

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

PAULA GONÇALVES CARNEIRO

**PROPOSTA DE ESTÍMULO A ADESÃO AO PRÉ-NATAL E MELHORA
NA QUALIDADE DO ATENDIMENTO DE GESTANTES
ADOLESCENTES**

POLO BELO HORIZONTE – MG
2014

PAULA GONÇALVES CARNEIRO

**PROPOSTA DE ESTÍMULO A ADESÃO AO PRÉ-NATAL E MELHORA
NA QUALIDADE DO ATENDIMENTO DE GESTANTES
ADOLESCENTES**

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

Orientadora: Prof^a Ana Cláudia Porfírio Couto

BELO HORIZONTE – MG
2014

PAULA GONÇALVES CARNEIRO

**PROPOSTA DE ESTÍMULO A ADESÃO AO PRÉ-NATAL E MELHORA
NA QUALIDADE DO ATENDIMENTO DE GESTANTES
ADOLESCENTES**

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

Orientadora: Prof^a Ana Cláudia Porfírio Couto

Banca Examinadora

Prof^a. Ana Cláudia Porfírio Couto - Orientadora

Prof^a. Verônica Amorim Rezende - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: 15/02/2014

AGRADECIMENTOS

À Deus pelo fôlego de vida e pela força na jornada;

À minha orientadora Ana Cláudia Porfírio Couto pela dedicação e atenção;

À equipe da Unidade Básica de Saúde do Novo Silvestre, pelo
companheirismo;

À minha família e amigos pelo carinho e cuidado que me fizeram chegar até
aqui.

*Dedico este trabalho aos meus pais João e Vilma e à
minha irmã Flávia pelo carinho e amor incondicional de
sempre.
Sem vocês eu não chegaria até aqui.*

Sou

Mãe menininha

Aninha o rebento

Quem me nina?

Aqui sozinha

Não sei se aguento

Tanto arrependimento

Quem me aninha?

Assim menina

Rebento em lamento

Foi-se a minha criancinha

E que outra é essa aqui

Que eu amamento?

(Márcia Regina Ribeiro)

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível”.

(Charles Chaplin)

RESUMO

Durante reuniões com a equipe de saúde da UBS de Novo Silvestre foram levantados os principais desafios enfrentados pela unidade. Elencou-se a qualidade do atendimento prestado às gestantes adolescentes como desafios a serem superados principalmente pela baixa adesão deste grupo ao pré-natal. De acordo com os dados da própria unidade, 60% das gestantes adolescentes iniciavam o pré-natal tardiamente, e diante das discussões em equipe, chegou-se ao consenso de que havia ineficácia na assistência humanizada às gestantes, falta de grupo de apoio além de baixo estímulo à adesão ao pré-natal e inexistência de educação sexual e de saúde dentro do PSF. Diante disso, foi proposto neste trabalho ações de intervenção a serem desenvolvidas pela equipe da UBS, dentro e fora da unidade, e a criação de um grupo de apoio chamado “Viva Bem Gestante”, com o intuito de melhorar a qualidade do atendimento a gestantes promovendo e mantendo a saúde da mãe e do conceito durante a gestação e no pós-parto. Para desenvolvimento deste trabalho foi realizada revisão bibliográfica sobre o assunto além de capacitação da equipe para estarem aptos a atuar com o público em questão. Espera-se que as ações estabelecidas sejam positivas no que tange o atendimento prestado às gestantes adolescentes e sirvam de apoio para que profissionais de saúde de outras regiões também trabalhem nesse sentido a fim de que a qualidade no atendimento a este público seja uma realidade nacional dentro do âmbito da atenção básica à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescentes, Gravidez na Adolescência, Pré-Natal, Mortalidade Materna e Mortalidade Infantil.

ABSTRACT

During meetings with the health team UBS (Health Basic Unit) New Silvestre were raised major challenges faced by the unit. Identified the quality of care provided to pregnant teenagers as challenges to be met mainly by low adherence to this group prenatal care. According to the data of the unit, 60 % of pregnant adolescents initiated prenatal care late, and before the team discussions, we arrived at a consensus that there was inefficiency in humanized care to pregnant women, lack of support group plus too low to stimulate adherence to prenatal care and lack of sex education and health within the PSF (Family Health Program). Therefore, this study was proposed intervention actions to be developed by the team at UBS, inside and outside the unit, and the creation of a support group called " Living Well Pregnancy ", in order to improve the quality of care for these mothers promoting and maintaining the health of the mother and fetus during pregnancy and postpartum. To develop this work was carried out literature review on the subject as well as training staff to be able to work with the public concerned. It is hoped that the actions set are positive regarding the care provided to pregnant teens and serve as support for health professionals from other regions also work accordingly so that the quality of care in this public is a national reality within the context of primary health care.

KEYWORDS: Teens, Teenage Pregnancy, Prenatal, Maternal and Child Mortality.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. JUSTIFICATIVA.....	12
3. OBJETIVOS.....	13
3.1 OBJETIVO GERAL.....	13
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
4. METODOLOGIA	15
5. REVISÃO DA LITERATURA.....	15
5.1 ADOLESCÊNCIA	15
5.2 SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA.....	16
5.3 MATERNIDADE PRECOCE E SEUS RISCOS.....	18
5.4 CONTRACEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA.....	20
5.5 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E SEUS BENEFÍCIOS.....	21
5.6 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO ADOLESCENTE.....	24
5.7 REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNO-INFANTIL: A REDE CEGONHA	27
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	28
6.1 CRONOGRAMA DO PLANO OPERATIVO	31
6.2 GESTÃO DO PLANO OPERATIVO	30
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36

1. INTRODUÇÃO

Adolescência é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como sendo a fase que inicia aos 10 anos e vai até os 19 anos de idade. Nesse período de transição para a vida adulta, onde se experimenta mudanças corporais e fisiológicas, é necessário um cuidado maior para que seja uma fase saudável e não comprometa o futuro desse adolescente. (BRASIL, 2005).

No Brasil, contrariamente ao que se vê nos países desenvolvidos, a gravidez na adolescência tem aumentado significativamente. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2002) os índices de fecundidade nesta fase da vida são mais elevados entre grupos com baixo nível de escolaridade e pouca condição socioeconômica.

Nas regiões mais carentes do país, o índice de adolescentes grávidas está acima de 20% (SIMÕES *et. al.*, 2003), justificado pela iniciação sexual precoce e pela falta de informação sobre métodos contraceptivos (GOMES *et. al.*, 2002).

A gestação na adolescência é considerada um problema de saúde pública visto que resulta em consequências graves para a saúde da mãe e seu bebê, além de apresentar risco de mortalidade materna e infantil (CHALEM *et. al.*, 2007).

O déficit de informações por meio da escola e da família, aliado a liberação do comportamento sexual leva a uma gravidez precoce em adolescentes (SANTOS, 2006) que não estão preparados fisiológica e psicologicamente para assumir essa situação.

O uso do método contraceptivo entre esse público é baixo, visto que na maioria dos casos a prática sexual é imprevisível e casual (HALBE, 2000).

Moreiro e Sarriera (2008) apontaram em seu estudo que o diálogo aberto entre pais e filhos é fator significativo na prevenção da gravidez, entretanto, a educação sexual por parte das famílias ainda é pouco eficaz devido ao tabu do comportamento sexual humano (GOMES, 2002).

A gravidade da gestação nesta fase da vida se deve a pouca idade e a baixa adesão ao pré-natal (QUINTANA, 2002), resultando em graves complicações obstétricas como; hemorragias e anemia, abortamento espontâneo, pré-eclampsia, diabetes gestacional e prematuridade (MENDES, 2004) podendo também afetar a saúde psicológica dessas mães através da depressão pós-parto, que tem aumentado significativamente nesse grupo (IBGE, 2009).

Além de interferir na saúde, a gravidez precoce acarreta consequências sociais, visto que muitas mães desistem de ir à escola por vergonha ou até mesmo comodismo, o que influi de forma negativa no futuro profissional e na inserção no mercado de trabalho (GOLDEMBERG *et. al.*, 2005).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Novo Silvestre está localizada no município de Viçosa, Minas Gerais. O bairro Novo Silvestre está na periferia da cidade e possui 3671 habitantes, sendo que 89,76% são usuários da assistência à saúde do SUS. O nível de alfabetização dos moradores é de 94.42% e os principais postos de trabalho são; diaristas e empregas domésticas no caso de mulheres, e porteiros e seguranças no caso de homens.

Grande parcela dos moradores deste bairro apresenta condições socioeconômicas desfavorecidas, e elevado número de adolescentes ali residentes engravidam sem nenhuma condição ou planejamento.

Na atuação da equipe de saúde desta UBS, percebeu-se que o número de gestantes adolescentes que procuram a unidade para iniciar o pré-natal é grande. Notou-se a necessidade de realizar intervenções neste grupo com o intuito de estimular a adesão ao pré-natal além de oferecer a elas um acompanhamento mais intenso a fim de diminuir a morbidade e a mortalidade materno-infantil.

2. JUSTIFICATIVA

Pôde-se identificar que na área de abrangência da UBS Novo Silvestre muitas adolescentes engravidam, porém, analisando os dados da própria unidade, percebeu-se que mais de 60% dessas adolescentes iniciam o pré-natal tardiamente.

Esse início tardio se deve, na maioria dos casos, a tentativa de esconder a gravidez e o medo de assumir para os familiares e para a sociedade. Muitas vezes, a dificuldade de identificar mudanças corporais e fisiológicas advindas da gestação impede o correto início do pré-natal.

O objetivo do pré-natal é garantir, através de ações preventivas e educativas, que a gestação se desenvolva adequadamente, sem riscos ou intercorrências, além de promover segurança no trabalho de parto e propiciar que o recém-nascido seja saudável, evitando assim o impacto negativo na saúde materno-infantil (GAIO, 2004).

Através de discussões com a equipe, identificou-se uma grande preocupação por parte dos profissionais da UBS com esse problema de saúde pública que traz sérias consequências para a vida desses adolescentes. Percebeu-se ineficácia na assistência humanizada às gestantes, falta de grupo de apoio além de muito baixo estímulo à adesão ao pré-natal e inexistência de educação sexual e de saúde dentro do PSF.

Foi então elencado pela equipe que esta deficiência na assistência ao pré-natal é o principal problema enfrentado pela UBS de Novo Silvestre, já que o número de gestantes adolescentes é bastante significativo. Diante desta consideração, viu-se a necessidade de intervir com a adoção de uma atenção diferenciada e melhora na qualidade dos serviços prestados a gestante a fim de contribuir para redução dos riscos e complicações da gestação precoce, e principalmente da morbidade e mortalidade materno-infantil. Além disso, para capacitação da equipe sobre esse assunto, viu-se que a revisão bibliográfica sobre o tema em questão era de suma importância.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Propor ações de estímulo à adesão ao pré-natal e melhora na qualidade da assistência e serviços prestados a essas gestantes adolescentes.

3.2 Objetivos Específicos

Revisar a literatura bibliográfica para aumentar o conhecimento sobre o tema em questão a fim de capacitar os profissionais de saúde da UBS a oferecerem um atendimento de qualidade para esse grupo.

Descrever a importância do pré-natal para a prevenção e promoção da saúde e qualidade de vida materno-infantil.

4. METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão da literatura bibliográfica através da pesquisa de artigos indexados nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), MEDLINE, SCIELO (Scientific Eletronic Library On-Line).

Os descritores usados na pesquisa foram: adolescentes, gravidez na adolescência, pré-natal, mortalidade materna e mortalidade infantil. Optou-se por escolher os artigos publicados nos últimos dez anos para aumentar o conhecimento sobre o tema e capacitar a equipe da UBS Novo Silvestre para que ofereça o melhor atendimento as gestantes adolescentes e atue nas ações propostas com maior autonomia e segurança.

Foram feitas inúmeras reuniões com a equipe da UBS Novo Silvestre com o intuito de criar planos de ações que fossem de encontro à situação identificada como problema enfrentado pela unidade. Inicialmente se propôs fazer um levantamento do que seria o principal problema na unidade, e para isso foram feitas análises dos prontuários dos usuários que acusou um grande número de gestantes adolescentes. A partir desta informação foi solicitado aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que, durante as visitas, observassem as adolescentes da área de abrangência da unidade, para identificar se estavam grávidas e em acompanhamento pré-natal. Esse trabalho dos ACS por sua vez demonstrou um grande problema: muitas adolescentes estavam grávidas, e um número bastante significativo delas não fazia acompanhamento pré-natal adequado.

A situação identificada e as reuniões com toda a equipe destacou esse como sendo o principal problema enfrentado pela unidade e viu-se uma grande necessidade de propor um plano de ações estratégicas que estivesse voltado para uma atenção maior a essas adolescentes, de modo a levá-las a aderirem ao pré-natal, prevenindo assim diversos problemas de saúde durante a gestação e pós-parto.

Acredita-se que as ações de intervenção contribuirão para criar um vínculo entre a UBS e essas gestantes, levando-as a procurar mais a unidade e aderir ao pré-natal desde o início para que tenham uma gestação saudável e um parto seguro, além de contribuir para melhora no atendimento e acolhimento dessas gestantes.

5. REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Adolescência

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define em seu segundo artigo que adolescente é a pessoa entre doze e dezoito anos incompletos, sendo assim considerada uma pessoa em desenvolvimento (BRASIL, 2006).

Em seu estudo, Freitas (2003) define que a adolescência é o período da vida humana que começa na puberdade, onde ocorrem diversas modificações morfológicas e fisiológicas que afetam a personalidade, e se segue como uma transição da infância para a vida adulta. Todas essas mudanças contribuem para o desenvolvimento de condições que os levam a conquistar a autonomia e alcançar a maturidade.

Nessa fase surgem características sexuais que os levam a desenvolver uma maturidade sexual, além de ser um período de intenso processo psicológico que contribui para a determinação de uma identidade social, levando a definir uma orientação sexual e a conquistar a própria autonomia (HALBE, 2000).

A adolescência é constituída de características peculiares que se distingue das demais faixas etárias por ser um período confuso, de contradições, formação da personalidade, busca pela independência e autonomia, repleto de descobertas, anseio pela liberdade e medo das responsabilidades imposta pela vida adulta (RAMOS *et al.*; 2000).

Ocorre descobrimento dos órgãos sexuais, pois o corpo começa a ser definido devido à atividade dos hormônios sexuais e do crescimento, onde nas meninas nascem seios e ocorre à menarca, e nos meninos há maior distribuição dos pelos no corpo e engrossamento da voz. A rebeldia é característica dessa fase, visto que buscam a autoafirmação e procuram desfrutar dos prazeres sem aparente preocupação com possíveis consequências desse ato (MOREIRA *et al.*; 2008).

Nesse cenário de descobertas, diversas transformações e inúmeros questionamentos, onde a infância é trocada por um mundo de escolhas e grandes responsabilidades, é necessário oferecer uma atenção ampla aos adolescentes para que passem por essa fase sem grandes traumas, definindo por escolhas que trarão benefícios para seu futuro, propiciando condições para a construção de sua identidade.

Diversas alterações orgânicas acontecem nesse período maturacional, como: crescimento em peso e estatura, desenvolvimento de gônadas e órgãos reprodutivos e alterações na composição corporal. Nas meninas ocorre a menarca que é o primeiro fluxo menstrual, reconhecido como um indicador de maturação total dos órgãos reprodutores internos femininos. (BORGES; JUNIOR, 2000). Estudos indicam que a menarca acontece entre 11 e 12 anos (BERLOFI *et al.*; 2006).

Segundo a Caderneta de Saúde do Adolescente (2012), essa é uma fase de rápidas mudanças corporais, tendo como característica o estirão puberal. Nos meninos, a primeira manifestação da puberdade é o aumento do volume testicular, que ocorre por volta dos 10 anos. Nas meninas o broto mamário é o primeiro sinal puberal, sendo que a idade média da menarca é de 12 anos, onde a adolescente deve ser esclarecida quanto a normalidade do processo e sobre questões de higiene corporal.

A iniciação sexual, ou sexarca, se dá pela necessidade que os adolescentes apresentam em experimentar novas sensações. A escolha pelo início da vida sexual não é individual, mas influenciada por grupos de amizade. No caso dos homens, acontece pressão psicológica por parte dos amigos, para que deixem de ser virgens e entre as meninas, a pressão pela escolha é maior vinda do parceiro. Em ambos os sexos é notório que a sexarca tem sido cada vez mais precoce (MARINHO *et al.*; 2009).

5.2 Sexualidade na Adolescência

Diante das inúmeras transformações que acontecem com o adolescente, a sexualidade, que está presente desde a vida intrauterina, se manifesta e modifica o indivíduo, sendo desenvolvida ao longo do tempo.

O comportamento sexual está ligado ao contexto social e familiar na qual o adolescente está inserido, de forma que suas escolhas serão influenciadas pelo ambiente em que vive e pelos padrões culturais a que são impostos. Na atividade sexual dos adolescentes não é considerada apenas a extensão biológica, mas também a relacional, já que as relações com grupos de convivência os levam a comporta-se por imitação, o que pode ocasionar consequências futuras como uma possível gravidez precoce e indesejada (LIRA; DIMENSTEIN, 2004).

Em seu estudo, Bueno (2006) demonstra que, para o adolescente, o comportamento sexual é classificado de acordo com o grau de seriedade da relação, que vai desde o “ficar sem compromisso” até o “namorar sério”. Num ambiente como uma festa, eles se conhecem, podem dançar, beijar, e até ter relação sexual sem compromisso, só por uma noite.

A sociedade brasileira atualmente tem influenciado a atividade sexual precoce entre os adolescentes, seja por revistas, seja por propagandas televisivas ou pela internet, onde muitas são as mensagens de cunho pornográfico que tem incentivado esses jovens a iniciar tal prática (BRASIL, 2008). No entanto, apesar da influência da mídia e da tendência a liberação sexual na atual sociedade, informações sobre sexualidade, visando à prevenção de doenças e gravidez precoce ainda não atingiu toda a população. A maior parte dos adolescentes não possuem informações sobre crescimento e desenvolvimento biopsicossocial e sexual apesar de todo o avanço tecnológico e sociocultural neste presente século (FIGUEIREDO, 2002).

Toda essa liberação sexual e influência da mídia levam ao aumento da gravidez precoce, já que a maioria dos adolescentes desconhecem o próprio corpo e suas funções reprodutoras (BUENO, 2006). Nesse contexto, o diálogo aberto com os pais pode ajudar a prevenir essa situação, porém, ainda existem tabus e inibições quando chega o momento dos pais conversarem sobre sexualidade com os filhos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Em seu estudo, Bueno (2006) relatou que meninas que têm a liberdade de conversar com suas mães sobre esse assunto e assim fazem com frequência, apresentam menor probabilidade de iniciar precocemente a vida sexual e a engravidar. Além disso, em outro estudo, foi demonstrado que os pais que apresentam maior nível de conhecimento sobre o assunto em questão, conversam mais com seus filhos sobre sexo, do que pais que não possuem tal conhecimento (BORUCHOVITCH, 2004).

Os adolescentes apresentam desejo incontrolável de conhecer o novo e viver diversas experiências. A diferença entre eles está no grau de instrução sobre o assunto que apresentam, visto que jovens que possuem conhecimento e orientações paternas sobre sexualidade fazem melhores escolhas e são mais preocupados com o futuro, do que os que não possuem essa orientação (SOUZA, 2002).

Dados do IBGE (2007) indicam que o número de meninas entre 12 e 17 anos com filhos cresce a cada ano, e que a maioria dos adolescentes não possuem noções fisiológicas da reprodução nem, tão pouco, conhecimento sobre os riscos da iniciação de uma vida sexual precoce. Além disso, não possuem informações suficientes para realizar atividades sexuais sem riscos (MARQUES, *et al.*; 2006). Em seu estudo, Souza e Gomes (2009) indicam que os adolescentes conhecem mais sobre a anatomia dos órgãos genitais (44,5%) do que sobre a sua fisiologia (39%).

Nesse contexto, alguns estudos indicam como causas principais da gravidez na adolescência: a iniciação sexual precoce, o mau uso dos métodos contraceptivos, falta de diálogo com os pais, além da falta de informações e educação sexual entre eles (MARQUES *et al.*, 2006; SOUZA; GOMES, 2009).

5.3 Maternidade Precoce e seus Riscos

A gravidez é um evento que pode ocorrer em qualquer momento da vida desde que haja condições fisiológicas propícias. Esse evento é marcado por intensas transformações somáticas, endócrinas e fisiológicas, além de representar para a mulher mudanças na imagem corporal e experiências psicossociais importantes que influenciam seu papel e sua responsabilidade perante a sociedade (BUENO, 2006).

As adolescentes que engravidam precocemente estão suscetíveis a inúmeros riscos, antes, durante e pós-parto, e estes riscos podem afetar também a saúde da criança. Esse problema tem gerado grandes preocupações nos órgãos de saúde.

A gravidez nessa fase é bastante complicada tanto pelo ponto de vista biológico, quanto pelo social, visto que nessa faixa etária são muitas as mudanças e incertezas, e com a gravidez, torna-se ainda mais difícil passar por essa fase sem traumas já que a responsabilidade e as exigências sociais e culturais são muito fortes (LIRA; DIMENSTEIN, 2004).

A adolescente poderá, diante da gravidez, apresentar complicações emocionais e comportamentais que afetarão o desenvolvimento e o aprendizado podendo desenvolver atitudes de rebeldia, dificuldade de inserção em grupos sociais e conseqüentemente, procura por grupos marginalizados, agravando ainda mais a situação (HALBE, 2000).

Os riscos para a saúde da mãe e do seu filho são inúmeros, dentre eles, destacam: baixo peso ao nascer e Apgar baixo no quinto minuto, maior incidência de desproporção céfalo-pélvica e de pré-eclâmpsia, anemia, hemorragias e complicações no parto. Todos esses problemas estão associados ao pré-natal tardio e ao número de consultas muito abaixo do recomendado pelo Ministério da Saúde (QUINTANA, 2002; BUENO, 2006; SANTOS *et. al.*, 2008).

Devido ao despreparo dessas mães em cuidar do bebê, e muitas vezes do abandono do pai da criança e também dos seus familiares, há um grande risco de desenvolver depressão durante e pós-parto, que muitas vezes vem associada a abusos físicos, sexuais e tentativas de suicídio (FREITAS; BOTEGA, 2002).

No Brasil, o total de partos de mulheres adolescentes com idade entre 10 e 24 anos atendidos no SUS em 2007 foi de 56,19%, sendo o Sudeste a região com maior incidência (57,18%) (BRASIL, 2010). Dessa forma, a prevalência da gravidez em adolescentes com situação social vulnerável é ainda preocupante. Geralmente, a gestação ocorre da necessidade de preencher o vazio emocional advindos de uma desestrutura familiar, e, muitas vezes, as adolescentes seguem o exemplo de suas mães que também iniciaram a vida sexual precoce (BUENO, 2006).

A gravidez nessa fase se torna indesejável, devido às contingências psicossociais, culturais, econômicas, vergonha do próprio corpo e dificuldade de inserção em grupos de amizades, o que prejudica a continuação dos estudos, e leva ao afastamento social. O aborto acaba sendo uma solução imediata, que no futuro poderá levar ao sentimento de culpa e dificuldade em novas relações, além de prejuízos para a própria saúde durante o processo (HALBE, 2000).

Segundo o Ministério da Saúde (2000), a falta de educação sexual nas escolas, comunidade e programas voltados para o planejamento familiar favorecem a gravidez na adolescência. Em populações de maior vulnerabilidade, o abandono, a dificuldade de acesso aos anticoncepcionais, à promiscuidade e a falta de informação, levam a maior ocorrência da gravidez precoce (BUENO, 2006).

A gestação indesejável leva a instabilidade econômica, que gera uma reação em cadeia: primeiro a adolescente abandona os estudos, depois apresenta dificuldade de inserção no mercado de trabalho, levando a comprometimento da estrutura familiar e dificuldades para sustentar e educar a criança (VIEIRA *et al.*; 2007). Nesse sentido, é fundamental que políticas de prevenção à gestação nessa fase da vida sejam desenvolvidas, a fim de garantir um futuro promissor a essa população em questão.

5.4 Contracepção na Adolescência

Desde os anos 1980, a taxa de fecundidade vem decaindo, exceto entre os adolescentes. Diante disso, uma preocupação frequente é com o comportamento contraceptivo entre eles. A prática sexual entre os adolescentes, que tem se iniciado cada vez mais precocemente, é caracterizada por ser, na maioria das vezes, um evento casual, o que colabora para o não uso de métodos contraceptivos (ALMEIDA *et. al.*, 2003; BORUCHOVITCH, 2004).

O uso de métodos contraceptivos entre adolescentes é pouco predominante, sendo que fatores socioeconômicos, culturais, falta de informações ou informações equivocadas, e ainda medo de assumir uma vida sexual ativa podem influenciar negativamente no uso de tais métodos (BUENO, 2006).

Entre os métodos existentes estão o método comportamental, que é pouco eficiente já que a mulher necessita ter ciclos menstruais regulares; os métodos de barreira, que são os preservativos masculinos e femininos, diafragma e geleias espermicidas; os métodos hormonais, que são as pílulas orais, os injetáveis e os implantes; o dispositivo intrauterino (DIU); os métodos de esterilização que são as ligaduras das trompas e a vasectomia; e a contracepção de emergência que consiste num hormônio oral que deve ser ingerido em até 72 horas após a relação sexual desprotegida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Em seu estudo, Almeida *et. al.* (2003) demonstrou que os adolescentes, de modo geral, conhecem pelo menos um método contraceptivo, e entre eles, as meninas parecem apresentar maior conhecimento sobre esses métodos. O estudo aponta que o preservativo masculino teve maior preferência em ambos os sexos e que um erro comum entre eles é acreditar que antes da menarca ou na sexarca não é possível engravidar.

Adolescentes com menor grau de escolaridade apresentam menor chance de usar métodos contraceptivos em suas práticas sexuais. As meninas que iniciaram a vida sexual mais tardiamente possuem maior chance de fazer uso de algum método, assim como aquelas que apresentam parceiros fixos (LONGO, 2002). Sabe-se que o comportamento sexual na primeira relação delinea o comportamento sexual e reprodutivo no futuro, já que as decisões mais importantes são tomadas no início da vida sexual.

Por isso é tão importante que se ofereça informações claras e educação sexual aos adolescentes antes que iniciem sua vida sexual a fim de prevenir a gravidez precoce e o sexo desprotegido (ALVES & BRANDÃO, 2009).

Os adolescentes que recebem informações e apoio da família, da escola e outras instituições que visam à formação pessoal, são mais propícios a usarem algum método na primeira relação sexual. A escolha do método deve ser livre, e por isso é necessário que haja informações claras para uma escolha adequada. (BÉRIA, 1998; GOMES, 2002). Segundo o Ministério da Saúde (2000), o método mais conhecido e citado entre as adolescentes é a tabelinha, no entanto, os métodos de barreira como os preservativos devem ser estimulados, pois também são eficazes contra Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

A precariedade das informações sobre reprodução, contracepção e uso correto dos métodos, a dificuldade de diálogo com os parceiros, ou o mero esquecimento e a crença na impossibilidade da ocorrência da gravidez estão fortemente relacionados à inconstância do uso de métodos contraceptivos (VIEIRA *et al.*; 2006).

Diante da casualidade das práticas sexuais entre os adolescentes, faz-se necessário implantar ações estratégicas que visem promover informações claras, amplo atendimento no que tange a atenção básica à saúde, além de estimular as práticas sexuais com proteção através do uso de métodos contraceptivos, para que haja promoção da saúde e da qualidade de vida para esta população em estudo (ALMEIDA *et al.*; 2003).

5.5 Assistência Pré-Natal e seus Benefícios

A assistência dada à mulher durante o pré-natal é caracterizada por um conjunto de cuidados e procedimentos que tem por objetivo preservar a saúde da gestante e do conceito, de forma que seja assegurada a profilaxia e detecção precoce de complicações, e o tratamento de doenças maternas pré-existentes além de orientações sobre hábitos saudáveis (PERET, 2000).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), o pré-natal é eficaz quando há humanização no atendimento à gestante e captação precoce da gestante para iniciar o pré-natal preferencialmente no primeiro trimestre da gestação. O vínculo entre profissional da saúde e gestante e o atendimento qualificado por meio de técnicas excelentes é fundamental para que a confiança seja estabelecida e para que essa gestante continue a utilizar o serviço por todo o período.

Além disso, deve haver acompanhamento contínuo da gestante com classificação do risco gestacional na primeira e nas subsequentes consultas, e garantia de orientações e esclarecimentos por meio de práticas educativas (AMARAL, 2011).

É essencial que a gestante realize o pré-natal, pois através dele é possível prevenir e detectar precocemente patologias maternas e fetais. Ele colabora para a garantia de um desenvolvimento saudável para a criança, e para a redução de possíveis riscos para a gestante (CARDOSO *et al.*; 2007). Além disso, é possível reconhecer patologias desenvolvidas durante a gravidez, ou aquelas pré-existentes de evolução silenciosa como a diabetes, hipertensão arterial, anemia e sífilis. O diagnóstico precoce garantido pelo pré-natal permite a implantação de um tratamento eficaz que previne os riscos graves à saúde do concepto e da gestante que podem interferir na gestação e ao longo da vida (NEUMANN *et.al.*; 2003).

O tratamento intrauterino também é possível em algumas situações, e possibilita avaliar aspectos relacionados à placenta, permitindo um tratamento adequado. Outro benefício do pré-natal é identificar precocemente a principal patologia responsável por mortes durante a gestação no Brasil, que é a eclampsia, caracterizada pelo aumento da pressão arterial da gestante que compromete a função renal e cerebral e pode ocasionar convulsões e coma (CALDEIRA *et.al.*; 2010).

Os principais objetivos da consulta pré-natal são; preparação da mulher física e psiquicamente para a maternidade, informações educativas sobre parto e cuidado com a criança, manutenção do estado nutricional adequado, orientações quanto o uso de medicações e tratamento de manifestações físicas comuns à gravidez, como náuseas, azias, queixas respiratórias, vômitos e dores mamárias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Embora o pré-natal seja de fundamental importância para a saúde da gestante e do concepto, ainda há no Brasil baixa frequência das mães nesse serviço, principalmente das mães adolescentes. Um estudo feito por Goldenberg *et. al.* (2005) demonstra que a proporção de frequência ao pré-natal por gestantes adolescentes é consideravelmente baixa, o que pode ser justificado pela dificuldade no acesso ao serviço, medo de procedimentos obstétricos, vergonha da família e da abordagem sobre práticas sexuais.

Alguns estudos demonstram que mesmo frequentando todas as consultas, algumas gestantes sem complicações chegaram ao último mês com deficiência de informações sobre alterações normais da gravidez além de estarem despreparadas para vivenciar o parto. Isso pode ser justificado por falhas na qualidade e na cobertura do atendimento e déficit de práticas educativas que podem ocasionar tensão e insegurança na gestante, além de influenciar negativamente todo o processo (RIOS; VIEIRA, 2007).

Ciente de que a baixa qualidade da atenção à mulher pode ocasionar em elevadas taxas de morbidade e mortalidade materno-infantil, o Ministério da Saúde criou em 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM. Ele preconiza que a atenção à mulher seja integral, clínico- ginecológica e educativa a fim de que o controle pré-natal do parto e do puerpério seja aperfeiçoado (OSIS, 1998; GRANGEIRO, 2008).

A implantação do PAISM, no entanto, enfrentou obstáculos financeiros, políticos e operacionais que dificultaram sua execução de maneira eficaz na saúde da mulher. Diante disso, em julho de 2000 uma nova estratégia foi criada pelo Ministério da Saúde; o PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e no Nascimento, com o objetivo de reduzir as altas taxas de mortalidade maternal e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal além de estabelecer um vínculo entre assistência ambulatorial e parto (SERRUYA, 2004).

Para que haja qualidade e eficácia da assistência não são necessárias tecnologias ou ações complexas, já que muitos agravos podem ser prevenidos por ações de baixo custo e pouca complexidade. Necessário é que haja uma equipe multidisciplinar, altamente treinada, que conheça a fisiologia da gravidez e a fisiopatologia das intercorrências clínicas comuns além das modificações emocionais do período, para atender e acompanhar as grávidas durante todo o processo através de um atendimento amplo e humanizado (BENIGNA, 2004; COELHO; PORTO, 2009).

É fundamental que toda a equipe de saúde desenvolva ações preventivas e educativas através do contato frequente e planejado das gestantes com o serviço de saúde, a fim de promover segurança à mãe e ao pai, prevenir complicações e preservar a saúde do feto e da gestante (RIOS; VIEIRA, 2007; BRITO *et al.*; 2008).

Para uma assistência humanizada à gestante, o Ministério da Saúde (2005) recomenda a criação de grupos de apoio que complementam o atendimento nas consultas individuais e dão suporte à gestante, seus parceiros e demais pessoas envolvidas. Nesses grupos é essencial que todos participem integralmente, para que haja trocas de experiências, medos e dúvidas comuns neste período da vida (HOGA; REBERTE, 2007).

Nesse contexto é necessário que se estabeleçam a educação em saúde, com o objetivo de levar a população a refletir sobre a necessidade do cuidado na gestação por meio do tratamento pré-natal. Nesse processo, deve haver a interação entre a gestante e o profissional da saúde, além de estender esse laço para com o pai e demais familiares a fim de que a confiança seja fortalecida durante a gestação e no pós-parto e dessa maneira seja promovido à adesão ao tratamento para que a saúde da mãe e da criança seja preservada (RODRIGUES *et. al.*, 2006; BRITO *et. al.*, 2008).

A escuta é considerada um pilar da educação em saúde, pois nesse processo é essencial que haja troca de saberes, compreensão do mundo e da realidade a qual estão inseridas, empatia para maior aproximação, ganhar a confiança e criar vínculo de segurança. A atenção básica é o local primordial para que isso ocorra, pois é possível se aproximar mais da população a fim de promover a saúde (MANO, 2004; SANTOS *et.al.*, 2012).

O pré-natal é de extrema importância para a gestante e o conceito, logo, deve ser promovido na população e as mães devem ser estimuladas a procurarem o serviço e aderirem de forma integral para que o tratamento seja eficaz na saúde e na qualidade de vida da mãe e da criança.

5.6 Atenção Primária à Saúde do Adolescente

A política de saúde pública mais articulada e efetiva à saúde dos adolescentes é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), já que se aproxima da realidade a qual estão inseridos e é caracterizada pelos princípios do SUS, que nesse contexto pode-se considerar a integralidade como o principal deles (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Desde 1989 os adolescentes são alvos de políticas públicas no Brasil, que se iniciou quando o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde dos Adolescentes (PROSAD), e desde então estabeleceu parcerias que envolvem as instituições civis e as instâncias do poder Executivo-Federal, Estadual e Municipal.

O PROSAD além de desenvolver atividades voltadas para a promoção da saúde nos adolescentes, também se preocupa em contribuir com atividades governamentais e não governamentais (SPOSITO; CARRANO, 2003).

No que tange o cuidado aos adolescentes, é necessário ampliar os conceitos e as ações de saúde, além de entender cada um de maneira singular para que o cuidado estabelecido seja direcionado para suas necessidades. É fundamental considerar a subjetividade de cada um, ouvi-los, criar espaços para discussões, para interação, estabelecer forte vínculo de confiança através de um trabalho competente e humanizado, sempre baseado em uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) que é a integralidade (ALVES, 2005; MARQUES; QUEIROZ, 2012).

Para maior adesão dos adolescentes aos tratamentos e cuidados é necessário que o profissional da saúde se integre aos adolescentes através de ações que envolvem a cultura, os hábitos de vida, rotina e rituais desses jovens, tendo em vista que o cuidado a essa população vai muito além dos conceitos biológicos, mas envolvem questões sociais e sentimentais que fazem parte deste grupo. A relação do profissional com o adolescente deve ser ampla, e com vínculo forte para que o acesso aos serviços e o acolhimento sejam favorecidos de modo que as necessidades destes jovens, nem sempre visíveis aos gestores, sejam prontamente supridas e para que o reconhecimento de tais necessidades seja facilmente realizado (BOEHS *et. al.*, 2007).

Um estudo feito por Marques e Queiroz (2012) com adolescentes demonstrou algumas lacunas nas ações de cuidado oferecidas a esse público na atenção básica. Identificou-se como carências o acesso ao serviço, que nesse sentido envolve a dificuldade para marcação de consulta, a distância entre a unidade de saúde e a moradia do usuário, o tempo de deslocamento, a possibilidade de agendamento prévio e a priorização de situações de riscos. Além disso, mostrou-se deficiência no acolhimento, onde a escuta, uma prática tão necessária, deixava a desejar levando o adolescente a se sentir desvalorizado. Ainda, apontou-se o vínculo entre adolescentes e profissionais da saúde como um dos entraves, pois observou-se que as relações eram superficiais sem o estabelecimento de confiança.

Todas essas falhas na atenção ao adolescente mostra que é necessário atentar às necessidades deste público, oferecer apoio e ações amplas e efetivas,

planejadas com a participação do adolescente e de forma que se criem vínculos que facilitem o processo de adesão ao cuidado e ao tratamento na atenção básica.

Uma oportunidade de atender nesse grupo o princípio de integralidade do SUS é o Programa de Saúde nas Escolas (PSE) que surgiu como uma política intersetorial entre o Ministério da Saúde e da Educação pelo Decreto Presidencial nº6, 286/2007, e é realizado pela Equipe de Saúde da Família com o objetivo de oferecer atenção integral à saúde de crianças e adolescentes de escolas públicas no âmbito escolar e das unidades básicas de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

No cuidado ao adolescente é necessário que se estabeleçam práticas cada vez mais humanizadas, norteadas pelos princípios do SUS, principalmente no que tange a integralidade, para que a atenção e o cuidado à saúde do adolescente na atenção primária sejam feitos de forma ampla e contínua visando à criação de vínculos e a adesão ao cuidado (QUEIROZ, *et al.*; 2011).

O PSF, uma estratégia de reorganização da Atenção Primária à Saúde, está voltado para ações de promoção, reabilitação e manutenção da saúde dos usuários e de toda a sociedade. Atuar junto aos adolescentes, promovendo a saúde, prevenindo a gravidez e DST, e incentivando a adesão ao pré-natal é tarefa da equipe de saúde que é então exigida de ter conhecimentos e habilidades adequadas ao atendimento (BEATA, 2012).

A Estratégia da Família tem contribuído positivamente para melhorias na atenção pré-natal, devido à captação precoce, a disponibilidade de atendimento, as ações educativas e a facilidade do acesso que tem colaborado para maior adesão das gestantes ao tratamento e diminuição dos índices de mortalidade materno-infantil (GONÇALVES *et al.*; 2008).

O papel dos ACS nesse contexto é muito importante, pois são eles que realizam a captação precoce das gestantes, o acompanhamento domiciliar mensal e ficam responsáveis por levar até a equipe qualquer intercorrência com a gestante. Além disso, os ACS são responsáveis por fortalecer o vínculo entre a equipe e a gestante, integrando-a a esse cuidado e incentivando a adesão ao pré-natal (DUARTE; ANDRADE, 2006).

Em se tratando de gestantes adolescentes, esse é o momento em que a equipe de saúde deve se integrar a realidade a qual estão inseridos, estabelecer ações de estímulo à adesão ao pré-natal, oferecer serviços sem barreiras, com flexibilidade de horários e atendimento que supram suas necessidades. Além disso,

deve-se fazer da unidade básica um ambiente favorável à promoção da saúde e prevenção de doenças valorizando sempre a interação entre o profissional e a adolescente (GURGEL *et al.*; 2010).

5.7 Redução da mortalidade materno-infantil: A Rede Cegonha

O governo federal lançou em março de 2011 um novo programa de assistência à gestação, parto e maternidade no Brasil; o Programa Rede Cegonha. Este programa foi criado com o intuito de garantir a gestante e ao recém-nascido alguns benefícios, como: melhora ao acesso, acolhimento, garantia de leito e de vinculação da gestante ao hospital público ou maternidade, vale-transporte ou vale-táxi até o local no dia do parto, qualificação dos profissionais de saúde, criação de centros para assistência à gestante de alto risco, incentivo ao aleitamento materno, disponibilidade do Samu Cegonha para os recém-nascidos que necessitem de transportes de emergência e ações de educação em saúde nas escolas (CARNEIRO, 2013).

O principal objetivo deste programa é erradicar os altos índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil por meio da efetivação de um sistema de saúde que tenham números de consultas suficientes para gestantes, ampliação de exames e retornos dos resultados em tempo hábil, escolha do acompanhante pela gestante, práticas de estímulo ao parto normal e a promoção ao aleitamento materno, imunização para a mãe e o conceito conforme calendário vacinal e acesso ao planejamento familiar (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde, fundamentada nos princípios da humanização e assistência do SUS às gestantes e ao recém-nascido. Essa estratégia assegura à mulher o direito do planejamento produtivo, à atenção reprodutiva à gravidez, parto e puerpério, e à criança, o direito ao nascimento seguro e desenvolvimento saudável. A atenção básica deve ser fortalecida, sob a ótica de uma rede de atenção integrada, e ampliada para oferecer um cuidado adequado à gestante. Diante disso, o pré-natal só será de qualidade quando seus marcadores estiverem voltados para o âmbito da Rede Cegonha, que deve ser implantada em todo território nacional (BRASIL, 2011a).

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Diante do que foi descrito ao longo desse trabalho, e cientes da necessidade que a unidade alvo deste estudo enfrenta, a equipe de saúde da UBS de Novo Silvestre propõe como ações de intervenção:

1. CAPACITAÇÃO DA EQUIPE

JUSTIFICATIVA: Capacitação da equipe para estruturação do trabalho a fim de oferecer informações esclarecedoras e principalmente um amplo acolhimento dessas gestantes no âmbito da ESF. O conhecimento, tanto do ponto de vista fisiológico quanto do psicológico e social, é fundamental para entender as necessidades da adolescente, realizar uma escuta adequada e um atendimento humanizado e eficiente.

ELABORAÇÃO: A capacitação ocorrerá toda última segunda-feira do mês, com temas previamente definidos, com duração de uma hora, sendo que os últimos 20 minutos serão abertos para discussões. Nesse treinamento os profissionais serão avaliados por meio de questionários sobre o assunto tratado, que deverão ser entregues resolvidos nos minutos finais. A capacitação ocorrerá por meio de palestras e com dinâmica para que haja maior interação entre eles. A cada capacitação os membros da equipe receberão certificado de participação que servirá de estímulo e valorização do profissional.

2. VISITAS DOMICILIARES

JUSTIFICATIVA: Orientar os adolescentes sobre saúde sexual antes mesmo do início dessa prática entre eles é bastante positivo para conscientizar sobre práticas sexuais seguras, e que através das visitas domiciliares é possível estabelecer maior vínculo entre a gestante e a unidade, fazendo assim uma captação precoce para que o pré-natal seja efetivo.

ELABORAÇÃO: Ir até os domicílios da área de abrangência da UBS Novo Silvestre para mostrar às famílias a importância do diálogo aberto sobre saúde sexual, e a importância de apoiar e estimular as adolescentes à adesão ao pré-natal desde o início da gestação. Além disso, pretende-se orientá-las sobre métodos contraceptivos e prevenção de DST's.

A visita será realizada por um médico e um psicólogo uma vez ao mês, e serão encaminhadas até unidade as gestantes para o pré-natal, e os casos de riscos que foram identificados entre os adolescentes.

3. VISITAS ÀS ESCOLAS DA REGIÃO

JUSTIFICATIVA: O trabalho intersetorial é fundamental para efetividade das ações, sendo que a integração da saúde com a educação torna possível uma atuação ampla com este público.

ELABORAÇÃO: Ir até às escolas para conversar com os adolescentes e levantar quais são as suas reais necessidades e questionamentos, o que gostariam de aprender, quais atividades gostariam de estar inseridos, para que a partir disso, sejam desenhadas estratégias de intervenção.

Realizar visitas com uma equipe multiprofissional, previamente definida, para fazer palestras de orientação sexual, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST's), mostrar a importância de procurar a unidade no início da gestação para um pré-natal eficaz além de divulgar o grupo "VIVA BEM GESTANTE".

As visitas serão previamente agendadas, pretendendo-se realizar uma ação por mês de acordo com a disponibilidade da escola. Os alunos serão avisados e as famílias também, sendo todas as ações serão abertas aos pais e responsáveis.

As palestras serão feitas com a presença do médico, do psicólogo e dois outros profissionais da saúde da UBS, que serão recrutados para participarem em esquema de rodízio para que todos possam participar.

4. GRUPO "VIVA BEM GESTANTE"

JUSTIFICATIVA: A criação de grupos de apoio facilita a interação dos adolescentes e serve como estímulo a adesão ao tratamento.

ELABORAÇÃO: Criação de um grupo que apoie e acompanhe de perto as gestantes adolescentes, com reuniões semanais e atuação de uma equipe multiprofissional a fim de promover saúde e qualidade de vida a essas gestantes, incentivando assim a adesão efetiva ao pré-natal e melhorando a aproximação da equipe da UBS com essas gestantes que deverão ser acolhidas de forma ampla desde a primeira visita a unidade até depois do parto.

O grupo será divulgado nas áreas abrangidas pela UBS de Novo Silvestre, dentro das escolas e nas visitas domiciliares para que alcance todas as adolescentes gestantes e seus parceiros, além de demais familiares que oferecem importante apoio à gestante nesse momento.

FUNCIONAMENTO DO GRUPO:

O grupo se reunirá todas as tardes de terças-feiras e atenderá as gestantes adolescentes residentes do bairro Novo Silvestre. Será composto por uma equipe multiprofissional, e constará de diversas atividades a cada encontro.

AGENDA – GRUPO VIVA BEM GESTANTE

Encontro	Tema	Objetivo	Profissionais
1º Terça	Educação Sexual e de Saúde	Palestras e vídeo-aula sobre prevenção de DST's, métodos contraceptivos, adoção de hábitos saudáveis.	Médico e Equipe de Enfermagem
2º Terça	Nutrição e Atividade Física	Dietas individualizadas, Avaliação Nutricional, Higiene e preparo de alimentos, Aula de exercícios físicos para ser feito em casa.	Nutricionista e Educadores Físicos
3º Terça	Psicologia da Gestante	Atendimento psicológico, planejamento familiar e incentivo à continuação dos estudos.	Psicólogos
4º Terça	Gestação para a vida	Orientações sobre cuidados com o bebê, aleitamento materno, estímulo ao parto normal, Noções de higiene corporal.	Profissionais da saúde, em geral.

Quadro 01 – Agenda do Grupo Viva Bem Gestante do PSF Nova Silvestre

6.1 CRONOGRAMA DO PLANO OPERATIVO

OPERAÇÃO / PROJETO	RESPONSÁVEIS	PRAZOS PARA IMPLANTAÇÃO
CAPACITAÇÃO DA EQUIPE	Gestão	Outubro de 2013
VISITAS DOMICILIARES	ACS	Dezembro de 2013
VISITAS ÀS ESCOLAS	Médico Psicólogo 2 ACS	Novembro de 2013 e a partir de Março de 2014
GRUPO VIVA BEM GESTANTE	Médico Equipe de Enfermagem Psicólogos Nutricionistas Educadores Físicos ACS	Dezembro de 2013

Quadro 2 - Cronograma do Plano de Ação do PSF de Nova Silvestre

6.2 GESTÃO DO PLANO OPERATIVO

Capacitação da Equipe

Coordenação: Enfermeiro Assistente - Avaliação a cada 3 meses após início do projeto.

PRODUTOS	RESPONSÁVEIS	PRAZO	SITUAÇÃO ATUAL	JUSTIFICATIVA	NOVO PRAZO
Atendimento humanizado	Enfermeiros e todos os ACS	1 mês			
Escuta adequada	Enfermeiros e todos os ACS	1 mês			
Maior captação dos usuários	Enfermeiros e todos os ACS	1 mês			
Habilidade de resolver problemas com rapidez e eficiência	Enfermeiros e todos os ACS	1 mês			

Quadro 3 – Gestão do Plano: Capacitação da Equipe do PSF de Nova Silvestre

Visitas domiciliares

Coordenação: Enfermeiro Assistente - Avaliação a cada 3 meses após início do projeto.

PRODUTOS	RESPONSÁVEIS	PRAZO	SITUAÇÃO ATUAL	JUSTIFICATIVA	NOVO PRAZO
Aumento do uso de métodos contraceptivos	Enfermeiros e todos os ACS	1 mês			
Diminuição da prevalência de DST	Enfermeiros e todos os ACS	A longo prazo			
Maior encaminhamento de gestantes ao pré-natal	Enfermeiros e todos os ACS	Dependendo da demanda			
Maior número de gestantes do grupo "Viva Bem Gestante"	Enfermeiros e todos os ACS	Dependendo da Demanda			

Quadro 4 – Gestão do Plano de Visitas Domiciliares do PSF de Nova Silvestre

Visitas às escolas da região

Coordenação: Enfermeiro Assistente - Avaliação a cada 3 meses após início do projeto.

PRODUTOS	RESPONSÁVEIS	PRAZO	SITUAÇÃO ATUAL	JUSTIFICATIVA	NOVO PRAZO
Planejamento Familiar	Toda a equipe da UBS	1 mês			
Diminuição da prevalência de DST	Toda a equipe da UBS	A longo prazo			

Maior número de gestantes do grupo “Viva Bem Gestante”	Toda a equipe da UBS	Dependendo da demanda			
Adolescentes e família mais instruídos – Educação em Saúde	Toda a equipe da UBS	A longo prazo			

Quadro 5 – Gestão do Plano de Visitas às escolas da região do PSF de Nova Silvestre.

Grupo “Viva Bem Gestante”

Coordenação: Enfermeiro Assistente - Avaliação a cada 3 meses após início do projeto.

PRODUTOS	RESPONSÁVEIS	PRAZO	SITUAÇÃO ATUAL	JUSTIFICATIVA	NOVO PRAZO
Adolescentes mais instruídos – Educação em Saúde	Toda a equipe da UBS	A longo prazo			
Gestantes Saudáveis	Nutricionista e Educador Físico	1 mês			
Planejamento Familiar e incentivo à continuação dos estudos	Psicólogo	1 mês			
Mães preparadas para o cuidado do bebe	Profissionais da saúde em geral	Toda a gestação			

Quadro 6 – Gestão do Plano Grupo “Viva Bem Gestante” do PSF de Nova Silvestre

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reuniões com a equipe de saúde da UBS de Novo Silvestre possibilitou elencar os desafios enfrentados pela unidade, priorizando a necessidade de aperfeiçoar o atendimento ao público adolescente, principalmente às gestantes.

Este trabalho foi desenvolvido como uma proposta de intervenção que se apresenta como um desafio a ser enfrentado por toda a equipe, através de um trabalho intersetorial, com o objetivo de estabelecer vínculo entre esse grupo e a unidade para que haja promoção da saúde e atendimento de qualidade a essas adolescentes.

Os desafios são muitos, no entanto, a atuação em equipe, o interesse em se capacitar, a consciência da necessidade de se basear nos princípios do SUS e o olhar humanizado diante da realidade deste público são características presentes na equipe da UBS em questão e que propiciam a elaboração de um trabalho de qualidade. Tais características devem estar presentes entre todos os profissionais da saúde para que o atendimento de qualidade ao público adolescente seja uma realidade nacional.

O desenvolvimento deste trabalho propiciou a construção de uma visão ampla sobre o tema que facilitará o trabalho com esse público, além de colaborar para a interação entre a equipe da UBS.

A revisão bibliográfica proporcionou um novo olhar sobre a atenção à saúde dos adolescentes, subsidiando o planejamento de ações a serem desenvolvidas pela equipe do PSF de Novo Silvestre. Esse trabalho é, contudo, uma oportunidade de iniciar uma atuação de qualidade com esse público que deve se estender por todas as gestões, e não só a esta UBS. Espera-se despertar a atenção de outros profissionais para a importância do trabalho com esse grupo a fim de que todos recebam o melhor atendimento em todas as unidades.

Diante do exposto, a equipe da UBS de Novo Silvestre visa implantar as intervenções propostas de modo contínuo e espera-se que a gestão do município e a sociedade em geral estejam envolvidas nesse projeto a fim de que o atendimento de qualidade às gestantes, em especial às adolescentes, seja uma realidade no município de Viçosa, Minas Gerais.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA M. C. C. et al.; Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. **Rev. Saúde Pública.** v. 37, n. 5, p. 566-575, 2003.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **INTERFACE.** v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

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

AMARAL, F. C. Assistência humanizada da gestante em unidade de saúde da família. **Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva,** Araçuaí, 2011. 32f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

BEATA, P. A. Gravidez na adolescência no território da estratégia saúde da família Ana Rosa: Revisão Bibliográfica para um novo olhar. **Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva,** Bom Despacho, 2012. 62f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

BENIGNA, M. J. C. Pré-Natal no Programa Saúde da Família (PSF): com a palavra, os enfermeiros. **Cogitare Enferm.** v. 9, n. 2, p. 23-31, jun. /dez., 2004.

BÉRIA, J. Ficar, transar... a sexualidade do adolescente em tempos de Aids. **Porto Alegre: Tomo Editorial;** 1998.

BERLOFI, L. M. *et al.*; Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um programa de planejamento familiar. **Acta Paul Enferm.** v. 19, n. 2, p.196-200, 2006.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. In: **Legislação Brasileira para o Serviço Social.** 2 Ed. São Paulo, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco Legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília, 2005. **Disponíveis em: www.portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do Adolescente: competências e habilidades.** Série B. Textos Básicos da Saúde. Brasília, 2008. 754 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2010. 132 p.

BRASIL, Portaria Nº 1.459, de 24 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, 24 jun. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha.** Brasília (DF): 2011a.

BRITO, A. *et al.*; Diagnóstico situacional da assistência pré-natal pelo Programa Saúde da Família no município de Corinto, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, 2008.

BOEHS, A. E. *et al.*; A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enferm.** v. 16, n. 2, p. 307-314, 2007.

BORGES, G. A.; JUNIOR, R. P. Idade da Menarca em Adolescentes de Londrina – PR. **Rev. Bras. De Ativ. E Saúde.** Londrina: v. 5, n. 3; 2000.

BORUCHOVITCH, E. Fatores associados a não utilização de anticoncepcionais na adolescência. **Revista Saúde Pública;** São Paulo, v. 26, n. 6, 2004.

BUENO, G. M. Variáveis de risco para a gravidez na adolescência. 2006. 108f. **Dissertação (Mestrado em psicologia)** - Instituto de Psicologia e Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo, 2006.

CADERNETA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE. **Ministério da Saúde, 6f.** 2012.

CALDEIRA, A. P. *et al.*; Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. **Revista de Atenção Primária à Saúde.** Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 196-201, abr./jun. 2010.

CARDOSO, A. M. R. *et al.*; O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação. **Revista Diálogos Possíveis.** Salvador, v. 6, n. 1, p. 140-159, jan./jun., 2007.

CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface- Comunicação Saúde Educação.** v. 17, n. 44, p. 49-59, jan./mar., 2013.

CHALEM, E. *et al.*; Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** n. 23, p. 177-86, 2007.

COELHO, S.; PORTO, Y. F. Saúde da mulher. **1ª Ed. Belo Horizonte: Nescon-UFMG, Coopmed.** p. 41-58, 2009.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. Assistência pré-natal ao programa saúde da família. **Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem.** v. 10, n. 1, p. 121-125, abr., 2006.

FIGUEIREDO, A. C. Condições de vida e saúde reprodutiva de adolescentes na comunidade de Roda de fogo. **Revista Brasileira Materno Infantil.** Recife, v.2, n.3, p. 291-302, set/dez, 2002.

FREITAS, G. V. S; BOTEGA, N. J. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 42, n. 3, p. 245-249, 2002.

FREITAS, F. *et al.*; **Rotinas de Ginecologia.** Porto Alegre: Art Med, 2003, 4 Ed.

GAIO, D. S. M. Assistência Pré-Natal e Puerpério. **Medicina Ambulatorial, Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências.**, São Paulo: Art Med, 3 Ed., p. 357, 2004.

GOLDENBERG, P. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro. v. 21, n. 4, p. 1077-1086, jul./ago., 2005.

GOMES, R. *et al.*; A visão da pediatria acerca da gravidez. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.10, n.3, p.408-414, 2002.

GONÇALVES, R. *et al.*; Avaliação da efetividades da assistência pré-natal de uma unidade de Saúde da Família em um município da grande São Paulo. **Rev. Bras. Enferm.** v. 61, n. 3, p- 352, maio./jun., 2008.

GRANGEIRO, G. R. *et al.*; Atenção pré-natal no município de Quixadá-CE segundo indicadores do processo do SISPRENATAL. **Rev. Escola de Enfermagem da USP.** v. 42, n. 1, 2008.

GURGEL, M. G. I. *et al.*; Ambiente favorável à saúde: concepções e práticas da enfermeira na prevenção da gravidez na adolescência. **Rev. Rene.** v. 11, p. 82-91, 2010.

HALBE, A. F. P. Contraceção e Sexualidade da mulher. **Tratado de Ginecologia**. 3 ed. São Paulo: Roca, 2000.

HOGA, L. A. K.; REBERTE, L. M. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 41, n. 4, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Brasília, DF, 2002. **Disponível em www.ibge.gov.br/home/**

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais de 2006. **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Brasília**. IBGE:2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Brasília, DF, 2009. **Disponível em www.ibge.gov.br/home/**

LIRA, J. B.; DIMENSTEIN, M. Adolescentes avaliando um projeto social em uma unidade básica de saúde. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 37-45, 2004.

LONGO, L. A. F. B. Juventude e contraceção: um estudo dos fatores que influenciam o comportamento contraceptivo das jovens brasileiras de 15 a 24 anos. In: **XIII Encontro de Associação Brasileira de Estudos Populacionais**, 2002; Ouro Preto, MG.

MANO, A. M. A educação em saúde e o PSF resgate histórico, esperança eterna. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre, v. 18, n. 1, jan./jun., 2004.

MARINHO, L. F. B. *et al.*; Práticas contraceptivas e iniciação sexual entre jovens de três capitais brasileiras. **Cad. Saúde Pública** [on line]. v. 25, n. 2, p. 227-239, 2009.

MARQUES, E. S. *et al.*; O conhecimento dos escolares adolescentes sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, São Paulo: v. 8, n. 1, 2006.

MARQUES, J. F.; QUEIROZ, M. V. O. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 33, n. 3, p. 65-72, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gravidez na adolescência: desejo ou subversão. In: **Ministério da Saúde. Prevenir é sempre Melhor**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em planejamento familiar: manual técnico**. 4. ed. Brasília (DF); 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. **Série A- Normas e manuais técnicos**. Brasília (DF), 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pré-Natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada. **Série A- Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Caderno nº5**. Brasília (DF), 2005. 160p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada**. Série Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Caderno n. 5. Brasília, 2006. 163 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa saúde na escola. 2009. **Disponível em: http://dab.saude.gov.br/programa_saude_na_escola.php**.

MENDES, *et al.*; Indicadores sociais de grávidas adolescentes; estudo caso controle. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 26, n. 8, p. 633-639, 2004.

MOREIRA, T. M. M. *et al.*; Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev. Esc. Enferm.** USP, São Paulo, v. 42, n. 2, jun. 2008.

MOREIRO, M. C.; SARRIERA, J. C. Satisfação e composição da rede de apoio a gestantes adolescentes. **Psicol. estud.** v. 13, n. 4, p.781-789, 2008.

NEUMANN, N. A. *et al.*; Qualidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 6, n. 4, p. 307-318, out., 2003.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 1998.

PERET, F. J. Ginecologia & Obstetrícia. 2a Ed. **MEDISI**, Rio de Janeiro, 2000.

QUEIROZ, M. V. O. *et al.*; Cuidado ao adolescente na atenção primária: discurso dos profissionais sobre o enfoque da integralidade. **Rev. Rene, Fortaleza**. v. 12, p. 1036-1044, 2011.

QUINTANA, E. Reflexões sobre a gravidez na adolescência: caminhos, diálogos e trajetórias numa pesquisa em educação. Rio de Janeiro, 2002. **Disponível em: <http://www.anped.org.br/reunioes/28/ge23.htm>**

RAMOS, F. R. S. *et al.*; Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com adolescentes brasileiros. **Brasília: ABEN**, 2000.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas o pré-natal: reflexão sobre a consulta de Enfermagem como um espaço para a educação em saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n.2, mar./abr., 2007.

RODRIGUES, D. P. *et al.*; O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. **Rev. Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 15, n. 12, p. 277-286, abr./jun., 2006.

SANTOS, M. M. J. F.; Gravidez Precoce: matéria de capa. **Estado de Minas, Belo Horizonte**, p.4-5, 14 de maio, 2006.

SANTOS, G. H. N. *et al.*; Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. **Rev Bras Ginecol Obstet**. São Paulo; v. 30, n.5, 2008.

SANTOS, D. S. *et al.*; Sala de espera para gestante: uma estratégia de educação em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, jan./mar., 2012.

SERRUYA, S. J. *et al.*; Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 26, n.7, ago. 2004.

SIMÕES, V. M. F. *et al.*; Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 559-65, 2003.

SOUZA, I. F. Gravidez na Adolescência: uma questão social. **Adolescência Latino Americana**. v. 3, n. 2, 2002.

SOUZA, M. C. R.; GOMES, K. R. O. O Conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes com antecedentes gestacionais. **Cad. Saúde Pública**. São Paulo, v. 25, n. 3, 2009.

SPOSITO, M. P.; CARRANO, P. Juventude e políticas públicas no Brasil. **Rev. Bras. Educ.** v. 24, p.16-39, 2003.

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

VIEIRA, M. L. F. *et al.*; Crescimento e desenvolvimento de filhos de mães adolescentes no primeiro ano de vida. **Rev. Paul. Pediatr**. São Paulo, v. 25, n. 4, 2007.