

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

JORDANA SOUZA RODRIGUES DE PAULA

**REDUÇÃO DO ÍNDICE DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA ÁREA
DE ABRANGÊNCIA DA ESF ANDORINHAS - PLANO DE
INTERVENÇÃO**

CONSELHEIRO LAFAIETE- MINAS GERAIS

2014

JORDANA SOUZA RODRIGUES DE PAULA

**REDUÇÃO DO ÍNDICE DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA ÁREA
DE ABRANGÊNCIA DA ESF ANDORINHAS - PLANO DE
INTERVENÇÃO**

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: Profa. Márcia Bastos Rezende

CONSELHEIRO LAFAIETE- MINAS GERAIS

2014

JORDANA SOUZA RODRIGUES DE PAULA

**REDUÇÃO DO ÍNDICE DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA ÁREA
DE ABRANGÊNCIA DA ESF ANDORINHAS - PLANO DE
INTERVENÇÃO**

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: Profa. Márcia Bastos Rezende

Banca examinadora

Profa. Marcia Bastos Rezende - Orientadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - Examinadora

Aprovada em Belo Horizonte em: 20/1/2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me enviar sempre as luzes do Divino Espírito Santo; aos meus orientadores de Lagoa Santa e Conselheiro Lafaiete, por me ensinarem a ver a Saúde com olhos de profunda sabedoria e sensibilidade; à minha família e ao meu marido, Cláudio, pelo incentivo e apoio em todos os momentos.

DAS UTOPIAS

Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos,
Se não fora a presença distante das estrelas!

Mário Quintana

RESUMO

A gravidez na adolescência é vista hoje como um problema social, no entanto, perpassa por uma questão cultural que envolve vários fatores, como a busca por um lugar social pelas jovens mulheres. O alto índice de gravidez na adolescência que ocorre na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Andorinhas, município de Ouro Preto, MG, é vivenciado pela equipe de saúde de uma forma bastante intensa e preocupante. Isto parece ser reflexo da baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico vivenciado por aquela comunidade, o que favorece a sexarca e gravidez precoces. Desta forma, tendo em vista todas as implicações de uma gravidez na adolescência, este trabalho objetivou elaborar um plano de intervenção para este problema, uma vez que gestantes e crianças são um grande público atendido pela equipe de saúde. Para a elaboração do Plano de ação adotou-se como metodologia o Planejamento Estratégico Situacional (PES), com a definição das ações a serem realizadas, os nós críticos do problema, recursos necessários, atores envolvidos, os responsáveis e os prazos para a implementação das ações. Foi realizada também revisão de literatura que subsidiou a sua construção. Assim, com a implantação do plano de intervenção, pretende-se reduzir a incidência de gestação na adolescência, promover a gestação planejada e a prática da paternidade e maternidade com responsabilidade. Isto constitui, no entanto, um desafio, pois, de fato, o problema é visto como social, e sua resolução depende tanto dos profissionais de saúde, comunidade escolar, das políticas públicas, quanto da interiorização e internalização das orientações pelos adolescentes.

Descritores: Gravidez na adolescência. Planejamento familiar. Anticoncepção. Educação sexual.

ABSTRACT

Teenage pregnancy is seen today as a social problem, however it goes further through cultural issues which involve several factors, such as the search for a social positions by young women. The high rate of teenage pregnancy that occurs in the scope of Family Health Strategy (ESF – Estratégia de Saúde da Família – in Portuguese) Andorinhas, municipality of Ouro Preto, Minas Gerais State, is experienced by the health team in a very intense and worrying way. This seems to be the reflex of the low school education and low socio-economic level that this community undergoes, which leads to the early first sexual experience and early pregnancy. As a result, considering all the issues concerning adolescence pregnancy, this work aimed to elaborate an intervention plan to tackle the problem, since pregnant women and children are the largest public assisted by the health team. In order to elaborate the action plan, the methodology adopted was the Situational Strategic Planning (PES – Planejamento Estratégico Situacional – in Portuguese), by defining the actions to be taken, the critical ties of the problem, the necessary resources, the actors involved, the responsible people for it and the deadlines to implement the actions. A review in the literature was also performed in order to subsidize the construction of the plan. Thus, with the implantation of the plan, it is intended to reduce the incidence of teenage pregnancy, to promote the planned pregnancy and the practice of responsible fatherhood and motherhood. However, this is a big challenge, since, in fact, it is rather seen as a social problem, and the solution relies as much on health professionals, school community, public policies as on the interiorization and internalization of the orientations by the adolescents.

Keywords: Pregnancy in Adolescence, Family planning, contraception, sex education

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVO	21
4 METODOLOGIA	22
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	23
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

1.1 Cenário de Atuação

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) Andorinhas situa-se à rua do Campo s/n, no bairro Morro Santana, uma das áreas de maior altitude da cidade de Ouro Preto, Minas Gerais. Está responsável pelo cuidado à saúde da população do Morro da Queimada, Morro Santana e Morro São João. Esta equipe funcionou por cerca de 20 anos como equipe de Unidade Básica de Saúde nos moldes tradicionais e como Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Porém, há cerca de 3 anos, passou a funcionar como ESF.

Nesta área adstrita trabalha apenas uma equipe de saúde da família, embora o número de pessoas demande duas equipes. A equipe é composta por duas enfermeiras, uma referência técnica e uma de apoio, um médico de família; duas técnicas de enfermagem; uma psicóloga, uma nutricionista, uma farmacêutica, uma médica clínica, uma pediatra e uma ginecologista e obstetra. No primeiro semestre de 2012, implantou-se a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF composta por profissionais de educação física, terapia ocupacional, fisioterapia e assistência social.

Segundo a contagem populacional realizada no primeiro semestre de 2013 pela própria equipe, a população adstrita é de 4.721 pessoas, sendo 99,9% da população cadastrada. A pirâmide populacional da área adstrita à ESF Andorinhas ainda não se encontra dentro da tendência mundial de inversão como retrato do processo de envelhecimento populacional, mas, ao contrário, mantém-se dentro do padrão antigo de distribuição com a prevalência da população jovem sobre a população idosa.

1.2 Síntese do Diagnóstico Situacional

1.2.1 Perfil social, econômico, ambiental e de saúde da ESF Andorinhas.

No âmbito socioeconômico, a ESF Andorinhas atende uma população carente, com baixo poder aquisitivo e educacional e com demandas sociais importantes, como grande prevalência do uso de álcool e drogas, alta adesão de adolescentes à

criminalidade, principalmente ao tráfico de drogas, altas taxas de natalidade e gravidez na adolescência, alto índice de desemprego. Observa-se ainda um grande número de casos de hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), de Diabetes Melitus (DM) e de pacientes com demanda em Saúde Mental. Em suma, é uma região onde a demanda de pessoas pertencentes a grupo de risco é exacerbada.

No que se refere às questões importantes à Saúde Ambiental, pode-se dizer que o Morro Santana, Morro São João e Morro da Queimada são áreas de risco elevado para erosão, deslizamentos e, por consequência, soterramentos, o que se deve à altitude, à fragilidade do solo e sua alta permeabilidade, e à falta de um sistema de captação de águas pluviais eficiente, além da dificuldade em limitar a construção de casas nestas áreas de risco. Possui regiões de difícil acesso, áreas sem saneamento básico, sem calçamento e sem um efetivo sistema de distribuição de água potável, o que aumenta o risco de parasitoses e diarreias, principalmente entre idosos, crianças e gestantes.

1.2.2 Perfil Epidemiológico da ESF Andorinhas

Como citado anteriormente, a ESF Andorinhas possui uma população adstrita de 4.721 pessoas e possui grandes grupos de risco. Com a inversão da tendência mundial que prevê a queda da taxa de natalidade, a área adstrita à Andorinhas apresenta hoje 7,17% da população entre 0 e 5 anos e 16,11% entre 0 e 9 anos. O grupo de adolescentes representa 19,95% da população, o de adultos 55,98% e de idosos maiores que 60 anos 7,94%.

Diante dos números acima se pode explicar o fato dos principais problemas sociais girarem em torno da prevalência aumentada de álcool, drogas, criminalidade e gravidez na adolescência. Como a população é pouco idosa, o número de agravos e doenças crônicas ainda é um problema menos representativo, apesar do aumento importante destes agravos e da grande prevalência e incidência do diabetes e da hipertensão nos adultos entre 20 e 59 anos.

Ainda, dentro desta contra-tendência mundial de inversão de pirâmide populacional, há uma prevalência de doenças infecto-contagiosas sobrepondo-se às

doenças crônicas. Entretanto, não há um número representativo de casos de dengue, tuberculose e hanseníase na área, sendo estes nulos atualmente. A grande representatividade das doenças infectocontagiosas está entre as doenças sexualmente transmissíveis, parasitoses, diarreias, gastroenterites, Infecções de Vias Aéreas Superiores (IVAS), doenças do aparelho urinário, toxoplasmose. As doenças crônicas estão em sua maioria representadas pela HAS, DM e complicações destas comorbidades como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Encefálico (AVE), úlceras venosas, nefropatias e cardiopatias como cardiomegalia e Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC).

Acerca da saúde da mulher, há uma incidência importante de gestantes na área adstrita. Assim, no primeiro semestre de 2012 foram cadastradas no pré-natal, 60 gestantes. A média é de cerca de 40 gestantes/mês. Acredita-se que este alto índice se deva à falta de uma estrutura sólida familiar e educacional e de fluxos assistenciais eficazes entre os diferentes níveis de atenção que realizam ações de planejamento familiar. Entretanto, apesar destes números altos, não se registra qualquer óbito materno há pelo menos 3 anos na área adstrita do Andorinhas e nenhum óbito infantil há 2 anos, tendo sido registrado em 2011 quatro abortos, e apenas um caso no primeiro semestre de 2012 com causa justificada. Acredita-se que esta nulidade da taxa de mortalidade materno-infantil represente a qualidade da atenção à mulher e à criança prestada pela ESF Andorinhas.

1.2.3 Perfil Estrutural da Unidade

A estrutura da unidade também é precária, e, apesar de ser unidade própria da prefeitura municipal de Ouro Preto e ter sido construída já com a finalidade de abrigar um serviço de saúde, não está de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC 50) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A unidade encontra-se mofada, com as paredes descascadas e não laváveis, as salas não são suficientes para que os profissionais atendam concomitantemente e não há um espaço destinado a atividades educativas e reuniões de equipe. Possui três consultórios específicos para atendimento para comportar toda a gama de profissionais citados anteriormente. Com isso, a sala de vacina e de pré-consulta (usada pelo técnico e auxiliar de enfermagem) muitas vezes são utilizadas para atendimento individual dos profissionais. Possui um

cômodo que funciona como sala de convivência e cozinha e não há um espaço destinado ao descanso dos profissionais. A única sala destinada à gerência não é espaçosa o suficiente para comportar uma pessoa e tem sido utilizada como arquivo e almoxarifado. O expurgo é improvisado, assim como a área de alocação de material contaminado (banheiro de usuário). A sala de curativo é adaptada e muito pequena, além de não possuir boa ventilação e iluminação natural, bem como a sala de vacina. Na recepção ficam os arquivos com documentos e prontuários familiares. A sala de espera é espaçosa, porém, não há lugares suficientes para que as pessoas possam aguardar de forma confortável pelo seu atendimento.

A unidade de saúde não está em uma área de fácil acesso e não está adaptada para receber idosos e pacientes especiais, com dificuldade de locomoção (cadeirantes) uma vez que, a rua e a rampa que dão acesso à unidade de saúde não são asfaltadas, são calçadas com pedras muito irregulares.

1.2.4 Área e Distribuição Geográfica

A microárea 1, representada pela cor amarela no mapa inteligente, é composta por 650 pessoas. É uma das áreas mais carentes do bairro, com um elevado número de residências sem saneamento básico, sem calçamento. Além disso, é uma área com problemas sociais como tráfico de drogas, abuso de álcool, desemprego, agravos de saúde mental, entre outros. A população é envelhecida e atualmente possui 6 gestantes cadastradas e acompanhadas.

A microárea 2 representada pela cor roxa no mapa inteligente, possui 532 pessoas. Possui áreas de difícil acesso, tendo, por isso, serviços públicos prejudicados como atendimento por ambulância, coleta de lixo, carros pipa entre outros. Há regiões onde as pessoas não possuem água encanada e utilizam de água contaminada das minas. Há um índice elevado de tráfico de drogas e abuso de álcool e drogas, além de um alto registro de violência contra mulher, crianças e abandono de menores. No momento, possui 7 gestantes cadastradas e acompanhadas.

A microárea 3, representada pela cor marrom, é composta por 624 moradores. Corresponde à área onde está localizado a unidade de Saúde, sendo uma área central,

porém, não é de fácil acesso. Há um alto índice de animais (cachorros) abandonados que ameaçam os moradores; há regiões sem saneamento básico, sem calçamento e sem energia elétrica. Possui um índice elevado de pessoas com depressão, pacientes em tratamento na Saúde Mental, bem como violência doméstica e tráfico de drogas. Possui 7 gestantes.

A microárea 4 é identificada pela cor vermelha tendo 535 habitantes. Possui áreas sem saneamento básico, áreas sem água tratada, calçamento e sem energia elétrica. Há um elevado índice de hipertensos e diabéticos além de alguns casos esporádicos de abuso sexual e violência contra a mulher. Possui pontos de tráfico de drogas, alto índice de usuários de droga e álcool. Possui 6 gestantes. Na área existe um órgão que atende crianças carentes com trabalhos de incentivo ao esporte, ao artesanato e ao estudo denominado "Auta de Souza" e que atualmente abriga os grupos de atividade física realizados pelos profissionais do NASF.

Representada pela cor azul claro, a microárea 5 possui 548 moradores e apresenta regiões sem calçamento, de difícil acesso, sem saneamento básico. Tem grande contingente de hipertensos, pacientes em acompanhamento com problemas de saúde mental e deprimidos, bem como elevado índice de crianças abandonadas. Possui 07 gestantes.

Representada pela cor Azul escuro, a microárea 6, onde moram 624 pessoas, é uma das regiões mais carentes do bairro, sendo a que possui o índice mais elevado de hipertensos de toda a área adstrita. Possui regiões de difícil acesso, sem calçamento e saneamento básico. Há um grande número de animais abandonados, sendo necessário, esporadicamente, solicitar a atuação da vigilância sanitária, já que estes atacam os moradores. No momento, possui 6 gestantes.

As microáreas 7 e 8 identificam-se pelas cores laranja e verde respectivamente abrangem o Morro da Queimada, umas das regiões mais violentas de Ouro Preto. É uma área de difícil acesso e de perigo até mesmo para os funcionários da unidade de saúde em visitas domiciliares. Uma região extremamente carente, com um elevado índice de hipertensos, diabéticos, e portadores de úlcera arterial, entre outras comorbidades. Ambas possuem 4 e 3 gestantes respectivamente. Há também um

grande número de idosos e crianças de 0 a 5 anos. Nestas áreas há esgoto a céu aberto, áreas sem água tratada, bem como a falta de calçamento. Há um elevado número de desempregados, pessoas envolvidas com o tráfico de drogas e etilistas. São nestas áreas que se encontram a maior parte dos problemas sociais da comunidade como o abandono de menores, violência contra a mulher e contra a criança, e casos de desnutrição em menores de 5 anos. As microáreas 7 e 8 possuem 609 e 599 pessoas respectivamente.

Feita uma pequena explanação dos principais problemas distribuídos por microárea, apresentam-se agora os quadros seguintes que têm por finalidade sintetizar os dados coletados por ocasião do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Andorinhas. Os dados foram conseguidos a partir de bases de dados secundárias como o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e observação ativa. Para a realização deste diagnóstico foram realizadas reuniões com a equipe da ESF.

1.2.5 Distribuição da População

A população atual da área de abrangência da ESF Andorinhas é de 4.721 indivíduos cadastrados. O quadro 1 apresenta a distribuição da população por faixa etária e sexo.

Quadro 1- Distribuição da população por faixa etária e sexo- ESF Andorinhas 2012

CADASTRO FAMILIAR 2012					
	Faixa etária	Masculino	Feminino	Total	%
Crianças	< 1 mês	2	1	3	0,06
	1 a 11 meses	26	34	60	1,27
	1 a 4 anos	140	136	276	5,84
	5 a 9 anos	213	209	422	8,93
Sub-total de crianças		381	380	761	16,11
Adolescentes	10 a 14 anos	210	257	467	9,89
	15 a 19 anos	238	237	475	10,06
Sub-total de adolescentes		448	494	942	19,95
Adultos	20 a 24 anos	238	227	465	9,84
	25 a 29 anos	213	201	414	8,76
	30 a 34 anos	193	190	383	8,11
	35 a 39 anos	175	198	373	7,90
	40 a 44 anos	140	158	298	6,31
	45 a 49 anos	114	131	245	5,18
	50 a 54 anos	108	124	232	4,91
	55 a 59 anos	115	118	233	4,93
Sub-total de adultos		1296	1347	2643	55,98
Idosos	60 a 64 anos	71	72	143	3,13
	65 a 69 anos	43	48	91	1,92
	70 a 74 anos	27	36	63	1,33
	75 a 79 anos	11	21	32	0,67
	> 80 anos	10	36	46	0,97
Sub-total de idosos		162	213	375	7,94
TOTAL		2287	2434	4721	100,0

Fonte: SIAB, 2012

2 JUSTIFICATIVA

A adolescência tem despertado grande interesse, tanto na mídia, quanto no âmbito das políticas públicas. Especialmente a partir de 1985, definido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como Ano Internacional da Juventude, inúmeras iniciativas foram desencadeadas em todo o mundo, visando o levantamento das necessidades sociais dos jovens que viriam a constituir as futuras gerações de adultos no terceiro milênio. Esse processo de institucionalização refletiu mudanças que vinham ocorrendo quanto às expectativas sociais diante dessa etapa da vida, no sentido de reservá-la prioritariamente aos estudos, com vistas a capacitar os jovens sujeitos para o ingresso em melhores condições no mercado de trabalho. Na área da saúde, a adolescência refere-se à faixa etária de 10 a 19 anos, período este caracterizado por grandes transformações físicas, psicológicas e sociais. Frequentemente, incorre-se em uma naturalização do processo de transição da infância à vida adulta e, ao mesmo tempo, reitera-se o caráter “imaturo” e “irresponsável” dos jovens (AQUINO *et al.*, 2003). Desta forma, são frequentemente discutidos em relação aos jovens, temas como o uso abusivo de drogas, os acidentes de trânsito e as violências, as doenças sexualmente transmissíveis e as gestações não planejadas.

Contudo, a gravidez na adolescência não é um fenômeno recente. Historicamente, as mulheres vêm tendo filhos nessa etapa e, mesmo em um contexto de intensa redução da fecundidade, não se constatou no Brasil um deslocamento correspondente da reprodução para faixas etárias mais velhas, tal como ocorreu em países industrializados centrais (AQUINO *et al.*, 2003).

Nesse contexto demográfico, a gravidez na adolescência passa a ter grande visibilidade social, ao representar uma “contra tendência”, principalmente ao se analisar os dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC), onde se observa um aumento dos nascimentos de mães com menos de vinte anos de idade.

De acordo com Garcia e Koyama (2009), entre 1996 e 2006 houve uma redução significativa de pouco mais de meio ano na idade média de início da vida sexual, de 18,6 para 17,9 anos. Segundo esta mesma fonte, em 2006, 88,7% das mulheres entre 15 e 49 anos tiveram relação sexual alguma vez na vida. A comparação entre 1996 e

2006 revelou que na faixa etária 15-19 anos houve um considerável aumento da proporção de mulheres sexualmente ativas.

A abordagem da gravidez na adolescência tem assumido o caráter de problema social do fenômeno, partindo do pressuposto de que nas adolescentes existiria “*incapacidade fisiológica para gestar e incapacidade psicológica para criar*” (CAMARANO, 1998, p.44). Dentro dessa lógica, seria uma experiência indesejada, dado que restringiria as possibilidades de exploração de identidade e de preparação para o futuro profissional. Em função disso, passou a ser vista como uma situação de risco biopsicossocial, capaz de trazer consequências negativas não apenas para as adolescentes, mas para seus descendentes e a sociedade (SILVA *et al.*, 2012).

Porém, segundo a médica Carmita Abdo, coordenadora do Projeto Sexualidade do Hospital das Clínicas de São Paulo e professora da Faculdade de Medicina da USP, a gravidez na adolescência, embora inoportuna, nem sempre é indesejada. O desejo de conquistar uma vida melhor, de ter atenção e afeto e de começar a estruturar uma vida autônoma, muitas vezes, levam as meninas a, inconscientemente, esperar que uma gravidez resolva isso (BRASIL, 2010).

Na sociedade contemporânea a concepção e criação de filhos têm ainda se restringido à mulher, não incluindo o pai da criança nessa esfera. Isto pode ser percebido na inexistência de dados demográficos sistematizados sobre a participação da população jovem e masculina na esfera reprodutiva, em pesquisas realizadas pelos principais Institutos de Análise de Dados do Estado de São Paulo (SEADE) e do Brasil (IBGE), reforçando a invisibilidade social do parceiro masculino (LYRA, 1998).

Já Costa *et al.* (2005) defendem que no que se refere aos filhos, os homens só estão excluídos do ato de gestar e amamentar, podendo ser sujeitos coparticipantes em todos os momentos, auxiliando, apoiando mãe e filho e fortalecendo os laços entre eles. E a recusa do homem para aceitar a paternidade pode gerar inquietações ao longo da vida e quando esta atitude ocorre na juventude pode gerar conflitos que vêm a interferir no relacionamento posterior desses com filhos e família.

Esta incidência de gestações na adolescência, em um país de grande heterogeneidade social e regional, com enfoque na mulher, tende a colocar estas jovens como vítimas da própria ignorância ou in consequência, resultando em políticas

voltadas ao controle da “gravidez precoce”. Mas isto é, de fato, uma situação que não deve ser negligenciada pelos órgãos públicos e pelas famílias, já que as implicações na vida, principalmente das gestantes adolescentes, são muitas, embora estudos recentes tenham criticado o enfoque de risco que permeia a literatura sobre sexualidade e reprodução na adolescência, procurando evidenciar a complexidade do fenômeno e os desafios colocados para sua adequada investigação como foi também observado por Aquino *et al.* (2003). Em relação às trajetórias escolares e profissionais das jovens mulheres, estes autores argumentam que grande proporção de gestações na adolescência acontece depois que as jovens já deixaram a escola, não podendo, portanto, ser consideradas como determinantes da pobreza, mas possivelmente por ela condicionadas.

O grau de escolaridade é um dos fatores que, por exemplo, diferencia de maneira contundente o uso consistente do preservativo nos últimos 12 meses e na última relação sexual (GARCIA e KOYAMA, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde (2009) pesquisa realizada em 2006 mostrou que das mulheres com 12 anos ou mais de estudo, 34,7% fizeram uso do preservativo na última relação sexual, contra 13,1% das mulheres com 4 anos de estudo.

Aquino *et al.* (2003) ao concordarem com Heilborn *et al.* (2002) dizem que nas classes populares, a juventude tende a ser mais breve com a interrupção precoce dos estudos e a inserção (ainda que precária) no mercado de trabalho, sem que seja atingida uma autonomia plena, em decorrência da precariedade das condições de vida. E, além disso, a experiência de uma gravidez inscreve-se em uma etapa de aprendizado da sexualidade, que assume contornos singulares no contexto da cultura sexual brasileira, envolvendo complexas interações entre homens e mulheres, o que torna necessário situá-la no quadro das relações e papéis de gênero

Tem-se como pressuposto que a gravidez na adolescência é vivida de múltiplas formas e que os contextos sociais definem universos de possibilidades e de significações diferentes entre os jovens de distintas classes sociais, sendo a maneira como os jovens recebem suas primeiras informações sobre reprodução e contracepção importante para situá-los em diferentes perfis de socialização para a sexualidade,

expressando, além disso, o peso das diversas instituições nesse processo (AQUINO *et al.*, 2003).

A comunicação verbal entre mãe e filha em torno da menarca é uma oportunidade de transmissão de normas, valores e conhecimentos sobre comportamentos preventivos. Estudos mostram que as mulheres cujas mães conversaram sobre menstruação com elas antes da menarca engravidaram menos na adolescência. Isso também foi constatado quando a mãe e o pai foram incluídos entre as fontes das primeiras informações sobre gravidez e meios de evitar filhos, efeito não verificado entre os homens (AQUINO *et al.*, 2003).

Em contextos fortemente marcados por desigualdades de gênero e classe social, a maternidade se apresenta não apenas como “destino”, mas como fonte de reconhecimento social, para as jovens mulheres, desprovidas de projetos educacionais e profissionais, como descrito por Le Van (1998) e observado por Aquino *et al.*(2003).

Sabe-se que mais que educação sexual, as crianças precisam de uma educação para a vida. Antes da puberdade, elas precisam aprender que podem realizar seus sonhos por meio dos estudos, do trabalho e da construção de um longo projeto de vida. E que o namoro, por melhor que seja aos 15 anos, não deve atrapalhar esse projeto (BRASIL, 2010).

2.1 Riscos e problemas associados à gestação na adolescência

A gestação na adolescência é considerada uma situação de risco biológico tanto para as adolescentes como para os recém-nascidos. Alguns autores observam que características fisiológicas e psicológicas da adolescência fariam com que uma gestação nesse período se caracterizasse como uma gestação de risco (DIAS; TEIXEIRA, 2010). Há evidências de que gestantes adolescentes podem sofrer mais intercorrências médicas durante gravidez, e mesmo após esse evento, quando comparadas com gestantes de outras faixas etárias.

As complicações mais associadas com a gravidez na adolescência são a pré-eclâmpsia, a anemia, as infecções, o parto pré-termo, as complicações no parto e puerpério e perturbações emocionais bem como as consequências associadas à

decisão de abortar. A maior incidência de recém- nascidos prematuros e de baixo peso ao nascer está relacionada com fatores biológicos (imaturidade e ganho de peso inadequado) e fatores socioculturais como pobreza e estilos de vida adotados pelas adolescentes (RODRIGUES, 2010)

Além disso, a gestação em adolescentes pode estar relacionada a comportamentos de risco como, por exemplo, a utilização de álcool e outras drogas ou mesmo à precária realização de acompanhamento pré-natal durante a gravidez (DIAS; TEIXEIRA, 2010)

Entretanto, na escala social, um aspecto que se sobrepõe é a mídia. Sendo um dos principais alvos para o consumo, as crianças e adolescentes recebem diariamente informações através da mídia, as quais, muitas vezes, são inadequadas às suas necessidades ou desproporcionais à sua fase de desenvolvimento, gerando uma simplificação e banalização de conceitos éticos, morais e sexuais. Crianças de 2 a 8 anos de idade estão em maior risco da influência de modelos de violência, enquanto na pré-adolescência a influência sobre comportamento sexual e uso de drogas é mais significativa (FEIJÓ; OLIVEIRA, 2001).

Dias e Teixeira (2010), atentam também para o fato de que a ocorrência de problemas de saúde tanto na jovem como na criança pode estar mais relacionada ao estado de pobreza do que à idade da jovem propriamente. Observam ainda que uma boa parcela da população de gestantes adolescentes encontra-se em condições socioeconômicas precárias, o que por sua vez está associado a uma maior ausência de condições adequadas de higiene, habitação, alimentação e saúde.

2.2 A Estratégia de Saúde da Família Andorinhas

O alto índice de gravidez na adolescência que ocorre na área de abrangência da ESF Andorinhas é vivenciado pela equipe de saúde de uma forma bastante intensa e preocupante. Isto parece ser reflexo da baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico vivenciado pela comunidade em geral, o que abre espaço para a sexarca precoce e gravidez indesejada, mesmo com tanta informação, seja na mídia, na escola, e no posto de saúde durante conversas e orientações feitas pelas

enfermeiras e médicos durante as consultas, o acolhimento e grupos.

Na área de abrangência, existem até o momento, 40 gestantes. Destas, 15% têm idade entre 15 e 19 anos. Na faixa etária de 20 a 25 anos estão 57,5% das gestantes; as que têm entre 26 e 30 anos somam 12,5% e de 31 anos ou mais representam apenas 15% do total. Vale ressaltar que muitas das que possuem mais de 20 anos já têm pelo menos um filho. Esta situação, muitas vezes reflexo dos problemas apontados pelo diagnóstico situacional da área, não é preocupante apenas em virtude da pouca idade das gestantes o que aumenta o risco da gestação e o impacto social que isto acarreta para elas e para a comunidade, mas é agravada pelo uso de drogas lícitas e ilícitas e pelo início tardio do pré-natal, o que demanda rotineiras buscas ativas destas mulheres para as consultas e atenção redobrada da equipe de saúde no acompanhamento destas gestantes.

Este número elevado de gestantes gera uma grande demanda por consultas de pré-natal, fazendo com que, por vezes, haja falta de vagas dentro do período de inter consultas preconizado, já que, mesmo com a enfermeira realizando de dez a doze consultas semanais de pré-natal, juntamente com mais oito atendimentos médicos, as vagas ainda são insuficientes. Desta forma, tendo em vista todas as questões concernentes à gravidez na adolescência (a maioria não planejada), faz-se necessária a elaboração de um plano de intervenção, cuja justificativa pauta-se no grande contingente de gestantes e crianças atendidas pela ESF, que são hoje o maior público atendido pela agenda da enfermeira, demandando, assim, intervenções para os problemas detectados por este profissional e sua equipe. Além disso, será relevante para as usuárias que terão na ESF uma maneira de encontrar soluções/ orientações pertinentes à sua realidade permitindo que as adolescentes consigam realizar um planejamento familiar adequado por meio da educação em saúde com enfoque para a sexualidade, e possam a partir disso postergar a gestação e o fazer com responsabilidade quando julgarem ser o momento.

Além disso, contribuirá para resolver entraves sociais que porventura interfiram neste processo de planejamento familiar. Isto por meio de planos de intervenção que possam auxiliar a comunidade a ter maior consciência da sua situação de saúde e principalmente de sua responsabilidade no que diz respeito a falta de planejamento familiar.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de ação com vistas a reduzir a incidência de gestação na adolescência e promover a gestação planejada na área de abrangência da ESF Andorinhas.

4 METODOLOGIA

A metodologia para a criação do Plano de Intervenção seguiu os passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES) e baseou-se na revisão de literatura obtida por meio das bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), site de pesquisa Google acadêmico, publicações do Ministério da Saúde e dados do SIAB Ouro Preto, sendo utilizados para tanto os seguintes descritores:

- Gravidez na adolescência;
- Planejamento familiar;
- Anticoncepção;
- Educação sexual.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

As políticas públicas de saúde, desde a década de 1990, elaboram e incorporam na agenda a atenção à saúde do adolescente, não apenas pelos problemas que afligem ou que são gerados por esse grupo populacional, ou pelas vulnerabilidades (compreendidas como um conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social, cuja interação amplia ou reduz o risco ou proteção de um grupo), mas, sobretudo, pela compreensão de ser um grupo que necessita de promoção e proteção, pelo potencial de contribuição para o desenvolvimento pessoal, familiar e comunitário, tendo em vista a energia, o espírito criativo, inovador e construtivo presente nesta fase (GURGEL *et al.*, 2010).

O Ministério da Saúde (2006) e Gurgel *et al.* (2010) concluem que a proteção necessária ao adolescente, descrita em leis, decretos e portarias, se ampliou devido ao maior acesso a bens e serviços que promovem a saúde, educação e o bem-estar a esse grupo, e esforços estão sendo feitos para incluir a família, a sociedade e os serviços de saúde de forma que estes entendam o processo de adolescer. Nessa compreensão, as ações devem estar focadas no desenvolvimento de habilidades, para o exercício pleno da cidadania e do protagonismo juvenil, e que demanda uma atuação construtiva de forma coletiva em busca de transformação.

O desenvolvimento humano é um processo multidimensional, que ocorre durante o curso de vida, contextualizado por fatores biológicos, psicológicos, socioculturais e históricos que determinam as transformações (BRASIL, 2006).

O enfermeiro e os outros profissionais que integram a equipe da Saúde da Família veem desenvolvendo um olhar aprofundado sobre o desenvolvimento humano, na perspectiva do curso de vida, que inclui todos os ciclos e que estes estão além dos aspectos biológicos e de saúde-doença (GURGEL *et al.*, 2010).

Na Islândia em 2008, foi realizada a Conferência de Galway, culminando com um consenso em relação à colaboração internacional no desenvolvimento de competências essenciais para a promoção da saúde. Compreendendo competência como a capacidade de aplicar adequadamente os conhecimentos, habilidades e atitudes para alcançar um determinado resultado em um contexto concreto. Na

Conferência, reafirmou-se o conceito de promoção da saúde descrito na Carta de Ottawa, como processo de capacitar as pessoas para aumentar o controle sobre sua saúde e seus determinantes. A Carta de Ottawa estabeleceu as bases para um novo paradigma de saúde, formalizadas nos cinco campos da promoção da saúde, dos quais se destaca o desenvolvimento de habilidades pessoais, mediante a divulgação de informação e Educação em Saúde, um campo de atuação privilegiado da enfermagem (GURGEL *et al.*, 2010).

O desenvolvimento de habilidades pessoais que construam competências auto-cuidativas aumenta o poder de decisão e negociação do adolescente, para não ceder às pressões, praticando o autocuidado, tendo atitudes positivas para lidar com a sexualidade e a prática de sexo seguro (BRASIL, 2008).

Apesar da dificuldade de nortear as práticas sexual e reprodutiva na adolescência, pesquisas realizadas em diferentes países têm verificado a interferência de distintos fatores no aumento da fecundidade nesta população, destacando-se a iniciação sexual precoce associada ao desconhecimento sobre saúde reprodutiva e a pouca utilização de contraceptivos, seja por falta de orientação da família e da escola ou pela ineficiência de serviços de planejamento familiar (BRUNO *et al.*, 2009).

Nos Estados Unidos e mais recentemente no Brasil, os índices de gravidez na adolescência tem sofrido uma elevação constante. De acordo com estatísticas nacionais, de 1975 a 1989 a porcentagem dos nascimentos de filhos de adolescentes solteiras aumentou 74,4% e tem se mantido constante, sem redução das cifras, em torno de 23%, desde 1997 até os dias atuais (BRUNO *et al.*, 2009).

No Brasil, a cada ano, cerca de 20% das crianças que nascem são filhas de adolescentes, o que representa o triplo dessas ocorrências na década de 70. A Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde, realizada em 1996, apontou que 14% das adolescentes já tinham pelo menos um filho, e as jovens mais pobres apresentavam fecundidade dez vezes maior (BRUNO *et al.*, 2009). Ao analisar informações contidas no Ministério da Saúde (2009), percebe-se que em 1990 os partos de mães adolescentes representaram 12,5% de todos os nascimentos no país. Já entre as adolescentes grávidas atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS) no período de

1993 a 1998, houve aumento de 31% dos casos de meninas grávidas nas idades entre 10 e 14 anos.

Em comunidades carentes, segundo Moreira (2010), engravidar na adolescência seria uma característica cultural do meio em que vivem. Muitas das jovens se vêm frustradas em relação à perspectiva de vida, futuro profissional, estudantil e tem poucas alternativas de lazer, cultura e educação nessas localidades, restando a elas apenas terem filhos. Para muitas adolescentes as famílias são desestruturadas e lhe faltam o básico para sobreviver com dignidade como alimentação, condições boas de higiene, espaço físico dentro da casa. Muitas famílias enfrentam problemas de alcoolismo, desemprego, violência doméstica e freqüentemente ausência da presença paterna.

Catharino e Giffin (2002) reforçam ainda, que, as meninas buscam um lugar social. Invenção esta, que, no entanto não diz respeito a um projeto individual, mas a um projeto coletivo, pois é construído a partir de significados relativos à maternidade e às oportunidades materiais disponíveis em nossa sociedade. No entanto, através de um mecanismo de inversão a partir da diminuição das perspectivas do jovem, com sua concomitante perda de opções enquanto sujeito social, que é apontada como consequência da gravidez, genericamente afirmada como indesejada.

Conforme observado por Joffily e Costa (2006), a adolescente usa o sexo como meio de buscar o afeto que lhe falta, para sanar a carência afetiva que se acentua neste período pela mudança de atitude que os pais e a sociedade passam a ter com ela. Ela não recebe mais os cuidados e proteção que recebia na infância. Nem tampouco recebe orientações adequadas quanto ao exercício da sua sexualidade. O sexo passa a ser visto como canal de descarga de suas angústias e conflitos e também como algo perigoso, com risco de engravidar.

As adolescentes são, em alguns casos, estimuladas a se relacionarem com homens mais maduros, com o propósito de se casarem ou ao menos manter um relacionamento estável, que minimize as carências econômicas da família. Essa exploração sexual pode ocorrer de maneira discreta, quando a família “aceita” o relacionamento da jovem com um homem muitas vezes mais velho (MOREIRA, 2010).

A baixa escolaridade das adolescentes indica que quanto menor a escolaridade, maior chance de ocorrência de uma gravidez precoce. Essas adolescentes, das

classes mais baixas da sociedade, parecem estar mais vulneráveis a uma gestação precoce, pois muitas vezes idealizam situações românticas e felizes, acreditam que um filho pode trazer conforto, companhia e apoio do homem amado. Além disso, as adolescentes provavelmente envergonhadas de terem uma vida sexual fora do casamento não assumem a responsabilidade de usar algum contraceptivo ou acabam atribuindo esta responsabilidade ao homem (MOREIRA, 2010). Este autor ainda afirma que quanto maior o número de anos de estudo, menores as taxas de gravidez entre os adolescentes, maior o uso do preservativo e possivelmente menor a exposição às DSTs, ao HIV e ao abortamento, inclusive em condições de risco. Então, percebe-se que a escolaridade, na verdade, pode ser expressão de uma série de outros indicadores sociais, como baixa renda e baixa informação.

O cuidado materno é um exercício conflitivo, ora representado pelo alcance da maturidade e apropriação do filho, ora confrontando-a com insegurança, dependência e sensação de incapacidade como cuidadora do próprio filho. A mudança de uma situação de dependência para a de independência no cuidado materno requer escuta ativa e acolhimento e a percepção por parte dos profissionais de saúde dos anseios desta mãe-menina no cuidado com seu filho. Por sua vez, alguns experimentos conduzidos com mulheres que vivenciaram a gravidez na adolescência têm se observado que mesmo diante de tantas repercussões negativas a maternidade nesta fase da vida pode se constituir como um projeto de vida, porém a adolescente necessita nesta etapa de assistência integral, para que esta decisão não a reporte à exclusão e solidão (CAVALCANTE, 2011).

Cavalcante (2011) ainda afirma que para haver uma assistência à saúde integral e eficiente o acesso da população deverá ser garantido, em especial ao público adolescente, pois este pouco utiliza os serviços de saúde e quando o fazem buscam apenas serviços curativos e não de prevenção. Dentre os mecanismos de prevenção destacam-se o papel das equipes de Saúde da Família (ESF), em especial dos enfermeiros, que por trabalhar o modelo de atenção preventivo reporta-nos a estratégias e mecanismos de captação precoce da adolescente para que a mesma haja consciente na sua escolha frente à decisão de uma gravidez precoce ou não.

Análise feita por Amaral e Fonseca (2005), mostra que as questões de gênero influenciam nos processos de construção dos sujeitos sociais e na formação dos

papéis masculino e feminino. Isto interfere no comportamento sexual dos adolescentes e a discussão deste tema se faz importante na medida em que, com isso, se constroem posturas críticas diante dos papéis sociais motivando os sujeitos, em especial a mulher a reivindicar seus direitos, a se tornar agente de mudança.

No Brasil, desde a institucionalização da Lei n. 8.069/90 que regulamenta o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) firmou-se a mais recente política pública voltada a criança e ao adolescente. A partir desta lei em seu artigo 1º e parágrafo 3º determinou-se que a criança e o adolescente gozem de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata a mesma, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (CONANDA, 2003). Assim, a necessidade da formação de serviços de saúde de qualidade tem sido colocada como um desafio para o alcance de melhores condições de vida e de saúde dos adolescentes e jovens brasileiros, o que passa pela compreensão da importância das dimensões econômica, social e cultural que envolve a vida deste grupo, sendo imprescindível para o desenrolar deste serviço a garantia de acesso ao sistema de acordo com o grau de complexidade da atenção a ser prestada (BRASIL, 2005).

Cavalcante (2011) analisando o trabalho de Berlofi *et al.* (2006) concluiu que além do incremento à saúde como política preventiva, a educação, também, é um fator protetor e enfatiza que uma grande política pública para este grupo ainda é a educação formal cujos estudos apontam que a fecundidade tende a diminuir com o aumento do nível de escolaridade. Desta forma, o incremento da educação no país e o incentivo para que os jovens prossigam, além do ensino fundamental, apresenta reflexos imediatos na saúde sexual e reprodutiva da população.

Nesse sentido, a escola torna-se um espaço privilegiado para a captação de adolescentes e jovens, pois, agrega grande parte dos adolescentes e jovens de uma comunidade, é um espaço de socialização, formação e informação, pois é na escola que os adolescentes passam grande parte de seu tempo. Deste modo, a escola deve ser tratada como uma grande parceira institucional da saúde (BRASIL, 2005).

Silva *et al.* (2004) dizem que é necessário, cada vez mais, que os programas e

os profissionais que lidam com adolescentes, aprofundem seus conhecimentos e suas ações de prevenção contínua, passem a combater os fatores que colocam em risco as expectativas de futuro das adolescentes e fortaleçam os fatores de proteção para a saúde e para a vida. Duarte (2002) defende que prevenção se faz com garantias no atendimento integral, multiprofissional e intersetorial, no acesso a uma educação que compreenda os aspectos da adolescência normal, seus riscos e seus desafios; na criação de espaços onde o adolescente possa falar de suas dúvidas, de seus problemas, de seus sonhos; no incentivo ao amor pelo conhecimento e pelos livros, num resgate das raízes da nossa identidade e da nossa tradição, na valorização da nossa história. Também se faz através de garantias de acesso a cultura e esportes, como uma forma de incentivar um potencial.

Trabalhar na Equipe Saúde da Família (ESF) com desenvolvimento de habilidades em saúde sexual e reprodutiva do adolescente, na perspectiva da promoção da saúde na prevenção da gravidez precoce, constitui um desafio para os profissionais de saúde, pois, atender um sujeito que se encontra em pleno processo de transformação biopsicossocial e pautar a atuação, levando em consideração as necessidades e singularidades desse grupo, exige um processo de crescimento e de aquisição de novas competências: conhecimentos, habilidades e atitudes para os dois protagonistas do processo: enfermeiro e adolescente (GURGEL *et al.*, 2010).

O conhecimento dos fatores relacionados à gravidez na adolescência dentro de cada realidade social pode se constituir em um importante caminho para a implementação de ações que possam modificar essa realidade e favorecer o exercício pleno e saudável da sexualidade dos adolescentes. Desta forma, o conhecimento do profissional de saúde acerca destes fatores, neste caso, os relacionados à área adstrita à ESF Andorinhas, bem como a inserção na comunidade que atende, torna possível propor ações que impliquem na redução do problema da gestação precoce e não planejada.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

As etapas da criação do plano de intervenção são explicadas à seguir e ilustradas pelos quadros que se seguem.

Inicialmente foram definidos quais seriam os principais nós críticos relacionados ao problema “alto índice de gravidez em adolescentes” na área adstrita à ESF Andorinhas. Definidos estes nós, foram propostas ações para diminuir o impacto destes na população adolescente. Com isso, foram descritos os resultados que se espera conseguir com estas ações.

A partir dos resultados esperados, foram descritos também alguns produtos provenientes destes resultados, bem como os recursos necessários à execução das ações propostas.

O quadro 1 ilustra a primeira etapa de elaboração do plano de intervenção.

Quadro 1 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
“Baixo nível de educação para a saúde” daquela população	Grupo de planejamento familiar , para aumentar o potencial da ESF para o esclarecimento de dúvidas e orientação dos casais/adolescentes a respeito do planejamento familiar.	Casais jovens e adolescentes com conhecimento a cerca da importância do planejamento familiar que permita a prática da paternidade e da maternidade com responsabilidade.	Manter o grupo de Planejamento Familiar; conseguir mais participantes e intensificar as campanhas a respeito do planejamento familiar.	<p><i>Financeiro-</i> para aquisição de materiais (som, datashow, folhetos educativos, materiais de papelaria para eventos, etc.)</p> <p><i>Cognitivos-</i> Para informação e elaboração de estratégias para atingir o público alvo.</p> <p><i>Organizacionais-</i> para organizar o grupo</p> <p><i>Político-</i> para mobilização social</p>

Baixo nível de informação	Projeto Adolescer Aumentar o nível de informação e instrução dos adolescentes para a saúde.	Adolescentes mais bem informados e orientados em relação à saúde reprodutiva e sexual, e com bons conhecimentos acerca dos métodos contraceptivos.	Campanha educativa no PSF e na escola; capacitação dos profissionais envolvidos.	<i>Organizacional-</i> para organizar e implementar o projeto. <i>Políticos –</i> parcerias com secretaria municipal de educação <i>Cognitivos – para</i> elaboração de estratégias para atingir o público alvo. <i>Financeiro-</i> para aquisição de materiais (som, datashow, folhetos educativos, materiais de papelaria para eventos, etc)
----------------------------------	---	--	--	---

O segundo passo para a elaboração do Plano de Intervenção foi definir quais seriam os recursos críticos, ou seja, os recursos mais difíceis de se obter ou que ainda não estavam disponíveis para a execução das ações/operações propostas. O quadro 2 ilustra este segundo passo.

Quadro 2 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema

Operação/Projeto	Recursos críticos
<p align="center">Grupo de Planejamento Familiar</p>	<p>Político- mobilização social</p> <p>Financeiro- para aquisição de materiais (som, datashow, folhetos educativos, materiais de papelaria para eventos, etc.)</p>
<p align="center">“Projeto adolescer”</p>	<p>Político- parcerias com secretaria de educação e adesão dos profissionais</p> <p>Financeiro- para aquisição de materiais (som, datashow, folhetos educativos, materiais de papelaria para eventos, etc).</p>

Uma vez definidos quais os recursos críticos de cada ação, foram elencados quem seriam os atores envolvidos e qual o grau de motivação (interesse) dos mesmos em disponibilizar estes recursos. Assim, quando o grau de interesse de determinado ator era desfavorável, eram criadas ações estratégias para criar a motivação. O quadro 3 mostra esta terceira etapa da elaboração do plano de intervenção.

Quadro 3 - Propostas de ações para a motivação dos atores

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
“Grupo de planejamento familiar” para aumentar o potencial da ESF para o esclarecimento de dúvidas e orientação dos casais a respeito do planejamento familiar.	Político- mobilização social	Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal, PSF.	Favorável	Não é necessária
	Financeiro – para aquisição de materiais (som, Datashow, folhetos educativos, materiais de papelaria para eventos, etc.)	Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal.	Favorável	Não é necessária
“Projeto adolescer” Aumentar o nível de informação e instrução dos adolescentes para a saúde.	Político- parcerias com secretaria de educação e adesão dos profissionais	Secretaria Municipal de Educação e profissionais da escola.	Indiferente	Apresentar o projeto com argumentação pertinente. Mostrar dados reais e resultados esperados.
	Financeiro- para aquisição de materiais (som, datashow, folhetos educativos, materiais de papelaria para eventos, etc.)	Prefeitura municipal e Secretaria de saúde	Favorável	Não é necessário

Em seguida, foram definidos os responsáveis por cada operação/ação a ser feita, bem como os prazos para que elas fossem realizadas. O quadro 4 mostra o detalhamento desta etapa.

Quadro 4 - Divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<p>“Grupo de planejamento familiar” para aumentar o potencial da ESF para o esclarecimento de dúvidas e orientação dos casais a respeito do planejamento familiar</p>	<p>Casais jovens e adolescentes com conhecimento a cerca da importância do planejamento familiar que permita a prática da paternidade e da maternidade com responsabilidade</p>	<p>Manter o grupo de Planejamento Familiar; conseguir mais participantes intensificar as campanhas a respeito do planejamento familiar.</p>	—	<p>Médico de família, enfermeiras, técnicos de enfermagem e ACS's.</p>	<p>01 mês para implantar o grupo. 02 meses para capacitar os profissionais</p>
<p>“Projeto adolecer” Aumentar o nível de informação e instrução dos adolescentes para a saúde.</p>	<p>Adolescentes mais bem informados e orientados em relação à saúde reprodutiva e sexual, e com bons conhecimentos a cerca dos métodos contraceptivos.</p>	<p>Campanha educativa no PSF e na escola; capacitação dos profissionais envolvidos.</p>	<p>Apresentar o projeto com argumentação pertinente, dados reais resultados esperados.</p>	<p>Médico de família, enfermeiras, ACS's, técnicos de enfermagem, professores.</p>	<p>02 meses para a implantação do projeto na escola. 01 mês para a capacitação dos profissionais.</p>

Finalmente, a quinta etapa da construção do plano de intervenção consiste em acompanhar o andamento de cada operação/ação. Isto foi feito a partir da estratificação dos produtos esperados para cada ação e monitoramento dos prazos para o alcance destes. Os quadros 5 e 6 ilustram esta etapa.

Quadro 5 - Planilha para acompanhamento de projetos

Operação “grupo de Planejamento Familiar”					
Coordenação: Médico de família e enfermeiras					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Criação do grupo de Planejamento familiar	Médico de família e enfermeiras	1 mês	A realizar	Aguarda implantação do plano	-
Aumentar o número de participantes	ESF	1 mês	A realizar	Aguarda implantação do plano	-
Intensificar as campanhas respeito do planejamento familiar	ESF	1 mês	A realizar	Aguarda implantação do plano	-

Quadro 6 - Planilha para acompanhamento de projetos

Operação “Projeto adolecer”					
Coordenação: Escola municipal e ESF					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1- Campanha educativa no PSF e na escola	ESF e escola	2 meses	A realizar	Aguarda implantação do plano	-
2- Capacitação dos profissionais envolvidos	Médico de família e enfermeiras	1 mês	A realizar	Aguarda implantação do plano	-

Após a implantação deste plano de intervenção, será necessário, contudo, que a equipe avalie os resultados das intervenções, por meio da observância da efetiva redução do índice de gravidez em adolescentes da área. Para isso, sugere-se realizar a contagem anual de adolescentes grávidas após as ações e compará-la ao número anterior à aplicação destas. Além disso, a equipe poderá desenvolver outras formas de

constatar se houve de fato maior informação por parte dos jovens e se isso foi fator importante na redução do número de adolescentes grávidas.

6.1 Impactos esperados na comunidade

Este trabalho teve por finalidade a criação de um plano de intervenção e não a sua implantação, espera-se que após a implementação das ações propostas, ou seja, após a efetiva implantação do plano de intervenção, a população adolescente adstrita à ESF Andorinhas, Morro Santana, tenha ampliado seu conhecimento a cerca da importância do planejamento familiar e, como consequência pratique a paternidade e a maternidade com responsabilidade. Pretende-se ainda que, os adolescentes se tornem mais bem informados e orientados em relação à saúde reprodutiva e sexual, com bons conhecimentos a cerca dos métodos contraceptivos, reduzindo, desta forma, o índice de gravidez em adolescentes desta área. E, além disso, possam descobrir novas possibilidades de suprirem carências diversas por meio da educação preventiva e promotora da saúde advinda da escola e da equipe de Saúde da Família.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde que me inseri na ESF Andorinhas, a gravidez na adolescência foi algo que sempre me chamou muito a atenção, tanto pelo elevado número de adolescentes grávidas, quanto pelo seu aumento intenso e contínuo. Desta maneira, observando a comunidade, seus problemas e dificuldades, foi possível constatar que a elevada incidência de gestação em adolescentes estava diretamente ligada às precárias condições de vida que enfrentavam. Muitas destas adolescentes possuem poucos anos de escolaridade, e muitas vezes abandonaram os estudos para trabalhar e ajudar financeiramente suas famílias. Outras, no entanto, viam na gestação uma maneira de adquirir certo “status”, já que pensam que ao terem um filho, por exemplo, com garotos ligados ao tráfico de drogas, seria uma maneira de obter certo respeito da comunidade e até do próprio companheiro, uma espécie de estabilidade conjugal. Porém, é possível perceber também que engravidar precocemente, ou seja, com pouca idade, é algo quase que “cultural”, uma vez que muitas destas adolescentes grávidas são filhas de mães que também engravidaram na adolescência.

Desta maneira, sendo este de fato um problema em todos os bairros adstritos à ESF Andorinhas, foi necessário criar um plano de intervenção que auxiliasse a modificar este cenário. E esta necessidade visa não apenas à redução do índice de gravidez na adolescência, mas também a melhorar a assistência pré-natal prestada pela equipe de saúde da família, na medida em que o serviço seria menos sobrecarregado e, por conseguinte atenderia em tempo mais hábil todas as gestantes da área.

Colocar este plano de ação em prática é ao mesmo tempo urgente e difícil, pois, sendo a gravidez na adolescência, encarada como um problema social, sua resolução depende dos profissionais estarem engajados a realizar estas ações, de políticas públicas capazes de reduzir os fatores determinantes do problema, mas, muito mais dos adolescentes estarem dispostos a interiorizar e internalizar as informações que lhes são transmitidas pela equipe de saúde e pela escola. É mais um desafio a ser enfrentado na “doce e dura” realidade de trabalho dos profissionais educadores da Estratégia de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, M. A.; FONSECA, R. M. G. S. Entre o desejo e o medo: representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual. **Revista da Escola de Enferm. da USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 469 – 476, 2005.
- AQUINO, E. M. L. *et al.* Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a19v19s2.pdf> Acesso em: 22 out. 2012.
- BERLOFI, L. M. *et al.* Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um programa de planejamento familiar. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 196 – 200, mar/abr, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Caderno de informações de saúde: Informações Gerais**, 2009. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/BR/Brasil_GeralBR.xls> Acesso em: Nov. 2013
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Gravidez na Adolescência**. Saúde da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-da-crianca-e-do-adolescente/gravidez-na-adolescencia>>. Acesso em: Set. 2013
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Área Técnica de Saúde do Adolescente e Jovem**. Política nacional de atenção integral à saúde do adolescente e jovem. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=241 Acesso em: nov. 2013
- BRASIL. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para organização de serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescentes_jovens.pdf Acesso em: nov.2013
- BRUNO, Z.V. *et al.* Reincidência de gravidez em adolescentes. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.31 n.10. Rio de Janeiro. out. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032009001000002&script=sci_arttext Acesso em: out. 2012.

CAMARANO, A. A. Fecundidade e anticoncepção da população de 15-19 anos. In: VIEIRA, E. M.; FERNANDES, M. E. L.; BAILEY, P. E.; MCKAY, A, organizadores. **Seminário Gravidez na Adolescência**, Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família; 1998.p.35-46.

CONANDA. Conselho Nacional dos direitos da criança e do adolescente. **Estatuto da Criança e do Adolescente**, 2003.

CATHARINO, T. R.; GIFFIN, K. **Gravidez e Adolescência**: investigação de um problema moderno. Secretaria de Estado de Saúde, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br> Acesso em: nov. 2013

CAVALCANTE, M. F. A. **A percepção de mães adolescentes sobre a maternidade: Inter-relações entre gênero e sexualidade**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina, 2011. Disponível em: <http://www.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files/Dissetacao%20MILENA-1.pdf> Acesso em: maio de 2013.

COSTA *et al.* Gravidez na adolescência e co- responsabilidade paterna: trajetória sociodemográfica e atitudes com a gestação e a criança. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10. n. 3. Rio de Janeiro Jul/Set., 2005.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300028 Acesso em: ago. 2013.

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. **Gravidez na adolescência**: um olhar sobre um fenômeno complexo. Revisão crítica da literatura, v. 20 n. 45. Ribeirão Preto. Jan./abr., 2010. Disponível em:

www.scielo.br/pdf/paideia/v20n45/a15v20n45.pdf. Acesso em: out. 2012.

DUARTE, A. **Gravidez na adolescência**. Ai, como eu sofri por te amar. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Ventos, 3. ed. Sarvier, 2002.

FEIJÓ, R. B.; OLIVEIRA, E. A. Comportamento de risco na adolescência. Artigo de Revisão. **Jornal de Pediatria**. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2001. Disponível em: http://www.jped.com.br/conteudo/01-77-S125/port_print.htm. Acesso em: set. 2013.

GARCIA, S.; KOYAMA, M. Longevidade sexual e práticas sexuais desprotegidas: desafios para a promoção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres. In: **BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher- PNDS**, Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf Acesso em: set. 2013

GURGEL, M. G. I, *et al.* Desenvolvimento de habilidades: estratégia de promoção da saúde e prevenção da gravidez na adolescência. **Revista Gaúcha de Enfermagem** (online), v.31 n.4. Porto Alegre. Dez. 2010. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000400005&script=sci_arttext Acesso em: out. 2012.

HEILBORN, M. L. *et al.* Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 8, nº 17, p. 13-45, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ha/v8n17/19074.pdf> Acesso em: nov. 2013

JOFFILY, S. M. L. C.; COSTA, L. F. **É possível prevenir gravidez na adolescência?** Brasília, 2006. Disponível em: www.psicologia.com.pt Acesso em: nov. 2013.

LE VAN, C. *Les Grossesses à l'Adolescence. Normes Sociales, Réalités Vécues.* Paris: L'Harmattan, 1998.

LYRA, J. *A Construção Social da Invisibilidade da Paternidade Adolescente nos Dados Demográficos. XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais.* 1998. Disponível em: <http://www.abep.org.br> Acesso em: nov. 2013

MOREIRA, I.C. **O significado da gravidez para as adolescentes de comunidade de baixa renda.** Trabalho de TCC- Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2540.pdf Acesso em: maio de 2013.

RODRIGUES, R. M. Gravidez na Adolescência. **Nascer e Crescer- Revista do Hospital de crianças Maria Pia.** v. XIX, n. 3, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/nas/v19n3/v19n3a21.pdf> Acesso em: set. 2013

SILVA, D. I. B. *et al.* **Revista Brasileira de Sexualidade Humana.** Percepção de mães adolescentes antes e depois da vivência em oficinas de orientação sexual. v.15, n.2, p.25-26, 2004. Disponível em: www.sbrash.org.br/portal/images/stories/pdf/2-rbsh-vol15-2004-n2.pdf#page=18 Acesso em ago. 2013.

SILVA, F.N. *et al.* Gravidez na adolescência: perfil das gestantes, fatores precursores e riscos associados. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.3, n.3, p.1166-178, 2012. Disponível em: www.gestoesaude.unb.br/index.php/gestoesaude/article/download/.../p... Acesso em: set. 2013.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. SIAB. Ouro Preto, Minas Gerais, 2012.