexual.	- Agendar consultas médica e de enfermagem para orientações individuais, prescrição e distribuição de métodos contraceptivos, quando disponibilizados pelo SUS;	- Médico; - Enfermeiro;	- Início imediato, conforme demanda. Ações intensificadas após início das palestras na escola (setembro).

Fonte: Autoria Própria (2014).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de intervenção apresentada no Quadro 2, com a finalidade de minimizar o problema referente à saúde sexual na UBS Candidés, foi debatida junto à equipe que o modo de intervir para melhorar realidade local seria através de um enfoque educativo, portanto, uma construção coletiva. Nesse sentido, após a operacionalização espera-se prevenir a gravidez na adolescência, bem como doenças sexualmente transmissíveis, de forma a oferecer apoio e orientação aos adolescentes para se tornarem independentes e responsáveis pela sua saúde, na condução de seus hábitos, no conhecimento do seu corpo, nos atos de promoção e prevenção, e para acessar o serviço de saúde quando julgar necessário.

A prevenção da gravidez na adolescência, portanto, ser visualizada em um contexto em que ações educativas e as ações e as intersetoriais são complementares, para que no final, o usuário (escolar) tenha mais facilidade em optar pelo que é mais saudável.

Ações educativas formando grupos prioritários em escolas pela facilidade de interação com o setor de educação e pela oportunidade de intervenção em um momento em que hábitos estão sendo formados.

Referências

1. AMORIM, L. Fatores de Risco para Gravidez na Adolescência, em uma maternidade-escola, Paraíba: **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. n. 31, v. 8, 2009, p. 404-410.
2. AQUINO, CUNHA et AL. Gestação na adolescência e Recém-Nascido de Baixo Peso, em maternidade pública, **RBGO**, Rio Branco, v. 24, n 8, 2002, p. 513-519.
3. ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013. Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2013/perfil/divinopolis_mg. Acesso em: 16 de maio de 2014.
4. Brasil. M.S. Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 60 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Conhecendo o PROSAD. Brasília: Ministério da Saúde, 1989.
6. CAMARANO, A.A. Fecundidade e anticoncepção da população de 15 a 19 anos. In: VIEIRA, E. M. et al. (org.). **Seminário gravidez na adolescência**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. cap.2, p.35-46.
7. CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed.. Belo Horizonte: NESCON/ UFMG, 2010.
8. DIVINOPÓLIS. **Configuração territorial de Divinópolis**. Divinópolis, 2013. Disponível em: http://issuu.com/planodiretordedivinopolis/docs/configuracao_territorial_de_divinopolis_-_revisand. Acesso em: 15 de maio de 2014.
9. CUNHA, Maria da Conceição da. **Redução da Gravidez na Adolescência na comunidade da Charnequinha no Município de Cabo de Santo Agostinho – PE**. 2012. Monografia (Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de saúde) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.
10. DATASUS – Departamento de Informática do SUS. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Profissional.asp?VCo_Unidade=3122306223354. Acesso em: 17 de maio de 2014.
11. FILHO F.P, Sigrist R.M.S, Souza L.L., Mateus D.C, Rassam E. **Perfil epidemiológico da grávida adolescente no município de Jundiá e sua evolução em trinta anos. Adolescência e Saúde**. 2011;8(1):21-27.
12. GONÇALVES, H., & Knauth, D. R. Aproveitar a vida, juventude e gravidez. *Revista de Antropologia*. 2006. 49, 625-643.

13. IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.
Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=312230>.
Acesso em: 16 de maio de 2014.
14. MAGALHAES, T. M. **Ações de Enfermagem na Educação e Prevenção de Gravidez na Adolescência**, Brasil, 2009.
15. MOOCELIN, C. A Gravidez na Adolescência, **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, n.4, v.10, 2010, outubro/dezembro.
16. MOREIRA, M.I.G.. **Diagnóstico em saúde como instrumento do Programa de Saúde da Família**: possibilidade de construção de espaços coletivos para a constituição de sujeitos?. Dissertação mestrado. USP.2001.
17. SILVA, T.. A Gravidez na Adolescência sob a perspectiva dos familiares: Compartilhando Projetos de Vida e Cuidado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP) n.2, v.14, março 2006.