

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

DHARA DEL CARMEN SANCHEZ SANCHEZ

**AÇÕES EDUCATIVAS PARA PREVENÇÃO DA GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA
EM UMA UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM PROJETO DE
INTERVENÇÃO**

MONTES CLAROS/MINAS GERAIS

2018

DHARA DEL CARMEN SANCHEZ SANCHEZ

**AÇÕES EDUCATIVAS PARA PREVENÇÃO DA GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA
EM UMA UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM PROJETO DE
INTERVENÇÃO**

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

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Samara Macedo Cordeiro

MONTES CLAROS/ MINAS GERAIS

2018

DHARA DEL CARMEN SANCHEZ SANCHEZ

**AÇÕES EDUCATIVAS PARA PREVENÇÃO DA GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA
EM UMA UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM PROJETO DE
INTERVENÇÃO**

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Samara Macedo Cordeiro

Instituição: Universidade Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Prof. Dr. Edilaine Assunção Caetano de Loyola

Instituição: Universidade José do Rosário Vellano

Aprovado em Belo Horizonte, em 07 de novembro de 2018.

SANCHEZ DDCS. Ações educativas para prevenção da gestação na adolescência em uma unidade de estratégia de saúde da família: um projeto de intervenção [trabalho de conclusão de curso]. Montes Claros: Universidade Federal de Minas Gerais; 2018.

RESUMO

A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública que demanda atenção. Desta maneira ações educativas que possam minimizar o alto índice de gestantes nessa faixa etária, são relevantes e devem ser implementadas pela equipe de saúde. Em 2017, a prevalência de adolescentes grávidas na ESF Santa Cruz, foi significativa, ocupando quase 50% dos pré-natais atendidos na unidade, o que justifica a necessidade de ações que possam ter impacto nesse cenário. Desta forma este estudo teve como objetivo elaborar um projeto de intervenção educativa para prevenção de gestação na adolescência. Para realizar este trabalho utilizou-se o método de planejamento denominado Planejamento Estratégico Situacional. Este foi iniciado com a equipe, que levantou os problemas vividos pela população e em seguida buscou-se discutir estratégias que fossem capazes de resolver os nós críticos previamente estabelecidos. Foram realizados encontros com toda a equipe para definir as ações e os responsáveis por cada uma delas, além dos recursos necessários, dos prazos e dos critérios para a avaliação. As ações foram iniciadas logo após a reunião com a equipe, que definiu cada operação. A fim de fundamentar a escrita realizou-se uma revisão da literatura sobre o tema. Essa revisão foi realizada nas bases de dados SciELO, MEDLINE e PubMed, utilizando as palavras chaves: gestação na adolescência, atenção primária, educação em saúde, no período de julho a agosto de 2018. A elaboração do projeto possibilitou evidenciar os nós críticos e pensar ações que pudessem mudar o cenário da gestação na adolescência na região de trabalho.

Palavras-chave: Gestação na Adolescência. Atenção Primária. Educação em Saúde.

SANCHEZ DDCS. Educational actions to prevent teenage gestation in an intervention project [course completion work]. Montes Claros: Universidade Federal de Minas Gerais; 2018.

ABSTRACT

Adolescent pregnancy is a public health problem that requires proper attention. In this way educational actions that can minimize the high index of pregnant women in this age range are relevant and should be implemented by the health team. In 2017, the prevalence of pregnant adolescents in the Santa Cruz ESF was significant, occupying almost 50% of the antenatal care attended at the unit, which justifies the need for actions that may have an impact in this scenario. In this way, this study had as objective to elaborate a project of educational intervention for prevention of gestation in adolescence. To carry out this work we used the planning method called Strategic Situational Planning. This was started with the team, which raised the problems experienced by the population and then sought to discuss strategies that were able to solve the previously established critical nodes. Meetings were held with the entire team to define the actions and those responsible for each of them, in addition to the necessary resources, deadlines and evaluation criteria. The actions were initiated shortly after the meeting with the team, which defined each operation. In order to base the writing, a review of the literature on the subject was carried out. This review was performed in the SciELO, MEDLINE and PubMed databases, using the key words: gestation in adolescence, primary care, health education, from July to August 2018. The elaboration of the project made it possible to highlight critical nodes and think actions that could change the scenario of gestation in adolescence in the region of work.

Keywords: Adolescent Pregnancy. Primary Care. Health Education.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema “altas taxas de gravidez na adolescência”	28
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados demográficos da população do território Município São João das Missões. São João das Missões, 2017.	8
Tabela 2 - Transferências. São João das Missões, 2016.....	9
Tabela 3 - Dados demográficos da população por micro área. São João das Missões, 2017.	12
Tabela 4 - Perfil epidemiológico da área de abrangência. São João das Missões, 2017.	13
Tabela 5 - Número de gestantes no território. São João das Missões, 2016-2017.....	13
Tabela 6 - Distribuição do número de famílias segundo destino do lixo por microárea. São João das Missões, 2017.	14
Tabela 7 - Distribuição das famílias segundo o destino dos dejetos e microáreas da ESF. São João das Missões, 2017.	14
Tabela 8 - Distribuição das famílias segundo o abastecimento de água e microáreas da ESF. São João das Missões, 2017.	15
Tabela 9 - Percentual da população analfabeta maior de 15 anos segundo a microáreas de abrangência da ESF. São João das Missões, 2016.....	15
Tabela 10 - Distribuição do número de famílias e de visitas anuais segundo a microáreas de abrangência da ESF. São João das Missões, 2017.	16
Tabela 11 - Distribuição das consultas realizadas pelo medico e pelo enfermeiro segundo os Programas e área. São João das Missões, 2017.	17

LISTA DE SIGLAS

ADENE	Agencia de Desenvolvimento do Nordeste
BPN	Baixo Peso ao Nascer
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CSA	Cadernetas de Saúde de Adolescentes
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SHG	Síndrome Hipertensiva da Gravidez
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
1.1 ASPECTOS GERAIS DO MUNICÍPIO SÃO JOÃO DAS MISSÕES	7
2 SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE	9
2.1 FINANCIAMENTOS DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DAS MISSÕES.....	9
2.2 REDE DE SERVIÇOS.....	9
3 A COMUNIDADE DE SANTA CRUZ	11
3.1 ASPECTOS GERAIS	11
3.2 A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA CRUZ	11
3.3 O TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA CRUZ	12
3.4 DADOS DEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO DE SANTA CRUZ POR MICRO ÁREA	12
3.5 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA COMUNIDADE DE SANTA CRUZ .	13
3.5.1 <i>Número de gestantes no território da comunidade Santa Cruz nos anos de 2016-2017</i>	13
3.5.2 <i>Principais causas de óbitos</i>	14
3.5.3 <i>Principais causas de internação</i>	14
3.5.4 <i>Doenças de notificação</i>	14
3.5.5 <i>Causas de mortalidade infantil</i>	14
3.6 ASPECTOS RELACIONADOS AO DESTINO DO LIXO NA COMUNIDADE SANTA CRUZ.....	14
3.7 ASPECTOS RELACIONADOS AO ESGOTO DA COMUNIDADE SANTA CRUZ.....	14
3.8 ASPECTOS RELACIONADOS AO ABASTECIMENTOS DE ÁGUA DA COMUNIDADE SANTA CRUZ.....	15
3.9 ASPECTOS RELACIONADOS A EDUCAÇÃO.....	15
3.10 RECURSOS COMUNITÁRIOS	16
3.11 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELA EQUIPE.....	16
3.12 LISTA GERAL DE PROBLEMAS IDENTIFICADOS NA COMUNIDADE PELA EQUIPE.	17
4 JUSTIFICATIVA	19
5 OBJETIVO	20
6 MÉTODO	21
7 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	23
7.1 GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA	23
8 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	27
8.1 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO	27
8.2 EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA:	27
8.3 DESENHO DAS OPERAÇÕES E O PLANO DE INTERVENÇÃO	27

8.4 ANÁLISE DA VIABILIDADE	30
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS.....	32

INTRODUÇÃO

1.1 ASPECTOS GERAIS DO MUNICÍPIO SÃO JOÃO DAS MISSÕES

São João das Missões fica a 687 km de Belo Horizonte (capital do Estado) e a 247 km de Montes Claros, cidade polo do norte de Minas, sendo o acesso realizado através da BR-135. Posiciona-se a 18 km do rio São Francisco e é marcado pelo Rio Itacarambi que banha quase todo o território do município.

São João das Missões foi emancipado no dia 21 de dezembro de 1995, através da Lei 12.030, desmembrando-se no município de Itacarambi. Os primeiros habitantes da região foram os índios da tribo Xacriabá. Em seguida, vieram pessoas provenientes da Bahia e de outras regiões de Minas Gerais.

Dentro do território do município está situada a reserva indígena Xacriabá, minha área de abrangência específica e dentro da reserva indígena e aldeia Santa Cruz. O povo Xacriabá é totalmente integrado à sociedade civilizada. Desde 1817 já eram considerados quanto ao aspecto étnico e cultural. São índios aculturados, a geração atual não conhece o dialeto de seus antepassados e vivem seu cotidiano como os demais sertanejos da região. Até pouco tempo, os Xacriabás enfrentaram sérios problemas com a luta pela posse da terra, envolvendo índios, funcionários da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), posseiros, grileiros e grandes proprietários. Em 1974, a FUNAI instalou um posto na área para dar assistência aos Xacriabás. Em 1979, a área foi demarcada e, em 1987, homologada e oficializada, dando fim aos conflitos pela terra.

A população, no geral, apresenta-se como a maioria das populações interioranas, refletindo, particularmente, as características de uma comunidade situada na área mineira da Agencia de Desenvolvimento do Nordeste (ADENE), onde prevalecem condições de extrema pobreza, pouco desenvolvimento socioeconômico e um índice pluviométrico relativamente baixo.

A economia do município se baseia na agricultura e pecuária. Tem muitas famílias que se sustentam por meio do Programa Bolsa Família. O cristianismo está fortemente presente no município, apresentando predominantemente adeptos do catolicismo, com várias comunidades e pastorais, além de denominações protestantes

como: Assembleia de Deus, Igreja Adventista do Sétimo Dia e Igreja Universal do Reino de Deus. Os cultos afro-brasileiros também se fazem presentes.

No município São João das Missões, os trabalhos na Atenção Básica à Saúde constitui a porta de entrada dos pacientes ao sistema de saúde. Nela podemos encontrar 11 Unidades Básicas de Saúde. Dessas, três são urbanas e oito são rurais. Temos uma unidade de saúde em que os pacientes que necessitam de algum cuidado emergencial são avaliados, tratados e, se precisarem de atendimento especializado, são encaminhados para outro município.

A principal atividade econômica desenvolvida no município é a agricultura e a agropecuária. Há irrigação de plantio de feijão, milho, cana de açúcar, tomate e mandioca. A pecuária é desenvolvida com o objetivo de produzir bezerros para a venda.

Tabela 1 - Dados demográficos da população do território Município São João das Missões. São João das Missões, 2017.

Faixa etária (anos)	Masculino	Feminino	Total
0 - 1	2	5	7
1 - 4	41	56	97
5 - 14	126	162	288
15 - 19	67	81	148
20 - 29	61	84	145
30 - 39	117	122	239
40 - 49	82	94	176
50 - 59	74	96	170
60 - 69	45	67	112
70 - 79	36	26	62
≥ 80	26	25	51
Total	677	767	1495

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica.

2 SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

2.1 FINANCIAMENTOS DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DAS MISSÕES

Tabela 2 - Transferências. São João das Missões, 2016.

Repasses por bloco	Total (R\$)
Assistência farmacêutica	140.848,89
Atenção básica	4.180.561,2
Investimento	281.590,00
Média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar	1.569.202,98
Vigilância em Saúde	254.348,82
Total	6.426.551,89

2.2 REDE DE SERVIÇOS

ATENÇÃO PRIMÁRIA: As unidades básicas de saúde disponíveis são: UBS Barreiro Preto, UBS Brejo, UBS Itapicuru, UBS Pindaíba, UBS Santa Cruz, UBS Sumaré, UBS Várzea Grande. Estas UBS oferecem serviços de clínica médica, odontologia, psicologia, nutrição e fisioterapia.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA: Este tipo de Atenção está preparada para avaliação de pacientes de risco e são unidades que contam com serviço ambulatorial especializado em que se encaminham os pacientes que não tiveram seus problemas resolvidos na Atenção Básica. Estas unidades localizam-se em Montes Claros, Manga ou Itacarambi e possuem os serviços de dermatologia, cardiologia, neurologia, psiquiatria, endocrinologia, ortopedia e especialidades odontológicas.

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: Temos um Hospital, o qual funciona 24 horas/dia, onde são atendidos os pacientes de urgência e emergência com um médico plantonista e uma enfermeira. Se os pacientes precisarem de atendimento de maior complexidade, eles são encaminhados em ambulância para outro serviço.

ATENÇÃO HOSPITALAR: O atendimento Hospitalar não é de máxima qualidade, pois apenas atende às urgências. Doenças que demandam uma maior atenção e cuidado são encaminhadas para Montes Claros.

APOIO DIAGNÓSTICO: O Município tem um laboratório que faz exames de Hemograma Completo, indicadores bioquímicos do sangue (Ureia, Creatinina, Ácido Úrico, Glicose) e eletrocardiograma. Os demais exames têm que ser feitos em outro município ou em laboratórios particulares.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: Na Secretaria de Saúde temos uma farmácia onde se oferecem os medicamentos, mas tem falta de muitos medicamentos para o tratamento das doenças agudas e crônicas. Além disso, existe uma Farmácia Popular onde se oferece gratuitamente os medicamentos para doenças crônicas, como a diabetes e hipertensão.

VIGILÂNCIA DA SAÚDE: É realizada via Secretaria de Saúde, mas com frequência apresentam dificuldades no cadastramento das informações.

RELACÃO COM OUTROS MUNICÍPIOS: Quando não se pode resolver o problema de um paciente na Atenção Básica, estes são encaminhados às unidades que contam com serviço ambulatorial especializado. Essas unidades possuem serviços de dermatologia, cardiologia, neurologia, psiquiatria, endocrinologia, ortopedia e especialidades odontológicas. Dentro destas unidades temos as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS). Temos a modalidade de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) para pacientes com doenças de alta complexidade e que sua solução encontra-se fora do município. O sistema de saúde garante transporte para levar os pacientes para outros municípios onde se realiza seu tratamento ou avaliação.

Observam-se dificuldades na articulação dos serviços de atenção secundária e de alta complexidade além de evidenciar que há falta e má distribuição de medicamentos no município.

3 A COMUNIDADE DE SANTA CRUZ

3.1 ASPECTOS GERAIS

Santa Cruz é uma comunidade com 1.299 habitantes e que possuía uma aldeia indígena. A população vive basicamente do trabalho agrícola. Há um número significativo de desemprego nessa comunidade. Não há um bom sistema de saneamento básico. O analfabetismo é elevado, sobretudo entre os maiores de 50 anos. A população, em geral, mora em casas com boa infraestrutura, conserva hábitos e costumes próprios da população urbana brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas.

3.2 A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA CRUZ

A Unidade de Saúde da equipe Santa Cruz, foi inaugurada março de 2012, pertencente área da reserva indígena Xacriaba. É um local com uma boa estrutura. A Unidade de Saúde encontra-se bem conservada e apresenta: uma área de recepção, sala de espera, três consultórios (médico, dentista e enfermagem), sala de vacina e de curativo, dois banheiros (dos trabalhadores e dos pacientes), cozinha e sala de esterilização. O espaço físico é muito bem aproveitado. As salas para atendimento contam com adequadas condições de iluminação e ventilação, tem inaladores, material cirúrgico para pequenas cirurgias e medicamentos para tratar as urgências e emergências. Não há sala de reuniões, razão pela qual a equipe utiliza a sala de espera. As reuniões com a comunidade (grupos operativos, por exemplo) são realizadas, também, na sala de espera. Os moradores têm muito afeto pela Unidade de Saúde. A área é dividida em duas microáreas.

A Unidade de Saúde funciona das 8 horas às 17 horas. A população comparece à unidade, em sua maioria, para consultas que são previamente agendadas com apoio das agentes de saúde. A equipe oferece atenção médica e de enfermagem todos os dias com consultas para atenção aos adultos, crianças, idosos e gestantes de forma geral e há atividades de promoção e prevenção da saúde.

3.3 O TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA CRUZ

A equipe trabalha praticamente apenas com demanda programada, havendo pouco espaço para demanda espontânea. Faz-se consultas de saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle e rastreamento de câncer de mama e ginecológico e atendimento aos hipertensos e aos diabéticos. São organizadas várias atividades de promoção da saúde, entre elas: palestras sobre higiene ambiental e pessoal, orientações sobre o controle de doenças crônicas (Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, por exemplo), trabalham-se também as temáticas de dependência química, câncer de mama, de colo do útero e de próstata, além de atividades físicas. Há a realização do exame Papanicolau, teste rápido de HIV, vacinação às crianças e aos adultos, programa de Saúde na Escola, ginástica orientada com educador físico, programa de saúde bucal, nutrição, assistência social e atividades de vigilância sanitária pelos agentes comunitários para prevenir doenças transmissíveis (dengue, tuberculose e hanseníase).

A equipe identifica como problema relacionado à estrutura e ao funcionamento do serviço que há falta de: lavabo no consultório médico, de material cirúrgico e de medicamentos para serem usados em urgências

3.4 DADOS DEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO DE SANTA CRUZ POR MICRO ÁREA

Tabela 3 - Dados demográficos da população por micro área. São João das Missões, 2017.

Faixa etária (anos)	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Micro 6
0 – 1	1	2	1	1	0	2
1 – 4	12	24	18	15	17	11
5 -14	42	44	45	50	52	55
15 – 19	20	23	22	25	24	34
20 – 29	17	26	24	23	18	37
30 – 39	35	43	37	45	39	40
40 – 49	25	24	21	37	32	37
50 – 59	31	32	37	21	24	25
60 – 69	16	20	13	16	19	28
70 – 79	8	9	12	8	11	14

≥ 80	7	9	7	10	11	7
Total	214	256	237	251	247	290

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica

3.5 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA COMUNIDADE DE SANTA CRUZ

Tabela 4 - Perfil epidemiológico da área de abrangência. São João das Missões, 2017.

Indicadores	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Micro 6	Total
População alvo para rastreamento de câncer de mama	67	72	68	44	54	50	355
População alvo para rastreamento de câncer de colo	96	103	100	115	99	94	607
População alvo para rastreamento de câncer de próstata	55	43	55	40	46	50	289
Portadores de hipertensão arterial esperados	75	67	63	80	46	63	394
Portadores de hipertensão arterial cadastrados	58	57	50	74	28	54	321
Portadores de diabetes	30	35	23	34	25	36	183

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica

3.5.1 Número de gestantes no território da comunidade Santa Cruz nos anos de 2016-2017.

Tabela 5 - Número de gestantes no território. São João das Missões, 2016-2017.

Gestantes	Nº
Adolescentes	46
Total na comunidade	97

3.5.2 Principais causas de óbitos

Complicações de hipertensão arterial e diabetes, infecções respiratórias agudas, acidentes de carro e câncer.

3.5.3 Principais causas de internação

Complicações de hipertensão e diabetes, infecções respiratórias agudas, desidratação por diferentes causas e abuso de álcool e outras drogas.

3.5.4 Doenças de notificação

Tuberculose pulmonar e esquistossomose.

3.5.5 Causas de mortalidade infantil

Infecções respiratórias agudas e desidratação.

3.6 ASPECTOS RELACIONADOS AO DESTINO DO LIXO NA COMUNIDADE SANTA CRUZ

Tabela 6 - Distribuição do número de famílias segundo destino do lixo por microárea. São João das Missões, 2017.

Destino do lixo	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Micro 6	Total
Coletado	125	106	114	114	105	115	679
Queimado/enterrado	0	0	0	0	0	0	0
Desprezado em terreno baldio	0	0	0	0	0	0	0
Total	125	106	114	114	105	115	679

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica

3.7 ASPECTOS RELACIONADOS AO ESGOTO DA COMUNIDADE SANTA CRUZ

Tabela 7 - Distribuição das famílias segundo o destino dos dejetos e microáreas da ESF. São João das Missões, 2017.

Destino dos dejetos	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Micro 6
Sistema público	0	0	0	0	0	0
Fossa	125	106	112	113	105	115
Céu aberto	0	0	2	1	0	0
Total	125	106	114	114	105	115

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica.

3.8 ASPECTOS RELACIONADOS AO ABASTECIMENTOS DE ÁGUA DA COMUNIDADE SANTA CRUZ.

Tabela 8 - Distribuição das famílias segundo o abastecimento de água e microáreas da ESF. São João das Missões, 2017.

Abastecimento de água	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Micro 6
Sistema público	65	90	0	0	78	90
Fossa	60	16	114	114	27	25
Total	125	106	114	114	105	115

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica.

3.9 ASPECTOS RELACIONADOS A EDUCAÇÃO

Tabela 9 - Percentual da população analfabeta maior de 15 anos segundo a microáreas de abrangência da ESF. São João das Missões, 2016.

Microárea	Nº	%
1	25	10,0
2	15	5,7
3	16	6,1
4	19	6,6
5	13	5,0
6	15	6,5
Total	103	6,6

O índice de analfabetismo em pessoas maiores de 15 anos chega a 6.6%, sendo maior naqueles maiores de 50 anos.

3.10 RECURSOS COMUNITÁRIOS

ESCOLAS: na área de abrangência há a escola Estadual Saturnino de Sousa, na qual há matrículas de crianças de toda a comunidade.

CRECHES: não há creches na comunidade. Há duas escolas particulares para crianças até dois anos.

IGREJAS: na comunidade há três igrejas Evangélicas, uma Pentecostal, uma Evangélica Plena e 1 Assembleia de Deus.

OPÇÕES DE LAZER: há um campo de futebol que é usado para jovens e adultos, contudo o mesmo precisa de manutenção e reparos.

SINDICATOS: na comunidade há um Sindicato de Trabalhadores Rurais.

ASSOCIAÇÕES DE MORADORES: não há associação de moradores.

3.11 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELA EQUIPE

Tabela 10 - Distribuição do número de famílias e de visitas anuais segundo a microáreas de abrangência da ESF. São João das Missões, 2017.

Microárea	Famílias	Visitas anuais
1	125	146
2	106	145
3	114	168
4	114	160
5	105	138
6	115	120
Total	679	877

Tabela 11 - Distribuição das consultas realizadas pelo médico e pelo enfermeiro segundo os Programas e área. São João das Missões, 2017.

Tipo de consulta	Nº
Puericultura	369
Prenatal	156
Hipertensao	325
Diabetes	320
Cancer	4
Tuberculose	1
Hanseniose	0
Total	1271

Mensalmente, há reuniões com toda a equipe no intuito de planejar e avaliar o trabalho realizado. Há também reuniões com a escola e Secretaria de Saúde a fim de discutir problemas e pensar em intervenções para resolução de tais problemas.

3.12 LISTA GERAL DE PROBLEMAS IDENTIFICADOS NA COMUNIDADE PELA EQUIPE.

ATENÇÃO À GESTAÇÃO: nossa área de abrangência conta alta prevalência de gestantes adolescentes, representando 46,56% das 97 gestantes acompanhadas no período de 2016 e 2017.

Há um desenvolvimento econômico reduzido no município. Muitas famílias sobrevivem apenas pelo Programa Bolsa Família, auxílio enviado pelo Governo Federal.

No município não há atendimento especializado de emergência para os pacientes com maior complexidade e apresenta sérias dificuldades no atendimento na atenção especializada. Não conta com apoio diagnóstico e faltam medicamentos.

PROBLEMAS ESTRUTURAIS NA UNIDADE: pouca ventilação no consultório médico, ausência de equipamentos como nebulizadores, materiais cirúrgicos para

pequenas cirurgias e medicamentos. É muito difícil realizar atividades educativas com a população devido ao baixo grau de escolaridade das pessoas e o pouco interesse demonstrado pelas mesmas.

PROBLEMAS DE SAÚDE PREVALENTES: gravidez na adolescência, hipertensão arterial, diabetes mellitus, infecções respiratórias agudas, parasitoses intestinais, acidentes de carro e câncer.

SANEAMENTO BÁSICO: há graves problemas de saneamento na comunidade, como ausência de banheiros, há esgoto a céu aberto, ausência de abastecimento de água, o que os fazem usar água de poços e que muitas vezes estão contaminados.

EDUCAÇÃO: o índice de analfabetismo da população em geral é significativo.

4 JUSTIFICATIVA

Na área de atuação da Unidade de Saúde há uma prevalência significativa de gestantes adolescente o que justifica a necessidade de um projeto de intervenção educativa para o público jovem. Esse quadro está consonante com o panorama nacional, pois de acordo com estudo realizado pela Organização das Nações Unidas, o Brasil é o sétimo país com maiores taxas de gestação na adolescência, da América do Sul. Apesar do percentual ainda ser alto, o Ministério da Saúde informa que a gravidez na adolescência teve uma queda de 35% no Brasil. A redução foi de 750.537 nascidos vivos de mães entre 10 e 19 anos, em 2004, para 489.975, em 2015.

5 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção educativa para prevenção de gestação na adolescência.

6 MÉTODO

Para o desenvolvimento do plano de intervenção, foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES). Para tal, iniciou-se realizando o diagnóstico situacional em saúde que consiste em uma etapa indispensável para o método, uma vez que se evidenciam os problemas que demandam intervenção (PEREIRA et al., 2014).

O plano de intervenção foi elaborado a partir da seleção e análise de critérios tidos como determinantes para redução do número de gestantes na adolescência, como: pouco conhecimento sobre métodos contraceptivos, uso adequado do mesmo e reduzido número de consultas com profissionais da saúde nessa faixa etária. Na ESF foram identificados vários problemas e, após discussão, a alta taxa de gestantes adolescentes foi escolhida como prioritária. Uma vez definidos os problemas e as prioridades (1º e 2º passo), a próxima etapa foi a descrição do problema selecionado.

Para descrição do problema priorizado, nossa equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e outros que foram produzidos pela própria equipe por meio das diferentes fontes. Foram selecionados indicadores de frequência de alguns dos problemas e da ação da equipe frente aos mesmos.

A partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de ação entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para o enfrentamento do problema em questão. Com o problema explicado e identificado as causas consideradas como as mais importantes, passou-se a pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento do mesmo, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito e o desenho da operacionalização.

Foram identificados os recursos necessários para analisar a viabilidade do plano. Após, foram identificados os atores que controlavam os recursos críticos e foram questionados sobre sua motivação em relação a cada operação. Além disso, foi proposta a participação no projeto para cada ator que controla os recursos críticos.

Após apoio pelos controladores, foi elaborado um plano operativo reunindo-se todas as pessoas envolvidas no planejamento e, desta forma, definimos a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada plano.

Realizou-se uma revisão bibliográfica da temática para incrementar e aprofundar os conhecimentos sobre esta patologia em publicações do Ministério da Saúde e em artigos científicos disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e do Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram utilizados os seguintes descritores em saúde: gestação na adolescência, atenção primária, educação em saúde. A busca pelos artigos científicos ocorreu no período de junho a agosto de 2018.

Nos primeiros 60 dias, capacitou-se os profissionais que realizavam atendimento as adolescentes para que se tornassem multiplicadores do conhecimento e pudessem sensibilizar esse público quanto a importância da prevenção da gestação nessa fase da vida. Em seguida foram realizados encontros e oficinas sobre a fisiologia humana, mudanças hormonais e sobre os riscos que a atividade sexual precoce sem métodos contraceptivos. Bem como a orientação correta dos principais métodos contraceptivos.

Além disso, foi proposto a ampliação do fornecimento de anticoncepcionais e preservativos pelos gestores. Há ainda a proposta de promover reuniões mensais com os (as) adolescentes e com os pais ou cuidadores, para que estes acompanhem o trabalho que está sendo elaborado com seus filhos e possam dar todo o apoio necessário.

7 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

7.1 GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é um período de transição entre a infância e a vida adulta. Ela se inicia com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e sua personalidade quando, aos poucos, vai adquirindo independência financeira e autonomia. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define adolescência como um período entre os 10 e 19 anos de idade. Por sua vez, este período tem duas fases: a primeira é a fase da adolescência prematura, entre os 10 e 14 anos, e a segunda refere-se à adolescência tardia, entre os 15 e 19 anos (OMS, 2017).

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 1990, considera criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade. Neste período ocorrem grandes mudanças físicas, psicológicas, sociais e biológicas (OMS, 2017). Tanto as mudanças psicológicas quanto as físicas podem se desvelar naquelas de aprendizagem, comportamento, de descobertas, socialização, entre outras.

Na adolescência, a atividade sexual inicia-se cada vez mais precocemente e com consequências indesejáveis imediatas, como: o aumento da frequência de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e gravidez, muitas vezes, indesejada. A iniciação sexual precoce é considerada um risco. Muitas vezes, o início precoce da atividade sexual ocorre por falta de diálogo sobre sexualidade dentro da família, além da falta de informação sobre métodos contraceptivos e acesso a estes. Outros fatores que tem sido associado a este fenômeno é a necessidade de autoafirmação diante da família e da sociedade. O que faz com que essas adolescentes se exponham a relações com parceiros, muitas vezes, desconhecidos (TABORDA et al., 2014). Há também fatores predisponentes para a gravidez na adolescência, como: autoestima baixa, dificuldade escolar, abuso de álcool e drogas, conflitos familiares, pai ausente, violência física, psicológica ou sexual, rejeição familiar pela atividade sexual e gravidez fora do casamento. A separação dos pais, possuir amigas grávidas na adolescência ou mães

que tenham engravidado na adolescência também são fatores que podem levar a este fenômeno. Além disso, a falta de acesso e o uso inadequado do contraceptivo são tidos como o principal fator de risco.

A gestação nesse grupo tem sido considerada, em alguns países, como um problema de saúde pública, pois pode acarretar complicações obstétricas com consequências para a mãe e recém-nascido, assim como problemas psicossociais e econômicos (TABORDA et al., 2014).

Segundo Relatório da Organização Mundial da Saúde publicado em 2018, o Brasil possui taxas de gravidez na adolescência acima da média latino-americana que, atualmente, é estimada em 65,5. A cada mil adolescentes brasileiras entre 15 e 19 anos, 68,4 ficaram grávidas e tiveram seus bebês. No mundo, a média é de 46 nascimentos a cada mil. Em países como os Estados Unidos, o índice é de 22,3 nascimentos a cada mil adolescentes entre 15 e 19 anos. Este documento indica que, apesar da fecundidade total na América Latina ter diminuído nos últimos 30 anos, o mesmo ritmo não foi observado nas gestações de adolescentes. Houve uma diminuição nos últimos dez anos na taxa de adolescentes grávidas no Brasil, mas ainda está abaixo da taxa de outros países na América Latina, como o Chile e a Argentina. Isso se torna muito relevante ao observarmos que a mortalidade materna é uma das principais causas de morte entre adolescentes e jovens de 15 a 24 anos nas Américas (OMS, 2018).

Segundo dados do Ministério da Saúde, no ano 2000, a região com mais filhos de mães adolescentes é o Nordeste (180.072: 32%), seguido da região Sudeste (179.213: 32%). A região Norte vem em terceiro lugar com 81.427 (14%) nascidos vivos de mães entre 10 e 19 anos, seguido da região Sul (62.475: 11%) e Centro Oeste (43.342: 8%).

A gravidez na adolescência possui várias consequências do ponto de vista biológico. Dentre elas, podemos citar: maiores incidências de Síndrome Hipertensiva da Gravidez (SHG), anemia, diabetes gestacional, complicações no parto, determinando aumento da mortalidade materna e infantil. Quanto ao recém-nascido, a gravidez na

adolescência está associada a taxas mais elevadas de Baixo Peso ao Nascer (BPN), parto pré-termo, doenças respiratórias e toco-traumatismo, além de maior frequência de complicações neonatais e mortalidade infantil (TABORDA et al., 2014).

O acesso à informação, educação, sensibilização e orientação para o uso de contraceptivos são as melhores formas de combater e prevenir a gravidez na adolescência. A ação educativa tem um grande poder para auxiliar na transformação das realidades de processos de saúde e doença dentro da Atenção Primária à Saúde (GUERREIRO et al., 2014).

A educação em saúde é uma importante ferramenta para o cuidado clínico à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Cuida-se por meio de ações educativas e estas visam compartilhar práticas e saberes em uma relação horizontalizada em que o profissional de saúde exerça seu papel de cuidador e educador, acrescentando ao seu saber-fazer o saber-fazer popular. Assim, o cuidado abre espaço para a construção de saberes a partir das práticas educativas indo ao encontro das diretrizes da Política Nacional de Humanização e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (GUERREIRO et al. 2014)

A abordagem educativa deve estar presente em todas as ações para promoção da saúde dentro da Atenção Primária à Saúde uma vez que ela facilita a incorporação de ideias e práticas ao cotidiano das pessoas de forma a atender às suas reais necessidades. A educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal é de extrema relevância na Atenção Básica. A implementação de programas de educação em saúde nas escolas pode contribuir para redução das taxas de gestação na adolescência, pois tem o potencial de incentivar a reflexão sobre aspectos preventivos da gravidez nessa época da vida.

Ao pensar as questões de saúde reprodutiva da mulher indígena observa-se que, em geral, os estudos de etnologia sobre a mulher indígena no Brasil abordam geralmente infecções sexualmente transmitidas ou câncer ginecológico. Em sua grande maioria, os estudos antropológicos e epidemiológicos foram realizados dentre etnias situadas na Amazônia (AZEVEDO, 2009).

Um dos aspectos que chama atenção na literatura sobre demografia indígena no Brasil¹ é a constatação de elevados níveis de fecundidade. Estudos em demografia antropológica publicados nos últimos anos indicam níveis de fecundidade em mulheres indígenas substancialmente mais elevados que os observados para as mulheres não indígenas no Brasil, via de regra, são superiores a 5-6 filhos (COIMBRA JR.; GARNELO, 2004).

No que tange aos determinantes da alta fecundidade, podem ser citadas a valorização sociocultural de famílias numerosas, altas taxas de mulheres indígenas casadas, início precoce da vida reprodutiva e intervalos intergenésicos (entre os partos) curtos, entre outros. Geralmente, as meninas vivem com seus pais aproximadamente dois anos após a menarca (12,4 anos), e logo começam a namorar (COIMBRA JR.; GARNELO, 2004; AZEVEDO, 2000).

A idade média da mãe, por ocasião do nascimento do primeiro filho, é de 15,8 anos. Observa-se, também, a perda do hábito da amamentação (supressor da ovulação) na maioria das adolescentes puérperas e a prática de relações sexuais não seguras ao longo do primeiro ano de vida da criança. Em decorrência, 70% dos intervalos interpartais situam-se entre 1,0 e 2,5 anos, com uma média de 1,3 anos. A combinação entre um início precoce da reprodução, exposição continuada à gravidez e período de lactação curto faz com que estas mulheres atravessem aproximadamente 90% de suas vidas entre os 15 e 40 anos grávidas (COIMBRA JR.; GARNELO, 2004).

¹ População indígena no Brasil disponibilizadas na internet por órgãos governamentais como a FUNAI [<http://www.funai.gov.br/>], FUNASA [<http://www.funasa.gov.br/ind/ind00.htm>] e IBGE [<http://www.ibge.gov.br/>].

8 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

8.1 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO

Na comunidade Santa Cruz a gestação na adolescência é um problema, conforme citado no texto acima, uma vez que quase 50% das gestações eram em adolescente entre 2016 e 2017. O mapeamento e o acompanhamento socioeconômico das gestantes menores de 19 anos revelaram que a maioria possui renda per capita familiar inferior a um quarto do salário mínimo. Além disso, o grau de escolaridade é baixo, os pais não possuem o ensino fundamental e as adolescentes grávidas interrompem os estudos sem completar o ensino médio.

8.2 EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA:

A equipe de saúde optou-se por abordar a gestação na adolescência devido ao seu alto impacto na saúde dessas adolescentes. Os nós críticos foram identificados a partir dos fatores de risco mais frequente que apresentavam as gestantes como: famílias disfuncionais com baixa renda, abandono escolar, desconhecimento dos métodos de proteção e das complicações da gravidez na adolescência.

8.3 DESENHO DAS OPERAÇÕES E O PLANO DE INTERVENÇÃO

Quadro 1 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema “altas taxas de gravidez na adolescência”.

(continua)

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produto	Recursos necessários
Pressão familiar	Orientação Familiar/ Melhorar a dinâmica familiar	Orientações para melhorar a comunicação entre os adolescentes e sua família	Fazer dinâmicas com as famílias para melhorar a comunicação entre seus membros	Cognitivo: informação sobre o tema da gravidez na adolescência Político: articulação intersetorial Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos Organizacional: organização da agenda
Processo de educação inadequado	Mais educação/ Lograr uma educação mais integral	Elevar o conhecimento dos adolescentes sobre os riscos da gravidez na adolescência	Orientações por meio de dinâmicas e oficinas sobre métodos contraceptivos e riscos da gestação na adolescência	Cognitivo: informação sobre gravidez na adolescência Político: articulação intersetorial Financeiro: local, recursos audiovisuais, folhetos Organizacional: organização da agenda junto aos profissionais

Quadro 1 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema “altas taxas de gravidez na adolescência”.

(continuação)

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produto	Recursos necessários
Nível de informação baixo	Saber mais/ Aumentar o nível de informação sobre promoção e prevenção da gravidez na adolescência	Uma população adolescente mais informada	Elaborar e distribuir materiais gráficos/folders para promoção da saúde da adolescente e prevenção da gravidez Uso da rádio local para falar de sobre prevenção da gravidez na adolescente Distribuição de Cadernetas de Saúde de Adolescentes (CSA), versões masculina e feminina	Cognitivo: informação sobre o tema da gravidez na adolescência Político: articulação intersetorial Financeiro: local, recursos audiovisuais, folhetos, radio Organizacional: agenda
Processo do trabalho da equipe de saúde inadequado	Programa “venha adquirir e aprender sobre o método contraceptivo”/ Aumentar o trabalho de prevenção e promoção nos adolescentes	Incrementar a participação nos grupos de adolescentes Elevar o uso de contraceptivos em adolescentes sexualmente ativos Aumentar o conhecimento sobre os riscos da gravidez na adolescência	Garantir contraceptivos aos adolescentes com atividade sexual ativa Aumentar a frequência da atividade com os grupos de adolescentes Elevar a preparação Profissional dos membros do equipe	Cognitivo: informação sobre o tema da gravidez na adolescência Financeiro: local, recursos audiovisuais, folhetos Organizacional: elaborar a agenda

8.4 ANÁLISE DA VIABILIDADE

Acredita-se que o plano de intervenção tenha alta possibilidade de sucesso, uma vez que envolve os profissionais de saúde e a própria comunidade. A temática é bastante envolvente e muitas adolescentes e familiares tem dúvidas sobre como falar sobre. Além disso, o projeto apresenta baixo custo.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização deste projeto, foi possível entrar em contato com conteúdos que aprimoraram minha prática profissional e fundamentou ainda mais o conhecimento e a necessidade de ações que previnam a gestação na adolescência. Desta forma, ressalta-se a importância de manter-se executando tal projeto.

As ações de promoção da saúde e prevenção de gravidez na adolescência devem ser consideradas por toda a equipe. Nas ações realizadas já se observou empiricamente uma maior apropriação do conhecimento por meio das gestantes e uma maior conscientização do impacto de uma gravidez na adolescência. As palestras e rodas de conversas realizadas evidenciaram avaliações positivas pelas adolescentes. Assim, reafirma-se a relevância da educação em saúde como estratégia de romper com a visão assistencialista, mecanicista do corpo e apontar para o diálogo, socialização de saberes e práticas entre profissionais e usuárias.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, M. Censos Demográficos e ‘os índios’: Dificuldade para Reconhecer e Contar”. In: RICARDO, C. A. (Org.). **Povos indígenas no Brasil 1996-2000**. São Paulo: Instituto SocioAmbiental, 2000. p. 79-83.

AZEVEDO, M. Saúde reprodutiva e mulheres indígenas do Alto Rio Negro. **Cad. CRH**, v. 22, n. 57, p. 463-477, 2009.

COIMBRA JR., C. E. A.; GARNELO A. Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil. In: Monteiro, S; Sansone, L. (Org.). **Raça/Etnicidade na América Latina: questões sobre saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. p. 153-173.

GUERREIRO E. M. et al. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. **Rev. Bras. Enferm**, v. 67, n. 1, p.13-21, 2014.

Organização Mundial da Saúde. **Número de adolescentes grávidas no Brasil**. 2017. <https://nacoesunidas.org/brasil-tem-setima-maior-taxa-de-gravidez-adolescente-da-america-do-sul/>

PEREIRA, E. R. et al. A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. **Saúde Soc.**, v. 23, n. 3, p. 1077-1090, 2014.

TABORDA, J. A. et al. Consequences of teenage pregnancy for girls considering the socioeconomic differences between them. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p.16-24, 2014.