

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

LARITZA CRUZ GONZALEZ

**REDUÇÃO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: ESTRATÉGIAS DE
INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE - MINAS
GERAIS.**

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2018

LARITZA CRUZ GONZALEZ

**REDUÇÃO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: ESTRATÉGIAS DE
INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE - 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: Professora Dra. Selme Silqueira de Matos

BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS

2018

LARITZA CRUZ GONZÁLEZ

**REDUÇÃO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: ESTRATÉGIAS DE
INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE-MINAS
GERAIS.**

Banca examinadora

Examinador 1: Professora. Dra. Selme Silqueira de Matos

Examinador 2 – Professor Edison José Corrêa

Aprovado em Belo Horizonte, em 2 de maio de 2018.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer aos professores Selme Silqueira de Matos e Edison José Corrêa: sem sua ajuda e conhecimento, não teria sido possível realizar este projeto.

A meus pais, por terem me fornecido a melhor educação e lições de vida.

A meus amigos que estiveram durante todo esse tempo ao meu lado e para todos aqueles que estavam perto de mim e deram à minha vida algo deles.



DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a todas as adolescentes do Bairro Tirol, em
Belo Horizonte – Minas Gerais

RESUMO

Gravidez na adolescência e educação sexual como um meio de prevenção, são um problema permanente e uma questão emergente que é inevitável para resolvê-lo. A sexualidade é uma dimensão importante do status de personalidade e da saúde, o que é expresso ao longo da vida de diferentes pessoas. Nem todos têm o mesmo conceito do que é sexualidade. Assim, cada grupo social e cultural constroi e recria um imaginário social: o seu significado, seu valor e seu papel na existência humana. Este estudo tem por objetivo estabelecer estratégias de educação sexual para evitar gravidez na adolescência. Trata-se de um projeto de intervenção educativa desenvolvida junto à equipe de Saúde da Família no bairro Tirol em Belo Horizonte Minas Gerais. O resultado foi significativo, pois contou com o apoio dos adolescentes e suas famílias adquirindo conhecimentos sobre sexualidade e uso de contraceptivos.

Palavras-chave: Anticoncepção. Adolescente. Sexualidade, Saúde do adolescente, Gravidez na adolescência, Atenção primária à saúde. Educação em saúde

ABSTRACT

Teenage pregnancy and sex education as a means of prevention are a permanent problem and an emerging issue that is inevitable to solve it. Sexuality is an important dimension of personality and health status, which is expressed throughout the lives of different people. Not everyone has the same concept of sexuality. Thus, each social and cultural group builds and recreates a special social imaginary: its meaning, its value and its role in human existence. This study aims to establish sexual education strategies to avoid teenage pregnancy. It is an educational intervention project developed together with the family health team in the Tyrol neighborhood in Belo Horizonte, Minas Gerais. The result was significant, since it counted on the support of the adolescents and their families acquiring knowledge on sexuality and use of contraceptives.

Keywords: Contraception. Adolescent. Sexuality. Adolescent health. Pregnancy in adolescence. Primary health care. Health education

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CEFET-MG	Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais
Dieese	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DIU	Dispositivo Intrauterino
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Equipe de Saúde da Família.
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFMG	Instituto Federal de Minas Gerais
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PIB	Produto Interno Bruto
PSF	Programa Saúde da Família
PUC Minas	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEMG	Universidade do Estado de Minas Gerais
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Riscos associados à gravidez na adolescência

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família Tirol 3, da Unidade Básica de Saúde Tirol, município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais 20

Quadro 2– Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta incidência de adolescentes grávidas” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3, do município de Belo horizonte, estado de Minas Gerais. 39

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta incidência de adolescentes grávidas” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3, do município de Belo horizonte, estado de Minas Gerais. 40

Quadro 4– Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta incidência de adolescentes grávidas” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3, do município de Belo horizonte, estado de Minas Gerais. 41

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Caracterização do município Belo Horizonte	14
1.2 O sistema municipal de saúde	16
1.3. Características gerais de Barreiro	16
1.4. Características gerais da Unidade Básica de Saúde Francisco Barbosa, bairro Tirol, município de Belo Horizonte	17
1.5 Identificação dos problemas	18
1.6 Priorização dos problemas	19
2 JUSTIFICATIVA	21
3 OBJETIVO	22
4 METODOLOGIA	23
5 REVISÃO DE LITERATURA	24
5.1 Adolescência e gravidez: aspectos conceituais e epidemiológicos	24
5.2 Métodos contraceptivos naturais	27
5.3 Anticoncepcionais hormonais	29
5,4 Anticoncepcionais de barreira	32
5.5 Anticoncepcionais cirúrgicos	34
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	36
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
8 REFERÊNCIAS	43

1 INTRODUÇÃO

A adolescência constitui-se uma fase marcada por incertezas, inseguranças, dúvidas, descobertas sobre si e sobre a própria sexualidade, conflitos e quebras de tabus, além das descobertas das suas próprias limitações, curiosidade por experiências novas, necessidade de integração social, busca da independência, desenvolvimento da personalidade e definição da identidade sexual (MOREIRA, 2008).

Quando se trata de gravidez na adolescência tende-se a pensar que este é seu primeiro filho. No entanto, existem poucas mulheres antes dos 18 anos que tem apenas um filho. Esse período da adolescência é significativo para a vida humana, pois é caracterizada como o período de transição entre a infância e a idade adulta. Evidências de que a adolescência não acontece imediatamente, ou é determinado apenas por mudanças da puberdade. Trata-se de um processo de aprendizagem lento que implica várias transformações (HERCOWITZ, 2002).

A adolescência pode ainda ser definida como a etapa de transição entre a infância e a idade adulta, fase da vida do indivíduo no qual intensas alterações biológicas, psicológicas e sociais preparam a personalidade para alcançar a autodeterminação de sua vida futura, ocorrer maturação sexual é outra característica do palco aparecendo características sexuais secundárias (MOREIRA, 2008).

Na adolescência, há peculiaridades do pensamento, como consecutividade, independência, capacidade crítica e intencionalidade de suas reflexões. O pensamento é cada vez mais abstrato e a reflexão generalizada da realidade. Outro elemento envolvido na configuração de personalidade cognitiva é a aquisição e desenvolvimento da linguagem, pois permite transcender o nível de relacionamento prático e imediato com os objetos para um mais abstrato, que é mediada por símbolos de relacionamento com significado linguístico (SILVA; TONETE, 2006).

Quando perguntado por que adolescentes engravidam, muitos autores têm relatado que isto ocorre por causa de: redução da idade da puberdade, início precoce das relações sexuais, falta de instrução acadêmica, a ignorância da sexualidade, para não usar proteção contraceptiva, para "segurar" o casal, à procura de carinho, por problemas domésticos, baixa percepção de risco e educação sexual "que falha" (VITALLE. AMANCIO, 2004).

É evidente a falta de informação dos adolescentes sobre a gravidez nessa idade. As suas causas, seus riscos, as mudanças que ela traz para o adolescente, família, sociedade e do papel que necessariamente deve assumir é clara. Adolescente grávida toma um curso planejado e imaginado completamente diferente e começa a ser pressionado para pensar e agir de uma maneira nova para ela. Eles vão começar a exigir um comportamento responsável adquirido em tempo recorde. Perde assim o seu estado como um adolescente e se junta ao mundo das mulheres adultas, que para o resto de suas companheiras não grávidas vai demorar pelo menos dois anos ou mais (RODRIGUES, 2010).

A Equipe de Saúde da Família (ESF) planejou ações para reduzir riscos e promover a qualidade dos indicadores no Centro de Saúde. Porém não foram sistematizadas na prática médica por falta de diagnóstico de riscos. Houve necessidade de orientação, de educação e promoção da saúde dos adolescentes.

Diante deste quadro na comunidade adscrita à ESF Tirol 3, no município de Belo Horizonte, Minas Gerais; não diferente de outras áreas no Brasil, o problema foi observado por meio do diagnóstico situacional realizado na referida comunidade.

1.1 Caracterização do município de Belo Horizonte

Belo Horizonte é a capital do estado de Minas Gerais. Cercada pela Serra do Curral, faz limites com os municípios: Vespasiano (N), Ribeirão das Neves, Contagem, Ibitaré (O), Brumadinho (S), Nova Lima (SE), Sabará (L) e Santa Luzia (NE). Projetada pelo engenheiro Aarão Reis entre 1894 e 1897, foi uma das primeiras cidades brasileiras planejadas. Construída para ser a capital política e administrativa do estado, sob influência das ideias do positivismo, num momento de forte apelo da ideologia republicana no país. Sofreu um acelerado crescimento populacional, chegando a mais de um milhão de habitantes com quase 70 anos de fundação. Entre as décadas de 1930 e 1940, houve também o avanço da industrialização, além de muitas construções de inspiração modernista, notadamente as casas do bairro Cidade Jardim, que ajudaram a definir a fisionomia da cidade (WIKIPEDIA, 2017).

Belo Horizonte, de acordo com a estimativa realizada pelo IBGE em 2017, sua população era de 2 523 794 habitantes, sendo o mais populoso município de Minas Gerais, o terceiro da Região Sudeste, depois de São Paulo e Rio de Janeiro, e o sexto mais populoso do Brasil. A capital mineira é também sede da terceira concentração urbana mais populosa do país. Belo Horizonte já foi indicada pelo *Population Crisis Committee*, da ONU, como a metrópole com melhor qualidade de vida na América Latina e a 45ª entre as 100 melhores cidades do mundo. Consta com uma área de 331 km², densidade de 7.177 habitantes por km². Possui 858 metros de altitude, com o clima tropical cuja temperatura média anual fica em torno de 21,1^o C. Não apresenta grandes diferenças de temperatura nas quatro estações do ano, dividindo as estações entre verão e inverno. Os verões apresentam temperaturas mínimas médias de 18°C e máximas médias de 28°C. Os invernos têm temperaturas mínimas médias de 13°C e máximas médias de 25°C. Localizada na bacia do São Francisco, Belo Horizonte é atendida pelos ribeirões Arrudas e do Onça, afluentes do rio das Velhas. A região é composta de rochas cristalinas com ramificações da cordilheira do Espinhaço que pertencem ao grupo da Serra do Itacolomi. O ponto culminante é a Serra do Curral, atingindo 1.395 metros de altitude (WIKIPEDIA, 2017).

Segundo dados do IBGE, a rede urbana de influência exercida pela cidade no resto do país abrange 9,1% da população e 7,5% do PIB brasileiro. A influência é percebida em 698 cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e de Minas Gerais. O município também está entre os sete municípios com a melhor infraestrutura do país. Posicionada em um eixo logístico do Brasil, é servida por uma malha viária e ferroviária que a liga aos principais centros e portos do país. Recebe voos nacionais e internacionais pelo Aeroporto de Confins e voos nacionais e regionais pelo Aeroporto da Pampulha.

Um dos maiores centros financeiros do Brasil, Belo Horizonte é caracterizada pela predominância do setor terciário em sua economia. Mais de 80% da economia do município se concentra nos serviços, com destaque para o comércio, serviços financeiros, e atividades imobiliárias.

Segundo dados do IBGE, em 2006 o setor agropecuário representou apenas 0,0005% de todas as riquezas produzidas na cidade. De acordo com estudos do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese), a taxa de desemprego da capital mineira é a menor entre as capitais do Brasil, sendo o índice de 8,3% (WIKIPEDIA, 2017).

Com relação à educação, Belo Horizonte tem 672 estabelecimentos de ensino fundamental, 587 estabelecimentos de ensino infantil, 251 escolas de nível médio e 49 instituições de nível superior, a rede de ensino da cidade é uma das mais extensas do país. Ao total, são 639.352 matrículas e 153.284 docentes registrados. Belo Horizonte conta também com 55 instituições de ensino superior que oferecem 704 cursos/habilitações. Destacam-se importantes universidades públicas e privadas, muitas delas considerados centros de referência em determinadas áreas. As instituições públicas de ensino superior sediadas em Belo Horizonte são: a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), o Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais (CEFET-MG), a Escola de Governo da Fundação João Pinheiro, a Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG) e o Instituto Federal de Minas Gerais (IFMG), embora o

último só tenha sua reitoria localizada em Belo Horizonte e não ministre aulas na capital mineira. Entre as instituições privadas, destacam-se instituições como a Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas) e a Fundação Dom Cabral (WIKIPEDIA, 2017).

1.2 O sistema municipal de saúde

O Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, criado em 3 de junho de 1991, é representado por usuários (50%), trabalhadores da área da saúde (25%) governo e prestadores de serviços (25%). São 36 conselheiros titulares e 36 suplentes, com mandato de dois anos. O plenário do conselho se reúne ordinariamente uma vez por mês e, as reuniões extraordinárias são agendadas de acordo com a demanda de pautas.

A Rede de Atenção à Saúde do SUS-BH consiste de 147 centros de saúde, 583 equipes da ESF, 300 equipes de Saúde Bucal, 58 equipes de saúde mental, 60 polos de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 63 academias da cidade, que constituem a Rede de Atenção Primária à Saúde. Para continuidade do cuidado, conta com as unidades da Rede Complementar, da Rede de Urgências e Emergências, da Rede Hospitalar e com os equipamentos de Vigilância em Saúde. Possui aproximadamente 17.000 profissionais de diversas categorias, com cerca de 10.000 trabalhadores na Atenção Primária à Saúde (APS) (BELO HORIZONTE, 2014).

No município de Belo Horizonte, a promoção da saúde no âmbito da APS tem sido estimulada por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). O território de trabalho da equipe da autora localiza-se no bairro Tirol, região do Barreiro.

1.3. Características gerais de Barreiro

A região Barreiro originou-se há mais de 150 anos, contados a partir do registro da Fazenda Barreiro, datado em 3 de agosto de 1855 e localiza-se a sudoeste de Belo Horizonte, faz limite com os seguintes municípios da região metropolitana de Belo Horizonte: Contagem, Ibirité Brumadinho e Nova Lima. Segundo censo IBGE 2000, a

regional Barreiro é composta por cerca de 80 bairros, com 70 mil domicílios que abrigam 270 mil habitantes. A extensão territorial é de 53km², no entanto ainda possui muitas áreas despovoadas. Barreiro conta com um total de 282,582 habitantes, 135,815 masculinos e 146.369 femininos (WIKIPEDIA, 2017).

O Distrito Regional Barreiro possui atualmente 20 Unidades Básicas de Saúde, 84 equipes de Programa de Saúde da Família (PSF), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), sete Equipes de NASF, um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CERSAT), uma Farmácia Distrital, duas Academias da Cidade nos bairros Milionários e Vila Pinho, um Centro de Especialidades Médicas (CEM), um Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), um Centro de Convivência. Conta com as Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24h são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares, onde em conjunto com estas compõe uma rede organizada de Atenção às Urgências. São integrantes do componente pré-hospitalar fixo e devem ser implantadas em locais/unidades estratégicos para a configuração das redes de atenção à urgência, com acolhimento e classificação de risco em todas as unidades, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. A estratégia de atendimento está diretamente relacionada ao trabalho do Serviço Móvel de Urgência – SAMU, que organiza o fluxo de atendimento e encaminha o paciente ao serviço de saúde adequado à situação, mais acho que demora os sistemas de ambulâncias para o traslado dos pacientes desde os centros de saúde aos sistemas de urgência e emergência médica. Na área de educação conta com 27 escolas municipais, 25 escolas estaduais, diversas escolas particulares de ensino fundamental e médio e uma universidade particular (BELO HORIZONTE, 2010).

1.4. Características gerais da Unidade Básica de Saúde Francisco Barbosa, bairro Tirol, município de Belo Horizonte

O bairro Tirol, parte do Barreiro, possui diversos comércios e prestadores de serviços, escolas públicas e privadas, postos de saúde, praças e etc. O transporte público é feito, principalmente, pelas linhas BHBUS 308 (Estação Barreiro/Tirol), 329

(Estação Barreiro/Jatobá), 337 (Estação Barreiro/Itaipu), 3029 (Regina/Centro), S32 (Itaipu/Cardoso). Algumas linhas DER como 1760 (Milionários/Makro) também rodam pelo bairro.

A Unidade Básica de Saúde (UBS), pertencente ao Distrito Barreiro, localiza-se na Avenida Nélio Cerqueira, 15 -Tirol, Belo Horizonte- Minas Gerais. Funciona das **7:00h às 18:00h**. Conta com uma equipe de trabalho unida e preparada que a cada dia faz todos os esforços para alcançar a satisfação da população. A UBS é composta por seis equipes com enfermeira de saúde, auxiliar de enfermagem, ACS e apenas quatro deles têm médico de clínica geral, equipes de saúde bucal, equipes de apoio: ginecologista, pediatra, clínico de apoio, enfermagem, Agente de Combate a Endemias (ACE), Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, equipe de saúde mental e de zoonose. Nossa unidade oferece um programa de acupuntura sendo a UBS de referência.

1.5 Identificação dos problemas

A partir do método da estimativa rápida nossa ESF, em conjunto com a comunidade, identificou os principais problemas e necessidades da população, por meio das diferentes fontes de dados, como as entrevistas com informante-chave, usando questionários, também através dos registros já existentes e a ativa observação da área.

Alcançamos fazer uma lista dos diversos problemas de saúde e os que mais afetam a população. Depois de uma discussão com a equipe e uma adequada revisão dos mesmos já identificados obtiveram-se os seguintes problemas.

- Alta incidência de pessoas que sofrem de hipertensão arterial descompensada.
- Alta prevalência de pessoas que sofrem de *diabetes mellitus* descompensada e com alto índice de amputação dos membros.
- Abuso de benzodiazepínicos pela população.

- Alta incidência de adolescentes grávidas.
- Alta incidência de doenças respiratórias agudas (DRA) na população, produto da presença de poluição em toda extensão da área de abrangência.
- Elevado número de alcoolistas.
- Inadequada educação sobre higiene sanitária e ambiental na população estudada.
- Desconhecimento sobre a importância de participação em práticas promocionais de saúde pelo usuário, o que caracteriza a sua falta de responsabilização em relação à sua própria saúde.

1.6 Priorização dos problemas

Depois da identificação dos problemas, foi necessária a identificação de problema prioritário tendo em consideração a importância do problema, sua urgência e a própria capacidade para enfrentá-lo (Quadro 1). Como resultado final da priorização, o problema selecionado em nossa comunidade foi a alta **Incidência** de adolescentes grávidas.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família Tirol 3, da Unidade Básica de Saúde Tirol, município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta incidência de pessoas que sofrem de hipertensão arterial descompensada.	Alta	5	Parcial	2
Alta prevalência de pessoas que sofrem de <i>diabetes mellitus</i> descompensada e com alto índice de amputação dos membros.	Alta	4	Parcial	1
Abuso de benzodiazepínicos pela população.	Alta	3	Fora	5
Alta incidência de adolescentes grávidas.	Alta	6	Parcial	6
Alta incidência de doenças respiratórias agudas na população produto da presença de poluição em toda extensão da área de abrangência.	Alta	5	Parcial	3
Elevado número de alcoolistas.	Alta	2	Fora	4
Inadequada educação sobre higiene sanitária e ambiental na população estudada.	Alta	2	Fora	7
Desconhecimento sobre a importância de participação em práticas promocionais de saúde pelo usuário, o que caracteriza a sua falta de corresponsabilização em relação à sua própria saúde.	Alta	3	Fora	8

2 JUSTIFICATIVA

Este estudo se justifica considerando que a abordagem da gravidez na adolescência apoiou-se no levantamento realizado pela Equipe de Saúde da família Tirol 3, com ajuda das informantes-chaves na comunidade adstrita, o que fez despertar a necessidade da realização de um plano de intervenção para diminuir indicadores de jovens grávidas na comunidade.

Por meio da elevação do nível de conhecimento dessa população quanto à sexualidade responsável e aos métodos contraceptivos espera-se melhorar esses índices nessa área do conhecimento técnico científico cultural e social.

3 OBJETIVO

Objetivo geral

Elaborar e apresentar plano de intervenção para redução da incidência de gravidez na adolescência

Objetivos específicos

- Propor ações sobre o nível baixo de informação da população
- Propor ações para melhorar o processo de trabalho da equipe de saúde da família a melhorar
- Propor formas de atuação sobre modo e estilos de vida da população inadequados.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção sobre gravidez na adolescência. O tema abordado envolve a educação para a sexualidade e métodos contraceptivos.

Foi realizado o diagnóstico situacional da comunidade que atende o ESF 3 do Centro de Saúde Tirol, por meio da coleta de dados e indicadores fornecidos pela secretaria municipal de saúde. PES tem como proposta o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo.

Quanto à fundamentação teórica deste estudo foi realizada pesquisa bibliográfica utilizando os seguintes bancos de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), no idioma português; As palavras-chave utilizadas para a busca dos artigos foram: contracepção, Adolescentes, Sexualidade, Saúde do Adolescente, Gravidez na Adolescência, Atenção primária à saúde, Educação em saúde.

Foram definidos os problemas, realizando sua priorização, descrição e explicação, para a seleção dos nós críticos. Cumpridas estas etapas, foi desenvolvido o desenho das operações, a identificação dos recursos críticos e a análise da viabilidade, resultando na elaboração do plano operativo de ação.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Adolescência e gravidez: aspectos conceituais e epidemiológicos

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a adolescência como o período de crescimento e desenvolvimento humano que ocorre após a infância e antes da idade adulta, entre 10 e 19 anos. É uma das etapas mais importantes na vida de transição dos seres humanos, caracterizados por crescimento acelerado e mudanças, superado apenas pela experiência crianças ritmo. Esta fase de crescimento e desenvolvimento é condicionada por vários processos biológicos. O início da puberdade marca a passagem da infância para a adolescência (YAZLLE, 2006).

Determinantes biológicos da adolescência são praticamente universais; no entanto, a duração e as características deste período podem variar ao longo do tempo, entre algumas culturas e outros, dependendo dos contextos socioeconômicos. Assim, tem havido ao longo do século passado muitas mudanças nesta fase vital, especialmente o início mais precoce da puberdade, atrasando a idade de casamento, a urbanização, a globalização da comunicação e a evolução das atitudes e práticas sexuais (BOUZA, 2004).

Estima-se que no Brasil, um milhão de adolescentes dão à luz a cada ano, correspondendo a 20% do total de nascidos vivos. As estatísticas também comprovam que, a cada década, cresce o número de partos de meninas cada vez mais jovens em todo mundo (SILVA; TONETE, 2006).

Preocupados com a imagem corporal e o estabelecimento de relações cada vez mais projetadas para o exterior da família, a adolescente manifesta importantes carências informativas relativas à sexualidade, contracepção e risco de gravidez. Sendo assim, a gravidez precoce, apesar de ocorrer em todos os estratos sociais, parece ser mais prevalente nas classes menos favorecidas. (RODRIGUES, 2010).

Inúmeras causas podem estar envolvidas com a ocorrência da gestação na adolescência, em especial a não planejada ou a indesejada. Entre essas, destacamos os fatores clínicos, sociais, culturais e emocionais. E como consequências ocorrem modificações no projeto de vida do adolescente, limitando

ou adiando a possibilidade de engajamento dessas jovens na sociedade (CABRAL. C, S., 2003).

A gestação em adolescentes encontra-se associada à baixa adesão ao pré-natal, o que pode ocasionar maior prevalência de recém-nascido de baixo peso, parto pré-termo e aumentar a necessidade de suporte psicossocial ocasionado pelo estresse da gravidez nessa fase da vida. A dificuldade de ter uma pessoa para ajudar a cuidar do filho, as modificações clínicas decorrentes da gravidez e a falta de interesse em frequentar as aulas, durante essa fase, podem resultar em abandono escolar e baixa escolaridade, e conseqüente redução da chance para entrada no mercado de trabalho (SANTOS et al., 2009).

Ainda como conseqüência da baixa escolaridade da mãe adolescente é sugerida a inadequada educação sexual. As informações necessárias a uma boa educação sexual dependem do ambiente familiar e da escola, compondo uma dificuldade de diálogo sobre a sexualidade, com evidente prejuízo do entendimento sobre a importância de usar métodos contraceptivos adequados. Isso pode contribuir com uma nova gestação não planejada, ainda nessa fase de vida, além de suas resultantes (GUANABENS et al. 2012).

Estudos observaram que a cada três adolescentes, uma havia tido recorrência em até dois anos, após a primeira gravidez. Assim, algumas adolescentes, por vezes, apresentam outras gestações sem planejamento, ocorrendo em curtos intervalos de tempo. A multiparidade na adolescência é uma situação cada vez mais frequente, sendo considerada como um fator agravante tanto para o aumento da morbidade materna e fetal, quanto para problemas de aspectos sociais (ROSA; REIS; TANAHARA, 2007).

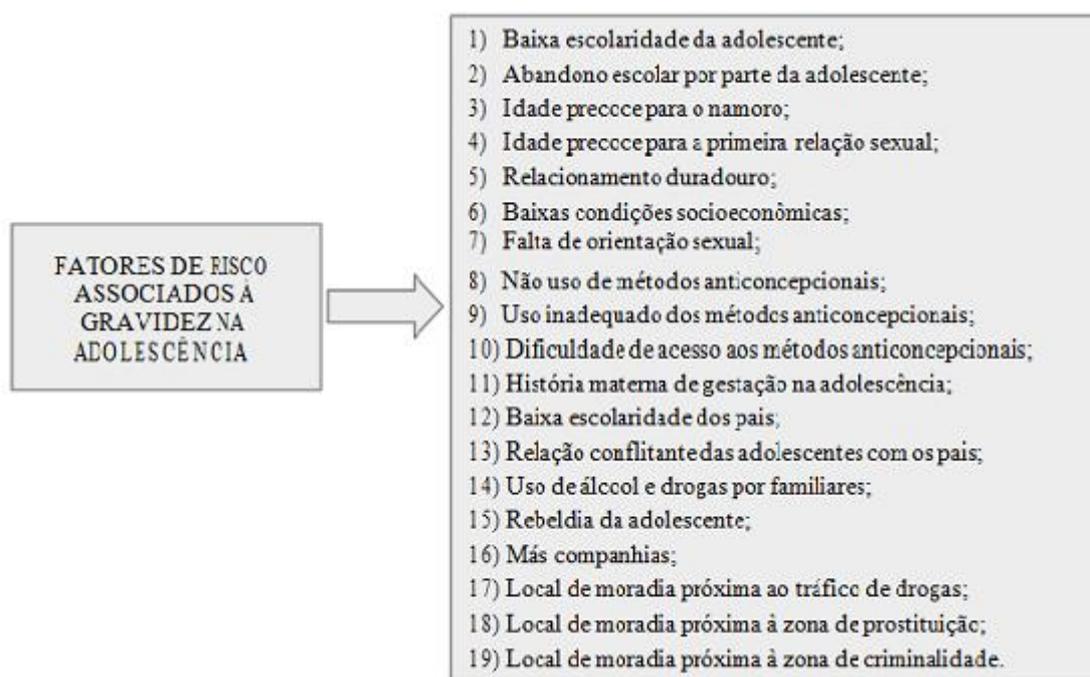
Tal preocupação se torna mais relevante quando se constata que a cada nova gravidez ocorre a diminuição da probabilidade de a adolescente concluir os estudos, de ter um emprego estável e de ser economicamente autossuficiente. O baixo nível socioeconômico, a pouca escolaridade da mãe ou do responsável, o casamento, o desejo da primeira gravidez e o uso inadequado de métodos anticoncepcionais são alguns fatores relacionados à repetição da gravidez em adolescentes. Ainda são

escassos os trabalhos que avaliam os fatores associados à recorrência da gestação entre as adolescentes (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Diante da necessidade de buscar mais conhecimentos sobre a recorrência da gravidez nessa fase da vida, conduzimos este estudo com o objetivo de identificar os fatores associados à repetição da gravidez na adolescência.

Atualmente, os meios de comunicação junto à internet são os responsáveis pela grande maioria das informações recebidas pelos jovens, que em sua maioria não tem o discernimento para saber se estas são corretas, distorcidas, incompletas ou imprecisas (ARAÚJO SILVA, 2013).

Figura 1 – Fatores de risco associados à gravidez na adolescência



Fonte: ARAÚJO SILVA, 2013)

Os métodos mais eficazes na prevenção da gravidez são os contraceptivos orais, os implantes, os contraceptivos injetáveis e os dispositivos intrauterinos, porque fornecem uma proteção. A população de adolescentes no mundo aumentou

para mais de 100 milhões nos países em desenvolvimento uma em cada quatro pessoas esta na adolescência, ao contrário de um em cada sete dos países desenvolvidos em longo prazo e não dependem de decisões tomadas no último instante como no caso do coito interrompido, dos espermicidas ou do diafragma.

Os métodos contraceptivos de barreira são aqueles que formam uma barreira e impede o encontro dos espermatozoides com o óvulo e por isso impossibilitam uma gravidez. Alguns exemplos são: preservativo, diafragma (COSTA et al., 2006).

5.2 Métodos contraceptivos naturais

Os **métodos contraceptivos** têm, basicamente, a função de impedir uma gravidez indesejada. Alguns, como os preservativos femininos e masculinos, também servem como barreira contra doenças sexualmente transmissíveis (DST). Métodos naturais são aqueles que não utilizam nenhum método artificial, que usam somente o ciclo corporal para evitar a concepção. Esses são métodos aceitos por religiões que são contra métodos contraceptivos. Têm um grau considerável de ineficácia na prevenção da gravidez (OMS 2004. 2005).

5.2.1 Muco cervical (método Billings)

O método Billings é a observação diária do muco cervical. O muco cervical é uma secreção produzida pelo colo do útero para a proteção do trato genital da mulher. Sua aparência muda durante o ciclo menstrual. A mulher pode observar o muco ao colocar o dedo no canal vaginal verificando sua aparência ou observando as diferentes sensações na vulva ao longo do dia. A abstinência ou atividade sexual deve acontecer conforme aparência do muco cervical. O muco deve ser observado antes das relações sexuais e antes do banho para que sua aparência não seja modificada. A quantidade de muco não é importante, mas sim sua aparência. Algumas mulheres têm dificuldades com esse método, pois tem pouca umidade vaginal. (SOUSA, et al., 2017)

5.2.2 Temperatura basal (ou TCB)

O método de temperatura basal consiste em medir a temperatura corporal da mulher para identificar os dias da ovulação. Nos primeiros quatro dias do ciclo menstrual a temperatura se mantém mais baixa, 35 a 36 °C, mas pode variar de pessoa para pessoa. Quando a mulher entra na fase fértil, sua temperatura aumenta 0,5 a 0,8°C e permanece elevada até o dia da próxima menstruação. Essa elevação de temperatura é um indício de fertilidade. A mulher deve observar durante alguns meses a sua temperatura, medindo logo ao acordar, antes de fazer qualquer esforço e de preferência no mesmo horário. A medição é feita colocando um termômetro na boca ou na vagina. Pode se medir com qualquer termômetro, mas o mais indicado é o termômetro digital que além de dar a temperatura mais rápido ainda grava a última temperatura. Os resultados devem ser anotados todos os dias. Logo a mulher começa a se conhecer melhor e a identificar os dias mais férteis. Esse método pode ser usado juntamente com o método Billings. (SOUSA, L.et.al.2017).

5.2.3 Tabela

Esse método consiste em identificar o meio do ciclo para saber os dias mais férteis. Primeiramente a mulher precisa contar a duração de seu ciclo menstrual contando do primeiro dia da menstruação até o próximo primeiro dia da menstruação do mês seguinte. Os ciclos podem variar de 26 a 32 dias. O dia fértil acontece mais ou menos no meio do ciclo, por exemplo, se uma mulher tem um ciclo de 28 dias, no 14º do ciclo ela estará fértil. Para medir é preciso saber a duração dos últimos três ciclos, pega-se o de menor duração e divide por dois, esse será o dia fértil. Se não deseja engravidar, abstenha-se de sexo três dias antes e três dias depois do dia fértil. Esse método não previne contra doenças sexualmente transmissíveis, e está contraindicado para mulheres com ciclos irregulares. Na adolescência esse método não funciona, pois em geral a adolescente não se lembra do dia em que menstruou ou não conta corretamente os dias após a menstruação, havendo dificuldade de calcular com exatidão o período fértil. Além disso, os encontros amorosos são esporádicos e muitas vezes inesperados. Só uma adolescente muito motivada, organizada e consciente de seus hábitos corporais e que anote em sua agenda os dias do ciclo menstrual terá chance de obter sucesso com a tabela. É necessário

também um parceiro que respeite sua decisão, e não a obrigue a ter relações durante o período fértil. A tabela pode ser usada associada à camisinha, e, apesar de ainda existirem os riscos de falha, estes são menores. (PORTER; KAPLAN.2014)

5.2.4 Coito interrompido

O coito interrompido consiste em retirar o pênis da vagina antes da ejaculação e é preciso autocontrole por parte do homem. Esse método tem uma margem de ineficácia, pois o líquido que costuma sair do pênis antes da ejaculação contém espermatozoides. Pode ser utilizado por qualquer pessoa, até mesmo aquelas que não têm condições de usar outros métodos.

Essa prática pode deixar os parceiros sexualmente insatisfeitos e ansiosos. Esse método não previne contra doenças sexualmente transmissíveis. É de pouca eficácia e de grande risco! Por essas razões esse método não é confiável na prática e deve ser sempre contraindicado na adolescência. (SOUSA et al., 2017)

5.3 Anticoncepcionais hormonais

São métodos anticoncepcionais compostos por um ou mais hormônios combinados que suspendem a ovulação. Para usar esse método é imprescindível uma consulta médica para a indicação do melhor anticoncepcional para cada mulher.

5.3.1 Pílulas anticoncepcionais

Nas adolescentes, o ganho ponderal e as hemorragias intermediárias são fatores que contribuem para o uso irregular ou o abandono do método, sendo importante a orientação de que esses sintomas são passageiros e tendem a diminuir com o uso regular.

Método contraceptivo indicado para as mulheres de todas as idades que desejam evitar filhos. É preciso prescrição médica para indicar a melhor combinação de hormônios contidos na pílula. Esses hormônios são similares aos que as mulheres já têm em seu corpo.

A pílula deve ser tomada todos os dias durante o tempo de duração da cartela, sempre no mesmo horário e respeitando os dias de descanso em que a mulher ficará menstruada. Caso esqueça-se de tomar um dia, no próximo devem-se tomar duas pílulas, caso esqueça-se dois dias no terceiro devem-se tomar três, daí por diante é recomendada a suspensão da pílula e uso de outro método anticoncepcional ou recomeçar outra cartela na próxima menstruação. Não protege contra doenças sexualmente transmissíveis.

O inconveniente desse método é que podem ocorrer mudanças no ciclo menstrual como, sangramento irregular nos primeiros meses, e obrigatoriedade de tomar todos os dias. É considerado um método anticoncepcional seguro, apenas três em cada 1000 mulheres engravidada no primeiro ano de uso. **Como age:** Suspende a ovulação e muda o estado do muco cervical dificultando a mobilidade dos espermatozoides. **Possíveis efeitos colaterais:** Dor de cabeça, tontura, aumento de peso, alterações de humor, acne, sensibilidade nas mamas, náuseas, diminuição do desejo sexual (COSTA; D'ELIA; MOREIRA, 2012).

5.3.2 Pílula do dia seguinte (Pílula de emergência)

Após a relação sexual sem proteção a mulher poderá fazer uso das pílulas de emergência. São duas pílulas que devem ser tomadas a cada 12 horas. É eficaz se tomada em até cinco dias após a relação sexual. Não interrompem uma gravidez já existente. Esse método não deve ser usado frequentemente, somente em casos de emergência. É indicado que se faça uso dela somente uma vez ao ano, pois ela contém uma quantidade grande de hormônios e isso pode ser prejudicial ao organismo da mulher. Não protege contra doenças sexualmente transmissíveis. **Como funciona:** São feitas de progesterona, um hormônio presente no corpo da mulher durante a gravidez. Funciona retardando a liberação do óvulo para a fecundação. **Possíveis efeitos colaterais:** Ligeiro sangramento irregular de 1 a 2 dias após a ingestão. Dores de cabeça, tonturas, sensibilidade nos seios, vômitos e antecipação da menstruação. (SAITO; LEAL, 2007).

5.3.3 Injeção anticoncepcional

É um anticoncepcional injetado nos braços, nas nádegas ou nos quadris. Alguns duram 13 semanas, outros apenas 30 dias. Tem a eficácia igual a das pílulas anticoncepcionais, mas a vantagem é que não precisam de ingestão diária. É aplicado por profissionais em farmácias. É comum a mulher não menstruar durante seu uso. **Como age:** Impede a ovulação. **Possíveis efeitos colaterais:** Ganho de peso, dores de cabeça, menstruação irregular nos primeiros meses, sensibilidade nos seios, tonturas. Pode haver perda de sangue eventual. (BARROS, 2002)

5.3.4 Adesivo anticoncepcional

É um pequeno adesivo plástico que em contato com o corpo, libera os hormônios progesterógeno e estrogênio. O adesivo deve ser colocado no antebraço ou nas nádegas e a mulher deve permanecer sete dias com o mesmo adesivo. Ele deve ser trocado no mesmo dia da semana durante três semanas, na quarta semana virá a menstruação. Não se deve ficar sem o adesivo por mais de sete dias, pois há risco de gravidez. Não protege contra doenças sexualmente transmissíveis. **Como age:** Impede a liberação do óvulo pelo ovário. **Possíveis efeitos colaterais:** Dores de cabeça, menstruação prolongada, ausência de menstruação, irritação na pele no local onde fica o adesivo, dor abdominal e sintomas de gripe (BATISTA; VANDERLEI, 2002).

5.3.5 Implantes subcutâneos

São pequenas cápsulas ou hastas flexíveis que medem cerca de cinco cm, que são colocadas sob a pele do antebraço e são eficazes por um longo tempo, de três a sete anos. Devem ser colocados por um médico por meio de um pequeno procedimento cirúrgico, mas não há necessidade de internação. Pode ser utilizado durante toda a amamentação. O inconveniente desse método é que a mulher não consegue retirar os implantes sozinha, precisa de ajuda profissional. Não protegem contra doenças sexualmente transmissíveis. **Como funciona:** Liberam progesterógeno gradativamente impedindo a liberação do óvulo pelos ovários. Produz o espessamento do muco cervical dificultando a passagem dos espermatozoides.

Possíveis efeitos colaterais: Menstruação irregular no primeiro ano, sensibilidade nos seios, tonturas, dor abdominal, mudanças de humor, aumento dos folículos ovarianos. (BRASIL, 2006)

5.3.6 Anel vaginal

É um anel flexível que é colocado no canal vaginal e que contém os hormônios parecidos com os já existentes no corpo da mulher. Deve ser mantido no canal vaginal por cerca de três semanas e depois retirado, dar o intervalo de uma semana para a menstruação e depois deve ser recolocado. Para retirá-lo é necessário introduzir o dedo indicador dentro da vagina para puxá-lo. O anel não interfere nas relações sexuais. Não protege contra doenças sexualmente transmissíveis. **Como age:** Libera os hormônios progesterógeno e estrógeno na corrente sanguínea. **Possíveis efeitos colaterais:** Menstruação irregular nos primeiros meses (BRASIL, 2002).

5.4 Anticoncepcionais de barreira

Métodos de barreira são aqueles que bloqueiam os espermatozoides antes de chegar ao óvulo.

5.4.1 Camisinha masculina e feminina

A camisinha masculina tem um formato cilíndrico com um bico na ponta e é feita de látex ou poliuretano, pode ser encontrada em várias cores e já vem lubrificada. Ela deve ser colocada antes da penetração, quando o pênis estiver ereto, tomando cuidado para que não entre ar dentro da camisinha para não estourar quando acontecer a ejaculação. Ela precisa ser retirada logo após a relação sexual e jogada no lixo. É um dos métodos mais conhecidos e mais usados. A camisinha, além de prevenir a gravidez, é eficiente na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. É distribuída gratuitamente nos postos de saúde. O único inconveniente da camisinha masculina é ter que parar as preliminares para ser colocada (BATISTA; VANDERLEI, 2002).

A camisinha feminina, assim como a masculina, também tem formato cilíndrico e é feita de látex, porém tem um anel de borracha no fundo para facilitar a sua introdução dentro do canal vaginal. Ela pode ser colocada horas antes da relação sexual e retirada logo após. A camisinha feminina é pouco usada se comparada à masculina, as mulheres ainda têm certa resistência em relação a ela. Os benefícios da camisinha feminina são a proteção contra a gravidez e doenças sexualmente transmissíveis e a não dependência do parceiro para se proteger (BATISTA, VANDERLEI, 2002).

5.4.2 Diafragma

O diafragma é uma borracha redonda com aros flexíveis que é inserida na vagina antes da relação sexual. É relativamente fácil de ser usada, pode ser aplicada uma pomada de espermicida antes ser dobrado em forma de 8 e inserido na vagina. O diafragma deve permanecer até 6 horas após a relação sexual antes de ser retirado, para garantir que não haja espermatozoides vivos. Após ser retirado o diafragma deve ser lavado com água fria e sabão neutro, seco com uma toalha macia e guardado em sua caixa. O único inconveniente desse método é que ele deve ser colocado antes da relação sexual. Tem sido bem pouco usado ultimamente, pois existem muitos outros métodos bem mais cômodos. Não protege contra doenças sexualmente transmissíveis. Deve ser usado por mulheres com mais responsabilidade, geralmente ao final da adolescência (De ARAUJO; Di BELLA, 2014).

5.4.3 Dispositivo Intrauterino (DIU)

O Dispositivo Intrauterino é uma estrutura de plástico em forma de T envolvido por um fio de cobre. É muito usado por mulheres que já tiveram filhos, mas pode ser adotado por todas as mulheres. É inserido por um profissional na cavidade uterina com ajuda de equipamentos ginecológicos e só poderá ser retirado por um ginecologista. Muitas mulheres se queixam de que sua aplicação é dolorosa. O benefício desse método é que a mulher não precisa se preocupar em tomar pílulas ou se preocupar com contraceptivos todos os dias. O DIU tem validade longa, até

cinco anos. **Como age:** O cobre faz uma ação química que danifica o óvulo e o espermatozoide antes que haja a fecundação. **Possíveis efeitos colaterais:** Cólicas menstruais, sangramento irregular e abundante e anemia. (CAMARANO, 1998)

5.5 Anticoncepcionais cirúrgicos

5.5.1 Vasectomia

É um procedimento cirúrgico para a esterilização do homem. O médico retira um fragmento de cada um dos ductos deferentes que levam os espermatozoides dos testículos ao pênis. A incisão é feita numa área próxima ao saco escrotal. Depois de alguns meses o líquido ejaculado não terá mais espermatozoides. Não há a necessidade de internação, a incisão é pequena e se usa apenas anestesia local. É um método seguro para evitar a gravidez e não afeta a vida sexual do homem. As relações sexuais podem acontecer cerca de uma semana depois da cirurgia. Esse método é bastante usado por homens que já tem a sua família e não desejam ter mais filhos. A vasectomia pode ser revertida dependendo de como foi feito o procedimento anterior. Não protege contra doenças sexualmente transmissíveis. **Possíveis efeitos colaterais:** Desconforto depois do efeito da anestesia, inchaço na região da operação e risco de infecção. (MARCHI *et al.* 2003).

5.5.2 Laqueadura

É um método permanente que corta as tubas uterinas através de um procedimento cirúrgico e bloqueia o encontro dos espermatozoides com o óvulo impedindo a fecundação. Podem ser usados cliques de titânio ou anéis plásticos para a obstrução das tubas. A laqueadura se assemelha a uma cesariana, por isso há a necessidade de internação por até três dias e mais 10 dias de repouso. Depois da laqueadura a mulher menstrua normalmente. Esse método não interfere na produção de hormônios femininos e nem na vida sexual da mulher. Esse método é indicado para mulheres que já tiveram sua prole e não desejam aumentar a família. A laqueadura pode ser reversível dependendo de como foi feito o procedimento anterior. Caso tenha ocorrido a retirada das trompas a reversão é impossível. Não protege contra

doenças sexualmente transmissíveis. **Possíveis efeitos colaterais:** Desconforto depois do efeito da anestesia, inchaço na região da operação e risco de infecção. (CARVALHO *et al.*, 2007.)

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A realização das atividades do plano de intervenção busca agir sobre o problema proposto, a serem desempenhadas pela eSF Tirol 3, busca-se atingir todos os adolescentes do território, fazendo dos mesmos multiplicadores do conhecimento em suas famílias.

6.1 Descrição do problema selecionado

Como os dois primeiros problemas priorizados segundo as características e sua quantificação, são comuns à maioria das Unidades em todo o Brasil, encontra-se interessante observar a **Alta Incidência de adolescentes grávidas**.

A gravidez na adolescência tem sido considerada um importante problema de saúde pública em virtude da prevalência com que esse fenômeno vem ocorrendo ao redor do mundo e pelos riscos e consequências que pode trazer tanto para a adolescente como para seu bebê; no Brasil são diversas as comunidades que hoje enfrentam esta situação. Nesse contexto a estratégia de saúde da família configura-se como elemento chave no desenvolvimento das ações para o controle da gravidez na adolescência, atuando na promoção e prevenção, dos fatores de riscos. Foi definido o tema Gravidez na adolescência, em virtude dos altos índices nesta comunidade que influenciam ativamente para o aumento da evasão escolar.

6.2 Explicação do problema selecionado

Os jovens estão iniciando as relações sexuais cada vez mais cedo, não tendo na maioria das vezes as orientações e cuidados necessários para que esta seja de fato segura. Desta forma, acaba levando riscos a sua própria saúde, através de doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez indesejável. Estas crianças e adolescentes

ainda não estão com o seu corpo u nem seu emocional preparados para a responsabilidade da gestação e da maternidade.

Diante desse comportamento, as causas que envolvem a gravidez na adolescência e sua etiologia estão relacionadas a vários aspectos:

a) Fatores biológicos: que envolvem desde a idade advento da menarca (primeira menstruação), sendo assim adolescentes engravidam a cada dia em idades cada vez mais precoces, em decorrência da resposta orgânica que reflete a interação dos vários segmentos de eixo neuroendócrino feminino.

b) Fatores de Ordem Familiar: possuem relação direta com a época de iniciação na atividade sexual, sendo que adolescentes que iniciam a vida sexual precocemente ou engravidam nesse período em geral costumam vir de famílias cujas mães também se iniciaram sexualmente ou engravidaram durante adolescência; assim também experiências sexuais mais cedo são observadas naquelas adolescentes em que na família os irmãos mais velhos têm vida sexual ativa.

c) Fatores Sociais: relacionado à baixa escolaridade dos pais, falta de informação sobre sexualidade e métodos contraceptivos e o uso frequente de drogas ilícitas por familiar ou residente no domicílio. (AMANCIO; VITALLE,2010)

Para explicar o problema priorizado o primeiro que se deve conhecer é o modo como foram produzidos, identificando as causas do problema as quais foram reconhecidas por meio do método de Espinha de Peixe, também conhecido como o Diagrama de Causa e Efeito, o qual a análise do problema é feito através da elaboração de esta técnica, largamente utilizada, aponta para o efeito (problema) e é uma linha horizontal, no meio da folha, e as causa são colocadas em flechas as quais constituem linhas oblíquas que apontam para o eixo central.

6.5 Seleção dos nós críticos

O nó crítico é um tipo de causa de um problema, de forma que quando é feito uma intervenção sobre ele, o problema principal pode ser efetivamente transformado. A sua seleção se faz necessária para a identificação das dificuldades que surgiram para combater o problema (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010)

Nó crítico 1: Nível baixo de informação da população.

Nó crítico 2: Processo de trabalho da equipe de saúde da família a melhorar.

Nó crítico 3: Modo e estilo de vida da população inadequados.

Diante da apresentação destes problemas, que estão diretamente relacionados à gravidez na adolescência, salienta-se de forma enfática o baixo nível de formação educacional da comunidade, visto que a grande maioria dos problemas de saúde só serão amplamente resolvidos quando tivermos uma população melhor instruída.

Por isso é importante que a equipe de saúde desenvolva um trabalho em conjunto com a escola e com outros projetos que são realizados no território.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta incidência de adolescentes grávidas” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Tirol 3, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Nível baixo de informação da população
Operações	Ampliar o nível de informação das famílias e os adolescentes sobre sexualidade e métodos anticoncepcionais.
Projeto	Conhecer mais
Resultados esperados	Famílias e adolescentes mais informados e conscientes sobre a sexualidade.
Produtos esperados	Avaliar o nível de informação dos Jovens e adolescentes sobre a sexualidade. Campanha educativa capacitando agente comunitário de saúde e família Diminuição dos índices de gestantes adolescentes na população.
Recursos necessários	Estrutural - profissional para acompanhar o grupo operativo. Cognitivo. Informação sobre o tema.
Recursos críticos	Político: Articulação com a secretaria da saúde.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Equipe de Saúde da Família. Motivação: Favorável.
Ações estratégicas	Apresentar o projeto para os profissionais da saúde e para a escola.
Prazo	Cinco meses para o início das atividades.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médica.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Permanente.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta incidência de adolescentes grávidas” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Processo de trabalho da equipe de saúde da família a melhorar
Operações	Preparação da equipe de saúde para a execução de ações com adolescente e família sobre a Sexualidade.
Projeto	Ações da Equipe de Saúde da Família.
Resultados esperados	Aumentar o alcance das atividades dos profissionais de saúde sobre os adolescentes e a família, relacionado ao tema sexualidade.
Produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitação do pessoal. - Reuniões e palestra com o NASF. - Campanha educativa de promoção no PSF e as Escolas sobre sexualidade, gestação na adolescência (riscos, complicações, consequências etc.), métodos anticoncepcionais.
Recursos necessários	Estrutural - profissional para acompanhar o grupo operativo Cognitivo. Informação sobre o tema.
Recursos críticos	Político: Articulação com a secretaria da saúde.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: ESF Motivação: Favorável.
Ações estratégicas	Apresentação do projeto às instituições de saúde e educação.
Prazo	Cinco meses para o início das atividades.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	ESF.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Permanente.

Quadro 4– Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta incidência de adolescentes grávidas” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3, do município de Belo horizonte, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Modo e estilo de vida Modo e estilo de vida da população inadequados.
Operações	Brindar a família e aos adolescentes com os conhecimentos necessários sobre sexualidade para ter uma vida sexual ativa no momento certo. Ampliação da comunicação entre adolescentes e jovens com a família .
Projeto	Decide ter uma vida melhor
Resultados esperados	Diminuir o número de adolescentes grávidas e o início da vida sexual a menor idade. Promover diálogo na família sobre sexualidade.
Produtos esperados	Criar grupos de Adolescentes visando discutir a educação Sexual na adolescência. Capacitação de pessoal. Reuniões e palestras com psicólogos. Programa de Saúde na Escola (PSE) Campanha educativa
Recursos necessários	Estrutural - profissional para acompanhar o grupo operativo. Cognitivo. Informação sobre o tema.
Recursos críticos	Político: Articulação com as secretarias de educação e de saúde, associações e igrejas. Mobilização da sociedade.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Equipe de Saúde da Família. Motivação: Favorável.
Ações estratégicas	Apresentação do projeto as instituições e associações.
Prazo	Apresentar o projeto em três meses; início das atividades em seis meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médica. Enfermeira.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Permanente.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depois, para realizar a análise da questão, podemos concluir que ainda não é suficiente a preparação que tem sido dada aos adolescentes, pela equipe de saúde, a família e a escola,

Por isso propusemos fazer um plano de ações que contribua de uma gravidez na idade apropriada e com fatores negativos mínimos.

Na medida em que o adolescente tem um processo de maturação sexual, um conhecimento mais profundo e receber orientação adequada que irá facilitar o comportamento adequado, você vê o sexo como algo bonito, unidos ao amor; e os problemas mencionados serão muito menores.

A educação sexual é essencial nessa idade e deve ser destinada a essas questões que dizem respeito ao adolescente.

8 REFERÊNCIAS

BARROS, S. M. O. Enfermagem Obstétrica e Ginecológica . São Paulo: Ed. Roca, 2002
BATISTA, M. do N.; VANDERLEI, A.F.de M. Planejamento Familiar: Métodos e Contraceptivos. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento . Edição 07. Ano 02, Vol. 01. pp 18-27, Outubro de 2017. ISSN: 2448-0959.
BELO HORIZONTE. Novo portal de Saúde – Estrutura Barreiro, 2010. Disponível em:portalpbh.pbh.gov.br/pbh/. Acesso em: 29 mar. 2018.
BOUZAS, I.; MIRANDA, A. T. Gravidez na adolescência. Revista Adolescência & Saúde .v.1,n1, março, 2004.
BRASIL. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Belo Horizonte . Disponível em: < https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama . Acesso em: 07 de junho de 2017
BRASIL. Ministerio da Saúde. Assistência em planejamento familiar . Secretaria de Política de Saude. Area Tecnica de Saude da mulher.4ta ed.n40, Brasilia-DF, 2002.
BRASIL.Ministerio da Saúde. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais .Secretária de Atenção à Saúde.Departamento de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasilia, 2006.
CABRAL, C.S. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública 2003; 19:283-92.
CAMARANO, A. A. Fecundidade e anticoncepção da população jovem . In: BERQUÓ 42, E. (Org.). Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília, DF: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento,1998
CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações de saúde . - 2ªed.-NESCON/UFMG- Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.
CARVALHO, L. E. C. de. <i>et. al</i> . Esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil, antes e após sua regulamentação. Cad. Saúde Pública [online]. 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001200012&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em: 03 jul.2012.
COSTA, A. M. <i>et al</i> . Planejamento Familiar: autonomia das mulheres sob questão. In: Revista de Saúde Materno-Infantil , Recife 6 (1): 75-84, jan/mar, 2006

<p>COSTA, J.S.D. ; D'ELIA, P. B.; MOREIRA, M. R. Prevalência de uso de métodos contraceptivos e adequação do uso de anticoncepcionais orais na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, set. 1996.</p>
<p>De ARAUJO, F. F.; Di BELLA, Z. I. K. D. Anticoncepção e Planejamento Familiar. Coleção, Série Condutas em Ginecologia. Edição, 1ª.Sao Paulo 2014</p>
<p>DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. Paidéia. v. 20, n. 45, jan. /abr. 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2010000100015. Acesso em:14 fev.2015. Acesso em:14 fev..2015</p>
<p>FARIA, H. P. et al. Processo de trabalho em saúde. 2ed. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009.68p.</p>
<p>FIGUEREIDO, N. M. A. de, Ensinando a cuidar em Saúde Pública. Editora Yendis, São Caetano do Sol, 2005.</p>
<p>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, Mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s2/a04v36n1s2.pdf. Acesso em 2 maio 2018.</p>
<p>HENRIQUES, S; SINGH; WUL. Fatores que influenciam a gravidez na adolescência. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/6048.pdf. Acesso em: 2 maio 2018.</p>
<p>HERCOWITZ, A. Gravidez na adolescência. Revista de Pediatria Moderna. v.38, n.3, p.392-395, 2002.</p>
<p>MAGALHÃES, M. L. C. et al. Gestaçao na adolescência precoce e tardia: há diferença nos riscos obstétricos? Rev. Bras. Ginecol. Obstet. V. 28, n. 8, p. 446-452, 2006.</p>
<p>MARCHI, N. M. <i>et. al.</i> Opção pela vasectomia e relações de gênero. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, ago. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000400024&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 jul. 2012.</p>
<p>MOREIRA, T. M. M.et.al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez.REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP. São Paulo, v. 42, n. 2, p.312-320, jun. 2008. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41740. Acesso em: 29 mar. 2017.</p>
<p>OLIVEIRA, M. W. Gravidez na adolescência: Dimensões do problema. Cadernos CEDES. v.19, n.45, p.48-70, jul, 1998.</p>

PEÑA BORREGO, M. et al. Conocimientos y comportamientos sobre salud sexual y reproductiva em adolescentes. Rev. Cub. de Enfermeria , Cuba, v. 21, n.1, p.11-19, 2005. Disponível em: < http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100009&lng=es >.
PORTER, S. R.; KAPLAN, L.J.; HOMEIER.P.B. El Manual Merck de diagnóstico e tratamento .19ª ed.edição do centenario,2014
RODRIGUES, R. M. Gravidez na Adolescência . Nascer e Crescer (online). v.19, n.3, p.201-201, 2010
ROSA, A. J.; REIS, A. O. A.; TANAKA, A. C. A. Gestações sucessivas na adolescência. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum 2007; 17:165-72.
SAITO, M. I.; LEAL, M. M.. Adolescência e contracepção de emergência: Fórum 2005. In: Revista Paulista de Pediatria , 25 (2), 2007. pp: 180-186
Santos J. O. et al. . Perfil das adolescentes com reincidência de gravidez assistidas no setor público de Indaiatuba (SP). Rev Inst Ciênc Saúde 2009; 27:115-21.
SILVA, L.; TONETE, V.L.P. A Gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares compartilhando projetos de vida e cuidado. Revista Latino Americana de Enfermagem . V.14, n.2, p.199-206, mar. /abr., 2006.
SOUZA, L.; et. al . Manual de ginecologia natural e autonoma .Primeira edição, dezembro 2017Salvador - Bahia, Brasil
TABARES, C. F. Estudio de la identidad, Afectividad e características da socialização em adolescentes [Trabalho de Diploma]. UCLA. 2006
VITALLE, M. S. S.; AMANCIO, O. M. S. Gravidez na adolescência . 2004.
WIKIPEDIA. Belo Horizonte . Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Belo_Horizonte . Acesso em: 29 mar.2017
YAZLLE, D. H. E. M. Gravidez na Adolescência. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [Internet]. 2006 [citado 28 Sep 2015]; 28(8): [aprox. 2p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0100-72032006000800001&lng=es&nrm=iso&tlng=pt