

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

NATÁLIA CINTIA OLIVEIRA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA GRAVIDEZ PRECOCE NO
TERRITÓRIO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA SALU ALVES
FERREIRA DO MUNICÍPIO DE MONTE CARMELO – MINAS GERAIS**

**UBERABA - MINAS GERAIS
2016**

NATÁLIA CINTIA OLIVEIRA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA GRAVIDEZ PRECOCE NO
TERRITÓRIO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA SALU ALVES
FERREIRA DO MUNICÍPIO DE MONTE CARMELO – MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

**UBERABA - MINAS GERAIS
2016**

NATÁLIA CINTIA OLIVEIRA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA GRAVIDEZ PRECOCE NO
TERRITÓRIO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA SALU ALVES
FERREIRA DO MUNICÍPIO DE MONTE CARMELO – MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 04/10/2016

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus que iluminou-me durante esta caminhada.

Meu mais sincero muito obrigada à professora Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo, por seus ensinamentos, paciência e confiança ao longo das supervisões das minhas atividades na conclusão deste trabalho.

Agradeço a equipe da unidade básica de saúde Salu Alves Ferreira por toda dedicação, trabalho e amizade do convívio diário.

Aos meus pais, irmãs, minha filha e a toda minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida: muito obrigada!

RESUMO

A equipe da unidade básica de saúde Salu Alves Ferreira, que está localizada no município de Monte Carmelo, observou no período de janeiro a setembro de 2015, que cerca de dois terços das gestantes atendidas estavam classificadas como precoces. A atenção em saúde sexual e em saúde reprodutiva é uma das áreas de atuação prioritária da Atenção Básica à Saúde. Este trabalho tem como objetivo propor estratégias para enfrentamento da gestação precoce na população de faixa etária de 14 a 19 anos residente na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Salu Alves Ferreira, no município de Monte Carmelo, Minas Gerais. Para contribuir na elaboração do projeto de intervenção foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde para levantar as evidências já existentes sobre o tema. O projeto proposto foi elaborado seguindo dos passos do planejamento estratégico situacional. Nesse aspecto, o presente trabalho abordou formas de intervenção para o enfrentamento da gravidez na adolescência, que incluem: educação sexual por meio de parceria com a escola local; planejamento familiar; conscientização sobre o exame de pré-natal; e de forma geral buscar a melhoria e ampliação dos programas já existentes. A partir dessa intervenção busca-se conscientizar os adolescentes sobre a gravidez indesejada e minimizar os riscos da gravidez precoce.

Descritores: Gestação de Alto Risco. Gravidez na adolescência. Pré-natal de Risco.

ABSTRACT

The team's basic health unit Salu Alves Ferreira, which is located in the city of Mount Carmel, observed from January to September 2015, about two-thirds of pregnant women were classified as early. The attention to sexual and reproductive health is one of the priority areas of action of the Basic Health Care. This study aims to propose early pregnancy coping strategies for the population aged 14 to 19 years residing in the catchment area Basic Health unit Salu Alves Ferreira, in the municipality of Monte Carmelo, Minas Gerais. To contribute to the development of the intervention project a literature search was conducted in the Virtual Health Library databases to lift the existing evidence on the subject. The proposed project has been prepared following the steps of situational strategic planning. In this respect, this paper discusses ways of intervention for coping with teenage pregnancies, which includes sex education through a partnership with the local school; family planning; awareness of the examination of prenatal care; and generally seek to improve and expand existing programs. From that seeks to raise awareness intervention adolescents about unwanted pregnancy and minimize the risks of early pregnancy.

Keywords: High Risk Pregnancy. Teenage pregnancy. Risk Prenatal Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVO	13
4 METODOLOGIA	14
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERENCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do município

Monte Carmelo é um município brasileiro do interior do estado de Minas Gerais. Sua população de acordo com o censo de 2010 é de 45 772 habitantes. A principal atividade econômica da cidade é a produção de telhas, tijolos, artefatos cerâmicos. Também é destaque na produção de curtume e de embalagens. Na produção de café o município, juntamente com Araguari, Uberaba e Patrocínio, está no eixo de destaque da produção do melhor café do cerrado para exportação, no Brasil (IBGE, 2010).

A região era habitada por índios, conforme vestígios encontrados em diversos lugares, como machados de pedra, potes, etc. Os primeiros movimentos que deram origem ao povoado tiveram início em 1840. Moradores de São João Del Rei e Itapeçerica, vieram para a região atraídos pela descoberta de garimpos de diamantes em Estrela do Sul, que na época se chamava "Bagagem" (IBGE, 2010).

Foi doado um terreno de seis léguas quadradas aos moradores, para construírem uma capela para Nossa Sra. do Carmo. Nesta área, os moradores fizeram suas casas em torno da primeira Igreja e assim formou-se o "Arraial do Carmo da Bagagem". Em 1882, o "Arraial" foi elevado à categoria de "Vila", passando a chamar-se "Nossa Senhora do Carmo da Bagagem". Em 1892, a "Vila" é elevada à categoria de cidade e a cidade passou a denominar-se "Monte Carmelo". Monte Carmelo é o nome de uma montanha existente no litoral de Israel, nas proximidades da cidade de Haifa. "Carmelo", em hebraico, significa "uvas de Deus", e como Carmo da Bagagem situa-se próximo a um monte semelhante ao da antiga Palestina, onde se encontra a sede da Congregação das Carmelitas, adotaram o nome de Monte Carmelo, em consideração ao local onde se fundou a Ordem de Nossa Senhora do Carmo e também ao monte nas proximidades da cidade"(IBGE, 2010).

1.2 Unidade Básica de Saúde Salu Alves Ferreira

Celso Bueno, zona rural do município de Monte Carmelo, possui cerca de 2500 habitantes, população adscrita à Unidade Básica de Saúde Salu Alves Ferreira, da qual faço parte da equipe de saúde da família. O Programa Saúde da Família (PSF) conta com equipe formada por um médico de família, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, cinco agentes comunitárias de saúde, sendo duas delas em área rural (comunidade Buritis e Gonçalves) e com a participação da equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), com visitas semanais de uma psicóloga, assistente social, nutricionista e fisioterapeuta. Também conta com atendimento semanal de pediatria no PSF e mensal nas áreas rurais. A unidade não conta com cirurgia dentista.

Os pacientes são agendados, consultas de rotina ou cuidado continuado e demanda espontânea, visando realizar o primeiro atendimento no PSF e encaminhar para especialidade ou pronto socorro quando necessário.

O acesso às determinadas especialidades as quais o município mantém convênio com município polo para atendimentos complexos pode ser restrito e demorado, devido à fila de espera e o município polo também prestar esses serviços a outros municípios. Ao procurar o Pronto Socorro, o paciente deve ter passado pela atenção primária e levar consigo o encaminhamento médico. Assim, é possível alcançar alta resolutividade dos problemas da comunidade no próprio PSF ou coordenar o fluxo para uma melhor organização.

São realizadas visitas domiciliares semanais e reuniões de estratégia e planejamento da equipe, também semanais. O acompanhamento 'Melhor em casa' não está sendo efetivo nos últimos meses, tendo ficado a cargo das visitas domiciliares os pacientes que necessitem de suporte.

Quando realizamos o diagnóstico situacional do território da unidade, a equipe observou que o número de casos de gravidez precoce foi a questão mais preocupante. De acordo com as informações dos profissionais da equipe e pelo

número de consultas de pré-natal, a gravidez precoce atinge uma taxa de 13% da população de 14-19 anos.

No período de janeiro a setembro de 2015 foram atendidas no pré-natal 32 gestantes das quais 21 estavam na faixa etária 14-19 anos, cerca de dois terços das gestantes atendidas estavam classificadas como precoces.

Uma das maiores preocupações da equipe é a adesão tardia ao pré-natal pelas grávidas adolescentes, que pode trazer consequências para a mãe e para o feto.

São necessárias intervenção e intensificação das ações de enfrentamento deste problema na área de abrangência da unidade.

Essa situação apresentada justifica a elaboração do projeto de intervenção que ora proponho

2 JUSTIFICATIVA

A adolescência, considerada uma etapa da vida entre a infância e a idade adulta, é caracterizada pela ocorrência de muitos conflitos e pelas várias modificações corporais e comportamentais. Segundo a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência constitui

[...] um processo fundamentalmente biológico de vivências orgânicas, no qual se aceleram o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade. Abrange a pré-adolescência a faixa etária de 10 a 14 anos e a adolescência propriamente dita (dos 15 aos 19 anos (SILVA *et al.*, 2010, p.61).

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1977), a adolescência é o período compreendido entre 10 e 19 anos de idade. No caso brasileiro, em 1990 foi aprovado sob a Lei 8.069/90 (BRASIL, 1990) o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) reafirmando os direitos dos adolescentes formalmente. De acordo com o estatuto, adolescente é a pessoa que tem entre 12 e 18 anos de idade. A ECA propõe uma nova forma de fazer a política de atendimento à criança e ao adolescente, adotando a Doutrina da Proteção Integral, incentivando a descentralização, municipalização e a participação da sociedade civil no processo de construção das políticas públicas de atenção nessa área (BRASIL, 1990).

Em 2008, foi instituída uma política intersetorial da Saúde e da Educação, o Programa Saúde na Escola (PSE), que permite uma aproximação entre as áreas da saúde e educação, articulado com o MEC, que disponibiliza recursos financeiros para os municípios de menor Índice de Educação Básica. Estes recursos serão utilizados na atenção primária na promoção de saúde, prevenção de agravos e assistência em saúde de escolas adstritas aos territórios de saúde da família. Atualmente 608 municípios aderiram ao PSE, atuando também em prol da promoção da saúde e educação integral, visando diminuir o número de casos de gestação precoce (BRASIL, 2008).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística detectou que diminuiu o número de adolescentes grávidas entre 15 e 19 anos. O número vem se reduzindo em todo o país, mas tem ocorrido de modo mais acelerado no Sul e no Sudeste. No Norte

ainda há proporções relevantes de gestação nesse grupo etário, em torno de 20%. O levantamento do instituto mostra que a gravidez entre os 15 e 19 anos caiu no Brasil de 20,4% do total, em 2002, para 17,7% em 2012. Atualmente, a Região Sudeste detém o menor índice (15,2%) e a Região Norte (23,2%), o maior percentual de gravidez nessa faixa etária (IBGE, 2010).

Entre os fatores que influenciaram a mudança de comportamento da mulher brasileira no que diz respeito à idade em que engravidam está o maior grau de escolaridade da mulher, maiores oportunidades de emprego e queda nas taxas de fecundidade.

Entender a realidade que cerca as adolescentes e poder dar alternativas para o futuro delas é motivo de preocupação para toda a equipe de saúde da nossa unidade, por se tratar de um desafio para as políticas públicas no contexto da promoção da saúde.

Diante do problema identificado e priorizado a equipe definiu ser importante elaborar um projeto de intervenção no sentido captar as grávidas adolescentes mais precocemente possíveis, com a finalidade de aumentar a adesão das mesmas ao pré-natal.

É muito importante abordar o tema devido às consequências que a gravidez na adolescência pode trazer, quando não são assistidas no período adequado. Deve-se evitar: o início tardio do pré-natal, conflito familiar, abandono escolar, patologias obstétricas, depressão pós-parto, entre outros.

3 OBJETIVO

Propor estratégias para enfrentamento da gestação precoce na população de faixa etária de 14 a 19 anos residente na área de abrangência da unidade básica de saúde Salu Alves Ferreira, no município de Monte Carmelo, Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Para este projeto foi utilizada a estimativa rápida para diagnóstico situacional e o método simplificado de Planejamento Estratégico Situacional (PES) desenvolvido quando realizei a disciplina de Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Outro passo importante para construção do projeto de intervenção foram as discussões com a equipe e revisão do portfólio quando concluímos que o problema a ser abordado na unidade, com maior urgência e possibilidades de intervenção com sucesso, era a gravidez precoce. Foi necessário rever prontuários e relatórios mensais de acompanhamento dos atendimentos na unidade para chegarmos aos números precisos, o que evidenciou ainda mais a urgência do tema.

Foi também feita uma revisão bibliográfica sobre o tema nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde com a finalidade de buscar as evidências já existentes sobre o tema para embasar a elaboração do projeto de intervenção.

A pesquisa nas bases de dados foi feita por meio dos seguintes descritores:

Gestação precoce.

Gravidez na adolescência.

Pré-natal de risco.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Uma das áreas de atuação prioritária da Atenção Básica à Saúde é a atenção em saúde sexual e em saúde reprodutiva. Nesse sentido, o Ministério da Saúde vem buscando abordar a saúde sexual como essencial para a qualidade de vida e de saúde das pessoas e o papel fundamental que as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família têm na promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva (BRASIL, 2010).

A saúde de adolescentes e jovens está intimamente relacionada à promoção do protagonismo juvenil e do exercício da cidadania, ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, à educação em saúde e à prevenção de agravos (BRASIL, 2010).

Em particular, a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes é motivo de constante preocupação para pais, educadores e até profissionais de saúde. As consequências da gravidez na adolescência são de alto impacto social.

Para Yazlle (2006), o conhecimento de métodos contraceptivos e prática do sexo seguro é frágil, levando à risco de gravidez na adolescência e de contágio de doenças sexualmente transmissíveis (DST).

Nesse aspecto, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), o comportamento sexual de um indivíduo depende da etapa de desenvolvimento em que se encontra e também do contexto familiar e social em que está inserido.

Interessante notar que, por longo período, a faixa de idade que foi considerada adequada para ter filhos é a que hoje é considerada precoce. Não faz muito tempo, as jovens se casavam cedo e já se tornavam mães, criando uma família geralmente numerosa. No entanto, nos dias atuais em um contexto totalmente diferente do referido, o que se espera é que os jovens invistam nos estudos e busquem colocação no mercado de trabalho antes de formar família.

Apesar disso, observa-se que, embora a atividade sexual na adolescência seja vista como um fato natural, divulgado pela mídia, que estimula os jovens a iniciarem a vida sexual cada vez mais cedo, há por trás disso um contexto de desconhecimento do próprio corpo, a omissão da família e da escola sobre assuntos pertinentes a adolescência, bem como pouco envolvimento dos serviços públicos.

Dessa forma, a gravidez na adolescência, considerada de alto risco pela complexidade de fatores, torna-se um problema de saúde pública devido às consequências que impõe à sociedade como um todo, conforme Rios, Williams e Aiello (2007) *apud* instituto da Infância (IFAN, 2015).

No ano de 2013, todos os dias, 20 mil adolescentes com menos de 18 anos deram à luz em países em desenvolvimento. 95% dos nascimentos de filhos e filhas de adolescentes ocorrem em países em desenvolvimento. Estima-se que 70 mil adolescentes em países em desenvolvimento morrem a cada ano por complicações durante a gravidez ou o parto (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde, em 2011, no Brasil, tivemos 2.913.160 nascimentos; destes, 533.103 de meninas de 15 a 19 anos (18% das adolescentes grávidas), e 27.785 de meninas de 10 a 14 anos (0,9%, das adolescentes grávidas). Com relação aos óbitos maternos, observa-se uma variação entre 13% a 16%. Trata-se de um desafio para o gestor público. Quanto mais jovem, mais tardiamente as adolescentes identificam a gravidez e mais tardiamente procuram os serviços de saúde. O aborto também acontece mais tardiamente, gerando mais riscos e complicações. Em 2011, 15% de todas as mortes maternas foram das adolescentes abaixo dos 19 anos. De todas as mortes relacionadas ao aborto, 17% foram de jovens entre 10 e 19 anos. Este é um assunto sensível para a sociedade por suscitar aspectos éticos, morais e religiosos. O aborto realizado em condições inseguras é uma importante causa de morte de mulheres no Brasil. Porém, é importante observar que a decisão pelo abortamento aparece quando não existe apoio da família ou do parceiro e, muitas as adolescentes querem esconder a gravidez de seus familiares por medo ou vergonha (ANDALAF; NETO, 2009).

Dentre os fatores determinantes e condicionantes de uma gravidez precoce, pode-se citar a expectativa de união com o parceiro. A opção pela união estável é uma forma de conquistar autonomia e maior liberdade do controle dos pais. Muitas vezes há estímulo a relacionamentos com homens mais velhos pela família, como uma forma de minimizar a carência econômica da mesma.

Em pesquisa, Catharino e Giffin (2002) afirmam que quase 100% das jovens mães entrevistadas tiveram todas as suas gravidezes como resultado de uma relação com parceiro conhecido e/ou fixo: alguém com que “ficava”, namorado, noivo ou até mesmo marido. A maioria também conhecia métodos anticoncepcionais. O que evidencia uma baixa adesão a eles, em detrimento da falta de informação quanto aos mesmos. Há quem, apesar do conhecimento, não faz uso dos métodos. Dentre os motivos para este fato, são apontados: vergonha de ir ao médico; a crença que não irão engravidar, gerada pelo fato de não terem relação sexual diariamente; coito ininterrupto; preconceitos quanto à utilização do preservativo masculino e o desejo de engravidar, devido a esta última, a questão da gravidez na adolescência não deve ser marcada apenas como experiência negativa e insalubre para as jovens e suas famílias.

Outros fatores envolvidos são dificuldade de relacionamento, os conflitos familiares, negligência, violência física e psicológica e o fraco suporte familiar.

Os riscos de gestação na adolescência não são apenas devido ao fator idade, existindo também outros tipos de risco. Em relação à idade, pode-se dividi-la em duas faixas etárias: a adolescência precoce de 11 a 15 anos e a tardia de 16 a 19 anos. É na primeira fase, isto é, entre 11 a 15 anos, que ocorrem mais riscos uma vez que, quanto menor a diferença entre a idade cronológica da adolescente e idade em que ela teve a primeira menstruação, maior o risco da gestação, devido à imaturidade da vascularização uterina, o que acarretaria o parto prematuro ou outras intercorrências. Nesta faixa etária ainda se encontram o início tardio do pré-natal e consequente possibilidade de se prevenir riscos que seriam evitáveis a essa gestação (BRUNO *et al.*, 2009).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b, p.11):

A assistência pré-natal pressupõe avaliação dinâmica das situações de risco e prontidão para identificar problemas de forma a poder atuar, a depender do problema encontrado, de maneira a impedir um resultado desfavorável. A ausência de controle pré-natal, por si mesma, pode incrementar o risco para a gestante ou o recém-nascido.

Outra finalidade da assistência pré-natal de alto risco é intervir no curso de uma gestação que possui maior chance de ter um resultado desfavorável, com a intenção de diminuir o risco ao qual estão expostos tanto a gestante quanto o feto, ou diminuir as possíveis consequências desfavoráveis. Dessa forma, a equipe de saúde deve estar preparada para evitar quaisquer fatores que possam afetar negativamente a gravidez, sejam eles clínicos, obstétricos, ou de cunho socioeconômico ou emocional (BRASIL, 2010b).

De acordo com o Fontoura e Pinheiro (2010) o fato de as jovens mais pobres engravidarem e terem filhos em maiores proporções que as jovens mais ricas não pode ser explicadas somente em termos de opções distintas de vida, sem que se considerem todo o contexto de vida e as oportunidades apresentadas a estas jovens. Nesse sentido, é possível concluir que a jovem mãe pode não ter optado pela maternidade, pelo contrário, pode ser consequência da falta de opções e da dificuldade de construir um projeto de vida para além de ser mãe de família.

Importante notar que muitas vezes as meninas que engravidam ainda adolescentes acabam abandonando a escola. Mas muitas delas, ao engravidar, já estavam fora da escola. O abandono escolar é superior entre as meninas que engravidaram em comparação às que não engravidaram. A educação está diretamente relacionada à taxa de fecundidade, quanto menor o grau de instrução, maior a quantidade de filhos por mulher (XIMENES NETO *et al.*, 2007).

De acordo com pesquisas do IPEA para as jovens o abandono escolar torna-se inevitável, pois, das meninas com idade entre 10 e 17 anos sem filhos, somente 6,1% não estudavam; já entre as meninas com filhos, esta proporção chega a impressionantes 75,7%, sendo que 57,8% das meninas com filhos não estudavam

nem trabalhavam, o que evidencia as dificuldades encontradas para engajar-se em alguma atividade fora de casa com um filho pequeno para cuidar (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2007).

Mas dentre os vários motivos que fazem com que a adolescente pare de estudar, é possível destacar a vergonha das amigas, a pressão da escola e muitas vezes da família, ou até mesmo por punição ou por acreditar que esta é a única maneira da jovem cuidar do seu filho, ou ainda pressão do parceiro. Os meninos, muitas vezes, param de estudar para trabalhar, para sustentar a nova família.

Diante desta realidade, é fundamental que a escola ofereça condições para que se converse sobre a gravidez na adolescência, e falar abertamente sobre saúde sexual e reprodutiva é uma das estratégias. Quando uma menina ficar grávida, a escola deve oferecer apoio. O não abandono dos estudos é uma das alternativas para um cuidado mais qualificado a essa nova mãe. A Lei n.º 6.202/75 (BRASIL, 1975), garante a permanência da adolescente na escola através do regime de exercício domiciliar. Este é um direito que deve ser declarado e resguardado pela escola para evitar o abandono escolar.

Contudo, “ o acesso às políticas de prevenção e orientação sobre saúde sexual tem sido considerado de grande importância na redução do número de partos feitos em adolescentes na rede pública brasileira, que diminuiu em 30,6% nos últimos dez anos” (BRASIL, 2007 *apud* GUANABENS *et al.*, 2012, p.21).

É necessária a criação de uma política que atue sobre a dimensão dos direitos sexuais e reprodutivos, pois, terá efeitos não somente sobre as gerações de jovens, mas também sobre os mais velhos e as futuras gerações (FONTOURA; PINHEIRO, 2009).

O reconhecimento e proteção dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos são imprescindíveis a para o desenvolvimento e aplicação de políticas públicas que abarquem as peculiaridades da sociedade.

A prática sexual e a maternidade/paternidade são direitos de todos, que devem ser garantidos pelo Estado, mediante ações e estratégias que promovam o compromisso e responsabilidade dos cidadãos com seu exercício de modo responsável e mediante condições saudáveis e libertas de riscos (BRASIL, 2010, p. 17).

Muitas estratégias visando à redução da incidência da gravidez na adolescência tem sido bem-sucedidas dentre as que visam aproximação entre escola, família e profissionais da saúde.

Para atingir a diminuição do número de adolescentes grávidas é necessária melhoria na forma de intervenção e atendimento aos adolescentes. Por isso, deve-se priorizar o atendimento psicológico a jovem mãe para que ela desenvolva sua autoestima, melhores suas relações interpessoais, firme sua identidade e consolide sua cidadania. Este atendimento deve acontecer logo no primeiro contato com a gestante para a realização dos exames do pré-natal.

A realização dos exames de pré-natal é universalmente reconhecida como um dos fatores determinantes para a evolução normal da gravidez, sendo que o objetivo final dessa assistência é reduzir morbimortalidade materno-fetal. Dessa forma, quanto maior sua qualidade, melhor será o resultado, com diminuição das taxas de mortalidade materna e perinatal (MIRANDA *et al.*, 2013).

Cumprir destacar que de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) devem ser realizadas no mínimo seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.

Seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), é necessário receber as adolescentes com acolhimento desde sua chegada à unidade de saúde. O acolhimento não é um espaço ou local, mas uma postura ética. Não pressupõe hora ou um profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias ou formas alternativas para enfrentamento dos problemas. Permitir ao cidadão que expresse todas as suas preocupações, medos, dúvidas, enfim, é garantir

atendimento eficaz com interação com outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, sempre que necessário.

É inegável que a abordagem do assunto em ambiente escolar é fundamental para que os jovens possam falar sobre a sexualidade sem preconceitos. Nesse ambiente é possível que se libertem de tabus, pois a escola é um espaço de autoconhecimento e descobertas de outras formas de relacionamento afetivo que não sexuais. Além de ser ambiente propício a tratar do assunto também com os meninos, já que é um problema que envolve os homens. É necessário um envolvimento da saúde com a educação, levando a saúde para a escola.

É preciso trabalhar para a ressignificação da paternidade e da maternidade, a partir de valores mais igualitários e da importância tanto da figura materna quanto da paterna para a socialização da criança. Os pais e as mães, independentemente da idade, devem ser capazes de compreender que seus papéis no plano afetivo, cognitivo, emocional, educativo e socializador são fundamentais para a formação de indivíduos sadios e completos (FONTOURA; PINHEIRO, 2009).

Diante de tudo que foi exposto, além das campanhas preventivas, é preciso garantir acesso ao pré-natal de qualidade, incluindo orientação contraceptiva e prevenção de nova gravidez precoce, considerando que a gravidez na adolescência e sua recorrência podem ser prevenidas. É necessário incluir esta população mais vulnerável nos programas de assistência à saúde da mulher com ênfase em anticoncepção e orientações sexuais, tendo esta faixa etária como uma das prioridades na atenção primária.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Como proposta para intervenção, a educação sexual, por meio de parceria com a escola local, surge para evitar a gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e até mesmo o aborto. Por meio de palestras informativas, grupos operativos para adolescentes, atendimento por hebiatra.

Como parte da orientação sexual aos adolescentes deve ser oferecida alternativa de lazer e possibilidades de esportes que resgatem o lado lúdico e recreativo, a prevenção da gravidez não deve ser abordada apenas como contracepção. Não basta que os adolescentes tenham conhecimento sobre os métodos contraceptivos, é preciso respeitar sua individualidade, de modo que sejam orientados e instigados a desenvolver atitudes responsáveis para com o seu próprio corpo, para que reconheçam a necessidade de se protegerem de doenças sexualmente transmissíveis e também evitar gravidez indesejada.

Estas ações, por meio de palestras, panfletos, reuniões de grupos, parceria com a escola local, visa, em um primeiro momento, maior conscientização da população alvo acerca do tema gravidez na adolescência. Trabalhando para construir uma relação de confiança com os indivíduos que compõem a comunidade em relação ao trabalho dos profissionais e da equipe de saúde, consolidando um vínculo determinante para que as ações da equipe tenham impacto positivo na saúde da população.

Em um segundo plano, não menos importante, outra medida é o planejamento familiar. Estabelecer a necessidade do planejamento familiar porquanto Proporcionar um atendimento voltado para os adolescentes de caráter preventivo e educativo com informações sobre os métodos anticoncepcionais, além de garantir o acesso a eles, com distribuição gratuita na escola e no posto de saúde, assim como campanhas de orientação para que não haja inibição para pegá-los. Incentivar o diálogo familiar, dando ênfase no papel da família, estimulando o papel dos pais como educadores.

Por fim, buscar a melhoria e ampliação dos programas já existentes de atenção ao adolescente e integração da educação sexual dentro destes programas de

assistência. Para isso deve-se lançar mão de busca ativa pelas ACS, dedicar maior espaço na agenda de atendimentos para o público alvo.

De igual modo, é preciso também direcionar campanhas as jovens gestantes para que procurem quanto antes o atendimento médico para realização dos exames do pré-natal, objetivando minimizar os riscos da gravidez precoce. O pré-natal deve começar o mais precoce possível e a assistência deve perdurar por todo o período da gravidez e inclusive após o parto. Pois nesse contato a equipe poderá traçar o perfil das gestantes e estabelecer os fatores determinantes que levam a gravidez precoce no âmbito do posto de saúde. Desse modo, a intervenção será eficaz, uma vez que as ações serão direcionadas para fatores específicos e poderão evitar também a reincidência de gestação precoce.

A elaboração do projeto de intervenção seguiu os seguintes passos:

Primeiro Passo - Definição dos problemas

Problemas identificados pela equipe em ordem de prioridade:

- Gravidez precoce – grande número de adolescentes sem planejamento familiar
- Hipertensão arterial – número crescente de hipertensos
- Alta prevalência de doenças infecto contagiosas
- Grande número de usuários de medicamentos controlados sem acompanhamento

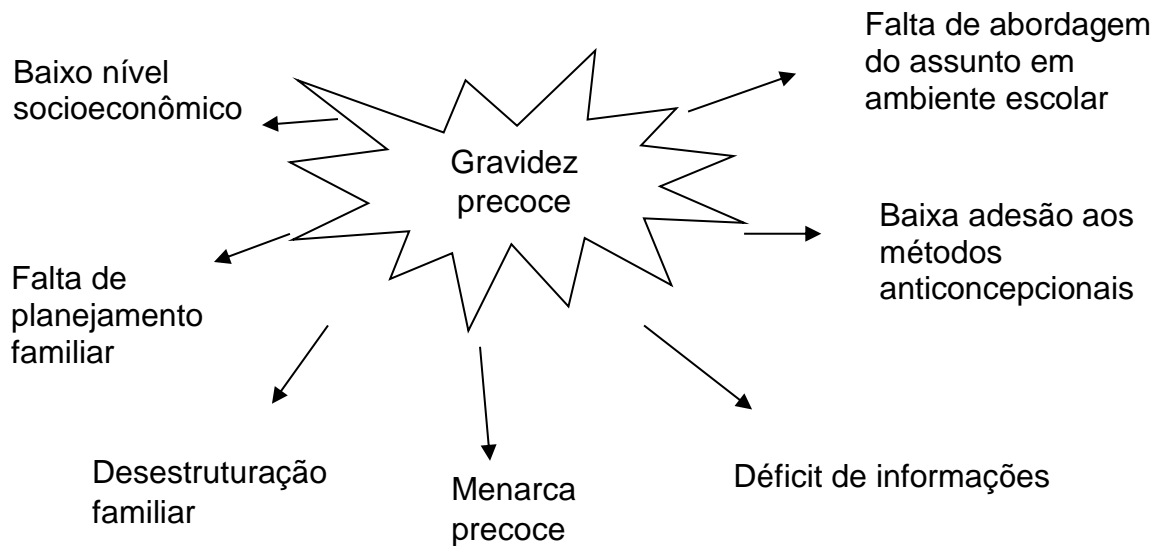
Segundo Passo - Priorização do problema

Principais Problemas	Importância	Capacidade de enfrentamento	Urgência
1. gravidez precoce	Alta	Dentro	9
2. número crescente de hipertensos	Média	Dentro	6
3. doenças infectocontagiosas	Baixa	Dentro	6
4. grande número de usuários de medicamentos controlados sem acompanhamento	Média	Parcial	8

Terceiro Passo - Descrição do Problema Priorizado

Descritor	Valor	Fonte
Total de gestantes usuárias do serviço de saúde	32	Registros da equipe
Total de gestantes de 14-19 anos	21	Registro da equipe
Total de usuárias 14-19 anos	160	Registros da equipe

Quarto Passo - Explicação do Problema



Consequências: baixa adesão ao pré-natal; início tardio do pré-natal; abandono escolar; patologias obstétricas; depressão pós-parto.

Quinto Passo - Identificação dos nós críticos

Baixa adesão aos métodos anticoncepcionais

Falta de planejamento familiar

Sexto Passo: desenho das operações

Nó crítico	Operações	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Baixa adesão aos métodos anticoncepcionais	<p>Palestras informativas</p> <p>Grupos operativos de adolescentes</p> <p>Atendimento específico para hebiatra</p>	<p>Maior conscientização da população alvo</p>	<p>Panfletos</p> <p>Palestras</p> <p>Criação e reuniões de grupo</p>	<p>Cognitivo: conhecimento sobre o tema</p> <p>Organizacional: reorganizar agenda da equipe para desenvolver o texto a ser divulgado. Diminuição do atendimento à demanda espontânea.</p> <p>Políticos: apoio do secretário para conseguir panfletos.</p>
Falta de planejamento familiar	<p>Grupos operativos sobre métodos anticoncepcionais</p> <p>E diálogo familiar</p>	<p>Aumentar acesso aos métodos anticoncepcionais</p> <p>Informar e esclarecer a população alvo</p>	<p>Busca ativa pelas ACS</p> <p>Espaço na agenda para público alvo</p>	<p>Cognitivo: capacitar profissionais</p> <p>Financeiro: para impressão de panfletos</p> <p>Organizacional: reorganizar agenda da equipe. Diminuição do atendimento à demanda espontânea.</p>
Falta de abordagem do assunto em ambiente escolar	<p>Parceria com a escola local</p>	<p>Parceria entre setor de educação e saúde</p>	<p>Espaço para discussões sobre saúde na escola para palestras educativas</p>	<p>Organizacional: organização da agenda</p> <p>Político: articulação com setor de educação</p>
Déficit do nível de informação	<p>Adolescente consciente: ofertar informações para ampliar o controle dos adolescentes sobre sua saúde</p>	<p>Informações sobre DST, consequências de uma gravidez não planejada, métodos anticoncepcionais</p>	<p>Atendimento específico para hebiatra</p> <p>Grupo operativo</p>	<p>Organizacional: organização da agenda</p> <p>Financeiro: material didático</p> <p>Cognitivo: informações sobre o tema</p>

Sétimo Passo: identificação dos recursos críticos

Operação	Recurso crítico
Grupos operativos	Político: espaço físico para reuniões
Palestras educativas	Financeiro: aquisição de materiais para confecção de material educativo
Atendimento de hebiatra	Organizacional: Diminuição do atendimento à demanda espontânea.

Oitavo Passo: análise de viabilidade do Plano

Operações/Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Grupos operativos	Organizacional: Diminuição do atendimento à demanda espontânea.	Prefeito	Contrária	Apresentar a proposta para prefeito, sua importância e necessidade.
	Político: apoio do secretário para conseguir material educativo	Secretário de Saúde	Favorável	-
Panfletos informativos	Financeiro: material	Prefeito	Indiferente	Apresentar a proposta para prefeito, sua importância e necessidade.
	Organizacional: Diminuição do atendimento à demanda espontânea.	Prefeito	Contrária	Apresentar a proposta para prefeito, sua importância e necessidade.

Nono Passo: elaboração do Plano Operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsáveis	Prazo
Agenda para hebiatra	Aumento nas consultas para público alvo	Espaço na agenda	Busca ativa ACS	Médico, enfermeiro, ACS	Início em até um mês
Grupo operativo	Atender 100% da população alvo	Médico e enfermeiro capacitados	Apresentar a proposta para prefeito, sua importância e necessidade.	Enfermeiro da equipe	Início em até 1 mês.
Panfletos informativos	Atingir população alvo	Material impresso	Apresentar proposta para secretário	Médico e enfermeiro	Um mês
Adolescente consciente	Atingir a população alvo	Utilizar sala de aula, sala de espera, visitas domiciliares para informar o adolescente	Capacitar agentes, enfermeiro e professores	ACS, professores, enfermeiro, médico.	Em até 2 meses
Parceria com a escola local	Atingir alunos na faixa etária alvo	Professores capacitados	Apresentar proposta para escola Parceria com secretaria municipal de educação	Professores	A definir
Planejamento familiar	Informar sobre métodos anticoncepcionais Incentivar diálogo familiar	Utilizar as consultas e visitas domiciliares para esclarecimento de pais e adolescentes	Atendimento para planejamento familiar Capacitar agentes comunitários de saúde	ACS e médico	Em até um mês

Décimo Passo: gestão do Plano

Operação: consultas de hebiatra/panfletos informativos/ grupo operativo					
Coordenador: médico					
Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Atingir público alvo	Médico e enfermeiro	Início em até 1 mês	Não iniciada		
Panfletos informativos	Equipe	Início em até um mês	Não iniciada		
Grupo operativo	Médico e enfermeiro	Em um mês	Não iniciada		

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez precoce, acontecimento familiar e social, esperado ou não, deve ser assumido e vivenciado pela jovem, porém, com o suporte familiar, cada qual com suas responsabilidades quanto ao ciclo gravídico-puerperal e à maternagem. Apesar de toda a complexidade que envolve o tema, esta é uma experiência que pode contribuir não só para o desenvolvimento global da adolescente, como também para o amadurecimento de sua família. Para que isso ocorra é necessário o acolhimento da adolescente e seus familiares, buscando incentivar o diálogo entre eles, dando ênfase no papel da família e estimulando o papel dos pais como educadores.

A atuação do Poder público justifica-se, por meio de políticas públicas, com o objetivo de, num primeiro momento, oferecer campanhas de conscientização sobre direitos sexuais e reprodutivos, incentivar o uso métodos contraceptivos para os jovens e a população em geral e oferecer os anticoncepcionais. Num segundo momento estabelecer junto a população a necessidade do planejamento familiar. E por fim, ampliar e melhorar os programas já existentes de atenção ao adolescente, de modo a oferecer assistência de qualidade nas Unidades Básicas de Saúde de acordo com as necessidades específicas dos adolescentes e seus familiares.

Dessa forma, para o desenvolvimento e eficácia da intervenção proposta é necessário o investimento em capacitação dos profissionais da área da saúde e da educação para que estejam amparados em conhecimentos técnicos para atuarem de forma educativa e preventiva.

A participação da população também é necessária, a partir dela que se desenvolverá uma cultura de prevenção associada à base familiar que é essencial na formação do cidadão. Portanto, a proposta de intervenção levará a mudança de comportamento da sociedade em relação à sexualidade, planejamento familiar, saúde e educação.

REFERÊNCIAS

ANDALRAFT, C. C. M.; NETO, J. A. **Gravidez e adolescência**. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2009.

BRASIL. **Lei n. 6.202/75**. Atribui a Estudante em Estado de Gestação o Regime de Exercícios Domiciliares Instituídos pelo Decreto-lei 1.044, de 1969, e dá outras providências. Brasília, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Sexual e saúde Reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. (Caderno de Atenção Básica n. 26). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd26.pdf>. Acesso em: 11/05/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf>. Acesso em 11/05/2016.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei n. 8.069** de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. DOU. De 27 de set de 1990.

BRUNO, Z. V. *et al.* Reincidência de gravidez em adolescentes. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. 480-484, Oct. 2009 . Available from <<http://www.scielo.br/scielo.php>

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

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/docs/anais/pdf/2002/Com_JUV_ST7_Catharino_t exto.pdf> . Acesso em 25 de março de 2016.

FONTOURA, N. O.; PINHEIRO, L. S. Síndrome de juno: gravidez, juventude e políticas públicas. In: _ CASTRO, J. A.; AQUINO, L. M. C.; ANDRADE, C. C. **Juventude e políticas sociais no Brasil**. Brasília: Ipea, 2009.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA) **Maternidade precoce: enfrentando o desafio da gravidez**. Situação da população, 2013.

GUANABENS, M. F. G. *et al.* Gravidez na adolescência: um desafio à promoção da saúde integral do adolescente. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 1, supl. 2, p. 20-24, mar. 2012 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>

INSTITUTO DE PESQUISA APLICADA (IPEA). **Gravidez na adolescência**. Dados da Pesquisa Nacional de Amostra no Domicílio (PNAD), 2007. Disponível em: www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE cidades**, 2010. Disponível em: [lbge.com.br/cidadesat/painel/populacao.php. ?lang=&codmun=314310&search=minas-gerais|monte-carmelo|infograficos:-evolucao-populacional-e-piramide-etaria](http://lbge.com.br/cidadesat/painel/populacao.php.?lang=&codmun=314310&search=minas-gerais|monte-carmelo|infograficos:-evolucao-populacional-e-piramide-etaria)

MIRANDA, F. R. D.; TAQUETTE, S. R.; MONTEIRO, D. L. M.; BLANCO, M. N.; RODRIGUES, A. O. Pré-natal na adolescência: uma revisão crítica. **Adolescência e Saúde**. v.10, n. (Supl. 1), p.43-50, 2013. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=394>. Acesso em: 11/05/2016.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Necesidades de salud de los adolescentes**. Informe de um Comitê de Expertos de la OMS. Genebra, OMS, 1977, 55 p. (Série de Informes Técnicos, 609).

PRIMEIRA INFÂNCIA E GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA. **Rede Nacional da Primeira Infância (RNPI)** Secretaria Executiva – Biênio 2013/14: INSTITUTO DA INFÂNCIA - IFAN. Disponível em: < <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/01/Cartilha-Gravidez-Adol-FINAL-HD.pdf> >. Acesso em: 11/05/2016.

SILVA, V. C.; BARBIERI, M.; APERIBENSE, P. G. G. S.; SANTOS, C. R. G. C. Gravidez na adolescência em unidades de saúde pública no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Adolescência e Saúde**. v. 7, n. 4, p. 60 - 67, 2010.

XIMENES NETO, F. R. *et al.* Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 60, n. 3, p. 279-285, 2007 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>

YAZLLE, M.E.H.D. Gravidez na Adolescência. Rev. **Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 443-445, 2006.