

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

**BRENDA GABRIELA TEJADA CARVALHO**

**ESTRATÉGIAS PARA CONTROLE E PARA REDUÇÃO DA**  
**GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA EM ADOLESCENTES**

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS**

**2016**

BRENDA GABRIELA TEJADA CARVALHO

**ESTRATÉGIAS PARA CONTROLE E PARA REDUÇÃO DA  
GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA EM ADOLESCENTES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Ms. Nathália Silva Gomes

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS**

**2016**

BRENDA GABRIELA TEJADA CARVALHO

**ESTRATÉGIAS PARA CONTROLE E PARA REDUÇÃO DA  
GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA EM ADOLESCENTES**

Banca Examinadora:

Examinador 1: Ms. Nathália Silva Gomes (Orientadora). Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Examinador 2: Profa. Dra. Regina Maura Rezende (Examinadora). Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Aprovado em: 07/07/2016.

## **RESUMO**

Após análise e discussão entre a equipe da Estratégia de Saúde da Família do Centro de Saúde “Eduardo Mauro de Araújo”, Belo Horizonte/MG, e comissão local de saúde e de usuários, foi possível diagnosticar que, um dos principais problemas encontrados nesta área de abrangência foi o elevado índice de gestações não planejadas em adolescentes. Trata-se de um problema complexo, devido sua multifatorialidade. Este projeto tem por objetivo elaborar um plano de intervenção visando controlar e reduzir o número de gestações não planejadas na população adolescente do Centro de Saúde Miramar do Município de Belo Horizonte. Elaborou-se um plano de intervenção para a promoção da saúde sexual e reprodutiva e da prevenção dos agravos; da vinculação efetiva entre a equipe de Saúde da Família e a população adolescente e promover capacitação da equipe de profissionais do Centro de Saúde, trazendo benefícios a médio e longo prazo. Apesar de complexo, a transcendência da temática e a importância dos resultados esperados se tornam um desafio encarado por todos os atores que participaram e que ajudaram neste.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde. Gravidez na Adolescência. Gravidez não planejada.

## **ABSTRACT**

From the data analyzed in a team of Health Strategy Health Center Family "Eduardo Mauro Araujo" of Belo Horizonte / MG, and discussion between the family health team, local committee of health and users, it was possible to understand that one of the main problems encountered in this area of influence was the high rate of unplanned pregnancies in adolescents. This is a complex problem due to multiple factors. This project aims to develop an intervention plan to control and reduce the number of unplanned pregnancies in adolescents Miramar Health Center of the Municipality of Belo Horizonte. Was discussed among all actors, the drafting of the action plan of strategies for the promotion of sexual and reproductive health and prevention of diseases; the effective linkage between the Health Team family and adolescent population; and promote the training of Health Center Professionals, bringing benefits in the medium and long term. This is a complex and difficult to carry out the project, however the transcendence and the importance of the expected results become a challenge faced by all actors who participated and helped this project actively with a multiplier benefit in primary care health.

**Keywords:** Primary Health Care. Pregnancy in Adolescence. Unwanted pregnancy.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>AIDS</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>BH-VIDA</b>	Programa Municipal da Estratégia em Saúde da Família
<b>CLS</b>	Comissão Local de Saúde
<b>CS</b>	Centro de Saúde
<b>ESF</b>	Estratégia da Saúde da Família
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PBH</b>	Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
<b>PNI</b>	Programa Nacional de Imunizações
<b>PSE</b>	Programa Saúde na Escola
<b>SISREDE-BH</b>	Sistema de Informação Saúde em Rede - Belo Horizonte
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>WHO</b>	<i>World Health Organization</i>

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Priorização dos problemas Centro de Saúde Miramar	<b>20</b>
Quadro 2 – Desenho das operações	<b>22</b>
Quadro 3 – Identificação dos recursos críticos	<b>23</b>
Quadro 4 – Análise de viabilidade	<b>23</b>
Quadro 5 – Plano operativo	<b>24</b>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>08</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>10</b>
<b>3 OBJETIVO</b>	<b>11</b>
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>12</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>15</b>
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b>	<b>20</b>
6.1 DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS	20
6.2 PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS	21
6.3 DESCRIÇÃO E EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA	23
6.4 IDENTIFICAÇÃO DOS “NÓS CRÍTICOS”	23
6.5 PLANO DE AÇÃO	24
6.6 GESTÃO DO PLANO	28
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>30</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi o maior movimento de inclusão social já visto na história do Brasil e representou, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso para com os direitos dos seus cidadãos (SOUZA; COSTA, 2010).

Como descreve a Constituição de 1988, onde, consagrou a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos, possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Dentro desta perspectiva, o atual sistema de saúde brasileiro vive um momento de avanços, apesar de ainda existirem desafios a serem superados. A oferta de programas, projetos e políticas que têm apresentado resultados inegáveis e exitosos para a população, como Estratégia da Saúde da Família (ESF), do Programa Nacional de Imunizações (PNI), do Sistema Nacional de Transplantes, do Programa de Controle do Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) (BRASIL, 2006).

Considera-se que o preparo educacional e cultural de um país pode ser mais importante do que sua riqueza física. Há que se educar para o auto aperfeiçoamento e para a prática de uma liberdade consciente adequada a uma nova realidade, favorecendo, ao longo das experiências de ensino-aprendizagem, o desenvolvimento da autoconfiança, da solidariedade e, da capacidade criativa dos indivíduos. Significa formar pessoas críticas e responsáveis, cidadãos conscientes de seu espaço de criação e de sua capacidade de transformação da sociedade (VASCONCELOS, 2005).

As Estratégias de Saúde da Família (ESF) identificando os riscos e as vulnerabilidades existentes no território de abrangência, tendo por base a interdisciplinaridade e os princípios do SUS da universalidade, da integralidade, da equidade e da participação social, procuram elaborar estratégias em conjunto com a população que possam melhorar a qualidade de vida de todos (FARIA, 2010).

O Centro de Saúde (CS) “Eduardo Mauro de Araújo” (MIRAMAR), localizado no município de Belo Horizonte, tem uma área de abrangência com uma população de 17.653 habitantes. São 5.252 famílias divididas em quatro subáreas de abrangência com uma ESF completa em cada. Após análise dos dados levantados no diagnóstico situacional da equipe de

saúde da família número quatro do CS Miramar, foram realizadas reuniões com integrantes da ESF quatro, CS e Comissão Local de Saúde (CLS) para determinar e identificar os problemas.

Os principais problemas eram: elevado número de atendimentos de demanda espontânea de pacientes com quadros agudos; vulnerabilidade social da maioria dos habitantes; elevado índice de doentes crônicos, como por exemplo, hipertensos (16%) e diabéticos (3,5%); dificuldade para o encaminhamento de referência de pacientes a especialidades; elevado índice de pacientes com alterações psiquiátricas e usuários de medicamentos antidepressivo-benzodiazepínicos (4%); elevado índice de pacientes usuários dependentes de drogas e etilistas; elevado índice de pacientes com fatores de risco a enfermidades (obesos, fumantes, sedentarismo, estres, aglomeração habitacional, entre outros); elevado índice de pacientes com doenças respiratórias (5%); elevado índice de gravidez não planejada na adolescência do total de gestantes em todas as faixas etárias (33%); e por último, o elevado índice de pacientes com dor crônica (5%).

Para a priorização dos problemas foi usando uma planilha de ajuda descrita por Campos, Faria e Santos (2010), em que o elevado índice de gravidez não planejada na adolescência teve a pontuação mais elevada e por tanto o problema priorizado entre todos os anteriores.

Para descrição do problema priorizado, o elevado índice de gravidez na adolescência, a equipe utilizou-se de dados fornecidos pelo sistema de indicadores do Programa de Municipal de Estratégia em Saúde da Família (BH-VIDA) – Sistema de Informação Saúde em Rede - Belo Horizonte (SISREDE-BH) e da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) (BELO HORIZONTE, 2015), Sistema de Informação da Atenção Básica – Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) e dados da própria equipe.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), gravidez na adolescência está compreendida em mulheres que iniciam a gestação dentro do período de idade dos dez aos 20 anos incompletos (WHO, 2001). De um universo de 3.638 habitantes na área de abrangência desta equipe, existem, no momento, 15 grávidas captadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Destas, cinco são adolescentes e relatam não terem planejado a gestação.

## **2 JUSTIFICATIVA**

O presente projeto justifica-se pelo recente aumento do número de gestantes adolescentes, chegando a um terço do total de gestantes captadas na área de abrangência. Assim como a preocupação do fato delas serem em sua totalidade não planejadas.

O incremento específico da proporção de gestações não planejadas entre as adolescentes da área de abrangência do CS Miramar e o impacto que ela implica na vida da gestante, da criança e da comunidade foram fatores decisivos na escolha deste projeto de intervenção entre os membros da equipe da ESF.

É possível, no entanto, baixar estes índices promovendo um espaço que elas possam fazer perguntas, esclarecerem suas dúvidas e tenham acesso aos meios de planejamento familiar para que possam passar esta transição, de criança a adolescente.

A transcendência que implica a abordagem e discussão de estratégias para enfrentar este problema, determina a importância de seus benefícios em sua intervenção na comunidade em médio e longo prazo.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um plano de intervenção visando controlar e reduzir o número de gestações não planejadas na população adolescente do Centro de Saúde Miramar do Município de Belo Horizonte.

## 4 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção mediante um estudo do tipo intervencional de ensaio comunitário cujo objetivo é propor um plano de ação. Para a sua realização, foram identificados, em equipe, os problemas de saúde da população (diagnóstico situacional) e priorizado o problema a ser enfrentado.

A partir do diagnóstico situacional de saúde realizado pela equipe da ESF número quatro, do CS “Eduardo Mauro de Araújo” (MIRAMAR) no distrito do Barreiro, foram discutidos conjuntamente com os atores envolvidos da comunidade na área de abrangência os dados levantados. Como “nos críticos” encontrados, cita-se:

- Insuficiência de ações preventivas e de promoção da saúde pelos integrantes da ESF e do Programa Saúde na Escola (PSE);
- Baixo vínculo entre a população adolescente e os serviços de saúde;
- Insuficiência de informação e de capacitação dos profissionais da saúde sobre métodos contraceptivos.

A elaboração do plano de ação também foi discutida entre os atores envolvidos, assim como o desenho das operações, identificação dos recursos críticos, da viabilidade e do desenho do plano operativo para ter um projeto de intervenção.

As buscas foram realizadas no DATASUS, IBGE, SINAN, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), LILACS, PUBMED, MEDLINE e *Scientific Electronic Library* (SciELO). Os seguintes descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram utilizados na pesquisa: Atenção Primária à Saúde; Gravidez na adolescência; Gravidez não desejada; Promoção da saúde; Educação permanente e Estratégia de Saúde da Família.

Por fim, as informações contidas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional serviram de base para o desenvolvimento do plano de ação.

Os dados do diagnóstico situacional foram utilizados na construção do plano de ação do Projeto de Intervenção, tendo como referência os dez passos propostos no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família dos autores Campos, Faria e Santos (2010) e que nortearam todo o processo, sendo eles:

- Primeiro passo: definição dos problemas (o que causou os problemas e suas consequências);
- Segundo passo: priorização dos problemas (avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios);
- Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização quanto à dimensão do problema e sua quantificação);
- Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);
- Quinto passo: seleção dos "nós críticos";
- Sexto passo: desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);
- Sétimo passo: identificação dos nós críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);
- Oitavo passo: análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores utilizando estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição);
- Nono passo: elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações);
- Décimo passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

Sabe-se que é preciso fortalecer a capacidade de aprendizagem das organizações buscando transformá-las em lugares onde se ensina e se aprende, permanentemente, com estratégias que envolvam todos os integrantes (VASCONCELOS, 2005).

A atenção básica, enquanto um dos eixos estruturantes do SUS vive um momento especial ao ser assumida como uma das prioridades do Ministério da Saúde e do governo federal. Entre os seus desafios atuais, destacam-se aqueles relativos ao acesso e ao acolhimento, à efetividade e à resolutividade das suas práticas, ao recrutamento, ao provimento e à fixação de profissionais, à capacidade de gestão/coordenação do cuidado e, de modo mais amplo, às suas bases de sustentação e de legitimidade social (BRASIL, 2013).

A organização e a gestão dos processos de trabalho em saúde, em especial do trabalho de uma equipe na atenção básica, constituem um dos eixos da reordenação da atenção à saúde no SUS. Outro eixo importante tem relação com a implicação dos envolvidos em um projeto político, pedagógico e ético que considera o indivíduo, a família e a comunidade (GRILLO, 2009). Isso implica na necessidade de uma transformação do pensamento e das ações de todos estes atores para construir e elaborar estratégias de melhoria e de qualificação da atenção primária nas unidades básicas de saúde UBS.

Para Grillo (2009), partindo da convicção de que o SUS tem um arcabouço teórico constituído de valores moralmente condizentes com a garantia dos direitos de cidadania, o componente pedagógico do projeto deve ser coerente com ele. No modelo contra-hegemônico, representado pelo SUS, cuja consolidação precisa do apoio individual, dos conceitos e das práticas como acolhimento, humanização do atendimento, integralidade da atenção e vínculo, procura-se resgatar a relação entre sujeitos sociais. Para tanto, não basta que os profissionais em saúde tenham domínio e apliquem, isoladamente, os seus saberes profissionais específicos. É necessário somar saberes para dar respostas efetivas e eficazes aos problemas complexos que envolvem a perspectiva e as atividades cotidianas. É preciso uma real atuação em equipe multidisciplinar. Neste panorama, a integralidade das ações, deve-se sempre buscar o bem comum dentro da comunidade entre todos sem individualismo.

O serviço de saúde, ao adotar práticas centradas no usuário, desenvolve capacidades de acolher, de responsabilizar, de resolver e de autonomizar. Nesse sentido, o trabalho em

saúde deve incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como, por exemplo, vínculo e acolhimento (MERHY, 1998).

O acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Dessa maneira, é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar e negociar. Este é um processo em que trabalhadores e instituições tomam, para si, a responsabilidade de intervir em uma realidade dada, em sua área de abrangência, a partir das suas principais necessidades de saúde, procurando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individual e coletivo (ORTIZ, 2004).

Ouvir a avaliação que o usuário faz da sua situação de saúde é uma atitude ética, de respeito e de apoio para a construção da autonomia do mesmo. A escuta é, portanto, um processo dialógico que possibilita a criação de vínculo e de solidariedade entre o profissional de saúde e o usuário (BRASIL, 2013). Este vínculo formado entre a comunidade e a UBS é um alicerce onde se sustentara o êxito de qualquer ação realizada pelo sistema de saúde.

Como estabelece a Constituição Federal ao instituir a formação do SUS, o CS deve se organizar e estar preparado para atender todas as demandas e as necessidades dos usuários, devendo constituir-se uma porta de entrada. Então, é importante que o CS faça os arranjos necessários para ofertar os serviços dentro de uma rede descentralizada, regionalizada e hierarquizada. Precede a organização da rede os arranjos, nas formas de entrada e acolhimento dos usuários no sistema de saúde.

As experiências internacionais e mais antigas em relação ao papel da Atenção Primária em um sistema de saúde reforçam a necessidade das UBS serem efetivamente a porta de entrada preferencial e ponto de atenção continuada para a maior parte das situações clínicas dos pacientes daquela área (STARFIELD, 2004).

Para que produza resultados satisfatórios, a equipe de Saúde da Família necessita de um processo de capacitação e de informação contínuo e eficaz, de modo a poder atender às necessidades trazidas pelo dinamismo dos problemas. Além de possibilitar o aperfeiçoamento profissional, a Educação Permanente é um importante mecanismo no desenvolvimento da própria concepção de equipe e de vinculação dos profissionais com a população, característica que fundamenta todo o trabalho da ESF (BRASIL, 1997).

A incorporação da Educação Permanente na cultura institucional, com contribuição efetiva para a mudança do modelo assistencial, pressupõe o desenvolvimento de práticas educativas que foquem a resolução de problemas concretos, em um processo de discussão em equipe, ou de auto avaliação, na perspectiva de buscar alternativas de transformação do processo de trabalho para o alcance de resultados mais efetivos e eficazes. Dessa forma, ela pode ser uma estratégia potente para transformação das práticas em saúde, pois possibilita a reflexão sobre o fazer cotidiano (GRILLO, 2009).

Da mesma forma que o planejamento local das ações de saúde responde ao princípio de participação ampliada, o planejamento das ações educativas deve estar adequado às peculiaridades locais e regionais, à utilização dos recursos técnicos disponíveis e à busca da integração com as universidades e instituições de ensino e de capacitação de recursos humanos (BRASIL, 1997).

Portanto, é preciso e fundamental, segundo Grillo (2009), resgatar a relação entre os sujeitos do processo de trabalho, dominar e aplicar saberes profissionais específicos e compartilhar esses saberes com os demais membros da equipe, levar em consideração todos os membros da equipe e os saberes e aspectos culturais sobre os quais constroem a sua identidade profissional e são reconhecidos pelos seus pares, valorizar e somar saberes para dar respostas efetivas e eficazes aos problemas complexos que envolvem a atenção à coletividade, para viver e conviver com qualidade, compreender a relação de poder presente nas relações entre gênero e profissões histórica e socialmente determinadas, concretizar conceitos teóricos, como: acolhimento, humanização, integralidade e vínculo, também em relação à equipe e ter como centro de todas as ações as necessidades apresentadas pelos usuários.

Dados sobre a gravidez na adolescência vêm mostrando um aumento na taxa de fecundidade para esta população quando comparada a mulheres adultas, especialmente nos países mais pobres, como os da América Latina (CERQUEIRA-SANTOS, 2010).

Uma importante nota técnica da Organização Mundial da Saúde - WHO (2014), revela que:

- 16 milhões de meninas entre 15 e 19 anos e 1 milhão menores de 15 anos tem filhos, sendo que deste total 95% são oriundos de países pobres;
- As complicações da gravidez e parto são a segunda causa de morte nesta faixa etária;

- Os riscos para o recém-nascido são piores, a mortalidade é elevada em 50% comparado entre mães entre 20 a 29 anos, a probabilidade de baixo peso ao nascer aumenta de forma exponencial à medida que a idade da mãe diminui;
- A gravidez na adolescência continua sendo um dos fatores principais da mortalidade materno-infantil e ao círculo doença-pobreza.

Trata-se de uma etapa da vida em que ocorrem a maturação sexual, o acirramento dos conflitos familiares e a formação e a cristalização de atitudes, de valores e de comportamentos que determinarão sua vida e na qual se inicia a cobrança de maiores responsabilidades e definição do campo profissional. Lidar com essa situação particular exige das equipes de saúde da família uma abordagem integral dos problemas detectados, dentre eles, a gravidez na adolescência (KOLLER, 2002).

A gravidez na adolescência é uma situação de risco psicossocial que pode ser reconhecida como um problema para os jovens que iniciam uma família não intencionada. O problema afeta, especialmente, a biografia da juventude e sua possibilidade de elaborar um projeto de vida estável. É especialmente traumático quando ocorre nas classes socioeconomicamente desfavoráveis. Muitos são os desafios e mudanças próprias da adolescência, podendo os jovens incorrer num comportamento de risco. Esse segmento populacional encontra-se mais exposto à gravidez na adolescência, às doenças sexualmente transmissíveis (DST), ao uso de drogas, acidentes e diferentes formas de violência (GURGEL, 2008).

A gravidez na adolescência, como sugere Diaz e Diaz (1999), pode produzir efeitos nocivos à saúde da mãe e do conceito e contribuir para a manutenção da pobreza. Quando esta ocorre na faixa etária de dez a 14 anos, os transtornos são ainda maiores, pois a maior parte não é planejada, sendo interrompida pelo abortamento, praticado, frequentemente, em péssimas condições técnicas e de higiene, com risco de apresentar complicações e graves sequelas, podendo levar a adolescente à morte.

Para explicar o elevado número de gestantes adolescentes, é preciso entender que este é um problema multifatorial. Condiciona mudanças drásticas na vida e no futuro dessas mulheres. As causas que condicionam a gravidez na adolescência são: insuficiência de informação sobre métodos contraceptivos, baixa efetividade de ações preventivas e de promoção da saúde pelos integrantes da ESF e do PSE, baixo vínculo entre a população adolescente e os serviços de saúde, falta de uma base de dados confiável e atualizada sobre a

realidade da população adolescente e falta de um protocolo específico para o atendimento e controle dos adolescentes.

Este problema vem sendo percebido pelos funcionários do CS Miramar ao observar uma diminuição drástica na idade de iniciação sexual pela lista de usuárias que solicitam exame citopatológico preventivo do colo do útero, bem como um aumento da proporção de gestantes adolescentes encaminhadas ao serviço de alto risco obstétrico entre outros.

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A proposta de intervenção será realizada no CS Miramar e no âmbito populacional e de organizações religiosas e comunitárias da sua área de abrangência.

Participaram todos os funcionários do CS, usuários, comissão local de saúde, membros do Distrito Sanitário, membros de diferentes organizações comunitárias e religiosas, também preceptores de diferentes áreas da saúde que atuam na área de abrangência.

Esta elaboração seguiu os passos propostos por Campos, Faria e Santos (2010).

### 6.1 DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS

Depois de analisar os dados para a elaboração do diagnóstico situacional, realizou-se uma reunião da equipe para determinar e identificar os problemas nesta área de abrangência. Segue lista de problemas identificados:

- 1- Elevado número de atendimentos de demanda espontânea de pacientes com quadros agudos;
- 2- Vulnerabilidade social da maioria dos habitantes;
- 3- Elevado índice de doentes crônicos, como por exemplo, hipertensos 16% e diabéticos 3,5%;
- 4- Dificuldade para o encaminhamento de referência de pacientes a especialidades;
- 5- Elevado índice de pacientes com alterações psiquiátricas e usuários de medicamentos antidepressivo-benzodiazepínicos (4%);
- 6- Elevado índice de pacientes usuários dependentes de drogas e etilistas;
- 7- Elevado índice de pacientes com fatores de risco a enfermidades (obesos, fumantes, sedentarismo, estresse, aglomeração habitacional, entre outros);
- 8- Elevado índice de pacientes com doenças respiratórias (5%);
- 9- Elevado índice de gravidez não planejada na adolescência do total de gestantes em todas as faixas etárias (33%);
- 10- Elevado índice de pacientes com dor crônica (5%).

Apesar de ser uma comunidade considerada de alta vulnerabilidade social, não se observou, como se esperava, problemas com acesso ao emprego (formal ou informal), serviços básicos como água, luz e telefone, escola ou transporte. Também é baixo o índice de analfabetismo e de desocupação.

## 6.2 PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS

Com esta lista dos principais problemas identificados, descrita anteriormente, foi realizada uma ampla discussão para a priorização de problemas usando uma planilha de ajuda descrita por Campos, Faria e Santos (2010) (Quadro 1):

Quadro 1 - Priorização dos problemas Centro de Saúde Miramar - Equipe Quatro. Belo Horizonte, 2016.

<b>Principais problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Elevado índice de gravidez na adolescência	Alta	10	Dentro	1
Elevado índice de pacientes com fatores de risco a enfermidades	Alta	9	Parcial	2
Elevado índice de doentes crônicos	Alta	8	Parcial	3
Elevado índice de pacientes com doenças respiratórias	Alta	6	Parcial	4
Elevado índice de pacientes de saúde mental	Média	6	Parcial	5
Elevado índice de pacientes com dor crônica	Média	5	Parcial	6
Elevado índice de pacientes usuários dependentes de drogas e etilistas	Média	4	Dentro	7
Elevado número de atendimentos de demanda espontânea	Média	4	Parcial	8
Dificuldade para o encaminhamento de referência	Alta	3	Fora	9
Vulnerabilidade social	Alta	5	Fora	10

Fonte: Reunião da equipe Quatro do Centro de Saúde Miramar, 2015.

Foi determinado que o principal problema fosse o elevado índice de gestações não planejadas em adolescentes. Então, o objetivo do problema a ser enfrentado será o de elaborar plano de intervenção visando controlar e reduzir o número de gestações não planejadas na população adolescente do Centro de Saúde Miramar do Município de Belo Horizonte.

### 6.3 DESCRIÇÃO E EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

De 3.638 habitantes na área de abrangência da Equipe Quatro existem, no momento, 15 grávidas captadas pelas ACS, sendo cinco adolescentes.

Para explicar o elevado índice de gestantes adolescentes, deve-se considerar que este é um problema multifatorial, como: insuficiência de informação sobre métodos contraceptivos, insuficiência de ações preventivas e de promoção da saúde pelos integrantes do ESF e do PSE, baixo vínculo entre a população adolescente e os serviços de saúde, falta de uma base de dados confiável e atualizada sobre a realidade da população adolescente e falta de um protocolo específico para o atendimento e controle dos adolescentes.

Este problema vem sendo percebido pelos funcionários do CS ao observar uma diminuição na idade de iniciação sexual pela lista de pacientes que vem ao exame citopatológico do colo do útero, um aumento da proporção de gestantes adolescentes encaminhadas ao serviço de alto risco obstétrico entre outros.

### 6.4 IDENTIFICAÇÃO DOS “NÓS CRÍTICOS”

- Insuficiência de ações preventivas e de promoção da saúde pelos integrantes da ESF e do PSE;
- Baixo vínculo entre a população adolescente e os serviços de saúde;
- Insuficiência de informação e de capacitação dos profissionais da saúde sobre métodos contraceptivos.

### 6.5 PLANO DE AÇÃO

A partir dos “Nós Críticos” já explicitados, foram esquematizados quadros onde se detalhará passo a passo do plano de ação da proposta de Intervenção (Quadro 2):

Quadro 2 – Desenho das operações. Belo Horizonte, 2015.

<b>NÓ CRÍTICO</b>	<b>OPERAÇÃO / PROJETO</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>PRODUTO</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS</b>
Insuficiência de ações preventivas e de promoção da saúde pelos integrantes da ESF e do PSE	<b>PAPO RETO</b> Promoção da saúde sexual e reprodutiva, e prevenção dos agravos.	Agenda organizada para realização de grupos operativos, PES e campanhas voltadas à saúde do adolescente; Redução do índice de DTS e gravidez na adolescência; Adolescentes instruídos para a tomada de decisões.	Inserir na agenda Saúde do adolescente nas atividades semanais; Intensificar o vínculo e troca de informações; Campanhas educativas no CS e na escola.	Organizacional; Cognitivo: Elaboração de estratégias de comunicação e de abordagem; Político: parcerias com a Secretaria Municipal de Educação; Financeiro: Material didático.
Baixo vínculo entre a população adolescente e os serviços de saúde	<b>CENTRO DE SAÚDE “PARCEIRO”</b> Vinculação efetiva entre o CS e a população adolescente.	Maior adesão às atividades ofertadas no CS; Nível de confiança nas ações do CS elevado nos adolescentes; Mudança na forma de agir dos adolescentes.	Estratégias elaboradas focadas na vinculação; Conhecimento dos fluxos, dos métodos e dos serviços disponíveis; Sensibilizar os adolescentes da importância do vínculo.	Organizacional; Cognitivo: Elaboração de estratégias de comunicação e abordagem; Político: mobilização social;
Insuficiência de informação e capacitação dos profissionais da saúde	<b>CONHECER PARA ENSINAR</b> Capacitação da equipe de profissionais do CS	Equipe capacitada sendo proativos e facilitadores de informações; Motivar a equipe sobre a importância e transcendência do tema; Aumentar o potencial de resolutividade da equipe.	Implantar a Educação permanente sobre sexualidade na adolescência. Equipe motivada a desenvolver ações	Organizacional; Cognitivo: Entrosamento e capacitação da equipe; Político: Apoio da gerencia do CS e Distrito Sanitário; Financeiro: Material didático.

Fonte: Próprio autor, 2015.

Quadro 3 – Identificação dos recursos críticos. Belo Horizonte, 2015.

<b>OPERAÇÃO / PROJETO</b>	<b>RECURSOS CRÍTICOS</b>
PAPO RETO Promoção da saúde sexual e reprodutiva e prevenção dos agravos.	Político: Aprovação dos projetos e articulação intersetorial; Financeiro: Financiamento do projeto.
CENTRO DE SAÚDE “PARCEIRO” Vinculação efetiva entre o CS e a população adolescente.	Político: Conseguir mobilização social.
CONHECER PARA ENSINAR Capacitação da equipe de profissionais do CS	Organizacional: Aderência dos membros da equipe; Político: Articulação intersetorial. Financeiro: Financiamento do projeto.

Fonte: Próprio autor, 2015.

Quadro 4 – Análise de viabilidade. Belo Horizonte, 2015.

<b>OPERAÇÃO / PROJETO</b>	<b>RECURSOS CRÍTICOS</b>	<b>CONTROLE DOS RECURSOS</b>		<b>AÇÕES</b>
		<b>ATOR</b>	<b>MOTIVAÇÃO</b>	
PAPO RETO Promoção da saúde sexual e reprodutiva, e prevenção dos agravos.	Político: Aprovação dos projetos e articulação intersetorial. Financeiro: Financiamento do projeto.	Gerencia distrito de saúde e Educação; Gerencia do Centro de saúde.	Favorável; Favorável.	Apresentar o projeto; Apresentar o projeto.
CENTRO DE SAÚDE “PARCEIRO” Vinculação efetiva entre o CS e a população adolescente.	Político: mobilização social.	Comunidade.	Favorável.	Não é necessária.
CONHECER PARA ENSINAR Capacitação profissional	Organizacional: Aderência dos membros da equipe; Político: Articulação intersetorial; Financeiro: Financiamento do projeto.	Membros da equipe; Gerencia do Centro de Saúde; Gerencia do Centro de Saúde.	Favorável; Favorável; Favorável.	Apresentar o projeto; Apresentar o projeto; Apresentar o projeto.

Fonte: Próprio autor, 2015.

Quadro 5 – Plano operativo. Belo Horizonte, 2015.

<b>OPERAÇÃO / PROJETO</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>PRAZO</b>
PAPO RETO Promoção da saúde sexual e reprodutiva e prevenção dos agravos.	Gerente do Centro de Saúde.	Dois meses.
CENTRO DE SAÚDE “PARCEIRO” Vinculação efetiva entre o CS e a população adolescente.	Enfermeira da Equipe.	Imediato.
CONHECER PARA ENSINAR Capacitação da equipe de profissionais do CS	Médico da equipe.	Um mês.

Fonte: Própria Autora, 2015.

## 6.6 GESTÃO DO PLANO

Os atores deverão estar totalmente envolvidos para o sucesso do plano, não deixando de se envolver paralelamente com a comunidade da área de abrangência, inclusive no seu acompanhamento e avaliação.

Durante e após a implantação do plano, deve-se avaliá-lo constantemente para identificar se houve maior adesão, se a comunidade está procurando adequadamente o serviço de atenção básica, no que se refere aos fluxos e atividades desenvolvidas.

Para isto serão elaborados instrumentos pela equipe, comissão local e colegiado gestor, assim como planilhas com indicadores que facilitarão o processo de acompanhamento, indicando as possíveis sugestões de reajustes no plano elaborado, para cumprir os objetivos desejados.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A importância, na transcendência, deste projeto está dada a complexidade de fatores que impedem uma visão clara na solução dos problemas enfrentados.

A tentativa de sempre melhorar e aperfeiçoar práticas dentro de estratégias para uma atenção mais voltada aos princípios que propõem as diretrizes do SUS nunca devem ser deixados de lado por todos nós.

Este é um projeto complexo e de difícil realização, porém a transcendência e a importância dos resultados esperados fazem com que seja um desafio encarado por todos os atores que participaram e ajudaram neste projeto de intervenção ativamente com um benefício multiplicador na atenção básica da saúde.

## REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. **Site oficial da SMSA/PBH**. Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura de Belo Horizonte. Belo Horizonte. Disponível em <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?app=saude>>. Acesso em: 27 jun. 2015.

BIREME - OPAS – OMS. **Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde**. Biblioteca Virtual da saúde. 2014. Disponível em <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=pt>> Acesso em: 10 jul. 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988. Seção II, p. 33-34.

BRASIL. **Portaria GM/MS 399 de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43-51.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. I. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. **SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em <<http://siab.datasus.gov.br>>. Acesso em: 27 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 20-24, 1997.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CERQUEIRA-SANTOS, E.; *et al.* **Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção**. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 15, n. 1, p. 72-85, Mar. 2010.

DIAZ J, DIAZ M. **Contracepção na adolescência**. In: Schor N.; Mota M. S. F. T.; Branco V. C. *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; p. 249-257, 1999.

FARIA, H. P.; *et al.* **Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte, 2010.

GRILLO, M. J. C. *et al.* **Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG. Coopmed, 2009.

GURGEL, M. G. I.; *et al.* **Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem**. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 800-806, 2008.

KOLLER S. L. **Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas**. Rio de Janeiro, Conselho Federal de Psicologia; pag. 144, 2002.

MERHY, E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. organizador. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Editora Xamã; 1998. p. 103-20.

ORTIZ, J.N. et al. **Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos**. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; 2004. p. 11-2.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. **O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças**. Saúde soc., São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, set. 2010 .

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde. 2004.

VASCONCELOS, M. C. **Empreendedorismo e learning organization: Estudo de caso numa instituição superior**. 2005. Disponível em < [gesventure.pt/newsletter/pdf/emp\\_learn\\_org.pdf](http://gesventure.pt/newsletter/pdf/emp_learn_org.pdf)> Acesso em: 13 abr 2015.

WHO (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS). **Sexual relations among Young people in developing countries: Evidence from WHO case Studies**. Genebra, WHO, pag. 3. 2001.

WHO (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS). **Adolescent pregnancy: Fact sheet**. Genebra, WHO. 2014.