

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**SUELLEN MAGALHÃES DIAS OLIVEIRA**

**EDUCAÇÃO SEXUAL PARA ADOLESCENTES NA REALIDADE DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**UBERABA - MINAS GERAIS**  
**2013**

**SUELLEN MAGALHÃES DIAS OLIVEIRA**

# **EDUCAÇÃO SEXUAL PARA ADOLESCENTES NA REALIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientadora: Profa. Irlene Aparecida Nogueira

UBERABA - MINAS GERAIS  
2013

**SUELLEN MAGALHÃES DIAS OLIVEIRA**

**EDUCAÇÃO SEXUAL PARA ADOLESCENTES NA ÁREA DE  
ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
CANAÃ II EM UBERLÂNDIA - MG**

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. Irlene Aparecida Nogueira

**Banca Examinadora:**

---

---

---

**Aprovado em Uberaba \_/\_/\_**

*Aos meus pais e irmã, que são motivo do meu trabalho e a razão da minha existência.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todas as pessoas que direta ou indiretamente colaboraram para a elaboração deste projeto.

Em especial à Equipe de Saúde da Família Canaã II que sempre esteve disposta a colaborar com informações e na busca de soluções. Sobretudo me deu a oportunidade de observar a realidade e tentar transformar a mesma.

À orientadora Profa. Irlene Aparecida Nogueira pelas instruções.

À Deus, pelo qual tudo se faz possível.

*“Prudência é saber distinguir as coisas desejáveis das que convém evitar.”*

*Cícero*

*(106-43 a.C.) filósofo grego*

## **RESUMO**

Em Unidade Básica de Saúde da Família de um município de Minas Gerais, é possível constatar um número elevado de gestantes. Tal fato é observado na territorialização e consequente diagnóstico situacional da população adstrita. O bairro ao qual pertence o estabelecimento de saúde tem suas particularidades que acabam por intervir neste problema, como a baixa escolaridade e baixo nível econômico-social. Na prática do consultório, é possível observar quão grande parte das gestantes é composta por adolescentes. Visto que representa gestação de alto risco, e diante da demanda crescente de pré-natal para essas jovens, entende-se que seja necessário intervir com o objetivo de trazer esse jovem para o cuidado compartilhado, instruindo a respeito de contracepção, doenças sexualmente transmissíveis e consequências de uma gravidez indesejada. Estudaram-se então quais pontos seriam cruciais para a transformação dessa realidade e depois de identificados elaborou-se projeto de intervenção a fim de equacioná-los. O “Mina de Resposta” vem com a ideia central de aproximar os adolescentes da Unidade de Saúde para arrebatá-los da situação de risco em questão e trazê-los ao universo da atenção básica de saúde.

**Palavras-chave:** Gravidez. Adolescentes. Contracepção.

## **ABSTRACT**

In a Basic Unit of Family Health of a city in Minas Gerais, appears a large number of pregnant women. This fact is observed in the territorialization and consequent situational diagnosis of the enrolled population. The neighborhood that belongs to the health facility has its own peculiarities which eventually intervenes in this problem, such as low education and low socio-economic level. In practice of the office is possible to note how large part of the pregnant women consists of teenagers. Since it represents high risk pregnancy, and given the increasing demand for prenatal care for these young people, it is understood that it is necessary to intervene in order to bring this young man to shared care, teaching about contraception, sexually transmitted diseases and consequences of an unwanted pregnancy. We studied then points which would be crucial for the transformation of this reality and after identification, was elaborated project intervention to resolve them. The "Mina de Responsa" comes with the central idea of bringing teens to the Health Unit for take out them of the risk situation and bring them to the universe of primary health care.

**Keywords:** Pregnancy. Teenagers. Contraception.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Tabela 1 – Demonstrativo da população de Uberlândia por faixa etária no ano de 2010.

Quadro 1 – Priorização de problemas.

Fluxograma 1 – Identificação de nós críticos.

Quadro 2 – Análise dos projetos envolvidos no programa “Mina de Resposta” quanto aos resultados e recursos esperados, assim como os recursos necessários.

Quadro 3 – Análise dos recursos críticos e pessoas envolvidas nos projetos Plug e Mente Aberta.

Quadro 4 – Plano de ação.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

CDS – Conselho Distrital de Saúde

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CRM – Conselho Regional de Medicina

DSTs – Doenças Sexualmente Transmissíveis

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDEB – Índice de Desenvolvimento da Educação Básica

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

PSF – Programa de Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

UAPSF – Unidades de Atendimento Primário à Saúde da Família

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| Introdução.....  | 11 |
| Justificativa.....   | 16 |
| Objetivos:   |    |
| Objetivo geral.....  | 17 |
| Objetivos específicos.....   | 17 |
| Metodologia.....   | 18 |
| Desenvolvimento  |    |
| 1. Problemas: Descrição, explicação e identificação de “nós críticos”..... | 19 |
| 1.1. Criminalidade e Drogadição.....                                       | 19 |
| 1.2. Planejamento Familiar / Gravidez na Adolescência.....                 | 20 |
| 1.3. Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos.....                       | 20 |
| 1.4. Falta de Estrutura Física da Unidade de Saúde.....                    | 21 |
| 2. Recursos críticos, viabilidade e plano operativo.....                   | 24 |
| 3. Mina de responsa.....   | 25 |
| Considerações finais.....  | 29 |
| Referências.....   | 31 |

## INTRODUÇÃO

Antes de tudo, faz-se necessário o reconhecimento do espaço geográfico e realidade econômica, social e histórica do local da problemática, a fim de se fazer um diagnóstico situacional.

O município de Uberlândia localiza-se na região Sudeste do Brasil, Estado de Minas Gerais, na Mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba. Sua malha de rodovias lhe dá facilidade de ligação com importantes centros comerciais do país, como a capital do Estado, São Paulo, Goiânia e Brasília. O prefeito atual da cidade é o ex-deputado federal Gilmar Machado, eleito nas últimas eleições com mais de 68% das intenções de voto e com uma longa carreira política em Uberlândia e região. Nomeou para o cargo de secretário municipal de saúde o Dr. Almir Fernando Loureiro Fontes e para a coordenação da atenção básica a Dra. Elisa Toffoli Rodrigues (UBERLÂNDIA, 2013).

Historicamente, a região do Triângulo Mineiro e consequentemente de Uberlândia, somente teve sua ocupação definitiva a partir do século XIX, quando a Província de Minas Gerais resolveu dar incentivos, ou melhor, terras (as sesmarias), aos desbravadores da região, a fim de colonizar o território. As primeiras famílias chegaram a essas terras por volta de 1823, inicialmente dedicados à plantação da mandioca, cereais e criação de gado. Organizadas nas margens do Rio Uberabinha, e com a primeira capela edificada, a região foi elevada a Vila em 1888. Neste mesmo ano, em 31 de agosto, criou-se o Município de Uberabinha. Somente em 1929 houve a mudança do nome para Uberlândia. Em 1943 o município passou a ter a organização atual em cinco distritos, a saber, Uberlândia, Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia, Miraporanga e Tapuیرama (UBERLÂNDIA, 2011).

Segundo o CENSO 2010 a área total do município é de 4.115,82 Km<sup>2</sup>, destes, apenas 219 Km<sup>2</sup> pertencentes à zona urbana. Conta-se 219.125 domicílios, com uma taxa de urbanização de 97,26%. Tem um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,83, comparativamente maior que o do país e o do estado. A renda familiar teve um incremento importante nos últimos anos e hoje, o rendimento médio por domicílio é de R\$ 1.026,56, entretanto 3,5% da população ainda encontram-se abaixo da linha da pobreza e destes, 1,2% abaixo da linha da indigência. 97,6% dos moradores tem acesso à água tratada e 98,2% tem recolhimento de esgoto por rede pública. O setor de serviços na cidade representa 50,79% da

atividade econômica, seguida do comércio, com 22,63% da participação. Entretanto, foi a construção civil que mais cresceu nos últimos anos – 7,61% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

Segundo estimativas do IBGE, em 1º de julho de 2012, o município de Uberlândia contava com 619.536 habitantes. Porém, o último recenseamento oficial realizado em 2010, revelou uma população de 604.013 habitantes, distribuída por faixas etárias conforme a Tabela 1 (UBERLÂNDIA, 2011).

**Tabela 1** – Demonstrativo da população de Uberlândia por faixa etária no ano de 2010.

| <b>Idade em anos</b> | <b>Número de indivíduos</b> |
|----------------------|-----------------------------|
| 0 a 4                | 39.206                      |
| 5 a 9                | 40.897                      |
| 10 a 14              | 45.486                      |
| 15 a 19              | 50.872                      |
| 20 a 24              | 57.879                      |
| 25 a 29              | 57.140                      |
| 30 a 34              | 53.888                      |
| 35 a 39              | 46.691                      |
| 40 a 49              | 86.526                      |
| 50 a 59              | 63.754                      |
| 60 a 69              | 34.831                      |
| 70 a 79              | 18.615                      |
| >80                  | 8.228                       |
| <b>Total</b>         | <b>604.013</b>              |

Fonte: Dados obtidos do Banco de Dados Integrados 2011, Uberlândia.

Também neste ano, o município de Uberlândia apresentou uma taxa de crescimento populacional de 20,5%. A população está concentrada na zona urbana, que apresenta densidade demográfica de 2.706,2 hab/Km<sup>2</sup>, e apenas 4,3 hab/ Km<sup>2</sup> na zona rural. A taxa de escolarização no município correspondia a 82,6% em 2010 e o número de analfabetos era de 3,7% da população, destes, 15% fazia parte da população idosa. Uberlândia está na 870ª posição pelo Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) 2011, recebendo nota 5,8 e 4,8 respectivamente para a 4ª e 8ª séries. O IDEB nacional foi de 4,7 e 3,9 nesse mesmo ano (BRASIL, 2011).

Quanto à saúde, a Lei de Diretrizes Orçamentárias do município reserva para o ano de 2013 um fundo de R\$ 403,8 milhões, configurando-se o segundo setor a receber mais investimentos, perdendo apenas para a área de infraestrutura. Privilegiada pelo alto investimento na saúde, a atenção básica ganhará destaque para os próximos anos, pois o governo municipal, com apoio federal, pretende dobrar a cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) que hoje corresponde a 25% (CÂMARA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA, 2012).

O Hospital das Clínicas de Uberlândia, vinculado a Universidade Federal de Uberlândia, é o único hospital público de referência à média e a alta complexidade, e atende o município e em média, mais 30 cidades da região. A Atenção Básica tem grandes dificuldades em alcançar esse serviço de referência, visto que a demanda é muito maior que a capacidade de atendimento, e o Hospital funciona de portas abertas para todos os níveis de atenção. Assim, a atenção básica municipal compete com muitos outros para a entrada nesse serviço de referência. Não existe a cultura da contra-referência, de forma que os casos encaminhados dificilmente retornam para acompanhamento simultâneo.

Agravando os problemas da saúde pública, faltam médicos no sistema. Segundo Nogueira (2013), apenas metade dos médicos inscritos no Conselho Regional de Medicina (CRM) de Uberlândia trabalha no Sistema Único de Saúde (SUS). Esse desfalque se justifica pelos baixos salários oferecidos a esses profissionais, somado a uma alta carga horária e condições de trabalho ruins.

Dentro da “macrorrealidade” de Uberlândia, existe a especificidade do Bairro Jardim Canaã, que surgiu na década de 90, na periferia oeste da cidade devido ao grande crescimento pelo qual passava o município no final do século XX. O nome sugestivo do Bairro se deveu

ao seu primeiro loteador a fixar-se no local. Por ser muito religioso, o homem deu ao Bairro e às suas ruas nomes bíblicos (LASSI, 2013).

A comunidade foi se expandindo ao longo do tempo, e hoje conta com várias escolas, creches, serviços sociais e três Unidades de Atendimento Primário à Saúde da Família (UAPSF). Com 14.860 habitantes, segundo CENSO 2010, o crescimento vertiginoso pelo qual passou a comunidade trouxe consigo alguns problemas estruturais graves como aumento da criminalidade e drogadição. A comunidade é dependente do sistema público de saúde em quase sua totalidade, sendo o SUS responsável pelo atendimento de 93,54% da população local. A taxa de escolaridade do bairro corresponde à taxa do município, porém há um volume muito grande de analfabetos funcionais. No todo, percebe-se que as famílias não são estruturadas nem no âmbito sócio-cultural, nem no âmbito econômico.

Dentro do grande complexo do Bairro Jardim Canaã, existe o Canaã II, onde se localiza uma das três UAPSFs da região. A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Canaã II contava com 4.269 pessoas e 1.249 famílias cadastradas no fim de 2011. A faixa etária da população do Canaã II se distribui a semelhança da organização do município em que a maior parcela é representada pela população jovem entre 20 e 29 anos. A cobertura dos serviços de infraestrutura também é espelhada nos números do município, pois 99,24% das famílias recebem água da rede pública, 98,56% possuem esgoto sanitário, e 98,95% possuem rede elétrica.

Nenhuma das três unidades de saúde do Bairro possui um Conselho local de saúde, porém o Conselho Municipal de Saúde (CMS) da cidade de Uberlândia conta com cinco instâncias descentralizadas: os Conselhos Distritais de Saúde (CDS). A Unidade do Canaã II participa do CDS Oeste que tem a si vinculados mais outros onze UAPSFs além de mais oito unidades de saúde / reabilitação. O CDS do Setor Oeste se reúne uma vez ao mês e discute os principais pontos para melhoria do sistema. Como todo Conselho de Saúde conta com a participação dos usuários e também dos trabalhadores de saúde e representantes governamentais. A população participa com afinco e as outras esferas também são muito engajadas. Todas as propostas são discutidas e alguns ganhos são conseguidos através desse poder de negociação e conciliação do CDS.

Quanto ao perfil de doença, 11% da população total do Canaã II é hipertensa e 2,4% é diabética. Destacam-se ainda as doenças mentais e o alto número de gestantes. A UBSF Canaã II existe há cinco anos e há três anos está localizada no endereço atual, no bairro,

porém fora de sua área de abrangência, funcionando de segunda a sexta-feira das 7h30min às 17 horas. O espaço físico é precário e faltam salas para todos os profissionais. Atualmente a equipe encontra-se em transição e constitui-se de seis agentes comunitários, uma médica generalista fixa e outra volante, uma psicóloga, duas técnicas de enfermagem, uma enfermeira, duas recepcionistas, uma assistente social, um educador físico, e conta com tutorias quinzenais de ginecologia e obstetrícia.

A maior parte dos atendimentos se dá por agendamento, porém é grande o volume de acolhimentos. A Unidade também trabalha em parceria com a Organização Não Governamental (ONG) Periferarte, utilizando-se do espaço físico desta para realização de grupos como de hipertensos e diabéticos, além disso, as atividades desempenhadas pelo educador físico também se dão no espaço físico da ONG. O atendimento médico é dividido de maneira a organizar dias para determinados agravos, assim, pela manhã se atende casos diversos e as tardes de segunda e quarta são agendadas para pré-natal, tardes de terça para puericultura e quintas à tarde para visita domiciliar e reunião de equipe.

A Unidade tem passado por grandes transformações devido à chegada de novos profissionais, aliás, este também é um dos problemas encontrados: a alta rotatividade dos profissionais de saúde desta unidade, principalmente médicos. Entretanto, o clima atual é de esperança e novas perspectivas.

## **JUSTIFICATIVA**

Diante das explicitações acima, e do impacto da gravidez na adolescência e suas repercussões na vida social, econômica e de mortalidade infantil, entende-se que seja preciso estudar o tema a fim de localizar seus pontos de potencial resolução.

Em se comparando a média nacional de partos de adolescentes, a unidade a que se refere este trabalho apresenta média quase três vezes maior em muitos fechamentos mensais, ou seja, trata-se de problema grave local e que não acompanha o ritmo nacional de diminuição gradativa de gravidez na adolescência. É preciso intervir.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GERAL**

Solucionar os nós-críticos do agravo “gravidez na adolescência” identificados a partir da análise situacional da população e propor projeto de intervenção para os mesmos: tempo ocioso dos adolescentes e falta de educação sexual.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar instituições de ensino parceiras para o projeto de educação sexual.
2. Orientar família e adolescentes a respeito da necessidade de estudar o assunto.
3. Entender os motivos pelos quais as informações sobre educação sexual não são seguidas na prática em sua massacrante maioria.
4. Buscar parcerias na sociedade em prol de proporcionar atividades extra-curriculares aos jovens em questão.

## **METODOLOGIA**

Análise dos dados estatísticos referentes à unidade de saúde e percepção diária da equipe em relação ao aumento progressivo de gravidez na adolescência, assim como entrevista informal às adolescentes que procuraram assistência médica para pré-natal e suspeita de gravidez.

Ainda nesse sentido, escuta das instituições de ensino do Bairro, a fim de confirmar a percepção da existência do problema e identificar apoiadores do projeto.

Diante da percepção da realidade, iniciou-se revisão da literatura sobre os aspectos relevantes da gravidez na adolescência, assim como seu impacto social e econômico, as possíveis explicações do problema e a comparação com diferentes realidades locais, do Brasil e do mundo.

Por fim, a criação do projeto baseado em outras experiências exitosas, observando a realidade local e os recursos disponíveis.

## **DESENVOLVIMENTO**

### **1. PROBLEMAS: DESCRIÇÃO, EXPLICAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DE “NÓS CRÍTICOS”**

A UAPSF Canaã II vive um cenário difícil, com muitos problemas a serem resolvidos. É uma unidade de saúde da família que ainda não se encontra bem estruturada, pela alta rotatividade dos profissionais da equipe, poucos recursos físicos e financeiros, número extrapolado da população adstrita e graves problemas sociais. Por meio de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e da observação do espaço, é possível restringir alguns elementos preocupantes, que seriam: Criminalidade e drogadição; Planejamento familiar e gravidez na adolescência; Acompanhamento de diabéticos e hipertensos em números medianos; Falta de estrutura física da unidade.

#### **1.1. Criminalidade e Drogadição**

O Bairro Jardim Canaã sempre teve um dos maiores índices de criminalidade da cidade de Uberlândia. Fator que recebe a contribuição pesada do narcotráfico e drogadição. No dia a dia da comunidade é possível perceber que esse agravo de saúde está intimamente relacionado com a falta de estrutura familiar do local. As famílias não são bem constituídas, geralmente há vários moradores em pequenos espaços, com condições financeiras precárias, sem um membro familiar de referência e com baixa instrução escolar. Ademais, há para este bairro uma migração importante de pessoas de outras cidades ou ainda de outros estados que conseguem subempregos ou ainda pior, que permanecem desempregados, o que pode favorecer o arrebatamento dessas pessoas para o mundo das drogas e da criminalidade.

## **1.2. Planejamento Familiar e Gravidez na Adolescência**

Na UBSF Canaã II é possível constatar um número muito elevado de gestantes. Na prática do consultório é muito grave observar o número massacrante de mulheres que utilizam contraceptivos, mas que o utilizam de forma errada. A gravidez também não parece à maioria delas um assunto tão importante que mereça preocupações ou que tenha graves consequências, pelo contrário, muitas desejam a gravidez a fim de conseguir mais recursos através de projetos assistencialistas do governo ou ainda dos pais dessas crianças. Mais grave que apenas uma gravidez não planejada, é a gestação que acontece na adolescência. O número de gestantes abaixo de 20 anos de idade corresponde a 34,15% (no mês de abril de 2013) do total das gestantes cadastradas na unidade em questão, o que representa índice altíssimo. A falta de planejamento familiar acarreta o crescimento desordenado da população e, como citado na análise populacional, visto que a população é, quase em sua totalidade, dependente do SUS, o produto final será a hipertrofia do sistema de saúde – que, em parte, também recebe contribuição do alto número de imigrantes (citado acima).

## **1.3. Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos em Números Medianos**

Em média, aproximadamente 74% da população hipertensa cadastrada e 68% da população diabética são acompanhadas mensalmente. Não são números ruins, no entanto, são pouco expressivos para uma boa equipe de saúde da família. Tal fato deve se justificar pelo alto número da população total cadastrada que faz com que seja muito difícil o acompanhamento regular, tamanho o volume da demanda.

#### 1.4. Falta de Estrutura Física da Unidade de Saúde

A Unidade de Saúde da Família do Bairro Canaã II não conta com estrutura física adequada para o atendimento da população. Não há número suficiente de salas para todos os profissionais, não conta com recepção organizada para o conforto dos pacientes, tem apenas um banheiro para toda a população que frequenta e ainda tem carência de recursos básicos frequentemente, como material de curativo, fitas de glicosímetro, folhas de papel, etc.

Embora haja a necessidade de resolver todos os problemas, para uma abordagem prática e possível, faz-se necessário a priorização dos mesmos de forma a contemplar-se com mais agilidade aquele julgado de maior necessidade para o momento, segundo critério de importância (baixa, média ou alta), urgência 0 a 10 – sendo 0 de nenhuma urgência e 10 a maior urgência) e capacidade do grupo para enfrenta-lo (fora – o grupo não tem nenhum poder de resolução, parcial – a capacidade de enfrentamento é compartilhada por outros órgãos ou pessoas, dentro – o grupo tem total capacidade de enfrentamento).

A partir da análise criteriosa dos problemas, visualizada no Quadro 1, é possível identificar a gravidez na adolescência como o problema sobre o qual a equipe tem no momento o maior poder e a maior necessidade de intervenção.

**Quadro 1** – Priorização de problemas

| <b>Problema</b>                            | <b>Importância</b> | <b>Urgência</b> | <b>Capacidade de enfrentamento</b> | <b>Prioridade</b> |
|--|--------------------|-----------------|------------------------------------|-------------------|
| Criminalidade e Drogadição                 | Alta               | 8               | Parcial                            | 3                 |
| Gravidez na adolescência                   | Alta               | 10              | Parcial                            | 1                 |
| Acompanhamento de hipertensos e diabéticos | Alta               | 9               | Parcial                            | 2                 |
| Falta de estrutura física da unidade       | Média              | 7               | Fora                               | 4                 |

Fonte: Própria autora.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a gravidez na adolescência como uma gestação de alto risco devido a repercussões sobre a mãe e ao recém-nascido, além de acarretar problemas sociais e biológicos. A gravidez na adolescência pode levar a consequências emocionais, sociais e econômicas para a saúde da mãe e seu filho e ocorre no

extremo inferior da vida reprodutiva que é dos 10 aos 19 anos de idade (COSTA, 2011, p184).

No Brasil, no ano de 2010, o DATASUS informa que a percentagem das adolescentes brasileiras grávidas correspondia a 19,31%. Na “microrrealidade” da área de competência da UBSF Canaã II, segundo o SIAB, 24,14% das gestantes cadastradas no final de 2012 tinham faixa etária entre 10 e 19 anos, o que representava 4,15% das meninas desta idade. Embora a comparação seja de anos diferentes, é possível observar a gravidade do problema.

Segundo a divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, no Brasil, a taxa de nascimento entre mulheres com idade entre 15 e 19 anos, enquadra-se no perfil das altas taxas dos países da América Latina e Caribe, pouco menor apenas que os países da África Subsaariana. Ainda segundo o mesmo Departamento, essas gestações precoces estão intimamente relacionadas ao baixo nível de escolaridade e pobreza da população (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, DIVISÃO DE INFORMAÇÕES E RELAÇÕES EXTERNAS, 2011).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios confirmou o relato acima. A gravidez precoce está mais presente nas adolescentes com baixo nível de escolarização em detrimento daquelas que estudaram ou estudam por mais tempo. É um fato que podemos observar na Unidade de Saúde da Família Canaã II. A maioria dessas mães não teve oportunidade de estudo com qualidade e ainda, a maioria esmagadora daquelas que ainda estudam abandonam a escola após o parto ou no fim da gestação.

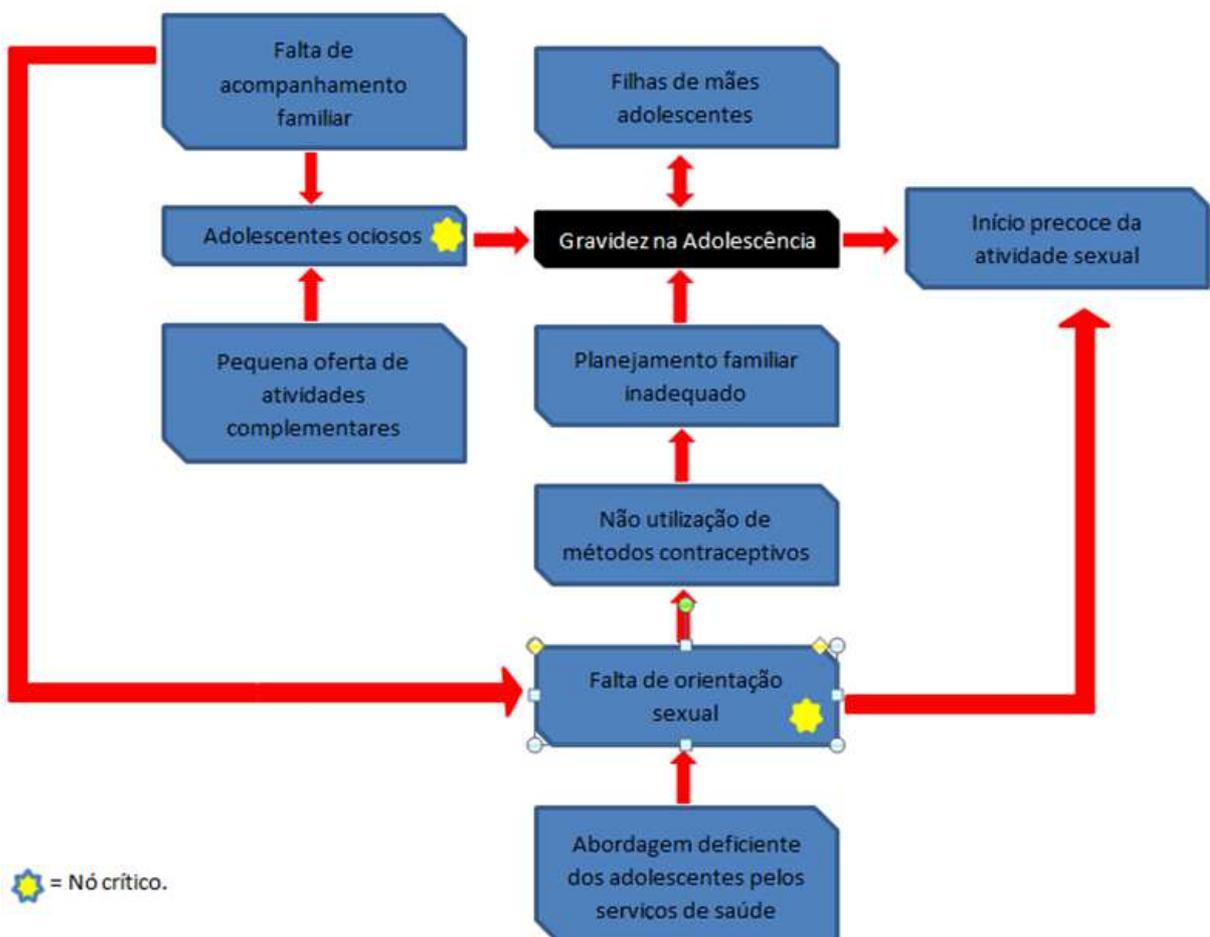
Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 44,2% das adolescentes grávidas pertencem a famílias com renda de até meio salário mínimo por pessoa. Isso representa 18% de todas as meninas de baixa renda, enquanto que daquelas com renda familiar de cinco ou mais salários por pessoa, apenas 1% está grávida. Não há dados registrados da capacidade econômica das pessoas do bairro em questão, mas é sabido que se trata de pessoas humildes, com pouco poder aquisitivo, até mesmo pelo fato de serem quase em sua totalidade dependentes dos serviços de saúde do SUS. Pelo dia a dia percebe-se que essas meninas realmente são participantes de famílias com baixa renda.

Outro fator importante é o histórico familiar. Muitas gestantes grávidas tem mãe que também engravidaram em sua adolescência. Na maior parte dos casos, as grávidas não tem

apoio familiar, nem diálogo em casa, nem ainda orientação sexual que seja feita pela escola ou pela família.

Como todo problema, a gravidez na adolescência tem fatores que o acarretam ou ainda que contribuem para que ele se mantenha. Alguns fatores são mais peças-chave para a manutenção do problema, os quais identificamos e chamamos de nós-críticos. Vide Fluxograma 1.

**Fluxograma 1** – Identificação de nós críticos.



## **2. RECURSOS CRÍTICOS, VIABILIDADE E PLANO OPERATIVO**

Diante da análise do problema eleito como o de maior governabilidade da equipe, é possível entender a falta de educação sexual e o tempo ocioso dos adolescentes como os itens-chave desse processo de manutenção do agravo gravidez na adolescência.

A procura é tirar esses adolescentes da improdutividade das horas ociosas e orientá-los, conversar sobre sexo, trazendo informações de saúde, quebrando tabus. Esta última ação talvez seja a mais simples e a mais difícil diante da dimensão grandiosa da religiosidade do bairro que, embora não esteja aberta a conversar sobre o assunto sem moralismos, convive diariamente com um número maior de adolescentes grávidas.

O público-alvo não costuma procurar a unidade com frequência, deixando para os momentos de queixas ou de pré-natal a ida à unidade de saúde. Dessa forma, percebe-se que é mais produtivo o caminho inverso. Ir até eles, e não esperar que eles venham.

A escola é o ambiente mais propício para tal encontro, visto o aglomerado dos jovens e crianças e ainda por ser papel da instituição a educação compartilhada desses indivíduos e também por se tratar de interesse da comunidade.

O exemplo da Finlândia, país da Europa que atualmente é modelo de saúde e educação reprodutiva, apesar de distante da realidade do Brasil, de Uberlândia e do Bairro Canaã, é consideravelmente aplicável, visto que se utilizou de recursos simples para transformar a situação de gravidez precoce naquele país. Na década de 70, a educação sexual passou a ser matéria obrigatória na escola e a partir da década de 90, o número de abortos e gestantes grávidas declinou vertiginosamente (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, DIVISÃO DE INFORMAÇÕES E RELAÇÕES EXTERNAS, 2011).

### 3. MINA DE RESPOSTA

O programa “Mina de resposta” busca responsabilizar a jovem sobre os cuidados com seu próprio corpo, no que diz respeito à prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e gravidez na adolescência.

O nome com conotação informal e linguajar equiparado ao ambiente jovem, tem o objetivo de aproximar o público alvo da proposta, com uma conotação de acolhimento, percepção da realidade dos adolescentes e sentimento de igualdade, sem posição de hierarquia ou autoritarismo, mas que traga a ideia de construção mútua do conhecimento.

No exemplo da Finlândia citado acima, as crianças começavam a receber educação sexual no 7º ano da escola. Na Literatura não se encontra uma idade ideal para o início da educação sexual, mas algumas pesquisas apontam que o início da atividade sexual tem sido cada vez mais cedo. O Ministério da Saúde entrevistou oito mil brasileiros entre setembro e novembro de 2008 e descobriu que 36,9% dos homens e 17% das mulheres iniciaram-se sexualmente com idade inferior aos 15 anos de idade. Destes, 64% dos meninos usaram preservativo na primeira relação e 57,6% das meninas tiveram a mesma atitude. Apesar de ruins, os números conseguem ficar ainda piores, pois apenas 32,6% das meninas confirmaram ter utilizado preservativo em todas as relações nos últimos 12 meses. Segundo a mesma pesquisa, aquelas garotas que alguma vez pegaram preservativo de graça tem mais que o dobro de chance de usar camisinha do que aquelas que não o fizeram (BRASIL, 2011).

Diante da precocidade das relações sexuais, sugere-se que essa abordagem seja feita a partir dos 10 anos de idade, que é quando se costuma observar o despertar da criança pelo sexo oposto. De forma alguma se pretende deixar de educar os adolescentes mais velhos, mas é necessário que sejam instruídos em momentos diferentes.

Considerando a faixa etária de interesse, o Bairro conta com uma escola estadual, duas escolas municipais e um centro educacional. Propõe-se um encontro a cada quatro meses em cada uma dessas escolas a fim de levar educação sexual aos jovens. Projeto “Mente Aberta”.

Poder-se-ia separar os adolescentes em dois grupos: de 10 a 13 anos e de 14 anos acima. Com uma linguagem própria para cada grupo e com aspectos de interesse para as diferentes idades, profissionais de saúde trariam informações sobre sexualidade.

Propõe-se a participação de um médico para discursar de maneira interativa sobre as mudanças fisiológicas da puberdade e seus aspectos ligados à sexualidade.

Um psicólogo para dizer a respeito das dificuldades de aceitação pelo grupo, enfrentadas pelos jovens e suas implicações em seus relacionamentos afetivos.

Um profissional de enfermagem ou médico para ensinar a respeito dos métodos contraceptivos.

Um agente comunitário de saúde ou uma assistente social para reforçar a abertura da unidade para receber esses jovens.

Todos os tópicos acima ocorreriam em um único dia, com ciclos de palestrar interativas, oficinas, com bastante participação dos adolescentes. Seria muito importante um momento para perguntas e respostas em cada uma dessas ações e no final a distribuição de folhetos educativos e orientação quanto à oferta de preservativos e outros métodos contraceptivos na unidade de saúde.

Para o segundo nó crítico, que se trata do tempo ocioso dos adolescentes, é preciso fomentar um espaço de convivência para os mesmos. E porque não um espaço virtual? Projeto “PLUG – Adolescentes Conectados”. Poderia ser criado em uma rede social, um grupo com os adolescentes do Bairro que trouxesse à tona assuntos de interesse dos adolescentes e ainda que promovesse encontros mensais em algum espaço (como a ONG do Bairro – Periferarte) para troca de experiências e outras atividades, como jogos, filmes, palestras, oficinas, etc.

Em seguida, quadros 2,3 e 4, para visualização mais objetiva do Programa Mina de Resposta e seus componentes.

**Quadro 2** – Análise dos projetos envolvidos no programa “Mina de Resposta” quanto aos resultados e recursos esperados, assim como os recursos necessários.

| <b>Nó crítico</b>        | <b>Projeto</b> | <b>Resultado esperado</b>   | <b>Produto esperado</b>   | <b>Recurso necessário</b>  |
|--------------------------|----------------|---|---|--|
| Tempo ocioso             | Plug           | No momento inicial, pelo menos metade dos adolescentes do bairro participando da rede social. | Criação do grupo e divulgação do mesmo pela unidade de saúde.                                     | Acesso à internet.   |
| Falta de educação sexual | Mente Aberta   | Visitação das 4 instituições de ensino com o ciclo de palestras pelo menos 2 vezes por ano.   | Diálogo com as escolas a fim de proporcionar o evento e colaboração dos profissionais envolvidos. | Ambiente escolar, profissionais de saúde, folhetos educativos e preservativos. |

Fonte: Própria autora.

**Quadro 3** – Análise dos recursos críticos e pessoas envolvidas nos projetos Plug e Mente Aberta.

| <b>Projeto</b> | <b>Recurso crítico</b>  | <b>Ator que controla</b>   | <b>Motivação</b>        | <b>Operações estratégicas</b>                 |
|----------------|---|----------------------------|-------------------------|---|
| Plug           | Organizacional = Criador do grupo   | UBSF                       | Favorável               | Motivar um integrante da ESF a criar o grupo. |
| Mente Aberta   | Organizacional = Conseguir os palestrantes e o apoio da escola<br>Financeiro = Folhetos e preservativos | UBSF / Secretaria de Saúde | Favorável / Indiferente | Apresentar o projeto às pessoas envolvidas.   |

Fonte: Própria autora.

**Quadro 4** – Plano de ação.

| <b>Operação estratégica</b>                   | <b>Responsável</b> | <b>Prazo</b>   |
|---|--------------------|--|
| Motivar um integrante da ESF a criar o grupo. | Médica da unidade  | Criação imediata do grupo.<br>1 mês de divulgação intensa.<br>2 meses para adesão de 50% dos jovens do bairro.   |
| Apresentar o projeto Mente Aberta             | Assistente social  | 1 mês para levar a proposta às escolas.<br>2 meses para solicitar recursos financeiros à Secretaria de Saúde.<br>1 mês para o convite dos palestrantes.<br>2 meses para o início das atividades. |

Fonte: Própria autora.

Quanto à gestão do Plano de Ação, haverá o acompanhamento mensal da adesão dos adolescentes ao grupo da rede social por meio da contagem dos novos adeptos. No que se refere ao projeto de ciclos de palestras, haverá a elaboração de um questionário sobre o comportamento atual e a mudança comportamental dos adolescentes ao fim das palestras, assim como a contabilização do número de adolescentes participantes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O agravo gravidez na adolescência não representa somente um problema de saúde, é uma questão muito maior, que envolve educação, contexto social, capacidade econômica, estrutura familiar e uma gama de outras questões. Quando se vê a realidade do Bairro em questão e diante do que diz a literatura, não seria uma grande surpresa esperar que houvesse ali um grande percentual deste problema, visto que a realidade local, conforme apresentado no diagnóstico situacional, oferece múltiplos “fatores de risco” para que a situação ocorra.

A percepção do problema inicialmente se deveu à vivência da equipe de saúde. Após elencarem-se os diversos fatores envolvidos, pode-se perceber o quão grande é o problema e quão amplo é. Elaborar um projeto de intervenção baseado nas principais questões apontadas – tempo ocioso dos adolescentes e falta de orientação sexual – e colocá-lo em prática, é fator primordial para a mudança dessa realidade.

Durante a revisão bibliográfica foi possível notar que a realidade da população cadastrada na UBSF Canaã II é mais grave que a do País em termos de números de adolescentes grávidas. O País tem conseguido reduzir o agravo gravidez na adolescência, porém na UBSF Canaã II não se observa esta tendência, pelo contrário, tem havido um incremento do total de gestantes grávidas abaixo de 20 anos.

O Projeto de Intervenção proposto busca reverter esta situação. Todos os agentes envolvidos encontram-se dispostos a colaborar para a execução. Acredita-se que incentivando a aproximação desses jovens da Unidade de Saúde e orientando-os com a participação dos pais e das instituições sociais e educacionais, é possível transformar a realidade.

A Bibliografia é extensa sobre o tema, havendo várias exposições de alternativas para a resolução do problema. Percebe-se também que, apesar de haver relatado aqui números sobre o Brasil, a realidade do agravo em questão é muito particular às diferentes realidades deste país continental. Mesmo dentro do município, tem-se dimensões diferentes para o mesmo problema segundo as especificidades de cada Bairro.

Diante de tamanha complexidade fica a percepção da amplitude do problema e a consciência das dificuldades que virão para a execução do projeto, mas também a convicção de que é possível mudar. Não há aqui uma ideia visionária de números mágicos, mas a

esperança de uma redução gradual de adolescentes grávidas, uma população jovem progressivamente mais informada, uma comunidade cada vez mais engajada nesta questão, e uma Unidade de Saúde incansável no projeto de educar, criar vínculos, e acolher esses jovens em situação de risco.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, Lidiane Aparecida; LOPES, Michelly de Lourdes. A Caminho da Metropolização? Transformações Espaciais de Uberlândia (MG). **Geografares**, Espírito Santo, n. 9, p.80-102, 2011. Jul./dez. ISSN 21753709. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufes.br/geografares>>. Acesso em: 28 mar. 2013
- BOENTE, Fernando. Cai para 77,7 Mil o Número de Alunos no Ensino Fundamental em Uberlândia. **Correio de Uberlândia**, Uberlândia. 31 dez. 2012. Disponível em: <<http://www.correiodeuberlandia.com.br/cidade-e-regiao/cai-para-777-mil-o-numero-de-alunos-no-ensino-fundamental-em-uberlandia/>>. Acesso em: 28 mar. 2013.
- BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Ministério da Educação. **IDEB - Resultados e Metas**. 2011. Disponível em: <<http://ideb.inep.gov.br/resultado/>>. Acesso em: 4 jan. 2014.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 64 anos 2008**. 2011. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2009/40352/pcap\\_2008\\_f\\_pdf\\_13227.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2009/40352/pcap_2008_f_pdf_13227.pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2014.
- CÂMARA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA. **Emenda Aditiva ao Projeto de Lei nº1303/12**, de 08 de janeiro de 2012 que "Estabelece as Diretrizes a Serem Observadas na Elaboração da Lei Orçamentária do Município para o Exercício de 2013 e dá Outras Providências". Disponível em: <[http://pt.slideshare.net/vereador\\_delfino/emenda-ldo-2013-sade-psf](http://pt.slideshare.net/vereador_delfino/emenda-ldo-2013-sade-psf)>. Acesso em: 04 jan. 2014.
- CARNEIRO, Nicole Geovana Dias et al. **A Estratégia Saúde da Família em 2007 no Município de Uberlândia, Minas Gerais**. Disponível em: <<https://ssl4799.websiteseguro.com/swge5/seg/cd2008/PDF/IC2008-0548.PDF>>. Acesso em: 29 mar. 2013.
- CHALEM, Elisa et al. Gravidez na adolescência: perfil sóciodemográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(1):177-186, jan, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v23n1/18.pdf>>. Acesso em 15 jun. 2013.
- COSTA, E. L.; SENA, M. C. F.; DIAS, A. Gravidez na adolescência - determinante para prematuridade e baixo peso. **Com. Ciências Saúde** - 22 Sup 1:S183-S188, 2011. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/gravidez\\_adolescencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/gravidez_adolescencia.pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2013.
- FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, DIVISÃO DE INFORMAÇÕES E RELAÇÕES EXTERNAS. Relatório sobre a Situação da População Mundial 2011: Pessoas e possibilidades em um mundo de 7 bilhões. 124pp. **UNFPA**,2011. Disponível em <<http://www.un.org/files/PT-SWOP11-WEB.pdf>>. Acesso em 14 jun 2013.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Uberlândia - MG: Estimativa da População 2012**. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 28 mar. 2013.

LASSI, Dângela; BERTONI, Heitor. **Territorialização: UBSF Canaã II**. 2013.

NOGUEIRA, Daniela. Rede municipal de saúde tem carência de 270 médicos . **Correio de Uberlândia**, Uberlândia. 17 fev. 2013. Disponível em: <<http://www.correiodeuberlandia.com.br/cidade-e-regiao/rede-municipal-de-saude-tem-carencia-de-270-medicos/>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

PORTAL ODM :ACOMPANHAMENTO MUNICIPAL DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO. **Relatórios Dinâmicos: Indicadores Municipais**. Disponível em: <[www.portalodm.com.br/relatorios/PDF/gera\\_PDF.php?cidade](http://www.portalodm.com.br/relatorios/PDF/gera_PDF.php?cidade)>. Acesso em: 28 mar. 2013.

UBERLÂNDIA. Prefeitura Municipal de Uberlândia. **Perfil do Prefeito**. 2013. Disponível em: <<http://www.uberlandia.mg.gov.br/?pagina=Conteudo&id=5>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

UBERLÂNDIA. Secretaria Municipal de Planejamento Urbano. Prefeitura de Uberlândia. **Banco de Dados Integrados 2011: Ano Base 2010. Volume I**. Disponível em: <[http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms\\_b\\_arquivos/1428.pdf](http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/1428.pdf)>. Acesso em: 28 mar. 2013.

UBERLÂNDIA. Secretaria Municipal de Planejamento Urbano. Prefeitura de Uberlândia. **Banco de Dados Integrados 2011: Ano Base 2010. Volume III**. Disponível em: <[http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms\\_b\\_arquivos/1430.pdf](http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/1430.pdf)>. Acesso em: 28 mar. 2013.